

GOM

Ginecología y Obstetricia de México

XXII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia FLASOG 2017

"FLASOG, la salud y la mujer"

5 al 9 de noviembre 2017
Cancún, QR.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y CASOS CLÍNICOS



Indizada en: PubMed, ARTEMISA, Índice Médico Latinoamericano, LILACS, Medline.

EDITADA POR LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, A.C.
FUNDADA POR LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN 1945



XXII

Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia FLASOG 2017

“FLASOG, la salud y la mujer”

5 al 9 de noviembre 2017
Cancún, QR.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
Y CASOS CLÍNICOS



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

CONTENIDO

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- 1 **Factores asociados con la histerectomía obstétrica en los hospitales Tec Salud. Revisión de 5 años**
Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Octavio-Loya O, Estupiñán-Villarreal A, Soto-Fuenzalida G
- 2 **Diagnóstico de ingreso a la unidad de terapia neonatal en embarazos mayores de 37 semanas en hospitales TEC salud**
Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Barragán-Galindo LA, Ramos-Reyes A, Villarreal-Noyola E, Mesa-Chávez F, Gómez-Elizondo D, Torres-Flores R, Soto-Fuenzalida G
- 4 **Factores de riesgo asociados con el ingreso a terapia intensiva de pacientes obstétricas**
Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Vázquez-Camacho E, Quiroga-Garza ME, Martínez-Treviño EF, Flores-Marín DL, Valdés-Reyes A, Mejía-Fernández L, Soto-Fuenzalida G
- 5 **Incidencia y diagnóstico de ingreso a terapia intensiva de pacientes obstétricas**
Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Vázquez-Camacho E, Quiroga-Garza ME, Martínez-Treviño EF, Flores-Marín DL, Valdés-Reyes A, Mejía-Fernández L, Soto-Fuenzalida G
- 6 **Incidencia y factores asociados con desgarros de tercer y cuarto grado en un hospital privado de Monterrey NL**
Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Boada-Sandoval PM, Otero-Ortiz FM, Soto-Fuenzalida G
- 7 **Mutación PAI: desenlaces perinatales en el Instituto Nacional de Perinatología**
Medina-Jiménez V, Mora-Galván JA, Carlón-Grajales MJ, Vargas-Trujillo S, Martínez-Juárez A, Valdespino-Vázquez MI
- 8 **Determinación sérica de biomarcadores bioquímicos (PIGF, s-Eng, s-Flt-1) y ultrasonido Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre para predicción de preeclampsia**
Rodríguez-Fernández JJ, Martínez-Garza LE, Alanís-Beltrán M, Sepúlveda-González G, Hernández-Castro F
- 9 **Tiempo de acción del misoprostol como dilatador, previo tratamiento quirúrgico del aborto retenido, según la edad gestacional**
Pariona-Vargas F, Grandez-Urbina JA, Estela-Ayamamani D
- 10 **Índice de flujo sanguíneo cerebral y presión de perfusión cerebral durante el embarazo en mujeres sanas**
Fuentes-Escárraga P, Espino y Sosa S
- 11 **Comparación de la fijación sacroespinal unilateral versus bilateral en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal. Ensayo clínico controlado**
Espeitia de la Hoz FJ
- 12 **Alteración del ciclo de respuesta sexual en mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados**
Espeitia de la Hoz FJ
- 13 **Prevalencia de trastornos sexuales en mujeres con cáncer ginecológico**
Espeitia de la Hoz J
- 14 **Eficacia de dos terapias hormonales de reemplazo combinadas con testosterona en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio**
Espeitia de la Hoz FJ
- 15 **Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital tras el uso del pesario**
Espeitia de la Hoz FK
- 16 **Seroepidemiología de Toxoplasma gondii en mujeres embarazadas**
Alvarado-Esquivel C, Terrones-Saldivar MC, Hernández-Tinoco J, Muñoz-Terrones MDE, Gallegos-González RO, Sánchez-Anguiano LF, Reyes-Robles ME, Jaramillo-Juárez F, Liesenfeld O, Estrada-Martínez S
- 17 **Eficacia en la evaluación del dolor posquirúrgico de histerectomía total laparoscópica con la escala de dolor análogo-visual vs escala de McGill**
Díaz-Alcocer NG, Olguín-Ortega AA
- 18 **Indicación de fármacos antiepilépticos en el embarazo: resultados perinatales**
Díaz-Alcocer NG, Castillo-Luna R, Suárez-Estela M
- 19 **Estado de situación de las interrupciones legales de embarazo (ILE) en la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina**
Botta MP, Teppaz D
- 20 **Serum levels of human chorionic gonadotropin (hCG), 12 h post injection association with mature oocytes**
Sánchez Ávalos-E, Lozada-Plascencia LM, Castro-Hernández WB, Barba-Gómez CA, Félix-Atondo JA, Martínez-Gutiérrez O, Buenrostro-López AI, García-Amador MI, Díaz-González RE, Ruvalcaba-Castellón LA
- 21 **Número óptimo de ovocitos. Modelo de predicción para FIV**
López-Rioja MJ, Campos-Cañas JA, Recio-López Y, Sánchez-González CM, Hinojosa-Rodríguez K, Laresgoiti-Servtje E
- 22 **Prevalencia de autoinmunidad tiroidea en mujeres subfértiles atendidas en el servicio de Reproducción Humana del INPer**



- Hinojosa-Rodríguez K, Martínez-Cruz N, Ortega-González C, López-Rioja MJ, Recio-López Y, Sánchez-González CM
- 23 **Correlación clínica-bioquímica de las concentraciones de hormona antimülleriana cuantificada mediante EUROINMUN**
Recio-López Y, Martínez Cruz N, López-Rioja MJ, Hinojosa-Rodríguez K, Sánchez-González CM, Ortega-González C, Aguayo-González P
 - 24 **Derechos reproductivos durante una epidemia: caso Zika**
Blandón MM
 - 25 **Embarazo infantil impuesto por violación: niñas-madres menores de 14 años**
Blandón MM
 - 26 **Exploración del estigma relacionado con el aborto en la prestación de servicios de atención postaborto en un hospital escuela de Centroamérica**
Blandón MM
 - 27 **Creencias de las usuarias y de sus proveedores acerca de los sangrados vaginales durante el primer trimestre del embarazo y su tratamiento, en una región multiétnica, en Centroamérica**
Blandón MM
 - 28 **Evaluación de la función miocárdica y diastólica por medio de ecocardiografía, Strain y 3D en mujeres en el puerperio con preeclampsia**
García-Villa YA, De la Cerda-Angeles JC, Álvarez-Ponce A
 - 29 **Factor uterino como causa de infertilidad: evaluación médica y precisión diagnóstica por ecografía tridimensional**
León-Cabrera J, González-Rodríguez M, Hernández-López S, Rembis-Saíz V
 - 30 **Descripción epidemiológica y resultados perinatales de las enfermedades hipertensivas del embarazo en el estado de Yucatán**
León-Cabrera J, Martínez-Alpizar P, Medina-Avilés MC
 - 31 **Índice cerebropacentario como predictor de complicaciones respiratorias neonatales en embarazos de alto riesgo**
Reyes-Hernández MU, Moreno-Urbe MN, Reyes-Hernández KL, Hinojosa-Cruz JC
 - 32 **Resultados reproductivos de acuerdo con el día de la transferencia embrionaria en ciclos de fertilización *in vitro***
Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA
 - 33 **Transferencia de embrión único desvitrificado: Posibilidad de embarazo de acuerdo a morfología y grado de expansión**
Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA
 - 34 **Obesidad y sus repercusiones en el embarazo**
Panduro-Moore EG, Rosas-Gómez ESM, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA
 - 35 **Reproducibilidad en la medición ultrasonográfica hepática fetal**
Milo-Suárez E, Acevedo-Gallegos S, Camarena DM
 - 36 **Experiencia en el tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal**
Nava-Guerrero EN, Arroyo-Lemarroy T, Staines-Alarcón R, Cisneros-Rivera F, Apodaca-Ramos I, Gutiérrez-Maldonado C, Avitia-Herrera AM
 - 37 **Prevalencia y resultados perinatales en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Serie de casos en un Hospital de Tercer Nivel en Monterrey, Nuevo León, México**
Salcedo-González A, Gutiérrez-Maldonado C, Nava-Guerrero E, Cisneros-Rivera F, Arroyo-Lemarroy T
 - 38 **Preservación de la calidad de vida y la fertilidad en pacientes con endometriosis mediante diagnóstico temprano**
Curto JM, Vighi S, Costoya M, González-Romero A, Tili M, Buquet R
 - 39 **Correlación entre las concentraciones de fibrinógeno y hemorragia obstétrica en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora**
Zamudio-Valdez CA, Rosas-Coronado MM
 - 40 **Concentraciones de vitamina D en embarazadas colombianas con preeclampsia y normotensas: estudio PREvitD de casos y controles a gran escala**
Serrano N, Guio E, Quintero-Lesmes D, Becerra S, Prada C, Luna ML, Casas JP
 - 41 **Cáncer de mama en mujeres seniles**
Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, Rodríguez-Cuevas S
 - 42 **Tumor phyllodes e implantes mamarios**
Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, López-Jiménez P, Ramírez-Bollas J, Arriola-Zamarripa M
 - 43 **Educación 3.0 en obstetricia: un nuevo paradigma. Actualización**
Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A
 - 44 **Nuevo paradigma en pancreatitis aguda y embarazo: propuesta P.A.N.C.R.E.A.S.-O.B.G.I.N**
Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A, Juárez-Leaños CM
 - 45 **Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (Mirena) posterior a un suceso obstétrico. Efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad**
Velázquez-Ramírez N, Lira-Plascencia J, Ramírez-Román AE, Galván-Contreras R
 - 46 **Desenlaces perinatales en mujeres con antecedente de infertilidad**
Reyes-Muñoz E, Iyune-Cojab E, Brito-Sandoval F
 - 47 **Prevalencia y factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional en mujeres mexicanas de acuerdo con tres criterios diagnósticos internacionales**
Reyes-Muñoz E, Ortega-González C, Martínez-Cruz N, Castillo-Mora A, Zamora-Escudero R, Martínez-Huerta NE
 - 48 **Efecto de la ganancia excesiva de peso en el embarazo complicado con obesidad en la expresión diferencial de microRNAs en tejido adiposo visceral**
Espino y Sosa S, Estrada-Gutiérrez G, Ortega-Castillo V, Rodríguez-Bosch M, Perichart-Perera O, Solís-Paredes M

- 50 **Factores maternos y perinatales en pacientes con diagnóstico de asfixia neonatal que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales**
De la Cerda-Ángeles JC
- 51 **Caracterización de las pacientes obstétricas con diagnóstico de sepsis mediante dos escalas de diagnóstico en una clínica de cuarto nivel en Cali**
Escobar-Vidarte MF, Echavarría MP, Nasner D, Hurtado CF, Loaiza S, Fernández-Paula A
- 52 **Prevalencia del déficit de vitamina D en mujeres embarazadas y sus neonatos: serie de casos**
Ávila F, Loaiza-Osorio S, Fernández-Pérez P, Escobar-Vidarte MF
- 53 **Tratamiento protocolizado del acretismo placentario. Experiencia en la Fundación Valle del Lili**
Nieto-Calvache A, Fernández-Pérez P, Loaiza-Osorio S, Carvajal-Valencia J, Burgos JM, Escobar-Vidarte MF
- 54 **Morbilidad materna extrema relacionada con la enfermedad de células falciformes en la población obstétrica de alta complejidad de la Fundación Valle Del Lili**
Burgos-Luna JM, Escobar-Vidarte MF
- 55 **Complicaciones maternas y perinatales asociadas con la episiotomía**
García de la Torre JJ, Monsivais-Cigarroa BA, González-Cantú G, Rodríguez A, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK, Jiménez-Luna AJ
- 56 **Experiencia en la ligadura de arterias uterinas técnica García-González a pacientes obstétricas para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto**
García de la Torre JJ, Jiménez-Luna AJ, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK
- 57 **Experiencia en parto vaginal posterior a cesárea previa**
García de la Torre JJ, Gutiérrez-Reyes VK, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ
- 58 **Prevalencia de riesgo tromboembólico y uso de profilaxis antitrombótica**
González-Cantú G, Gutiérrez-Reyes VK, García de la Torre JJ, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ
- 59 **Dilatación mecánica como método de inducción de parto en pacientes con cesárea previa**
García de la Torre JJ, Soto-Zatarain JL, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Gutiérrez-Reyes VK, Jiménez-Luna AJ
- 60 **Incremento en la proteinuria de mujeres embarazadas con hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia agregada y sus resultados perinatales**
Reyes-Mayoral Ch, Schafer-Vega RE
- 61 **Prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo, ¿comparten los mismos factores?**
Sandoval-Osuna NL, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E, Rodríguez-Colorado ES
- 62 **Alteraciones en el registro cardiotocográfico intra-parto y su asociación con acidemia fetal y resultados perinatales adversos**
Fernández-Lara JA, Plata-Alcocer IN, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza Labastida S, Ling-García JP
- 63 **Comparación del tipo de incisión como factor asociado con infección del sitio quirúrgico posterior a cesárea**
Fernández-Lara JA, Pedraza-Rubio G, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza Labastida S, Ling-García JP
- 65 **Correlación entre el diagnóstico radiológico y diagnóstico histopatológico en tumores ováricos**
Zetina-Alvarado S, Pasten-Zapata A, González-Habib R, Tirán-Saucedo J, Gómez-Torres P
- 66 **Flujometría Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre del embarazo como tamizaje de preeclampsia**
González-Habib R, González-Nazar MA, Tirán-Saucedo J, Zetina-Alvarado J
- 67 **Litiasis de la vía urinaria durante el embarazo: complicaciones y resultados perinatales**
Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
- 68 **Resultados perinatales posterior a histeroscopia quirúrgica: miomectomía o resección de septo uterino**
Hinojosa-Rodríguez K, Campos-Cañas J, Aguayo-González P, Martínez-Alvarado AP, Jiménez-Esquível RM, Reyes-Paredes N
- 69 **Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida**
Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquível RM, Reyes-Paredes N
- 70 **Desgarros perineales en adolescentes embarazadas: estudio observacional retrospectivo**
Avitia-Herrera AM, Sánchez-Ávila MT, Galvía-Caudillo M, Morales-Garza LA, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM, González-Garza MT, Hernández-Escobar CE
- 71 **Relación clínico-histopatológica de las histerectomías electivas en un hospital de tercer nivel**
Avitia-Herrera AM, Arroyo-Lemarroy T, Rodríguez D, Mireles-Lozano GF, Navarro-Pérez HD, Cantú-Santos M, Apodaca-Ramos I, Jiménez-Peña A
- 72 **Lesión obstétrica del esfínter anal. Prevalencia y factores de riesgo en una población del Noreste de México**
Avitia-Herrera AM, Sánchez-Ávila MT, Galvía-Caudillo M, Soto-Fuenzalida GA, Morales-Garza LA, Perales-Dávila J, González-Garza MT
- 73 **Morbilidad extrema y mortalidad materna en adolescentes ¿cuál es la experiencia en un centro de tercer nivel de atención?**
Brito-Sandoval F, Payén-Padilla J, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibagüengoitia-Ochoa F
- 74 **Eclosión asistida en embriones de mujeres mayores de 35 años, ¿favorece la tasa de evolución a blastocisto?**
Santoveña-Santoveña V, Rosales de León JC, Castañeda-Loya AG
- 75 **Comparación de apreciación de rendimiento de residentes de Ginecología y Obstetricia en guardias ABC contra ABCD**
Dávila-Rivas JAC, Fraustro-Ávila ME, Ayala-Aguilera F, Durán-Luna JA



- 76 **Factores de riesgo y marcadores predictores maternos asociados con parto pretérmino en embarazo de alto riesgo**
Ballesteros-González HI
- 77 **El estudio COMSE: efectividad de dos estrategias para proveer consejería en anticoncepción durante la hospitalización para la atención del parto en Colombia**
Muñoz-Fernández LF, Hersh AR, Tolosa JE
- 78 **El estudio COMSE: uso de consejería en anticoncepción en el hospital durante la atención del parto y acceso a métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada antes del alta hospitalaria**
Muñoz-Fernández LF, Tolosa JE
- 79 **Sobrepeso y su impacto en la tasa de nacido vivo en un programa de donación de óvulos**
Valdés Martínez OH, Tejeida-Wong A, Morales-Martínez FA, Sordia-Hernández LH, Peña-Lizola SP, Vidal-Gutiérrez O
- 80 **Relación entre el aumento de peso menor al recomendado con el peso del recién nacido en pacientes con índice de masa corporal pregestacional normal**
Núñez-Villegas AM, Aguilar-Galván IG, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, González García, Corona-Gutiérrez LL
- 81 **Factor VII recombinante activado en hemorragia obstétrica**
Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, Aguilar-Galván IG, García-Ruan K, Corona-Gutiérrez AA
- 82 **Frecuencia de dislipidemia en pacientes con osteoporosis**
Gómez del Ángel IF, Hidalgo-Ledesma J, Hernández-Marín I
- 83 **Eficacia de la dehidroepiandrosterona en la función sexual de pacientes menopáusicas**
Bedoya-Orsorio MA, Hernández-Marín I
- 84 **Concentraciones de vitamina D en embarazadas con y sin diabetes mellitus gestacional**
Mora-González S, Núñez-Villegas AM, Camarena-Pulido EA, Aguilar-Galván IG, González-Moreno J, Fajardo-Deñás S
- 85 **Correlación del grosor y morfología endometrial con resultados de biopsia Mock y ERA para la evaluación de la receptividad endometrial**
Godoy-Morales HS, Estrada-Maldonado MA, Sandoval-Travesí FA, Cázares-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés-Durán JC, Mendiburu G IA, Mera-Mejía R
- 86 **Efecto del bromuro N-butilioscina en la duración del primer periodo de trabajo de parto en primeros embarazos**
Cervantes-Mondragón PJ, Ortiz-Reyes H, Ramírez-Negrín A
- 87 **Infección fetal por citomegalovirus. Reporte de casos**
Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Nuño-Cabral S, Barrios-Prieto E
- 88 **Secuencia acrania-exencefalia-encefalia. Reporte de casos**
Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Núñez-Villegas AM, Panduro-Barón JP, Fajardo-Deñás S
- 89 **Neoplasia trofoblástica gestacional. Serie de casos**
Aguilar-Galván IG, Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Suástegui-Navarro AG, Corona-Gutiérrez AA, Fajardo-Deñás S
- 90 **Cirugía de control de daños en hemorragia obstétrica grave. Serie de casos**
Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Núñez-Villegas, López-Aceves LJ, Fajardo-Deñás S
- 91 **Comparación entre el índice de adiposidad corporal y el índice de masa corporal como métodos de detección temprana de síndrome metabólico en pacientes posmenopáusicas**
Carranza-Escalera G, Hidalgo-Ledesma JJ, Villegas-Rodríguez CM, Hernández-Marín I
- 92 **Frecuencia de dislipidemia en las diferentes subetapas de Straw +10 en pacientes postmenopáusicas**
Hidalgo-Ledesma JJ, Salazar-Romo AC, Hernández-Marín I
- 93 **Osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos**
Salazar-Romo AC, Hidalgo-Ledesma JJ, Hernández-Marín I
- 94 **Asociación de terapia hormonal menopáusica y diabetes mellitus tipo 2**
Hernández-Marín I, García-Salgado A, Bedoya-Orsorio MA
- 95 **Incidencia de fístulas genitourinarias en pacientes operadas en el Hospital de la Mujer Zacatecana**
Rodríguez-Cabral CA, Ruvalcaba-Rivera E, Palacios-Arroyo Y, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Ramos-Ayala M
- 96 **Histerectomía abdominal con sacrocolpopexia, colpoperinoplastia y culdoplastia de McCall para tratamiento de POP Q III Cx y profilaxis para prolapso recidivante**
Rodríguez-Cabral CA, Ortega-Guerrero I, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Lemus-Ramos BY
- 97 **Correlación entre la evaluación de la composición corporal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico mediante absorciometría de rayos X de energía dual (Dexa) y análisis por impedancia bioeléctrica (AIB)**
Villegas-Rodríguez CM, Villavicencio-Delgado, Hernández-Marín I
- 144 **Relación entre las manifestaciones clínicas y de laboratorio con la concentración sérica de endoglina soluble en la preeclampsia**
Villar-Torres LN, Chinolla-Arellano ZL, Leños-Miranda A
- 145 **Resultados perinatales y alteraciones placentarias en pacientes con lupus eritematoso sistémico**
Chinolla-Arellano ZL, Lacarriere-Mejía D, Vázquez-Rodríguez JG
- 146 **Correlación clínica, ultrasonográfica y de laboratorio en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino**
Chinolla-Arellano ZL, Íñiguez-Gutiérrez GC, Arce-Herrera RM
- 147 **Factores bioquímicos asociados con preeclampsia y su relación con la estancia hospitalaria materna**

- Chinolla-Arellano ZL, Martínez-Portilla RJ, Álvarez-Ponce P*
- 148 Utilidad diagnóstica de la relación proteína: creatinina urinaria en una muestra de orina al azar para estimar la proteinuria en 24 horas en pacientes embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia**
Mendoza-Rivera J, Leaños-Miranda A, Díaz-Velázquez MF, Chinolla-Arellano ZL
- 149 Corrección de síndrome de Mayer Rokitansky con vaginoplastia tipo Vecchietti**
Carmona-Librado R
- 150 Comparación de densidad mineral ósea central vs periférica para el diagnóstico de osteoporosis**
Pineda-Baltazar R, Hernández-González CM, Arellano-Eguiluz A
- 152 Grosor endometrial y resultados reproductivos en pacientes con infertilidad tratadas con FIVTE**
Pineda-Baltazar R, Reyes-Torrez GC, Arellano-Eguiluz A
- 153 Programa de tamizaje prenatal para preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad en la red de atención León del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato**
Bermúdez RM, Delgado FJ, Varela BJ, Botello HD, Díaz M, Magos VF
- 154 Impacto del retículo endoplásmico liso en ovocitos para ciclos de ICSI**
Ruvalcaba-Ortega L, González-Ortega C, Cancino-Villarreal P, Osorio-Pérez AI, Gutiérrez-Gutiérrez AM
- 155 Masas vaginales benignas: tratamiento y resultados quirúrgicos**
Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
- 156 Litiasis en las vías urinarias en mujeres embarazadas: complicaciones y resultados perinatales**
Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
- 159 Factores de riesgo materno asociados con ruptura de membranas pretérmino**
Villanueva-Calvillo A, Álvarez-Mercado RL
- 160 Evaluación de resultados en pacientes con pobre respuesta ovárica: comparativo de protocolo convencional vs media estimulación**
Félix-Atondo JA, García Amador MI, Díaz-González R, Castro-Hernández W, Barba-Gómez CA, Sánchez-Ávalos, Lozada-Plascencia, Martínez-Villa F, Martínez-Gutiérrez O, Buenrostro-López A, Ruvalcaba-Castellón LA
- 161 Síndrome genitourinario de la menopausia, posterior a cirugía reconstructiva de prolapsos órganos pélvicos**
Maldonado-Guerrero EEA, Valdez-Torres E, Gorbea-Chávez V, Rodríguez-Colorado SE
- 162 Recuperación ovocitaria en pacientes donadoras que recibieron estimulación ovárica controlada con meiotropinas**
Hernández-Mendieta B, Ronquillo-Valverde AC, Pérez-Luna E, Ledezma-Kahiry C, Pérez-Peña E
- 164 Frecuencia de hipotiroidismo subclínico como parte del estudio de infertilidad**
Hernández-Mendieta B, Calvo-Lugo GE
- 165 Indicaciones de histerectomía obstétrica**
Rodríguez-Méndez EA, García-Montaña CD, Ibarra-Peña S
- 166 Neovagina por laparoscopia mediante la técnica de Vecchietti en paciente con síndrome de Rokitansky-Kuster-Hausser tipo II, asociación MURCS, agenesia renal con riñón único pélvico**
García-Hernández GC, Salazar-Jiménez C
- 167 Acretismo placentario. Serie de casos**
Mendoza-Baranda K, Cortés-Hernández K, Córdova-Portillo R
- 168 Monitoreo hemodinámico no invasivo en hemorragia obstétrica aguda**
García-Ochoa ED, Briones-Garduño JC, De León-Ponce M
- 169 Métodos reversibles de larga duración: opción anticonceptiva posterior al evento obstétrico en adolescentes**
Aguilar-Roa PD, Velázquez-Ramírez N, Saravia-Cruz P, Ruiz-Huerta MC, Lira-Plascencia J, Rosas-Balán A
- 170 Análisis de resistencia, sensibilidad y etiología más frecuente en cultivos de orina**
Rivera-Ruiz JR, Rincón-Álvarez B, Basurto-Estrada M, Castillo-Trejo BG
- 171 Intervalos de referencia de hemoglobina glucosilada durante el embarazo en mujeres mexicanas sanas**
Sánchez-González CM, Reyes-Muñoz E, Loyo-Guio M
- 172 Características clínico-bioquímicas en una cohorte de 12 años de mujeres mexicanas con insuficiencia ovárica primaria**
Sánchez-González CM, Martínez-Cruz N, Aguayo-González P, Campos-Cañas JA, Hinojosa-Rodríguez KA, Recio-López Y, López-Rioja MJ
- 173 Antioxidantes en pacientes infértiles con alteraciones en la espermatobioscopia directa y en el índice de fragmentación de ADN espermático**
Flores-Aguirre I, Lezama-Ruvalcaba JL, Téllez-Velasco S
- 174 Atención de mujeres en situación de aborto en cinco hospitales públicos de Bolivia**
Asport-Terán S, Flores-Ayllon H, Enríquez-Nava M, Morales M
- 175 Efecto de la expresión de claudina-1 en la membrana espermática sobre la tasa de blastulación en embriones euploides**
Godoy-Morales HS, Gutiérrez-Frusch JA, Cázarez-Pérez K, Sandoval-García Travesí FA, Estrada-Maldonado MA, Avilés-Durán JC
- 176 Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida**
Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquivel RM
- 179 Lesión renal aguda durante el embarazo que requiere hemodiálisis: resultados maternos, fetales y de la función renal**
Benítez-Castro KL, Borbolla-Ramos M
- 180 Principales causas indirectas de mortalidad materna**
Hernández-Aldana F, Méndez-Sánchez JF, Astudillo-Ibarrondo J
- 181 Factores asociados con preeclampsia severa**
Mock-Gutiérrez AM



- 183 **Percepción del personal de salud acerca de la atención de pacientes adolescentes en consulta**
Castañeda-Tenorio, Payen-Padilla J, Amaya-Guel Y, Tobón-Delgado R, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J
- 184 **Prevalencia de malformaciones mullerianas en mujeres adolescentes. Experiencia en un centro de tercer nivel de atención**
Payen-Padilla J, Molina-Huicochea DM, Hidalgo-Alfonzo E, Castañeda-Tenorio M, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J
- 185 **Percepción de la consejería anticonceptiva para adolescentes: un estudio comparativo entre ginecólogos y médicos generales**
Payen-Padilla J, Brito-Sandoval F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibagüengoitia-Ochoa F
- 186 **Resultados perinatales en enfermedad renal crónica avanzada**
Borbolla-Ramos M, Benítez-Castro K
- 187 **Embarazadas con VIH positivo en tratamiento antirretroviral: frecuencia de complicaciones obstétricas**
Aboytes-Cardeña I
- 188 **El debate legislativo sobre el ejercicio de la objeción de conciencia y despenalización del aborto en Chile**
Montero-Vega A
- 189 **Frecuencia de éxito y seguridad del balón de Bakri trans y poscesárea para el control de la hemorragia obstétrica**
Villegas-Arias MA, Esparza-Valencia DM, Ling-García JP, Castro-Grespan S, Vizcarra-Ugalde SH, Salvador de la Maza L, Fernández-Lara JA
- 190 **Concordancia del PadTest con el índice de Sandvick para valorar la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo**
Carrillo-Núñez C, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N
- 191 **Sarcomas uterinos: incidencia, factores demográficos y características histopatológicas**
Flores-Alatrste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jiménez-Villanueva X
- 192 **Cáncer cervicouterino in situ. Prevalencia y factores de riesgo asociados**
Flores-Alatrste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jimenez-Villanueva X
- 193 **Expresión de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en el testículo**
Godoy-Morales HS, Sandoval-García-Travesí FA
- 194 **Resultados de FIV-ICSI en TESE**
Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázares-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés- Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiáburu GIA, Mera-Mejía R
- 195 **Histología de la biopsia testicular en varones con azoospermia**
Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázares-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés- Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiáburu GIA
- 197 **Malformación adenomatoidea quística: regresión en la vida fetal**
Rodríguez-Sibaja MJ, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Ramírez-Calvo JA, Velázquez-Torres B
- 198 **Rotura prematura de membranas: caracterización de pacientes y complicaciones asociadas. Experiencia de 125 casos**
Maisto A, Araya M, Gálvez F, Barrientos J
- 199 **Conductas sexuales y anticonceptivas en alumnas de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional**
Plascencia-Nieto ES, García-Trejo E, Espindola-Viveros KA
- 200 **Inducción de la maduración de ovocitos en ciclos de donantes con protocolo de antagonistas**
Vara-Miranda B, Badillo-Barradas C, Sandoval-Trejo RM
- 201 **Desarterialización de arterias uterinas en pacientes con hemorragia obstétrica**
Badillo-Barradas C, Vara-Miranda B, Sandoval-Trejo RM
- 203 **Rendimiento diagnóstico del índice ultrasonográfico de acretismo placentario en pacientes con inserción anómala de placenta**
Guerrero-Guillén AJ, Moreno-Urbe MN, Reyes-Hernández MU, Mendoza-Reyes E, Mendoza-Ramírez E
- 204 **Valores de referencia de marcadores ecsonográficos del primer trimestre: translucencia nuchal**
Acosta-Alcalde I
- 205 **Epidemiología del cáncer de endometrio en una cohorte de pacientes del noreste y centro de México**
Domínguez-Vigil I
- 206 **Concentraciones placentarias y mitocondriales de coenzima Q10 posterior a la suplementación con coenzima Q10 durante el embarazo**
Molina G, Hernández I, Vivero S, Racines-Orbe M, Calle A, Terán E
- 208 **Resultados de desvitrificación de óvulos en mujeres mayores de 35 años**
Rangel-Puente KI, Ángeles-Zatarain V, Rosales de León JC
- 207 **¿Mejora la hormona de crecimiento (GH) los resultados reproductivos? Análisis comparativo con dos protocolos de estimulación con antagonista para los ciclos de FIV**
Rangel-Puente KI, Dávila-Garza A
- 209 **Evolución clínica materno perinatal en gestaciones de 24 a 33 semanas y 6 días, más preeclampsia grave en tratamiento conservador o expedito**
Guevara-Gómez YP, Herrera-Rodríguez EA

CASOS CLÍNICOS

- 1 **Linfangioma cavernoso: reporte de un caso**
Medina-Jiménez, Levy-Mitrani SV, León-Lara X
- 2 **Embarazo heterotópico con embarazo gemelar intrauterino. Reporte de caso**
Medina-Jiménez V, Sánchez-Zelayeta LE, Beltrán-Montoya J
- 3 **Placenta percreta. Caso clínico**
Robledo-Maldonado MR, Grimaldo-Valenzuela P
- 4 **Anomalía de Ebstein y embarazo. Reporte de un caso**
Robledo-Maldonado MR

- 5 **Embarazo abdominal**
Robledo-Maldonado MR
- 6 **Preservación de la fertilidad con análogos de GnRH. A propósito de un caso**
Saavedra-Portales L
- 7 **Fibroadenoma gigante juvenil: reporte de un caso**
Oscar de la Garza-Lozano O, Díaz-Manjarrez V, Paz-Salinas M, De los Santos F, Rodríguez-Arredondo JP
8. **Coartación de la aorta en paciente con embarazo a término: reporte de un caso**
Chávez-García L, Apodaca-Miranda MC, Figueroa-Pérez I, López-Flores AM
- 9 **Tratamiento de fístula vesico vaginal con doble sistema colector**
Figueroa-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortés M, De la Torre-Arroyo MI, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI
- 10 **Fístula vesicovaginal con reimplante bilateral por histerectomía vaginal. Reporte de un caso**
Figueroa-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortés M, De la Torre-Arroyo MI, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI
- 11 **Tratamiento quirúrgico de un paciente con fístula uretero cervical**
Figueroa-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortés M, De la Torre-Arroyo IM, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI
- 12 **Terapia de células madre mesenquimales en síndrome de Asherman. Reporte de caso**
Castro-Hernández WB, Sánchez-Ávalos E, Barba-Gómez CA, García-Amador MI, Ruvalcaba-Castellón LA
- 13 **Holoprosencefalia alobar. Reporte de caso**
De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Guzmán D
- 14 **Cetoacidosis diabética durante el embarazo: reporte de caso**
De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Herrera II, López-Capistrán F
- 15 **Tratamiento preventivo de hemorragia obstétrica en paciente con acretismo: reporte de caso**
De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Herrera II
- 16 **Embarazo en paciente con miastenia gravis: reporte de caso**
De la Cruz-Alarcón B, Salazar-Leal M, Salinas-Herrera II
- 17 **Feto con sirnomelia. Reporte de caso**
De la Cruz-Alarcon B, García-Eligio JG
- 18 **Feto con higroma quístico. Reporte de caso**
De la Cruz Alarcón B, García-Eligio JG, Diz-Duque
- 19 **Ruptura hepática en síndrome de Hellp. Reporte de caso**
Salazar-Leal M
- 20 **Feto con tetra-amelia: reporte de caso**
De la Cruz Alarcón B, Lopez-Capistrán F
- 21 **Embarazo sobre cicatriz de cesárea previa. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**
Vela Damken A, Sánchez Loeza SB
- 22 **Himen imperforado: nuestro enfoque quirúrgico**
Alatorre-Ordaz AE, Díaz-Duque DX
- 25 **Embarazo a término y tetralogía de Fallot sin corrección quirúrgica. Reporte de un caso**
Linet Chávez-García L, López-Flores AM, Figueroa-Pérez I
- 26 **Embarazo gemelar con un feto vivo con placenta normal y una mola completa: reporte de un caso**
Jiménez JAE, Alegría-Peralta H
- 27 **Diagnóstico prenatal del síndrome de Prune Belly. Caso clínico**
Mireles-Ontiveros NA
- 28 **Feocromocitoma durante el embarazo tratado mediante resección laparoscópica: reporte de un caso**
Jaime-Barrera C, Milo-Suárez E, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Velázquez-Torres B, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Reyes-Paredes N, Gutiérrez-Marín A
- 29 **Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich: reporte de dos casos en diferentes etapas de la vida**
Hernández-Escobar CE, Zamora-Morales MT, Arroyo-Lemarroy T, Apodaca-Ramos I
- 30 **Sepsis abdominal como complicación de himen imperforado. Reporte de caso**
Arroyo-Lemarroy T, Solórzano-Morales BE, González-Caballero EN, Jiménez-Peña A, Hernández-Escobar CE, Zamora-Morales MT
- 31 **Mastitis granulomatosa idiopática**
Posadas-Nava A, Aguilar-Collazo MG, Lizárraga-Méndez CS
- 32 **Embarazo ectópico cornual: el arte de la técnica quirúrgica sigue vigente**
Posadas-Nava A, Rivera-Alvarado J, Aguilar-Collazo MG, Abrego-Solís I, Castillo-Gutiérrez J, Sotelo-Real EL
- 34 **Endometriosis severa y profunda**
Plascencia-Ramírez M, Flores-Villalobos MJ, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez V, Bañuelos-Franco A, Gutiérrez-Inzunza CG
- 35 **Leiomioma uterino. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía**
Ploneda-González C, Briones-Bernal BL, Cázares-González A
- 39 **Adenocarcinoma de colon y embarazo: reporte de caso**
Berlanga-Garza A, Vázquez-Hernández AN, Treviño-Martínez G, Saldívar-Rodríguez D, Guzmán-López MA, Flores-Acosta CC
- 40 **Cirrosis por hepatitis autoinmunitaria en el embarazo. Reporte de un caso**
Berlanga-Garza A, Vázquez-Hernández AN, Saldívar-Rodríguez D, Guzmán-López A, Flores-Acosta CC, Treviño-Martínez G
- 41 **Embarazo gemelar triple bicorial triamniótico posterior a la transferencia de 2 blastocistos.**
Cortés-Castañeda F, Salazar-López-Ortiz CG, Siu-Moguel GJ, Rodríguez-Calderón R, Vázquez-Alvarado AO, Salazar-Trujillo JC
- 43 **Carcinoma basocelular de vulva. Reporte de dos casos**
Villegas-Cruz C, Monroy-Faudoa A
- 44 **Leiomioma vulvar. Reporte de caso**
Monroy-Faudoa A, Villegas-Cruz C
- 45 **Tumor carcinoide derivado de teratoma maduro de ovario. Reporte de caso**
Monroy-Faudoa A, Villegas-Cruz C, García-Martínez MR
- 46 **Embarazo ectópico cervical. Reporte de caso**



- Madrigal-García I, Navarrete-Gómez J, Zepeda-Escamilla D*
- 47 **Revisión de la clasificación e historia natural de la esquizencefalia basado en la descripción de tres casos**
Acevedo-Gallegos S, Velázquez-Torres B, Gallardo-Gaona JM, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Bello-Muñoz JC, Guzmán-Huerta M, Barrera JG
- 48 **Diagnóstico prenatal de feto con esquizencefalia, holoprosencefalia semilobar y meningocele: reporte de un caso**
Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Velázquez-Torres B, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Barrera J
- 49 **Hemorragia cerebral parenquimatosa parietal derecha asociada a trombosis del seno sagital en embarazo gemelar de 10 semanas. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía**
Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A.
- 50 **Tratamiento quirúrgico por histeroscopia de embarazo ectópico intersticial: casos clínicos y revisión bibliográfica**
Gómez-Corredor F, Villamil-Pérez J, Díaz-Yamal I, Castañeda-Castañeda J, Sotolongo-León R, Ávila Jaimes L, Villabona-Silva P
- 52 **Necrosis de Fournier asociada con amebiasis extra intestinal: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Escobar-Vidarte MF, Hurtado-David F, Loaiza-Osorio S, Fernandez-Pérez P
- 53 **Actinomicetoma simulador de cáncer de ovario metastásico: reporte de caso**
Suso JP, Hincapié-Korgi MA, Escobar-Vidarte MF, Restrepo OH
- 54 **Quistectomía por laparoscopia con extracción de pieza quirúrgica por culdotomía. Reporte de caso**
García De la Torre JL, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK, Jimenez-Luna AJ
- 55 **Embarazo heterotópico espontáneo: reporte de dos casos y revisión bibliográfica**
Pérez-Montaña A, Tobón-Delgado SR, Jiménez-Alfonso LE, Grullón-Bisonó MA, Iyune-Cojab E, Escobar-Ponce LF, Ortiz-Ramírez MA
- 57 **Acretismo placentario: reporte de un caso**
Acevedo-Guzmán A, Madrigal-García I, Salvatierra-Díaz E, Ávila-Moreno JA
- 58 **Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso**
Madrigal-García I, Acevedo-Guzmán I, Rodríguez-Gutiérrez TD, Caamal-Velázquez ME
- 60 **Trombastenia de Glanzmann y embarazo. Reporte de un caso**
Gudiño-Ruiz EN, Cedillo de la Cerda JL, Salazar-Hernández N
- 61 **Pentalogía de Cantrell: reporte y comparacion de dos casos**
Serrano-Díaz LE, Camarillo-Contreras OO
- 62 **Tratamiento laparoscópico de teratoma ovárico con cabeza fetal. Reporte de un caso**
Soto-Pineda JM, Pintor-Sandoval I
- 63 **Acetato de ulipristal previo a miomectomía en el tratamiento de las miomatosis: reporte de un caso**
Sánchez-Aranda A, Sánchez-Mitre A, Guerrero-Dorado JC
- 65 **Embarazo intrauterino con desarrollo extrauterino avanzado. Diagnóstico prenatal a la resolución quirúrgica. Reporte de un caso**
Zavaleta-García RD, Jacinto-Sierra MP
- 66 **Dextrocardia fetal asociada con otras malformaciones. Diagnóstico prenatal: a propósito de un caso clínico**
Locascio-Gutiérrez GA, Escamilla-Cabrera JR, Sandoval-Mariscal TA, González-Robles ME, García-Ávila SA, Rodríguez-Jiménez E, Ayala-Rojas JJ, Cortes-Quiñones DJ, Landeros-Pérez A, Pérez-Galván AL, Rodríguez-Chávez JL, Tawney-Serrano CR
- 67 **Diagnóstico prenatal de trisomía 18. Reporte de caso**
Arellano-Cornejo KJ, Orduña-Rosas VG, Moreno-Uribe MN
- 69 **Encefalocele de gemelo dos en embarazo bicoriónico biamniótico expuesto a tratamiento con Dotbal®**
Borges DY, Mata-Mejía KE, Carballo-Contreras J, Costa-Larraga LD
- 71 **Cistadenofibroma seroso papilar como hallazgo durante laparatomía exploradora por embarazo ectópico. Reporte de caso**
Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Aguilar-Galván IG, Robles-Vera JJ, González-Moreno J, Franco-Topete RA, Navarrete-Medina EM
- 72 **Tratamiento médico exitoso con metrotexate en embarazo ectópico cervical. Reporte de caso**
Mora-González S, Núñez-Villegas AM, Aguilar-Galván IG, Nuño-Carbajal S, Corona-Gutiérrez AA, Fajardo-Dueñas S
- 73 **Úlcera de Lipschutz. Reporte de caso y revisión bibliográfica**
Negrin-Pérez MC, Ramírez-Negrin A, Ortiz-Reyes H, Cervantes-Mondragón PJ
- 74 **Fístula vesicovaginal**
Rodríguez-Cabral CA, Ramos-Ayala M, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC
- 75 **Cierre de fístula compleja vesicovaginal con prótesis biológica y fistulectomía con abordaje vaginal**
Rodríguez-Cabral CA, Lemus-Ramos BY, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Villareal-Sosa CO
- 77 **Síndrome de hiperestimulación ovárica: tromboembolismo pulmonar en el embarazo**
Becerril-Rodríguez PR, Fragoso-Sandoval F
- 100 **Reparación de fístula vesico vaginal con técnica de Latsko**
Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Martínez-Cabrales F, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI, Medina-Gálvez O
- 10 **Embarazo de alto riesgo, preeclampsia con datos de severidad-eclampsia y síndrome de HELLP: éxito del ERIO**
Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Mejía-Nava A, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI
- 102 **Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos (SAF). De la pérdida gestacional al síndrome catastrófico. Reporte de dos casos**

- Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Mejía-Nava Armando, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI
- 103 Influenza A H1N1 en obstetricia. Reporte de caso**
Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Mejía-Nava A, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI, Medina-Gálvez O
- 104 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. Reporte de caso**
Gamarra-Aguilar DG, Ochoa-Yahari RJ, Britez-Sosa HL, Duarte-Barrios FA, Salgueiro-Riquelme DA
- 105 Maduración cervical farmacológica y mecánica en un embarazo de 28 semanas con comorbilidades materno fetales. Reporte de caso**
Pineda-Baltazar R, Cerecedo-Ponce V, Espino y Sosa S
- 106 Agenesia congénita de vagina: tratamiento laparoscópico (neovagina) con técnica de Davidov. Evaluación de la función vaginal y satisfacción sexual con seguimiento a un año**
García-Eliás MR, Cedillo-Díaz FJ, Castillo-Marín-Ruiz JC
- 107 Tumoración de células de la granulosa de tipo adulto. Reporte de un caso**
García-Eliás MR, Cedillo-Díaz FJ
- 108 Cráneo en trébol o síndrome de Kleeblattschadel Kleeblattschadel**
Ibarra-Peña S, Rodríguez-Méndez EA
- 110 Enfermedad de células falciformes y embarazo. Reporte de un caso**
Garduño-García C, Hernández-Denis JA, Herrera-Ortiz A, González-Bravo R, Sánchez-López MY
- 111 Malformaciones mullerianas y embarazo: síndrome de Ohvira. Reporte de un caso**
Garduño-García C, Jonguitud-Vargas F, Ramírez-San Juan OA, Pedraza-González AA, Castillo-Córdoba F
- 112 Ruptura uterina a la semana 19 en primeros embarazos con útero bicornue: reporte de caso**
Montoya E, Granados C, Castillo M, Suárez D
- 113 Transfusión feto-feto asociada a inserción velamentosa de cordón. Reporte de un caso**
García-Montaña CD, Rodríguez-Méndez EA, García-Cataño JM,
- 114 Cáncer de mama asociado al embarazo. Reporte de un caso**
García Montaña CD, Díaz-Vargas DG, Rodríguez Méndez EA
- 115 Malformación arteriovenosa uterina: una alternativa de tratamiento conservador. Reporte de caso y revisión bibliográfica**
Fugarolas-Marín J, Hernández-Mendieta B, Olguín-Cruces VA, Rosales-Ortiz S
- 116 Tratamiento con pesario vaginal del prolapso uterino durante el embarazo: reporte de un caso**
De la Torre-Arroyo MI, Zaragoza-Torres RM, Cruz-Cortes M, Grover-Baltazar AH, Hernández-Ramírez E, Figueroa-Pérez I, Castellanos-Cuencas KI
- 117 Hiperreacción luteínica en embarazo gemelar espontáneo: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Sauceda-González DA
- 118 Seguimiento y resolución transcesárea de un tumor anexial durante la gestación, una alternativa de tratamiento en tumores de características benignas: reporte de caso y revisión de la bibliografía**
Jiménez LE, Mora-Galván JA, Tobón-Delgado SR
- 119 Desenlaces clínicos en una paciente con anemia aplásica durante el embarazo: reporte de caso y revisión bibliográfica**
Sepúlveda-Rivera CM, Jiménez-Alfonso LE, Vargas-Trujillo SV, Hernández-González M, Nava-Barahona MD, Ramírez-Santes VH
- 120 Nacimiento vaginal de gemelos unidos toraco-onfalopagos en el segundo trimestre tardío: una opción para evitar la histerotomía**
Ortiz MA, Jiménez-Alfonso LE, Tobón-Delgado SR, Romero-Vaca P
- 121 Embarazo ectópico cornual. Reporte de caso**
Aquino-Vargas JR, Rivas-Penilla LF, Hernández-López LA, Jiménez-Alfonso LE
- 122 Abordaje laparoscópico de teratoma maduro gigante con aspiración manual endoquística**
Hidalgo-Pajuelo C
- 123 Hematoma subcapsular hepático**
Sánchez-Tinoco PM, Mendoza-Baranda K, Cortés-Hernández K, Córdova-Portillo R
- 124 Loxocelismo cutáneo. Reporte de un caso en Obstetricia**
García-Ochoa ED, Briones Garduño JC, De León-Ponce M
- 125 Embarazo gemelar bicorial de mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. A propósito de un caso**
Escudero-Olave GS, Zorita de Arenas I
- 126 Hepatitis viral fulminante y embarazo. Notificación de un caso y revisión bibliográfica**
Prado-Garibay DM, Rodríguez-Chávez JL
- 127 Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre: reporte de caso**
Minjarez-Corral M, Madrigal V
- 128 Embarazo abdominal. Reporte de caso y revisión bibliográfica**
Cantú-Yruegas CF, Hernández-Castro F
- 129 Tratamiento expectante y desenlace en obstrucción urinaria baja (LUTO)**
Moreno-Hernández V, Pineda-Alemán HF
- 131 Divertículo uretral en mujer con infección de vías urinarias de repetición. Reporte de caso y revisión bibliográfica**
Mendoza-Hernández KG, Gutiérrez-Isiordia J, Igoa-Muñoz JC
- 132 Nudos verdaderos múltiples en el cordón umbilical**
Ibargüengoitia-Ochoa F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Payen-Padilla J
- 133 Síndrome de Klippel-Trenaunay asociado con linfangioma quístico esplénico y embarazo**
Ibargüengoitia-Ochoa F, Lira-Plascencia J, Payen-Padilla J
- 134 Melanoma maligno vulvar**
Cortés-Martínez G, Rio de la Loza-Jiménez F, Fragos-Hernández M, Vázquez-Díaz Arriaga A
- 135 Recién nacido proveniente de madre con glaucoma congénito bilateral y padre con síndrome de Marfan**
Cifrián-Pichardo MT



- 136 **Útero unicornio con cuerno rudimentario no comunicante izquierdo en paciente con infertilidad. Reporte de un caso**
Flores-Villalobos MJ
- 137 **Análisis del Informe conjunto de la Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) / Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) de la terminología de la disfunción del suelo pélvico. Informe del 2016**
Cordero-Sánchez GY
- 138 **Carcinoide apendicular en el embarazo. Reporte de un caso**
Cordero-Sánchez GY, Velázquez-Castellanos PI, Rentería-Concesión B, García-Lezama RA, Carrillo-Núñez C, Vital-Miranda SN
- 139 **Percretismo placentario. Reporte de caso**
Fernández del Campo A, Ramírez-Agonizante M
- 140 **Gran mioma uterino: tratamiento prequirúrgico con embolización de arterias hipogástricas. Presentación de un caso**
García-Pérez IF, Rivero-Corona J, Flores-Méndez VM, Hernández-Aldana FJ
- 141 **Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso**
Caballero-Carrillo SM, Adame-Alcaraz D, Ortega-Barrios S
- 142 **Choque séptico en embarazo de término. Caso clínico**
Moreno-Santillán A, De la Rosa M, Abrego-Solís ID
- 143 **Síndrome nefrótico asociado con preeclampsia: es factible y posible**
Ábrego-Solís ID, Álvarez-Cabrera MC, Caldiño-Soto F, García-Espinosa M
- 144 **Síndrome antifosfolipídico y preeclampsia atípica: reporte de un caso**
Madrigal-García I, Varela-Ortiz S, Caamal-Velázquez ME, Torres-Maldonado TJ
- 145 **Placenta acreta a las 15 semanas y tratamiento con histerectomía en bloque. Caso clínico**
Castillo-Reyther RA, Enríquez-López R, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S
- 146 **Embarazo ectópico intersticial: reporte de un caso**
Esparza-Valencia DM, Enríquez-López R, Castro-Grespan S, Rendón-Hernández E
- 147 **Neoplasia gigante de cola de páncreas durante el embarazo. Reporte de un caso**
Orduña-Rosas VG, Arellano-Cornejo KJ, Moreno-Urbe MN
- 148 **Incidencia de heterocigocidad y homocigocidad en pacientes con trombofilias hereditarias y pérdida gestacional recurrente. Panorama a 10 años**
Flores-Alatraste D, Stern-Colín J
- 149 **Porcentaje de presentación de infección por VPH en población rural**
Flores-Alatraste D, Flores-Navarro H, Stern-Colín J
- 150 **Enfermedad trofoblástica gestacional de tipo epitelioide. Caso clínico**
Núñez-Alonso MA, Navarro E, Adorno R, Núñez M, Battaglia V
- 151 **Accidente cerebrovascular hemorrágico más embarazo. A propósito de un caso**
Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Barrientos B, Correa M, Navarro E, Adorno R, Núñez M, Sosa Rogelio, Battaglia V
- 152 **Embolización de la arteria uterina en mioma submucoso tipo 0. A propósito de un caso**
Barrientos B, Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Adorno R, Núñez M, Battaglia V
- 153 **Embarazo ectópico abdominal. A propósito de un caso**
Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Barrientos B, Adorno R, Núñez M, Sosa R, Battaglia V
- 154 **Hígado graso agudo del embarazo asociado a preeclampsia con datos de severidad. Reporte de un caso**
Vargas-Luna L, Sandoval-García-Travesí FA, Coral-López V
- 155 **Ectopia cordis, a propósito de un caso**
Araya M, Maisto A, Barrientos J, Gálvez F
- 156 **Tratamiento de la disfunción de vaciado en paciente con mielitis transversa**
Vital-Miranda N
- 159 **Abordaje abdominal como alternativa de tratamiento en síndrome de Herlyn Werner Wunderlich. Reporte de caso**
Juárez-Santacruz HJ, Danilop-Hernández M, González-Ortega C, Ruvalcaba-Ortega L, Lanuza-López C, Gutiérrez-Gutiérrez AM
- 160 **Resultados favorables en paciente preecláptica y feto con arteria única con enoxaparina y coadyuvantes. Reporte de caso**
García-Amador MI, Díaz-González R, Moreno-Palacio V, Castro-Hernández W, Barba-Gómez CA, Sánchez-Ávalos E, Félix-Atondo JA, Lozada-Plascencia L, Ruvalcaba-Castellón LA
- 161 **Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario**
García GAC
- 162 **Embolia de líquido amniótico. Reporte de caso clínico**
Acosta-Alcalde I, Velázquez-Tarcila A
- 163 **Dermatitis autoinmune por progesterona: reporte de un caso y revisión de la bibliografía**
Hernández-González H, Iga-Canavati G

Los resúmenes se reproducen tal como se recibieron por parte de los autores, por lo que su contenido científico y editorial no es responsabilidad de la FEMECOG.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores): \$ 1,300.00

Personal: \$ 1,150.00

En el extranjero

Institucional (multireaders): US\$ 170.00

Personal: US\$ 165.00

*La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor: Alberto Kably Ambe

Ginecología y Obstetricia de México. Nueva York 38, colonia Nápoles, Ciudad de México 03810. Teléfono: 5523-1664.

Registro ante la Dirección General de Correos 0540167 y de características 228241116.

Realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®).

Cerrada de Antonio Maceo 68, colonia Escandón, 11800 Ciudad de México. Teléfono: 5678-2811.

Impresa en: Grupo Art Graph, Querétaro, Qro. Tel.: (442) 2208969

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo

Nueva York 38, 03810, México, DF.

Teléfonos: 5682-4823 directo y 5669-0211, de 17:00 a 20:00 horas.

revista@femecog.org.mx

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez

Ejecutiva de ventas

Teléfono: 5678-2811

Nextel: 1088-40-60

anieto@nietoeditores.mx

Publicidad

Georgina González Tovar

Ejecutiva de ventas

Teléfono: 5632-8640

Celular: 044-55-1825-0224

ggonzalez@nietoeditores.mx

Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto Ramírez

Cantidad de ejemplares impresos: 3000

Coordinación revisión por pares: Dr. Eduardo Aguirre Alanís

Diagramación: DG. Elidé Morales del Río



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
Fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia en 1945

EDITOR

Alberto Kably Ambe

EDITOR HONORARIO

Carlos Fernández del Castillo S

COEDITORES ASOCIADOS

Obstetricia: José Niz Ramos

Ginecología: Carlos Quesnel García-Benitez

Biología de la Reproducción: Claudio Serviere Zaragoza

Medicina Materno Fetal: Nancy Sierra Lozada

Uroginecología: Silvia Rodríguez Colorado

Bioestadística: Chiharu Murata

CONSEJO EDITORIAL

Víctor Espinosa de los Reyes
Juan Rodríguez Aregüelles
Jorge Delgado Urdapilleta
Samuel Karchmer K

Roberto Ahueh Ahued
José Antonio Sereno Coló
Javier Santos González

Jesús Leal del Rosal
René Bailón Uriza
José de Jesús Montoya
Ernesto Castelazo Morales

COMITÉ DE REVISORES

OBSTETRICIA

Armando Alberto Moreno Santillán
Francisco José Bernardez Zapata
Ángel García Alonso
Gilberto Tena Alavez
Miguel Ambás Argüelles
Eduardo de la Luna y Olsen
Juan Carlos Izquierdo Puente
Juan Fernando Romero Arauz

GINECOLOGÍA

Carlos Aranda Flores
Emigdio Torres Farías
Luis C Uribe Ramírez
Denys Elizabeth Delgado Amador

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

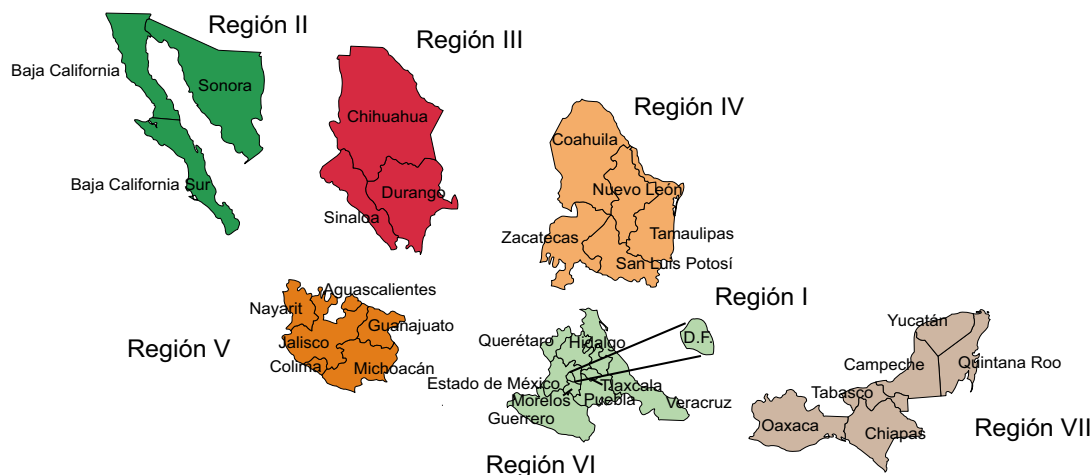
Emilio Valerio Castro
Rosa Martha Luna Rojas
Armando Miguel Roque Sánchez
Roberto Santos Haliscak
José María Mojarra Estrada
Carlos Salazar López Ortiz

MEDICINA MATERNO FETAL

Dora Gilda Mayén Molina
Salvador Espino y Sosa
Antonio Jesús Briseño Sainz
Juan Manuel Gallardo Gaona
Sergio Fajardo Dueñas
Óscar Moreno Álvarez
Mónica Cruz Lemini
Jana López Felix
Yazmin Copado Mendoza
Leticia Flores Gallegos

UROGINECOLOGÍA

Pablo Gabriel Gutiérrez Escoto
Patricia Velázquez Castellanos
Pilar Velázquez Sánchez
Viridiana Gorbea Chávez
Laura Escobar del Barco
Arnulfo Martínez Chapa



Agrupaciones federadas

Región	Región
Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.	I
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis R.C. Sonora, A.C.	II
Colegio Sudcaliforniano de Ginecología y Obstetricia, A.C.	II
Colegio de Ginecologistas de Guaymas, A.C.	II
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A.C.	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A.C.	II
Colegio Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chihuahua, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Parral, Chihuahua, A.C.	III
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología, A.C.	III
Colegio de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil, A.C.	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Delicias, A.C.	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Laguna, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis Potosí, S.C.	IV
Colegio de Ginecoobstetras de la Zona Sur de Tamaulipas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Reynosa, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C.	IV
Colegio Victorense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles, S.L.P. y Zona Huasteca, A.C.	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C.	IV
Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León, A.C.	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Michoacán, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C.	V
Colegio Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Colegio Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	V
Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la costa de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A.C.	V
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Acámbaro, A.C.	V
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Piedad, A.C.	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Estado de Puebla, A.C.	VI
Colegio Veracruzano de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio Xalapeño de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.	VI
Colegio Guerrerense de Gineco-Obstetras, A.C.	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio Hidalguense de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.	VI
Colegio de Ginecólogos de la Región Minatitlán Veracruz, A.C.	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver., A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala, A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A.C.	VI
Colegio Gineco-Obstétrico de Tehuacán, A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Zona Norte del Estado de Guerrero, A.C.	VI
Colegio Pozarricense de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tabasco, A.C.	VII
Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia, A.C.	VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez, A.C.	VII
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche, A.C.	VII
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos, A.C.	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Cuenca del Papaloapan, A.C.	VII
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche, A.C.	VII



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2015-2017

Sergio Fajardo Dueñas
Presidente

Juan de Dios Maldonado Alvarado
Vicepresidente

Francisco José Bernardez Zapata
Primer Secretario Propietario

Gilberto Tena Alavez
Segundo Secretario Propietario

Armando Montaña Uscanga
Primer Secretario Suplente

Marcelino Hernández Valencia
Segundo Secretario Suplente

Paola Iturralde Rosas Priego
Tesorera

Miriam Concepción Negrin Pérez
Subtesorera

Directores Regionales 2016-2018

Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Región I
Horacio Ortega Clavero
Región II
Luis Fernando Acosta Alfaro
Región III

José Manuel González Martínez
Región IV
Rafael Bedoya Torres
Región V
Manuel Sáenz Cabrera
Región VI

Dency Lorenzo de Jesús Díaz Cervera
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latino
Americana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

PUBMED, SCIMAGO, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE,
SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Niveles de Medicina Basada en la Evidencia

Niveles de evidencia para estudios sobre tratamientos/prevenición/etiología/daño

1a	Evidencia obtenida a partir de revisiones sistemáticas o de metanálisis de estudios aleatorizados y controlados
1b	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio aleatorizado y controlado
2a	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio controlado y sin aleatorización
2b	Evidencia obtenida a partir de al menos un estudio con cualquier otro diseño cuasi-experimental
3a	Evidencia obtenida a partir de estudios de casos y controles
3b	Evidencia obtenida a partir de estudios individuales de casos y controles, estudios no consecutivos o con inconsistencia en los estándares de referencia empleados o en poblaciones muy limitadas
4	Evidencia obtenida a partir de reportes de caso y estudios de casos y controles de calidad limitada
5	Evidencia obtenida a partir de la opinión de expertos sin un enfoque crítico explícito

Niveles de evidencia para relaciones observacionales

1	Evidencia de una muestra de población grande y representativa
2	Evidencia de una población pequeña, con un diseño adecuado, pero no necesariamente representativa
3	Evidencia de encuestas no representativas, reportes de caso
4	Evidencia obtenida a partir de reportes de comités de expertos o de experiencia clínica de autoridades

Grado de recomendación

A	Estudios consistentes con evidencia de nivel 1
B	Estudios consistentes con evidencia de nivel 2 o extrapolado a partir de estudios con evidencia de nivel 1
C	Estudios con evidencia de nivel 4 o extrapolado a partir de estudios con evidencia de nivel 2 o 3
D	Estudios con evidencia de nivel 5 o de estudios inconsistentes o no concluyentes con cualquier nivel de evidencia

Adaptado de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, Levels of Evidence (May 2001) <http://www.cebm.net/>



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Factores asociados con la histerec-tomía obstétrica en los hospitales Tec Salud. Revisión de 5 años

Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Octavio-Loya O, Estupiñán-Villarreal A, Soto-Fuenzalida G
Tecnológico de Monterrey, Monte-rrey, NL., México

Antecedentes: la incidencia de complicaciones asociadas con la histerectomía obstétrica son muy altas: hemorragia obstétrica, necesidad de transfusión de múltiples paquetes globulares, lesiones a las vías urinarias, lesiones intestinales, y daño permanente o muerte materna. La incidencia en nuestro medio es de 80% de cesáreas, factor que se asocia en la bibliografía como el principal factor de riesgo para esta complicación.

Objetivo: describir los factores asociados con la histerectomía obstétrica en nuestro grupo.

Material y Método: estudio retrospectivo, descriptivo, en donde se analizan todos los nacimientos

entre los años 2009 y 2014 en hospitales TEC Salud, describiendo los casos de histerectomía obstétrica, y analizando sus diferentes variables.

Resultados: se estudiaron 17 pacientes, con edad promedio de 33.5 años, con límites de 26 y 40. Se registraron 14 cesáreas. Hubo 17 pacientes con cesárea previa, dos embarazos gemelares. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3108 g y el promedio de sangrado transquirúrgico de 1505 cc. La histerectomía fue necesaria por: atonía uterina (n = 10), acretismo placentario (n = 3), neoplasia (n = 3) e infección uterina (n = 1). Promedio de histerectomías por año (n = 3), promedio de nacimientos por año (n = 1375); la tasa de histerectomía resultó en 2.18.

Conclusiones: la principal causa de histerectomía encontrada en nuestro estudio fue por atonía uterina, y no como consecuencia de la cesárea realizada. El mayor número de histerectomías se encontró en pacientes con cesárea, sin embargo

en nuestro medio el índice de cesárea es de 85% aproximadamente. El peso de los productos promedio fue de 3108 g, no siendo la macrosomía fetal un factor predisponente en nuestro grupo de observación. La tasa de histerectomía en nuestro grupo fue de 2.18 por cada 1000 nacimientos, muy por debajo de la bibliografía revisada. La histerectomía obstétrica electiva surge como tema de discusión y se sugiere realizar más investigación sobre el tema en el futuro. Es necesario incrementar nuestro grupo de observación para obtener más información de nuestra bioestadística.

Diagnóstico de ingreso a la unidad de terapia neonatal en embarazos mayores de 37 semanas en hospitales TEC salud

Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Barragán-Galindo LA, Ramos-Reyes A, Villarreal-Noyola E, Mesa-Chávez F, Gómez-Elizondo D, Torres-Flores R, Soto-Fuenzalida G

Tecnológico de Monterrey, Monterrey, NL., México.

Antecedentes: los ingresos a la unidad de terapia neonatal (UTIN) de recién nacidos hijos de madres con embarazo de término, es un tema trascendente para nuestra población, tanto por la importancia de los diagnósticos de ingreso como por la patología asociada a ellos. Los recién nacidos ingresados a la UTIN suelen tener diagnósticos muy variados, que incluyen problemas en el desarrollo, de causas genéticas, metabólicos, infecciosas y de origen obstructivo. Los diagnósticos de admisión más comunes en recién nacidos a término, en orden descendente son el distress respiratorio neonatal, ictericia, hipoglicemia, policitemia, dificultad para alimentarse, sepsis, deshidratación y anomalías congénitas.

Objetivo: identificar los principales diagnósticos asociados con el ingreso a UTIN de mujeres con embarazo mayor de 37 semanas.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional, analítico, descriptivo, de revisión de expedientes de los Hospitales TEC Salud de Monterrey, en donde se analizaron los ingresos a UTIN en embarazos de término vivos.

Resultados: se revisaron en nuestros hospitales los años 2014 y 2015 con un total de 2,725 nacimientos, de los cuales 136 pasaron a UTIN (4.99%). De este grupo de pacientes, 39 (28.67%) cumplía los criterios de inclusión. En este grupo se obtuvo un promedio de edad gestacional al ingreso de 38.3 SDG, una edad promedio de las pacientes de 30.8 años (18 - 42). El promedio de gestas presentado fue de 2.4 embarazos. De los productos ingresados a UTIN el promedio de días registrado fue de 10.4 días, y el peso aproximado de los productos de 2968 g.

De este grupo de pacientes, los 3 diagnósticos más frecuentes de ingreso a UTIN fueron SDR con 19 ingresos, Cardiopatía congénita con 5 ingresos, Parto fortuito con 3 ingresos, Policitemia con 3 ingresos.

Conclusiones: el SDR es la primera causa de ingreso a UTIN en nuestra población al igual que la bibliografía internacional. La policitemia no tiene una indicación de ingreso relevante en nuestra población, a diferencia de otras estadísticas. El mayor porcentaje de ingreso a UTIN por edad gestacional se encuentra por arriba de las 38 SDG, y no entre las 37 y 37.6 como se describe en estudios internacionales. En nuestra población estudiada el SDR afecta predominantemente al grupo comprendido entre las 38 y 38.6 SDG de forma significativa. El porcentaje por edades de ingreso a UTIN de embarazos a término es de 28.67%. A diferencia de lo que se podría pensar, no va disminuyendo el porcentaje de ingreso a UCIN de forma lineal conforme aumenta la edad gestacional, ya que el porcentaje es menor dentro del grupo entre 37-37.6, que en el de 38-38.6 y mayores de 39 semanas.

Factores de riesgo asociados con el ingreso a terapia intensiva de pacientes obstétricas

Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Vázquez-Camacho E, Quiroga-Garza ME, Martínez-Treviño EF, Flores-Marín DL, Valdés-Reyes A, Mejía-Fernández L, Soto-Fuenzalida G

Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México.

Antecedentes: las escalas que identifican oportunamente el riesgo de ingreso a terapia intensiva de pacientes embarazadas son pocas y no están adecuadamente estandarizadas para pacientes obstétricas. El análisis de los factores de riesgo

que pueden llevar a complicaciones obstétricas puede brindar información para la prevención y tratamiento de enfermedades como preeclampsia, hemorragia obstétrica u otras enfermedades asociadas y/o complicadas por el embarazo.

Objetivo: analizar los principales factores de riesgo asociados al ingreso de pacientes obstétricas a una unidad de terapia intensiva de un centro hospitalario en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México durante el periodo comprendido entre los años 2012-2016.

Métodos: estudio retrospectivo, analítico consistente en la revisión de expedientes de pacientes obstétricas desde enero del 2012 a diciembre del 2016. En este análisis se obtuvieron 74 pacientes embarazadas, puerperio inmediato y puerperio tardío, de las que se analizaron variables como edad materna, diagnóstico de ingreso, intervenciones realizadas previo y durante el embarazo, antecedentes personales patológicos, complicaciones presentadas durante el embarazo, el resultado al final de su estadía en las unidades.

Resultados: durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2016 hubo 6500 nacimientos en la unidad médica. De estas pacientes, 74 (1.13%) fueron referidas a la UCIA. El total de pacientes estudiadas en nuestro trabajo abarca desde el embarazo hasta los primeros 42 días siguientes al nacimiento. Los antecedentes más importantes en la distribución de nuestro grupo de estudio, muestra que el 78.3 % de las pacientes no tenía ningún antecedente de importancia. El principal diagnóstico de ingreso a UCIA fue por Preeclampsia en nuestro centro. La tabla porcentual de días de permanencia en UCIA, muestra que el 91% estuvo de 1 a 3 días. La edad de las pacientes es mostrada de forma preponderante en la bibliografía, como un factor



de riesgo asociado a ingreso a UCIA. De los ingresos a UTIA hubo 10 pacientes post histerectomía obstétrica, de las cuales 9 requirieron transfusión sanguínea con la siguiente distribución:

Conclusiones: la admisión a terapia intensiva de pacientes embarazadas o en el período postparto es un fuerte indicador y factor de riesgo para la muerte materna. Se ha observado que una edad materna mayor a 40 años es un factor que aumenta por 3 el riesgo de mortalidad materna. El 42% de las pacientes admitidas a UCIA en el presente centro eran jóvenes entre 22 y 29 años. De forma significativa, la Preeclampsia fue el principal diagnóstico de ingreso a UCIA con un 72%, seguido por hemorragia obstétrica con un 16%. Este punto marca una diferencia con la bibliografía internacional, en la cual la hemorragia obstétrica ocupa el primer lugar. En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, las principales causas de muerte materno fueron secundarias a enfermedad cardiovascular y antecedente de cardiomiopatía. Dichos antecedentes se asocian a las altas incidencias de obesidad, diabetes e hipertensión, además del incremento de la edad materna que se ha presentado en los últimos años. Dentro de los resultados arrojados en este estudio, el antecedente de obesidad y tabaquismo se presentó en un pequeño porcentaje de las pacientes. Sin embargo, el mayor porcentaje de la población no padecía ningún antecedente de relevancia médica. El 91% de las pacientes sólo requirió una estancia corta en UCIA (1 a 3 días). En otros estudios de diferentes centros se ha reportado una media de estancia en UCIA de 8 días. El riesgo de ser politransfundido en UCIA posterior a un evento de histerectomía obstétrica es muy alto, aumentando de forma

significativa la morbi mortalidad de las pacientes. Se ha descrito en diversos estudios epidemiológicos, otros factores de riesgo que influyen en el ingreso a UCIA de las pacientes obstétricas. Entre tales factores de riesgo, se discute el nivel socioeconómico, la cercanía hacia un centro de salud de tercer nivel, o la etnia del paciente. Tales factores no se cubren dentro de este trabajo, el cual podría ser analizado en estudios subsecuentes.

Incidencia y diagnóstico de ingreso a terapia intensiva de pacientes obstétricas

Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Vázquez-Camacho E, Quiroga-Garza ME, Martínez-Treviño EF, Flores-Marín DL, Valdés-Reyes A, Mejía-Fernández L, Soto-Fuenzaldida G

Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México.

Antecedentes: la morbilidad y mortalidad materna es un parámetro internacional que nos muestra cómo funcionan nuestros servicios de salud. Las complicaciones obstétricas durante los períodos anteparto y postparto son una de las principales causas de mortalidad materna. Varios estudios de diversos países han plasmado la estadística en centros hospitalarios propios, agrupando a las poblaciones en grandes segmentos como países desarrollados y países en vías de desarrollo. Sin embargo, poca información se tiene de la estadística de la población mexicana, y de los diagnósticos y patologías más frecuentes en los ingresos a la unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA).

Objetivo: analizar las admisiones, la incidencia y los diagnósticos de ingreso de pacientes obstétricas a una unidad de terapia intensiva de un centro hospitalario en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México durante un periodo de 5 años.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de los expedientes de pacientes obstétricas ingresadas a UCIA de enero del 2012 a diciembre del año 2016. Para esto se revisaron un total de 2,893 expedientes de pacientes ingresados a cuidados intensivos, de los cuales 74 fueron pacientes obstétricas, abarcando embarazos, puerperio inmediato y puerperio tardío. De estas pacientes se recolectó la información mediante la revisión directa de los expedientes. Se analizaron variables como edad, diagnóstico de ingreso, intervenciones, indicaciones para admisión, duración de la estadía y el resultado al final de su estadía en las unidades.

Resultados: se revisaron los expedientes clínicos de pacientes ingresadas a terapia intensiva adultos entre los años 2012 a 2016, obteniendo un total de 2,893 casos. De estos ingresos, 74 pacientes (2.5%) fueron pacientes obstétricas. Durante este período de tiempo, hubo en la unidad un promedio de 1300 nacimientos por año, lo que implica una proporción de ingresos obstétricas del 1.13% de las pacientes. De las pacientes ingresadas, el promedio de edad fue de 30 años (15-45 años), con un índice de embarazos del 1.98 (1-5 hijos). Del total de pacientes ingresadas a terapia, las 74 fue por vía de cesárea. La distribución porcentual marca una acentuada prevalencia de ingresos por preeclampsia severa, con 72%. Se revisaron los antecedentes personales de las pacientes obstétricas ingresadas y se encontró que 78% de ellas no tenían factores de riesgo previos a su ingreso.

Conclusiones: el porcentaje de pacientes obstétricas admitidas a terapia en el periodo de estudiado fue de 1.13%, correlacionándose con las estadísticas de países desarrollados. La media de edad de

las pacientes ingresadas fue de 30 años, con un promedio de gestaciones de 1.98. Cabe destacar de estos números que en nuestro grupo no hay una asociación de ingreso a UCIA y extremos de la edad, así como tampoco con multiparidad. Los estudios epidemiológicos realizados actualmente muestran que a nivel internacional, la hemorragia obstétrica se encuentra en primer lugar como diagnóstico de admisión a UCIA. Sin embargo, en nuestro grupo poblacional, la preeclampsia es significativamente prevalente, siendo responsable de 72% de los ingresos, *versus* 16% de la hemorragia obstétrica. Una relación interesante la encontramos al hacer una correlación entre la edad gestacional de las pacientes ingresadas en UCIA y la presentación de preeclampsia. En todas las edades gestacionales agrupadas, aproximadamente 75% presentó enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, independiente de otros factores o patologías asociadas. De acuerdo a los hallazgos de este estudio, 78% de las pacientes obstétricas no contaban con factores de riesgo tales como enfermedades crónico degenerativas, tabaquismo u otros antecedentes. Es necesario realizar más estudios para evaluar la morbilidad a largo plazo de estas pacientes, y estudiar este antecedente como factor de riesgo futuro.

Incidencia y factores asociados con desgarros de tercer y cuarto grado en un hospital privado de Monterrey NL

Fernández-Gómez A, Garza-Krause E, Boada-Sandoval PM, Otero-Ortiz FM, Soto-Fuenzalida G
Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México.

Antecedentes: el trauma obstétrico al periné suele acompañar a los partos vaginales y el resultado son

las episiotomías, laceraciones y desgarros realizados durante el trabajo de parto; los desgarros de tercer y cuarto grado representan la principal causa inmediata de incontinencia anal relacionada con el nacimiento.

Objetivo: revisar la incidencia y factores asociados con los desgarros de tercer y cuarto grado en un hospital privado de Monterrey entre los meses de enero de 2012 a diciembre de 2014.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de los expedientes de pacientes obstétricas que tuvieron lesiones de tercer y cuarto grado en su parto. Se revisaron variables como tipo de episiotomía, peso de los productos, índice de masa corporal materno, antecedentes obstétricos, uso de instrumentación en el parto, y resultados materno fetal posterior al tratamiento. Todos los procedimientos fueron realizados por médicos ginecólogos externos, certificados a nivel nacional.

Resultados: se registraron 4230 nacimientos; de éstos 695 fueron parto (16.4%). La incidencia de desgarros por nacimiento fue de 0.68%, y del total de partos fue del 4.17%. Se realizó un análisis de distribución de variables obteniendo una edad promedio de las pacientes de 27.8 años (19 – 37 años). De este grupo, 21 pacientes (72.4%) fueron primigestas. Del total de pacientes, a 21 se les aplicaron fórceps Salinas (72.4%), y a 26 pacientes (89.6%) se le realizó episiotomía media. De las 29 pacientes estudiadas, ninguna tuvo antecedente de alguna enfermedad crónico degenerativa. El uso de fórceps Salinas fue significativo al momento de la presentación de desgarros, así como también la realización de episiotomía media.

Conclusiones: el porcentaje de desgarros de tercer y cuarto grado

se encuentra dentro del rango internacional, y por debajo de otros estudios realizados en México. Hay una relación significativa entre la episiotomía media y la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado (<0.001). Al igual que en estudios internacionales y nacionales, este tipo de lesiones son más frecuentes en pacientes primigestas, y que tuvieron un parto instrumentado. No hay una relación significativa entre desgarros de tercer y cuarto grado y episiotomía medio lateral derecha ($n = 1$). El peso promedio de los productos al nacimiento fue de 3358 g, y sólo 3 pacientes del grupo tuvieron productos mayores de 3800 g, hecho que no hace significativo en nuestro grupo el peso de los recién nacidos para desgarros. Es importante destacar que todos los procedimientos realizados en el centro hospitalarios son realizados por ginecólogos certificados. Es necesario realizar estudios más extensos que valoren la morbilidad de estas lesiones.

Mutación PAI: desenlaces perinatales en el Instituto Nacional de Perinatología

Medina-Jiménez V, Mora-Galván JA, Carlón-Grajales MJ, Vargas-Trujillo S, Martínez-Juárez A, Valdespino-Vázquez MI
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: en las últimas décadas el papel contribuyente de mutaciones o polimorfismos de PAI-I ha sido controversial. En la actualidad cada vez es más frecuente la población de embarazadas con múltiples factores tromboticos, por lo que es menester identificar dichos factores de riesgo, así como la aplicación de medidas preventivas para evitar eventos tromboticos en las embarazadas.



Objetivo: describir una serie de casos de 10 pacientes con mutación heterocigota del PAI que ingresaron al INPer para su control prenatal, así como describir los principales desenlaces perinatales de estas pacientes.

Material y Método: estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo que consta de una serie de casos compuesta por 10 pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Perinatología para control prenatal con diagnóstico de mutación heterocigota del PAI-1 en el año 2016.

Resultados: se incluyeron 10 pacientes con límites de edad de 19 y 38 años con promedio de 30.5 años. Entre los antecedentes hereditarios de mayor importancia 3 tenían familiares con diabetes, 4 con hipertensión, 2 con cardiopatía isquémica, 1 con lupus y 1 con púrpura no especificada.

Conclusiones: en este estudio se observó que 60% de las pacientes tenía antecedente de pérdida gestacional recurrente y 40% trombosis previa o adquirida durante el embarazo aunado a que las placentas en la gran mayoría de los casos tuvieron datos de vasculopatía a nivel histopatológico, por lo anterior, posiblemente estas alteraciones si pudieran estar asociadas a mutaciones en este gen; en general, los desenlaces perinatales fueron favorables gracias al abordaje multidisciplinario el cual es fundamental en el abordaje de estas pacientes.

Determinación sérica de biomarcadores bioquímicos (PIGF, s-Eng, s-Flt-1) y ultrasonido Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre para predicción de preeclampsia

Rodríguez-Fernández JJ, Martínez-Garza LE, Alanís-Beltrán M,

Sepúlveda-González G, Hernández-Castro F

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Monterrey, México.

Antecedentes: el estudio de la EHAE es fundamental y de suma importancia porque se estima que este conjunto de padecimientos son la principal causa de muerte materna e infantil en el mundo, porque se estima mueren más de 50,000 mujeres y más de 900,000 niños al año.

Objetivo: evaluar el uso combinado de los biomarcadores bioquímicos y ultrasonido doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre en la predicción de riesgo de preeclampsia.

Materiales y Métodos: estudio observacional, longitudinal, descriptivo y prospectivo efectuado en mujeres con embarazo entre 20-24 semanas. El tamaño de muestra obtenido fue de 214 pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20, según el tipo de variables analizadas se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney o el estadístico exacto de Fisher. Además se utilizó un modelo de regresión logística para determinar la razón de momios de las variables

Resultados: la prevalencia de la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en nuestro estudio fue del 8.4%, esto concuerda con lo reportado en la bibliografía. Lo que encontramos en nuestro estudio concuerda con la patogenia de la enfermedad porque las pacientes que tuvieron elevado el factor s-Eng tuvieron mayor riesgo de presentar PE. En cuanto a los factores de riesgo clínico podemos mencionar la nuliparidad como un factor importante de riesgo, la bibliografía menciona que este factor casi triplica el riesgo de PE

(OR 2.91, 95%IC 1.28-6.61), esto es similar a lo que encontramos en nuestro estudio (OR 3.6, 95% IC 1.1 – 11.05). Otro factor de riesgo importante que encontramos en nuestro estudio para el desarrollo de PE es el embarazo múltiple, porque cuando se encuentra una mayor cantidad de tejido placentario se asocia a mayor riesgo de PE, este riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de fetos del embarazo.

Conclusiones: la prevalencia de la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en nuestro estudio fue del 8.4 %. En relación a los biomarcadores bioquímicos en nuestro grupo de estudio el de mayor utilidad fue la endoglina soluble (s-Eng). En cuanto a los biomarcadores ultrasonográficos, encontramos que el índice de pulsatilidad (IP) alterado de las arterias uterinas en el segundo trimestre, se asocia con un mayor riesgo de presentar PE. Las pacientes que cursaban embarazo múltiple o eran nulíparas tuvieron mayor riesgo de presentar EHAE. Los productos de las pacientes que desarrollaron PE tuvieron menor peso y mayor probabilidad de ingresar a UCIN.

Tiempo de acción del misoprostol como dilatador, previo tratamiento quirúrgico del aborto retenido, según la edad gestacional

Pariona-Vargas F, Grande-Urbina JA, Estela-Ayamamani D
Hospital Nacional EsSalud Alberto Sabogal Sologuren, Callao, Perú.

Antecedentes: el misoprostol es un análogo de PGE1 con un gran efecto uterotónico y ablandador del cuello uterino. No existen estudios donde se relacione la eficacia del misoprostol como dilatador cervical previo al tratamiento quirúrgico con respecto a la edad gestacional.

Objetivo: determinar si el tiempo de acción del misoprostol es más rápido cuando menor es la edad gestacional en pacientes con aborto retenido.

Métodos: diseño observacional, retrospectivo, transversal, se incluyeron 133 gestantes con diagnóstico ecográfico de aborto retenido; Las pacientes fueron hospitalizadas y luego asignadas aleatoriamente para recibir misoprostol vía oral (400 µg) más misoprostol vía vaginal (400 µg) o misoprostol vaginal (800 µg); previo legrado uterino.

Resultados: el tiempo medio desde la primera dosis de Misoprostol hasta la evacuación del producto fue de 6 2,1 horas. El 47.4% (n = 63) de los pacientes recibieron 400 µg por vía vaginal más 400 µg vía oral de misoprostol; y el 52.6% (n = 70) recibieron dosis única de 800 µg vía oral. El 12. 8% (n = 17) de los pacientes con aborto retenido fueron refractarios a la primera dosis. Se encontró asociación significativa ($P = 0,046$) entre edad gestacional e intervalo de tiempo. El porcentaje de pacientes, que respondieron con un intervalo de tiempo inferior a 6 horas, disminuyeron conforme mayor era la edad gestacional: 6-7 ss (67.6%), 7-8ss (42.9%); 8.9 segundos (31.2%), 9-10 segundos (50%); 10 segundos (22.3%).

Conclusiones: el tiempo de acción del misoprostol en pacientes con aborto retenido, es menor a mayor edad gestacional.

Índice de flujo sanguíneo cerebral y presión de perfusión cerebral durante el embarazo en mujeres sanas

Fuentes-Escárraga P, Espino y Sosa S

*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Antecedentes: durante la gestación, la presión de perfusión

cerebral se ve modificada por un incremento en el gasto cardiaco, la presión arterial, la viscosidad y la disminución de la PaCO_2 (presión parcial arterial de dióxido de carbono). Los mecanismos de autorregulación cerebral anteceden las manifestaciones clínicas de los desórdenes hipertensivos que complican el embarazo, la construcción de curvas de normalidad en la población embarazada permite identificar a las pacientes que presentan mecanismos de autorregulación a nivel del flujo cerebral, previo a presentar las manifestaciones clínicas de los estados hipertensivos, así mismo permite caracterizar los estados de hiperperfusión cerebral y la reducción de la reactividad cerebrovascular durante las complicaciones hipertensivas del embarazo.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de la hemodinamia cerebral mediante la PPC, el índice de flujo cerebral, índice de resistencia e índice de pulsatilidad durante el embarazo de pacientes sanas.

Material y Método: estudio de pseudocohorte efectuado en mujeres sanas entre la semana 12 y 37 de gestación, en control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México. No se incluyeron pacientes que tuvieran alguna enfermedad de base (diabetes gestacional, restricción del crecimiento uterino, tromboembolia pulmonar o trombosis venosa profunda, hiperémesis gravídica, pancreatitis, colestasis intrahepática, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, corioamnioitis, evento vascular cerebral, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, estados hipertensivos del embarazo), incapacidad para realizar las mediciones adecuadas mediante el US Doppler, evidencia de hipertensión durante la realización de la medición de la arteria cerebral media (ACM), mala

ventana transtemporal para realizar las mediciones, evidencia de oximetría de pulso menor a 94% al momento de la medición, incapacidad para realizar las mediciones en ambos lados de la ACM (izquierda y derecha). El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, la edad gestacional fue evaluada por el último periodo menstrual y confirmado por fetometría.

Resultados: se incluyeron 192 pacientes y se eliminaron 11 por no contar con todos los datos necesarios para la evaluación, dejando un total de 181 paciente (total 362 mediciones). Entre las características generales de la población se encontró una edad promedio de 29.5 ± 7.2 años, se encontraban en el primer trimestre 1 paciente (0.5%), en el segundo trimestre 153 pacientes (84.5%) y en el tercer trimestre 27 pacientes (14.9%); con un promedio de 23.3 ± 4.7 semanas de gestación (SDG). Dentro de las mediciones hemodinámicas cerebrales se obtuvo: PPC derecha 33.782 ± 13.20 mmHg, PPC izquierda 36.252 ± 16.68 mmHg, índice de flujo cerebral (IFC) derecho 19.903 ± 16.28 cm/s, IFC izquierdo 18.857 ± 13.19 cm/s, índice de pulsatilidad (IP) derecho 1.237 ± 0.449 , IP izquierdo 1.237 ± 0.433 , índice de resistencia (IR) derecho 0.672 ± 0.83 e IR izquierdo 0.668 ± 0.094 . Al realizar una correlación entre los diferentes valores hemodinámicos con la edad gestacional se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre ésta y la PPC con predominio del lado izquierdo: PPC derecha $r=0.384$, $p<0.0001$ y PPC izquierda $r=0.514$, $p<0.0001$. No se encontraron correlaciones de mayor fuerza ni con significación estadística en los parámetros de IFC, IP e IR.

Conclusión: este estudio permitió conocer los parámetros hemodinámicos cerebrales normales en



pacientes embarazadas sanas con lo cual se puede realizar estudios a futuro para determinar si existen cambios en estos parámetros en pacientes con diferentes comorbilidades, especialmente estados hipertensivos del embarazo, así como determinar su uso predictivo en estas patologías.

Comparación de la fijación sacroespinal unilateral versus bilateral en el tratamiento del prolapso de la cúpula vaginal. Ensayo clínico controlado

Espitia de la Hoz FJ

Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Antecedentes: el prolapso de los órganos pélvicos es común, se define como la herniación de los órganos pélvicos a través de la vagina. La incidencia del prolapso de cúpula vaginal, luego de la histerectomía no es bien conocida, y aunque el tratamiento es individualizado, el propósito es la creación de un nuevo punto de suspensión, a fin de cubrir el diafragma pélvico de nuevo. En esto, la técnica de fijación sacroespinal ha demostrado ventajosa utilidad.

Objetivo: comparar la efectividad y seguridad entre las pacientes sometidas a fijación unilateral de los ligamentos sacro espinales contra la fijación bilateral, para el tratamiento del prolapso apical post-histerectomía.

Método: ensayo clínico, aleatorizado y controlado, no enmascarado. Se asignaron dos grupos aleatorizados: grupo A (50 mujeres operadas con técnica de fijación unilateral al ligamento sacro espinal) y grupo B (46 mujeres operadas con técnica de fijación bilateral al ligamento sacro espinal). El estudio fue realizado entre enero de 2009 a diciembre de 2015, en la consulta

externa de la Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica. 96 mujeres con prolapso de cúpula vaginal. **medidas de resultados:** Longitud vaginal total (tvL), el punto «C», tiempo quirúrgico, cantidad de sangrado, tasa de éxito, complicaciones, satisfacción, cura subjetiva y satisfacción sexual.

Resultados: la edad promedio de las pacientes fue de $69 \pm 4,83$ años. El intervalo de tiempo medio de seguimiento posterior a la cirugía fue de 54 meses (rango 15-72). La fijación unilateral demanda un tiempo más corto de operación (42 ± 18 minutos frente a 81 ± 24 minutos, $p=0,008$), con una media de sangrado menor (117 ± 72 mL frente a 261 ± 93 mL, $p=0,009$). A los 54 meses no se encontraron diferencias en las tasas de éxito (fijación unilateral 84% frente a 89.13% fijación bilateral). La media del punto «C» y la longitud vaginal, a 72 meses, fue de -5.75 ± 1.3 y 7.0 ± 1.4 , respectivamente, para la fijación unilateral, y de -6.86 ± 0.73 y 7.5 ± 1.5 , respectivamente, para la fijación bilateral. La recurrencia en los compartimentos anterior o posterior fueron del 12% frente a 10.86%, en la fijación unilateral, y 8% frente a 6.52%, respectivamente, en la fijación bilateral.

Conclusiones: la fijación a los ligamentos sacro espinales es una opción efectiva y segura, para la corrección del prolapso de cúpula.

Alteración del ciclo de respuesta sexual en mujeres que utilizan anticonceptivos orales combinados

Espitia de la Hoz FJ

Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Antecedentes: la salud sexual es de fundamental importancia para mantener la estabilidad de las

relaciones afectivas; se considera como uno de los factores que ayudan a la aparición, recuperación y mantenimiento del bienestar y buena salud general del individuo. El ciclo de respuesta sexual humana es un modelo fisiológico de cuatro fases en respuesta a la estimulación sexual, por orden de ocurrencia son: fase de excitación, fase de meseta, fase de orgasmo y fase de resolución. Los trastornos sexuales femeninos implican una amplia relación multifactorial, y abarca cuatro principales trastornos: orgásmicos, de la excitación sexual, del deseo sexual y dolor (vaginismo y dispareunia).

Objetivo: estimar la afectación de la sexualidad femenina por el uso de la combinación anticonceptiva valerato de estradiol-dienogest frente a etinilestradiol-drospirenona.

Material y Método: ensayo clínico controlado, aleatorizado, no cegado efectuado en 174 mujeres, entre 18 y 39 años, sometidas a dos opciones de anticoncepción hormonal con valerato de estradiol-dienogest y etinilestradiol-drospirenona. Se utilizó el índice de función sexual femenina (IFSF) para analizar la función sexual de las mujeres participantes; al comienzo, a los seis, a los dieciocho y treinta y seis meses de iniciado el anticonceptivo.

Resultados: al finalizar el estudio resultó la combinación anticonceptiva valerato de estradiol-dienogest una terapia menos agresiva en la alteración del ciclo de la respuesta sexual de las usuarias.

Conclusiones: los resultados indican que la combinación valerato de estradiol-dienogest afecta menos el deseo, la excitación y la puntuación del IFSF que la combinación etinilestradiol-drospirenona.

Prevalencia de trastornos sexuales en mujeres con cáncer ginecológico

Espitia de la Hoz J

Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Antecedentes: los estudios epidemiológicos señalan que los trastornos sexuales son comunes en hombres y mujeres de todas las edades y sociedades; pero son más frecuentes en personas mayores y en las que padecen enfermedades crónicas, incluida la depresión y el cáncer.

Objetivo: conocer la prevalencia de trastornos sexuales relacionados con cáncer ginecológico en una población de mujeres del Quindío.

Material y Método: estudio observacional, transversal, analítico, en la Clínica La Sagrada Familia, en colaboración con la clínica El Café y Esimed Armenia, entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre del 2016.

Se incluyeron 207 mujeres, entre 24 y 87 años de edad, derechos habientes de las instituciones mencionadas, con diagnóstico de cáncer ginecológico. Las mujeres fueron agrupadas según el tipo de cáncer (mama, endometrio, cérvix, ovario y vulva), y se les aplicó un cuestionario estandarizado: "Índice de la Función Sexual Femenina" (IFSFF), el cual incluye la evaluación del deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El corte de la puntuación total es 26.55, para diferenciar las mujeres con y sin disfunción sexual, a menor valor mayor disfunción sexual.

Resultados: se encontraron 207 casos y el cáncer de mama representó un 36,23% del total, el de endometrio un 18,84%, el de cérvix un 26,08%, el de ovario un 11,59% y el de vulva un 7,24%. Los trastornos sexuales se detectaron en el 48,9% del grupo con edades entre 20 y 40 años, en 58,8% en el de 41 a 60 y en 96,3% de las mujeres

entre 61 y 80 años de edad, siendo del 100% en las mayores de 80 años. La prevalencia de algún trastorno sexual, en este grupo de mujeres, fue del 94,2%.

Conclusiones: la prevalencia de trastornos sexuales se eleva entre mujeres con cáncer ginecológico. La angustia acerca de los trastornos sexuales es más del doble de prevalente entre las mujeres con cáncer de vulva o cérvix, y las de cáncer de mama presentaron los menores porcentajes de dificultades sexuales, pero no por eso deja de ser importante, porque las cifras continúan siendo superiores a las de la comunidad no oncológica.

Eficacia de dos terapias hormonales de reemplazo combinadas con testosterona en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio

Espitia de la Hoz FJ

Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Antecedentes: así como el deseo sexual disminuye con el envejecimiento, de la misma forma las fantasías y la frecuencia de la actividad sexual también menguan con la edad. Los factores que influyen en la sexualidad de una mujer son múltiples, pero la no disponibilidad de pareja, una actividad sexual infrecuente, la baja satisfacción con el desempeño sexual, la capacidad limitada para hablar de sexualidad, ciertas características de la personalidad, la baja autoestima y falta de resonancia social, son los que más suelen afectar a las mujeres en el climaterio.

Objetivo: evaluar la eficacia de dos terapias hormonales sustitutivas, combinadas con testosterona, en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio.

Metodología: ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, no controlado; se asignaron dos grupos aleatorizados: grupo A (51 mujeres sometidas a terapia hormonal con estrógenos conjugados y medroxiprogesterona más testosterona) y grupo B (54 mujeres tratadas con tibolona más testosterona). El estudio fue realizado entre julio de 2016 y diciembre de 2016, en la consulta externa de La Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica.

Resultados: la prevalencia del trastorno del deseo sexual hipoactivo en esta muestra fue del 47,7%. Se encontró que en el grupo B los resultados fueron mejores. Los factores más prevalentes y asociados al trastorno son: mayor edad, tabaquismo, bajo nivel educativo, enfermedad cardiovascular, enfermedad ósea, síndrome genitourinario en la menopausia (SMGU) y la incultura sexual.

Conclusiones: la terapia con tibolona asociada a testosterona es una opción de tratamiento efectiva en el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio.

Evaluación de la calidad de vida en mujeres climatéricas con prolapso genital tras el uso del pesario

Espitia de la Hoz FK

Servicio de Ginecología y Medicina Materno Fetal, Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia.

Antecedentes: el prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de uno o más órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga o intestinos) a través de la pared y orificio vaginal, debido al defecto de los tejidos de soporte; se asocia con incontinencia urinaria de esfuerzo entre 231 y 38%. Se agrava al final del día y mejora cuando la mujer se acuesta, afecta de forma adversa la calidad de vida y la función sexual de las mujeres que lo padecen.



Objetivo: evaluar la efectividad del pesario sobre la calidad de vida y la función sexual en mujeres climatéricas con prolapso genital grado II o mayor.

Material y Método: estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, entre enero de 2009 a diciembre de 2016. Se les aplicó dos escalas, la Escala "Menopause Rating Scale" (MRS), y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Ambos cuestionarios fueron re-realizados, antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

Resultados: se encontraron 57 mujeres de 33,177 que consultaron, para un 0.17% tratadas con pesario. El 36.8% tuvieron prolapso grado II, 47.3% grado III y 15.7% grado IV. La edad media fue 52.8 ± 5.4 años, y la edad de la menopausia a los 48.3 ± 4.2 años, destacándose la menopausia natural en la mayoría (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario, pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,2%). La puntuación media global de la Escala "Menopause Rating Scale" (MRS), antes de la inserción del pesario fue de 18.8 ± 4.3 puntos, y 10.2 ± 5.4 después de tres meses de uso. La puntuación media total del IFSF, antes de la inserción del pesario fue 16.3 ± 8.3 , y 21.7 ± 8 después de tres meses de uso.

Conclusión: el uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor, es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la sexualidad.

Seroepidemiología de *Toxoplasma gondii* en mujeres embarazadas

Alvarado-Esquivel C, Terrones-Saldivar MC, Hernández-Tinoco J,

Muñoz-Terrones MDE, Gallegos-González RO, Sánchez-Anguiano LF, Reyes-Robles ME, Jaramillo-Juárez F, Liesenfeld O, Estrada-Martínez S. Laboratorio de Investigación Biomédica, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México. Instituto de Investigación Científica Roberto Rivera-Damm, Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México.

Objetivo: determinar la seroprevalencia de la toxoplasmosis en mujeres embarazadas del estado de Aguascalientes.

Material y Método: estudio prospectivo y transversal. Quedaron incluidas 338 pacientes embarazadas, identificadas durante su control prenatal en algunos de los centros de salud de las tres jurisdicciones, que aceptaron y dieron su consentimiento informado. Se determinaron anticuerpos IgG/IgM contra *T. gondii* utilizando inmunoensayo enzimático disponible comercialmente. Se determinó asociación entre seropositividad a *T. gondii* algunas características de las pacientes.

Resultados: de las 338 mujeres embarazadas estudiadas, 21 (6.2%) tuvieron anticuerpos IgG a *T. gondii*, y una de ellas (4.8%) también tuvo positividad a anticuerpo IgM. El análisis de regresión logística de las variables socioedemográficas mostró significación para el no lavado de manos antes de comer (OR = 6.41; 95% CI 1.73 a 23.6; $p = 0.005$) y el uso de letrina (OR=37.6; 95% CI 4.63 a 306.31; $p = 0.001$).

Conclusiones: los resultados muestran que las mujeres embarazadas en Aguascalientes muestran una baja prevalencia a *T. gondii*; se requiere reforzar medidas de higiene entre la población como una

medida de prevención para evitar la infección y sus secuelas.

Eficacia en la evaluación del dolor posquirúrgico de histerectomía total laparoscópica con la escala de dolor análogo-visual vs escala de McGill

Díaz-Alcocer NG, Olguin-Ortega AA

Ciudad de México, México.

Objetivo: aplicar y evaluar dos diferentes escalas de valoración de dolor postquirúrgico en histerectomía total laparoscópica.

Material y Método: estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en un periodo de 6 meses, en el cual se aplicaron dos diferentes escalas de dolor de manera simultánea a pacientes posoperadas de histerectomía total laparoscópica por patología benigna a las 3, 8 y 24 horas, con posterior revisión de los expedientes clínicos correspondientes.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 23. Se realizó estadística descriptiva de los datos y posteriormente se realizaron diferentes pruebas de estadísticas inferencial. Se consideró una probabilidad de error alfa de 0.05 como resultado estadísticamente significativo.

Resultados: se aplicaron escalas de dolor a un total de 36 pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica por diagnóstico de patología benigna. Los diagnósticos más frecuentes fueron miomatosis uterina (66%) y adenomiosis (11%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 112 min (85-185 min), con un sangrado promedio de 102 mL (40-400 mL). Se encontró una correlación significativa entre el uso de ketorolaco como fármaco único y la necesidad de analgesia de rescate ($p = 0.04$), mientras que el esquema de ketorolaco más

paracetamol fue el único que no requirió tratamiento adicional del dolor; sin embargo, al comparar los valores obtenidos en la escala de dolor análogo-visual a las 3, 8 y 48 horas con los diferentes fármacos, no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

Se encontró una correlación moderada entre las dos escalas aplicadas a través del coeficiente de Pearson. Obteniendo a las 3 horas un $R=0.51$ y una $p < 0.001$, a las 8 horas un $R = 0.50$ y una $p 0.002$ y a las 24 horas un $R=0.56$ y una $p < 0.001$. Significa que puede aplicarse con la misma significación cualquiera de las dos escalas en el postquirúrgico de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica. Un resultado interesante del estudio, es que no se encontró correlación entre los valores de la Escala análogo visual para dolor, ni con los valores de la escala de Mc Gill, y el uso de analgésicos de rescate.

Conclusiones: las aplicaciones de escalas de dolor de tipo unidimensional logran una valoración rápida y sencilla de las pacientes sin embargo los empleos de escalas multidimensionales nos permiten una visión más amplia del dolor permitiendo un mejor abordaje del mismo. Se sugiere la realización de estudios más amplios, con mayor número de pacientes, controlando el tipo de fármaco administrado para valorar de manera más certera el requerimiento de analgésicos de rescate.

Indicación de fármacos antiepilépticos en el embarazo: resultados perinatales

Díaz-Alcocer NG, Castillo-Luna R, Suárez-Estela M
Ciudad de México, México

Objetivo: evaluar los resultados perinatales en mujeres con diagnóstico de epilepsia que estuvieron

expuestas a medicamentos anticonvulsivantes durante el embarazo en un hospital de tercer nivel en un periodo de 5 años.

Material y Método: estudio observacional, transversal y analítico, en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en el que se realizó revisión de Expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de Epilepsia y embarazo. Se dividieron a las pacientes en tres grupos (sin tratamiento, con monoterapia o politerapia). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22. Se consideró una probabilidad de error $\alpha < 0.05$ como resultado estadísticamente significativo.

Resultados: se incluyeron en la base de datos 149 pacientes con diagnóstico de epilepsia y embarazo. El tipo de crisis más frecuente fueron las tónicas clónicas (56%), seguidas de las crisis parciales (27%). Los fármacos más empleados fueron valproato de magnesio, carbamacepina y lamotrigina. Se reportó un total de 24 nacimientos (16.7%) pretérmino. De los recién nacidos de tercer trimestre, encontramos peso muy bajo por edad y sexo en 15 (8.4%) y peso bajo en 29 (20.4%). Los principales hallazgos al nacimiento fueron hidrocele (4), defectos del tubo neural (2) y criptorquidia (2). Tuvieron dificultad respiratoria 24 (16.7%) recién nacidos vivos que requirieron apoyo ventilatorio. No se encontró asociación entre el tipo de crisis convulsiva y la RCIU, feto pequeño para la edad gestacional o necesidad de ingreso a unidad de cuidados intermedios o intensivos al nacimiento. Tampoco hubo asociación entre el número de crisis convulsivas durante el embarazo y la presencia de RCIU ($z = -2.53$, $p=0.80$) o la de parto pretérmino ($z = 0.44$, $p = 0.65$)

Conclusiones: aunque estudios prospectivos han registrado tasas de

malformaciones mayores de hasta el 15.4%; en este estudio solo se encontraron dos casos de defectos de tubo neural, sin relación estadísticamente significativa. El 71% de las pacientes recibió ácido fólico a dosis de 5 mg al día durante el embarazo.

Estado de situación de las interrupciones legales de embarazo (ILE) en la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina

Botta MP, Teppaz D

Objetivo: caracterizar la situación de las Interrupciones Legales de Embarazo (ILE) en la Red de Salud Pública Municipal de Rosario en el período comprendido entre el año 2012 hasta abril del 2017.

Metodología: trabajo descriptivo. Utilización de fuentes de información secundarias: recuento de recetas prescriptas de Misoprostol, registro de la red de acceso al aborto seguro (REDAAS), sistema informatizado de internación.

Resultados: el sistema de Salud Pública de Rosario, organizado en torno a la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) desde hace más de 20 años, tiene como pilar el reconocimiento de la salud como derecho humano y el acceso equitativo a la atención. En ese marco, dos estrategias de intervención en el campo de la salud de las mujeres han posibilitado cambios de jerarquía en la problemática del aborto. Por un lado, la decisión sanitaria de compra de Misoprostol 200ug por parte de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el año 2012. En este sentido se evidencia un aumento exponencial de la prescripción de dicho fármaco en forma ambulatoria para las ILE, habiéndose registrado 63 en el año 2012; 94 en el 2013; 237 en el 2014; 288 en el 2015 y 419 en el año 2016. Por otro



lado, en el año 2016 se incorpora la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como método de evacuación uterina tanto para ILE como para abortos incompletos o huevos muerto retenido (HMR), habiéndose realizado 83 procedimientos desde septiembre de 2016 hasta abril 2017 con una efectividad del 100% y con bajo grado de complicaciones. Estas dos estrategias van de la mano de una disminución constante de las hospitalizaciones por abortos.

Serum levels of human chorionic gonadotropin (hCG), 12 h post injection association with mature oocytes

Sánchez Ávalos-E, Lozada-Plascencia LM, Castro-Hernández WB, Barba-Gómez CA, Felix-Atondo JA, Martínez-Gutiérrez O, Buenrostro-López AI, García-Amador MI, Díaz-González RE, Ruvalcaba-Castellón LA
Instituto Mexicano de Infertilidad, Zapopan, Jalisco, México.

Objective: Determine if Hcg level, 12 h post injection 10,000 IU hCG, has an important role in the outcomes of mature oocyte rates.

Materials y Methods: A retrospective study of 127 patients undergoing IVF with ICSI between January 2016 and March 2017 at Clinic Instituto Mexicano de Infertilidad in México 127 patients with diagnosis of infertility, who for medical indication initiated techniques of assisted reproduction and ovarian stimulation. Follicular growth was monitored by ultrasound and serum estradiol measurements. Follicular growth was considered sufficient when ultrasound monitoring revealed at least 1 follicle with a mean diameter of 16 mm or larger. Each patient was instructed to administer an intramuscular injection of 10,000 IU of hCG later that night for final oocyte maturation and

ovulatory stimulation. Oocyte retrieval was scheduled for 36 hours after the injection. All patients were instructed to return for a blood test 12 h after the injection, to determine the hCG levels. Exclusion criterion: use GnRHa, incomplete information.

Results: Total, of patients $n = 127$, were divided into 4 subgroups, depending of the serum values. (hCG varied widely ranging from 16 to 562 IU/L.)

Conclusion: Values for the percentage of oocytes that were mature were not significantly associated with the serum hCG levels determined the morning following the hCG injection.

Número óptimo de ovocitos. Modelo de predicción para FIV

López-Rioja MJ, Campos-Cañas JA,¹ Recio-López Y, Sánchez-González CM, Hinojosa-Rodríguez K, Laresgoiti-Servtje E
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, (IN-Per) Ciudad de México.

Objetivo: desarrollar un modelo para el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) capaz de optimizar los resultados reproductivos (recién nacido vivo), con el menor número de ovocitos. Evaluando su asociación con edad, índice de masa corporal, FSH, tipo y años de infertilidad.

Material y Método: estudio observacional, longitudinal, retroelectivo, realizado en el INPer, entre 2011-2016. En ciclos de FIV en fresco. Se realizó con base a un árbol de decisión tipo CHAID y un modelo de regresión logística binario.

Resultados: se estudiaron 673 ciclos (5,910 óvulos y el número óptimo de ovocitos fue mayor de 12 (independientemente de la edad) con (OR = 4.666, IC95%: 2.676-8.137, $p < 0.01$). Por otra

parte al evaluar todas las variables, la mayor probabilidad (28%), la tienen mujeres menores de 37 años, con FSH < 4.2 mUI/mL y menos de 5 ovocitos; $\chi^2 = 7.797$ (gl = 1, $p < 0.047$). Y la menor probabilidad en 38-40 años; (OR = .338, IC95%: .147-.776, $p < 0.011$) y un tiempo de infertilidad de 10-12 años; (OR = .394, IC95%: 181-.858, $p = .019$).

Conclusión: en el INPer, el número óptimo de ovocitos es mayor de 12 (independientemente de la edad). Sin embargo la mayor probabilidad de tener un recién nacido vivo es con menos de 37 años, FSH menor de 4.2 mUI/mL y menos de 5 ovocitos. Justificado por probabilidad de tener un embrión euploide en esa corte.

Prevalencia de autoinmunidad tiroidea en mujeres subfértiles atendidas en el servicio de Reproducción Humana del INPer

Hinojosa-Rodríguez K, Martínez-Cruz N, Ortega-González C, López-Rioja MJ, Recio-López Y, Sánchez-González CM
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, (IN-Per) Ciudad de México.

Objetivo: estimar la prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune en pacientes subfértiles que acudieron al servicio de Reproducción Humana del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Material y Método: estudio observacional, transversal retrospectivo, que evaluó mujeres de 18 a 43 años de edad del servicio de reproducción humana del INPer Isidro Espinosa de los Reyes que cuentan con una determinación de perfil tiroideo con anticuerpos anti-tiroideos en la primera consulta de infertilidad.

Resultados: la prevalencia de ETA en la población de mujeres infér-

tiles es del 19%. El 48% tienen seropositividad para Ac-TPO, el 32% para Ac-Tg más Ac-TPO y el 20% restante solo para Ac-Tg. En el grupo de pacientes con ETA se observa una prevalencia de hipotiroidismo clínico de 8% y subclínico de 48%. La media de TSH para las mujeres con ETA fue de 4.6 μ UI/L. Las mujeres con ETA aislada eutiroideas representan el 8.3% de la población y tienen una alta tasa de abortos espontáneos previos (45.5%) así como de fracaso en técnicas de reproducción asistida (70%).

Conclusión: es importante la determinación de la autoinmunidad tiroidea de manera rutinaria en la población de mujeres infértiles que son atendidas en el servicio de Reproducción Humana en el INPer como un factor pronóstico en este grupo de mujeres.

Correlación clínica-bioquímica de las concentraciones de hormona antimülleriana cuantificada mediante EUROINMUN

Recio-López Y, Martínez Cruz N, López-Rioja MJ, Hinojosa-Rodríguez K, Sánchez-González CM, Ortega-González C, Aguayo-González P

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, (IN-Per) Ciudad de México.

Objetivo: buscar la correlación clínica-bioquímica de la hormona antimülleriana (HAM) cuantificada mediante ELISA-EUROINMUN en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y la correlación entre HAM con hormona folículo estimulante (FSH), estradiol, insuficiencia ovárica primaria y diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico. HAM siempre cuantificada por ELISA/EUROINMUN.

Material y Método: estudio observacional, transversal, en 127 mujeres que se cuantifico HAM en

INPer. Coeficiente de correlación de Pearson para variables cuantitativas, ANOVA con corrección de Bonferroni para diferencias en las variables y un análisis de regresión logística para el efecto de las concentraciones de FSH, estradiol y AMH en la probabilidad de tener síndrome de ovario poliquístico (SOP) o insuficiencia ovárica primaria (IOP).

Resultados: se encontró una correlación negativa de HAM versus FSH ($r = -0.302$, $p = 0.001$). Las mujeres con SOP presentaron concentraciones más altas de HAM (9.4 ± 3.8 ng/mL) comparado con insuficiencia ovárica primaria (1.4 ± 1.6 ng/mL) y con otros factores de infertilidad (2.4 ± 2.5 ng/mL). La AMH mostró mayor capacidad para predecir SOP (coeficiente B 1.018, OR: 2.676, $p = 0.001$), y en insuficiencia ovárica primaria la FSH fue mejor predictor (coeficiente B 0.279, OR: 1.32, $p = 0.000$).

Conclusión: entre mayor es la FSH menor es el nivel de HAM, en mujeres con SOP se observaron mayores niveles de HAM lo cual correlaciona con lo descrito en la bibliografía. Respecto a insuficiencia ovárica primaria fue mejor marcador la FSH.

Derechos reproductivos durante una epidemia: caso Zika

Blandón MM

Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua.

Objetivos: conocer cómo vivieron la epidemia las mujeres. Documentar las perspectivas del personal de salud sobre la importancia de las medidas tomadas para responder a la alerta sanitaria generada por el virus del Zika y la afectación a la salud reproductiva. Generar insumos para garantizar la incorporación de una perspectiva de derechos reproductivos en el diseño de estrategias y planes-programas nacionales

para la lucha sostenida contra el virus del Zika.

Metodología: mixta (cualitativa-cuantitativa) en dos establecimientos de salud del segundo nivel de atención. Las técnicas de recolección aplicadas fueron las siguientes: Revisión de las normas o guías de procedimientos. Entrevistas a profundidad con personal de salud tanto del nivel de atención primario como secundario. Entrevistas a profundidad con mujeres embarazadas que fueron diagnosticadas con Zika. Encuesta con 200 mujeres embarazadas. El estudio recibió aprobación de un comité de ética nacional y los datos fueron recabados durante el segundo trimestre de 2017.

Resultados: los datos preliminares revelan los bajos niveles de conocimientos de las mujeres sobre las consecuencias del Zika y en la salud reproductiva y las maneras de reducir riesgos.

El personal de salud expresa la necesidad de vincular el Zika a la consejería en salud reproductiva y sobre métodos anticonceptivos reversibles de larga duración. El personal de salud expresa una serie de recomendaciones para los tomadores de decisiones.

Conclusiones: la epidemia del Zika, como amenaza a la salud reproductiva, evidencia nuevamente, la necesidad de dar a conocer los derechos reproductivos de las mujeres y de pedir a los Estados que cumplan con las obligaciones de respetar y garantizar los medios para el ejercicio de esos derechos.

Embarazo infantil impuesto por violación: niñas-madres menores de 14 años

Blandón MM

Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua

Objetivos: dimensionar la frecuencia de la violencia sexual contra las



niñas y de los embarazos impuestos producto de violación. Identificar brechas en el proceso de atención. Documentar las consecuencias de la maternidad impuesta.

Metodología: mixta (cualitativa-cuantitativa) para documentar la magnitud del problema del embarazo infantil y la maternidad impuesta. En el año 2015, se sistematizaron las experiencias de 15 niñas-madres. Se identificaron casos de todas las regiones del país. Las técnicas de recolección aplicadas fueron las siguientes: revisión y análisis estadístico de fuentes secundarias. Entrevistas a profundidad con niñas víctimas de violación, sus familiares, personal de las organizaciones e instituciones que las atendieron. Evaluación psicológica de las niñas a través de un test (YSR). El estudio recibió aprobación de un comité de ética.

Resultados: la violencia sexual contra las mujeres, particularmente durante la adolescencia, es sumamente frecuente y su prevalencia ha cambiado poco en los últimos 20 años. Existe una alta impunidad social y jurídica, lo cual agrava el problema. Una vez detectado el embarazo, la atención en salud se centra en alto riesgo obstétrico del embarazo y no en las secuelas de la violación. Personal de salud con poco conocimiento sobre tratamiento del abuso sexual, cargados de mitos y prejuicios se centra en promover la aceptación de la maternidad en las niñas. Según el test aplicado, 9 de las 15 tenía una situación de afectación psicológica grave con marcada ansiedad y depresión. Las víctimas viven conflictos internalizados que se caracterizan por: la auto-culpa, la vergüenza y el miedo. De las 15 indagadas, 14 se dedican a cuidar a los hijos que les impusieron el violador y la sociedad cómplice.

Conclusiones: urge emprender una estrategia nacional que responda in-

tegralmente a la epidemia-endemia de violencia sexual, de embarazos impuestos y maternidades impuestas a niñas-madres.

Exploración del estigma relacionado con el aborto en la prestación de servicios de atención post-aborto en un hospital escuela de Centroamérica

Blandón MM

Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua.

Objetivo: identificar aspectos de los sistemas de atención de salud que operan como barreras de tipo socio-cultural para que las mujeres en situación de aborto puedan acceder a servicios de salud de calidad.

Metodología: revisión de las normas o guías de procedimientos. Observación directa del proceso de atención de 10 usuarias. Entrevistas a profundidad con 10 prestadores de servicios de atención post-aborto. Entrevistas a profundidad con 8 mujeres usuarias que acudieron a consulta durante el mes de octubre de 2016. El estudio recibió aprobación de dos comités de ética, una nacional y otro internacional.

Resultados: los procedimientos se cumplen en lo que respecta a las técnicas y habilidades para realizar una evacuación endouterina. Sin embargo, otros aspectos de la atención integral no están igualmente desarrollados y propician expresiones de estigma (p.e. La consejería). La consejería sobre anticoncepción es escasa y de poco diálogo; sin embargo, cuando se realiza se llena de un discurso conservador y culpabilizante por parte del personal de salud.

Conclusiones: las narrativas del personal de salud demuestran que el estigma es reforzado por las barreras institucionales (en este país el aborto está totalmente restringido desde hace más

de una década). El desconocimiento y desinformación de las usuarias sobre la fisiología de la gestación, la anticoncepción. La desinformación del personal de salud sobre la frecuencia del aborto espontáneo y su diferenciación del aborto inseguro. Las creencias religiosas y valores tradicionales tanto del personal de salud como de las usuarias que les afectan en la visión y comprensión de este problema de salud.

Creencias de las usuarias y de sus proveedores acerca de los sangrados vaginales durante el primer trimestre del embarazo y su tratamiento, en una región multiétnica, en Centroamérica

Blandón MM

Ipas Centroamérica, Managua, Nicaragua.

Objetivo: entender la cosmovisión-imaginario de las usuarias y del personal alrededor del sangrado vaginal relacionado con el aborto para documentar actitudes y prácticas estigmatizantes; identificar oportunidades de intervención para mejorar el acceso a servicios de atención postaborto de calidad.

Metodología: la información se recolectó durante septiembre de 2016.

Resultados: la consejería no aborda asuntos culturales sobre el aborto que son extremadamente importantes en esta región. Hay necesidad de materiales visuales que faciliten la comprensión de la fisiología reproductiva, el tratamiento a recibir y las opciones de anticoncepción. Las experiencias de estigma reportadas u observadas parecen ser el reflejo de un imaginario social que, si bien tiene su base en una larga tradición cultural, también está fuertemente cargado de ideas religiosas; y a su vez reforzado por barreras institucionales reales, como las derivadas de la prohibi-

ción total del aborto en este país. La limitada infraestructura de este hospital regional para brindar servicios, agrava la experiencia de estigma, a lo largo de toda la ruta de la atención postaborto, desde la emergencia hasta el alta hospitalaria.

Conclusiones: si bien, en esta región hay dificultades en el suministro de los servicios sociales básicos para la población en general, a través de este estudio, se logró documentar las limitaciones más específicas que prevalecen para las mujeres en la ruta de la atención post-aborto, que incluye aspectos culturales. En ese sentido, la medicina tradicional comparte tareas con la medicina occidental para reducir el estigma del aborto en la atención de los sangrados vaginales durante el embarazo, pero integrarlas representa un desafío y requiere de un esfuerzo coordinado entre ambos sectores y en el cual deben participar las usuarias.

Evaluación de la función miocárdica y diastólica por medio de ecocardiografía, Strain y 3D en mujeres en el puerperio con preeclampsia

García-Villa YA, De la Cerda-Angeles JC, Álvarez-Ponce A
Hospital General Enrique Cabrera, Ciudad de México.

Objetivo: determinar la disfunción miocárdica por medio de la deformación miocárdica y tercera dimensión en puérperas preclámpicas y, además, los cambios hemodinámicos agregados asociados a preeclampsia.

Material y Método: estudio transversal, analítico, observacional realizado mediante ecocardiografía STRAIN de diciembre 2016 a mayo 2017, a mujeres puerperio mediato con preeclampsia atendidas en la secretaria de salud SEDESA Hospi-

tal General Dr. Enrique Cabrera, se realiza medición de STRAIN global longitudinal, radial y circunferencial, se calcula función diastólica, se mide FEVI por 3D transtoracico utilizando un equipo de Ecocardiografía PHILIPS EPIC 7C con transductor matricial 3D.

Resultados: se estudiaron 40 pacientes en el periodo de puerperio mediato que presentaron criterios de severidad para preeclampsia, en el cual se encontró una FEVI promedio por 3D transtoracico de 62% y un STRAIN global longitudinal de -16.91 %, disfunción diastólica tipo I, en 40% de las pacientes con rango de edad 28 a 32 años.

Conclusiones: en el puerperio mediato en pacientes con preeclampsia con datos de severidad, la función sistólica medida por FEVI 3D se encuentra en el rango de normalidad, lo contrario al uso de nuevas técnicas con medición de deformación global longitudinal de la fibra miocárdica (STRAIN), se mide la función diastólica, se observa disfunción diastólica tipo I hasta en el 40% de pacientes, de predominio en la edad de 28 a 32 años. Este estudio evidencia la importancia de la magnitud del problema que nos rodea y podremos generar conciencia sobre la necesidad de la evaluación ecocardiográfica en este grupo de pacientes.

Factor uterino como causa de infertilidad: evaluación médica y precisión diagnóstica por ecografía tridimensional

León-Cabrera J, González-Rodríguez M, Hernández-López S, Rembis-Saíenz V
Ginecología y Obstetricia de Vanguardia, Mérida, Yucatán, México.

Objetivo: determinar si es posible identificar y diagnosticar con precisión la patología uterina como causa de infertilidad con ultrasonido tridimensional (3-D).

Material y Método: estudio retrospectivo observacional efectuado en pacientes que acudieron de manera voluntaria a consulta de infertilidad; donde se identificó el factor uterino como el motivo de la misma. El estudio se realizó en la clínica Ginecología de Vanguardia en la ciudad de Mérida, Yucatán, México, durante el periodo de marzo a julio 2017.

Resultados: de 67 pacientes que acudieron a la consulta al departamento de Biología de la Reproducción Humana en el periodo de marzo a junio 2017. Se diagnosticó con factor uterino a 10 pacientes (14.92%), el motivo de la consulta fue infertilidad (50%), aborto de repetición (20%) y otras causas (metrorragia, hematómetra y amenorrea secundaria) en 30%. Dentro de los diagnósticos correspondió un 40% a malformaciones mullerianas (síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, útero septo parcial y útero arcuato); resto de patología se describió como tumoraciones intracavitarios (poliposis endometrial), síndrome adherencial y miomatosis uterina. El diagnóstico definitivo para patología intracavitaria se realizó de manera conjunta con histerosonografía y US 3-D en el 100%; además de la corrección quirúrgica exitosa por histeroscopia en 6 de los 7 casos.

Conclusión: el diagnóstico del factor uterino se ve favorecido por el US 3-D; siendo esta una técnica con alta sensibilidad para el diagnóstico tanto de patología intra y extracavitaria; ya que en el 100% de las pacientes se corroboró el diagnóstico tanto por Histeroscopia como Laparoscopia. Creemos que en el estudio de la pareja infértil esta técnica se puede utilizar de manera fiable para el diagnóstico de patología uterina y clasificación de malformaciones mullerianas.



Descripción epidemiológica y resultados perinatales de las enfermedades hipertensivas del embarazo en el estado de Yucatán

León-Cabrera J, Martínez-Alpizar P, Medina-Avilés MC
Hospital General Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán, México. Y Ginecología de Vanguardia, Mérida, Yucatán, México.

Objetivo: examinar las variables de comportamiento social y demográfico de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo; así como sus resultados perinatales, en el estado de Yucatán, México.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, transversal efectuado en pacientes hospitalizadas bajo el diagnóstico de EHE (hipertensión gestacional, preeclampsia con o sin datos de severidad, hipertensión crónica y preeclampsia agregada a hipertensión crónica), en el Hospital General Agustín O'Horán de la ciudad de Mérida, Yucatán, México., durante el periodo de Enero a Junio 2017. Se dividieron las pacientes de acuerdo a la región demográfica que integra el estado de Yucatán (Centro, Litoral Centro, Litoral Oriente, Litoral Poniente, Metropolitana, Sur y Sur Poniente).

Resultados: se diagnosticaron un total de 97 pacientes con EHE, donde examinamos los factores y el comportamiento sociodemográfico que nos puedan predecir la aparición de EHE, encontrando una edad media de 25.2 años, IMC de 27 y una ganancia ponderal de 10.77 kg. Se encontró que un 48.93% (n = 46) correspondieron a primíembarazos 57.4% fueron originarias del área Metropolitana. La escolaridad máxima fue de licenciatura en 6.38% (n.3), encontrando la escolaridad más común a nivel de secundaria 48.9% (n.46). De acuerdo a las EHE, la más común fue preeclampsia

(57.4%), hipertensión gestacional (25.5%), preeclampsia sobregregada (10.6%) e hipertensión crónica (4.2%).

Conclusiones: una intervención temprana en estas zonas con adecuado control nutricional disminuiría la aparición de EHE y a su vez la morbilidad perinatal.

Índice cerebroplacentario como predictor de complicaciones respiratorias neonatales en embarazos de alto riesgo

Reyes-Hernández MU, Moreno-Urbe MN, Reyes-Hernández KL, Hinojosa-Cruz JC
Servicio de Medicina Materno Fetal, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3 Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México.

Objetivo: determinar el valor predictivo del índice cerebroplacentario (ICP) de complicaciones respiratorias neonatales en embarazos de alto riesgo en población mexicana.

Material y Método: estudio longitudinal, prospectivo, observacional, analítico. Pacientes con embarazos de alto riesgo (patología endocrina, cardiovascular, reumatológica, hematológica o renal), entre las 37-41 semanas y con nacimiento esperado en los siguientes siete días, sin administración de corticosteroides para madurez pulmonar durante la gestación. Muestra: 49 pacientes (prevalencia 15%, precisión 90%, IC95%). Variable independiente: ICP; Desenlaces: complicaciones respiratorias neonatales (compuesto de necesidad de ventilación con presión positiva, intubación, necesidad de oxígeno [FiO2 >0.3] por más de 6 horas), síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR) y Taquipnea Transitoria del

Recién Nacido (TTRN). Mediante la elaboración de curvas ROC se determinó el punto de corte óptimo del ICP. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24 (SPSS, Inc, Cary, NC).

Resultados: se evaluaron 55 pacientes. La incidencia de complicaciones respiratorias neonatales fue del 22%. El área bajo la curva del ICP fue 0.797 (0.683-0.912). El punto de corte óptimo de 1.89: VPP 50%, VPN 97%, y riesgo relativo de 16.5 (IC95% 2.3-118.9; p<0.001). El grupo con ICP bajo tuvo con mayor frecuencia complicaciones respiratorias y SDR (p <0.05), no así TTRN (p>0.05).

Conclusiones: el ICP fue buen predictor de complicaciones respiratorias neonatales en embarazos de alto riesgo, con el mejor punto de corte de 1.89 para esta población. Este parámetro permite identificar al grupo de fetos de alto riesgo para dichas complicaciones, potenciales candidatos a corticosteroides para madurez pulmonar.

Resultados reproductivos de acuerdo con el día de la transferencia embrionaria en ciclos de fertilización in vitro

Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA
Centro Mexicano Fertilidad Dr. Alberto Kably, Huixquilucan, Estado de México, México.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional y transversal en 811 pacientes del Centro Mexicano de Fertilidad del CEPAM que se sometieron a tratamiento de fertilización in vitro. Se dividieron las pacientes en 2 grupos. Grupo 1 (n = 689) con transferencia en D3 y Grupo 2 (n = 122) con transferencia en D5. Se utilizó la prueba de χ^2 y se consideró diferencia estadísticamente significativa a un valor de p

< 0.05. Los cálculos se realizaron con el programa de cómputo JMP (SAS institute 2014)

Resultados: la edad promedio de las pacientes en ambos grupos se encontró con tendencia a mayor edad en el grupo de D3 (35.38 años) en comparación con D5 (33.8 años), datos con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$) En ambos grupos se compararon en términos de concentraciones hormonales tanto en el 3 día como el día del disparo, sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa. No se encontró diferencia significativa en concentración sérica de hormonas basales encontrando prácticamente sin variación; FSH (D3 6.60 y D5 6.15 $p = 0.18$) LH (D3 4.96 y D5 5.47 $p = 0.32$) y estradiol (D3 56.51 y D5 61.52 $p = 0.37$). Se observó una concentración de estradiol de disparo mayor en el grupo de transferencia D5. Las concentraciones de progesterona en el día del disparo tuvieron un amplio margen de diferencia entre ambos grupos, sin ser estadísticamente significativo.

Conclusión: la tasa de embarazo se incrementa significativamente al transferir en etapa de blastocisto particularmente en mujeres mayores de 35 años.

Transferencia de embrión único desvitrificado: Posibilidad de embarazo de acuerdo a morfología y grado de expansión

Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA
Centro Mexicano Fertilidad Dr. Alberto Kably, Huixquilucan, Estado de México, México.

Material y Método: estudio retrospectivo realizado de enero del 2012 a diciembre del 2015 en el Centro de Fertilidad del CEPAM,

donde se incluyeron 51 casos de embriones desvitrificados en día 5 de desarrollo, en el que se evaluó el porcentaje de supervivencia y la tasa de embarazo de acuerdo a las variables grado de expansión y calidad embrionaria.

Resultados: no se encontraron diferencias en parámetros generales de edad, índice de masa corporal y grosor endometrial. Al analizar el porcentaje de embarazo de acuerdo al grado de expansión embrionaria no se encontró diferencia significativa entre el blastocisto temprano y el expandido, pero sí una tendencia clara a una mejor tasa de embarazo a mayor grado de expansión. Cuando se compararon los grupos de acuerdo al grado de expansión embrionaria y se compararon de acuerdo a su calidad. Se encontró una mejor tasa de embarazo cuando había un mayor grado de expansión independientemente de la calidad embrionaria. Ningún caso de calidad 3 logró embarazo. No se encontró diferencia en la sobrevivencia de acuerdo al grado de expansión.

Conclusión: el grado de expansión embrionaria puede ser considerado un indicador pronóstico de éxito independiente de la calidad embrionaria en ciclos de transferencia de embriones desvitrificados.

Obesidad y sus repercusiones en el embarazo

Panduro-Moore EG, Rosas-Gómez ESM, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, CUCS, U. de G. Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: describir las complicaciones maternas y perinatales que ocasiona la obesidad en el embarazo.

Material y Método: estudio de casos y controles con 200 embarazos > 27 semanas con un índice de masa corporal (IMC) > 30, comparándose con un grupo de 200 mujeres embarazadas con un IMC normal. Los datos del embarazo, nacimiento y bienestar del recién nacido, se obtuvieron por entrevista directa y expediente. Se utilizó la prueba estadística de Chi2 y OR eligiendo un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: el IMC promedio fue 35.3 vs 22.1 del control. En las obesas fue más frecuente la amenaza de aborto, hipertensión, diabetes, nacimiento por cesárea, macrosomía neonatal, malformaciones del neonato, Apgar más bajo y más ingresos a la terapia intensiva neonatal, con una $p < 0.05$. No hubo diferencias en la atención prenatal, infección urinaria, anemia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y líquido amniótico meconial.

Conclusiones: se concluye que el embarazo en mujeres con obesidad se asocia con más frecuencia tanto a complicaciones maternas como perinatales por lo que el embarazo debe planearse en este grupo de mujeres.

Reproducibilidad en la medición ultrasonográfica hepática fetal

Milo-Suárez E, Acevedo-Gallegos S, Camarena DM
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: estimar la reproducibilidad la evaluación Doppler de las venas hepáticas izquierda, media y derecha; así como la evaluación en 2D de la longitud del lóbulo hepático derecho.

Material y Método: estudio transversal de junio-diciembre 2016, se realizó estandarización de la evaluación hemodinámica de



vena hepática izquierda, media y derecha (velocidad máxima, media, mínima, índice de pulsabilidad), diámetro promedio de la vena correspondiente; así como la longitud del lóbulo hepático derecho. Se calcularon medidas de dispersión, así como CCI para evaluar la concordancia intra e interobservador. Se utilizó SPSS Versión 23.

Resultados: se evaluaron 30 pacientes, por 3 observadores, con cegamiento de las medidas. La vena hepática izquierda obtuvo la menor dispersión para el índice de pulsabilidad y diámetro promedio, obtuvo el mejor CCI intra e interobservador para el resto de las mediciones, siendo de hasta 0.95 y 0.73 respectivamente. El lóbulo hepático derecho tuvo una concordancia adecuada de acuerdo al CCI (0.80).

Conclusiones: existe reproducibilidad para ciertos parámetros de la evaluación hemodinámica, sobre todo para la VHI. Sin embargo aun cuanto para la evaluación de la concordancia intraobservador como interobservador para la vena hepática derecha y media fue moderada, esto representa un hallazgo importante ante falta de estudios para su comparación. En cuanto a la reproducibilidad encontrada para el lóbulo hepático derecho en su medición, se encuentra una fuerza de concordancia buena, por lo que requiere de validación para encontrar valores de referencia y posteriormente reforzar su aplicación clínica.

Experiencia en el tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal
Nava-Guerrero EN, Arroyo-Lemarroy T, Staines-Alarcón R, Cisneros-Rivera F, Apodaca-Ramos I, Gutiérrez-Maldonado C, Avitia-Herrera AM

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, Nuevo León. Escuela de Medicina y ciencias de la salud, Tecnológico de Monterrey.

Objetivo: actualmente la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) complica alrededor del 3% de los embarazos, teniendo gran impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal. El tratamiento de la RPMP es aun controversial sobre todo en los fetos prematuros tempranos, por lo que en el presente trabajo se exponen la experiencia de un hospital de tercer nivel y el tratamiento conservador de la RPMP.

Material y Método: estudio retrospectivo observacional en las pacientes de un hospital de tercer nivel que presentaron RPMP, se incluyó a todas las pacientes con este diagnóstico en el periodo 2015-2016. En el estudio, todas las pacientes que presentaron RPMP entre las semana 24 -34 de gestación recibieron tratamiento conservador, utilizando como antibióticos de latencia, un doble esquema que incluía ampicilina 1 g intravenoso cada 8 horas y eritromicina 500 mg vía oral cada 24 horas, siendo vigiladas todas las pacientes en forma intra hospitalaria, además recibieron inductores de madurez pulmonar fetal en dos tipos de esquema, el habitual de 48 horas y uno acortado a 12 horas dependiendo de la eminencia del parto. Para la recolección de los datos se revisó el expediente físico y electrónico del hospital, mientras que análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva.

Resultados: el estudio incluyó un total de 58 pacientes a quienes se dio tratamiento conservador para RPMP y que presentaban menos de 34 semanas de gestación. El diagnóstico en la mayoría de los casos fue clínico y todas recibie-

ron antibióticos para prolongar la latencia; 38 pacientes recibieron un esquema acortado de inductores de madurez pulmonar fetal mientras que 20 recibieron el esquema habitual de 48 horas. El promedio de horas de RPMP fue de 134 horas y la edad gestacional promedio en la que se finalizó la gestación fue 32.1 semanas. Entre las indicaciones de finalización de la gestación encontramos que el 45% de las pacientes tuvo una evolución espontánea del trabajo de parto y la segunda indicación más frecuente para la interrupción del embarazo fue anhidramnios. En cuanto a la vía de desembarazo, el 47% fue mediante cesárea y el 53% por parto. Dentro de la estadística se realizó un análisis de la relación de edad gestacional al momento del desembarazo y los ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) encontrando una tendencia a la baja. En cuanto, a la relación de horas de ruptura de membranas y las complicaciones neonatales, encontramos que las pacientes que presentaban más de 100 horas de ruptura tenían una mayor frecuencia de ingresos a UCIN, sin embargo, cuando se analizó la relación de complicaciones neonatales se encontró que no existe un aumento de las complicaciones en relación a las horas de ruptura de membranas. Dentro del mismo estudio de evaluó la relación entre el esquema de madurez pulmonar aplicado y las complicaciones neonatales encontrando que las pacientes en quienes se aplicó el esquema de 48 horas tuvieron menos complicaciones, sin embargo, no existió una diferencia significativa.

Conclusión: el tratamiento conservador de la RPMP parece ofrecer al neonato un mejor pronóstico al disminuir las complicaciones en relación a la prematuridad temprana; sin embargo, no parece tener un

impacto en disminuir la incidencia de complicaciones neonatales tales como sepsis, síndrome de diestres respiratorio, neumonía, taquipnea transitoria del recién nacido o hiperbilirrubinemia.

Prevalencia y resultados perinatales en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Serie de casos en un Hospital de Tercer Nivel en Monterrey, Nuevo León, México

Salcedo-González A, Gutiérrez-Maldonado C, Nava-Guerrero E, Cisneros-Rivera F, Arroyo-Lemarroy T *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León, México.*

Metodología: análisis retrospectivo de los expedientes de pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo tratadas en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad en Nuevo León, México, durante los años del 2016 y 2017. Se analizaron variables obstétricas: embarazos, vía de des-embarazo, antecedentes personales de colestasis, antecedentes heredo-familiares, tratamiento durante el embarazo; y variables perinatales: Apgar, capurro, meconio, pérdida de bienestar fetal, reanimación avanzada, muerte fetal.

Resultados: en cuanto a las variables obstétricas: el promedio de edad de las pacientes fue de 25.57 (18-37 años), cursando en promedio su segundo embarazo, y cursando la semana 37.1 de gestación (34.4 a 40 SDG). El 64% refirió prurito localizado y generalizado, mientras que 36% debutó asintomática. El 71% recibió tratamiento con ácido ursodesoxicólico posterior al diagnóstico, reportando posteriormente laboratorios en rangos de normalidad. El 57% de las pacientes culminó su embarazo por vía vaginal. Únicamente 3

del cuadro clínico en el segundo embarazo. De los resultados perinatales el capurro promedio fue de 37.18, Apgar al minuto de 8 y a los 5 minutos de 9. De los 14 productos solo 1 requirió cunero patológico secundario a la presencia de meconio.

Conclusiones: la colestasis intrahepática del embarazo, aunque poco frecuente, eleva las posibilidades de resultados perinatales y obstétricos adversos. Los resultados encontrados en un hospital público de tercer nivel en México, nos orientan a que más estudios se requieren para determinar la incidencia y factores etiopatogénicos presentes en esta población, así como a realizar un diagnóstico precoz durante el control prenatal para otorgar tratamiento oportuno y disminuir el riesgo de complicaciones perinatales.

Preservación de la calidad de vida y la fertilidad en pacientes con endometriosis mediante diagnóstico temprano

Curto JM, Vighi S, Costoya M, González-Romero A, Tilli M, Buquet R *Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

Material y Método: se seleccionaron 100 pacientes con clínica de endometriosis y fibras nerviosas endometriales practicando inmuno histoquímica con anticuerpos policlonales PGP 9.5 que tiñe fibras nerviosas. Se efectuó cirugía laparoscópica mínimamente invasiva donde se trataron todos los focos de endometriosis. Los trabajos presentados para fibras nerviosas con anticuerpos PGP 9.5 dieron a través de las estadísticas con programa R. Comander Version 1.8-3, un nivel de significación positiva entre presencia de fibras nerviosas y el diagnóstico de endometriosis.

Resultados: las pacientes mejoraron considerablemente su calidad

de vida luego de la cirugía tras laparoscópica y tratamiento médico adecuado. Así lo demuestran los trabajos de seguimiento de dichas pacientes, en los cuales utilizamos métodos de recolección de datos cualitativos (Spitzer QLI) y cuantitativos (SF 36), que luego de cruzamiento de las variables arrojaron resultados positivos en el 98 % de las pacientes. Del total de las pacientes, solo 30 de ellas consultaron por problemas reproductivos adjudicados a otras causas.

Coclusión: la mayor densidad de fibras nerviosas en el endometrio de las pacientes determina endometriosis. El estudio inmuno histoquímico de fibras nerviosas con PGP 9.5 previene la progresión de la endometriosis, mejorando la calidad de vida diaria y reproductiva.

Correlación entre las concentraciones de fibrinógeno y hemorragia obstétrica en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora

Zamudio-Valdez CA, Rosas-Coronado MM

Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.

Material y Método: estudio descriptivo, observacional y transversal en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Las pacientes candidatas al estudio se seleccionaron de entre todas las pacientes que ingresaban con trabajo de parto o para interrupción del embarazo vía abdominal a las cuales se realizó las concentraciones de fibrinógeno y cuantificación de sangrado para valorar hemorragia obstétrica obteniendo dicha información de los expedientes de las pacientes.

Resultados: de 144 pacientes a a quienes se cuantificó el fibrinógeno sérico, 30 de ellas presentaron hemorragia obstétrica, asociado a disminución de las concentraciones



de fibrinógeno correspondiendo al 20.8% del total de las pacientes estudiadas. Se utilizó el análisis estadístico de Spearman tipo APA con un intervalo de confianza del 95% con un $p < 0.040$.

Conclusiones: las bajas concentraciones de fibrinógeno están asociados a hemorragia obstétrica o sangrado después de un parto o una cesárea. Se observa dicha relación principalmente en pacientes multiembarazos con parto vaginal y/o cesárea.

Concentraciones de vitamina D en embarazadas colombianas con preeclampsia y normotensas: estudio PREvitD de casos y controles a gran escala

Serrano N, Guio E, Quintero-Lesmes D, Becerra S, Prada C, Luna ML, Casas JP

Hospital Internacional de Colombia, Fundación Cardiovascular de Colombia y Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Método: estudio multicéntrico de casos y controles realizado en ocho ciudades colombianas <http://www.genpe.org/>. GenPE captó 8407 gestantes menores de 26 años entre el año 2000 a 2011. Se definió PE como la presencia de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas o $\geq 2+$ en una muestra aleatoria de orina sin evidencia de infección del tracto urinario después de la 20 semana de gestación.

Resultados: se analizaron en total 1.817 pacientes entre 12 a 25 años de edad incluidas en el estudio GenPE. Los datos de 912 (50,19%) pacientes con diagnóstico de preeclampsia (casos) y 905 (49,81%) gestantes normotensas (controles), con medición de vitamina D en suero, estuvieron disponibles para el análisis. En promedio, las concentraciones de vitamina D fueron menores en los

casos con respecto a los controles. En el grupo de pacientes con PE la media de 25 (OH) D materna fue de 29,92 ng/mL (29,29 a 30,54 IC del 95%). El 14,8% tenía niveles de 25 (OH) D de 20 ng/mL o menos, el 37,1% nivel entre 21-29 ng/mL, el 48,1% concentraciones de 30 ng/mL o más, y el 51,9% bajo nivel de vitamina D (< 30 ng/mL). En el grupo control, la media de 25 (OH) D materna fue de 33,7 ng/mL (33,13 a 34,31 IC del 95%). El 5,75% tenía niveles de 25 (OH) D de 20 ng/mL o menos, el 28,6% nivel entre 21-29 ng/mL, el 65,6% niveles de 30 ng/mL o más, y el 34,4% bajo nivel de vitamina D (< 30 ng/mL).

Conclusión: Colombia se encuentra en la latitud y la longitud de N 04°00', O 72°0'0', cubre tanto el hemisferio norte como sur, sin variación estacional, y por lo tanto con mayor incidencia de rayos UVB de longitud de onda apropiada para la producción epidérmica de vitamina D. No obstante, nuestro estudio demuestra niveles bajos de vitamina D en un porcentaje alto de gestantes colombianas. Nivel bajo de vitamina D, definido como 25 (OH) D < 30 ng/mL, es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de PE en la población estudiada. Sin embargo, una relación causal entre la deficiencia de vitamina D y PE no se puede inferir debido al diseño observacional de este estudio, pero los resultados son lo suficientemente fuertes para proponer la conducción de un ensayo clínico controlado, bien definido, que logre identificar la ventana de tiempo crítico y la dosis más eficaz de vitamina D para prevenir el desarrollo de PE y por lo tanto establecer un potencial terapéutico de la vitamina D en la gestación, sí lo hay.

Cáncer de mama en mujeres seniles

Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, Rodríguez-Cuevas S

FUCAM, Ciudad de México.

Objetivo: Identificar las características histopatológicas y sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama a partir de los 70 años de edad, así como la frecuencia de tratamiento oncológico no convencional debido a comorbilidades.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes con cáncer de mama atendidas entre 2005 y 2016 en el Instituto de Enfermedades de la Mama – FUCAM, dividida en rangos de edad para identificar diferencias entre grupos e identificar alteraciones en el tratamiento oncológico. Se evaluó el tratamiento oncológico integral específicamente en etapa III, ya que el tratamiento debe ser multimodal (quimioterapia, cirugía, radioterapia $\pm$ hormonoterapia). Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: de los 5762 casos tratados desde entre 2005 y 2016 en el Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM, 421 (7.3%) fueron entre 70 y 79 años, 141 (2.4%) entre 80 y 89 años y solo 26 (0.5%) pacientes de 90 años o más, haciendo un global de 588 (10.2%) mujeres de 70 años o más. La frecuencia de los tumores subtipo luminal A fue en ascenso conforme avanzaba la edad, siendo 20% en mujeres menores a 40 años, y 30% en mayores de 40 años; similar a los Luminal B, documentándose 24% en menores de 40 años y de 46% en el grupo de ≥ 90 años. Por el contrario, los subtipos HER2 puro y triples negativos fueron menos frecuentes a edades mayores ($p < 0.001$). Los Luminal

HER2 positivo se mantuvieron estables en todos los grupos de edad. Las comorbilidades tuvieron diferencias entre grupos ($p < 0.001$). La hipertensión arterial sistémica se reportó en menos de 10% en la mayoría de las pacientes, incrementando la frecuencia con la edad, existiendo más de 50% de mujeres hipertensas a partir de los 70 años. La frecuencia de diabetes fue menor, ascendente entre grupos, reportándose hasta 26% en aquellas entre 70-79 años. El tabaquismo fue menos frecuente a mayor edad. No hubo variaciones en índice de masa corporal. La distribución de etapas fue diferente entre grupos ($p < 0.001$). Hubo más etapas I a mayor edad, mientras que la etapa II se mantuvo estable entre grupos. La etapa III fue menor conforme mayor edad, excepto en aquellas ≥ 90 años, donde la mitad de estas pacientes se encontraban en etapa III. En etapa IV, las menores de 40 años y las ≥ 90 años el 15% tenían enfermedad metastásica, mientras que en edades intermedias la etapa IV osciló entre 7 y 11%. El tratamiento multimodal típico para etapa III fue similar (~70%) en los diferentes grupos de edad hasta antes de los 70 años, ya que a partir de los 70 años fue predominando el tratamiento oncológico no convencional debido a comorbilidades y a efectos secundarios de los propios tratamientos oncológicos, identificando tratamiento atípico (diferente a lo recomendado en las guías) en 47.5% entre el grupo de 70-79 años, 83.8% en el grupo de 80-89 años y de 100% en pacientes ≥ 90 años.

Conclusiones: la frecuencia de pacientes seniles (≥ 70 años) fue menor a los reportado en la bibliografía, tienen más comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes, encontrando más etapas tempranas y mayor frecuencia de subtipos considerados de buen

pronóstico como los luminal A y luminal B. El tratamiento oncológico atípico en etapas III sucedió a partir de los 70 años, siendo no convencional en todas las pacientes con 90 años o más. El impacto en la supervivencia con tratamientos atípicos en pacientes seniles es difícil de calcular, ya que la vigilancia a largo plazo está limitada por las propias comorbilidades y muertes no relacionadas al propio cáncer.

Tumor phyllodes e implantes mamarios

Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, López-Jiménez P, Ramírez-Bollas J, Arriola-Zamarripa M

Instituto de Enfermedades de la Mama, FUCAM, Ciudad de México.

Objetivo: describir las características de cinco casos de mujeres en las que se les diagnosticó tumor phyllodes en presencia de implantes mamarios.

Material y Método: estudio retrospectivo y observacional de 5 pacientes con tumor phyllodes en presencia de implantes mamarios identificados dentro de la cohorte de pacientes con tumor phyllodes atendidas entre 2005 y 2015 en el Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM de la Ciudad de México. En este trabajo se realiza la descripción clínica y se muestran los estudios de imagen de los 5 casos.

Resultados: de los 307 pacientes de tumor phyllodes tratados en el Instituto durante 10 años, se documentaron 5 casos en presencia de implantes mamarios, siendo 3 pacientes tumor phyllodes de novo y 2 recurrencias. Cuatro de las pacientes ya tenían implantes con fines estéticos. En las 5 pacientes los estudios de imagen se categorizaron como BIRADS 4 y todas se encontraban sin actividad tumoral hasta finales de año 2016.

Caso 1. Tumor phyllodes benigno de 8 cm en mujer de 39 años, el cual se trató mediante mastectomía subcutánea y preservación de complejo areola-pezones con colocación de implante mamario. Recurrencia retroareolar a los 32 meses, con reporte de tumor phyllodes maligno de 6 cm (figura). La paciente fue tratada con resección del complejo areola-pezones, escisión amplia de piel y cobertura miocutánea de colgajo del músculo dorsal ancho además de radioterapia adyuvante. Sin actividad tumoral a 30 meses de seguimiento.

Caso 2. Tumor phyllodes benigno de 6 cm en paciente de 45 años con antecedente de implantes colocados a los 42 años de edad. Fue tratada con escisión amplia respetando la integridad del implante mamario. Recurrencia retroareolar a los 34 meses, con reporte de tumor phyllodes borderline de 9 cm, requiriendo tratamiento con mastectomía total y retiro de implante mamario, así como radioterapia adyuvante. Sin enfermedad a 36 meses de seguimiento.

Caso 3. Tumor phyllodes fronterizo de 9.5 cm en mujer de 53 años con antecedente de implantes mamarios colocados a los 40 años de edad. Fue tratada con mastectomía total y retiro de implante mamario. Sin enfermedad a 28 meses de seguimiento.

Caso 4. Tumor phyllodes benigno de 7.4 cm en mujer de 42 años con antecedente de implantes mamarios colocados a los 40 años de edad. Fue tratada exclusivamente con enucleación del tumor. Sin enfermedad a 26 meses de seguimiento.

Caso 5. Tumor phyllodes fronterizo de 4.5 cm en mujer de 32 años con antecedente de implantes mamarios colocados a los 25 años de edad. Fue tratada con escisión amplia respetando integridad del implante. Sin enfermedad a 14 meses de seguimiento.



En la cohorte de tumores phyllodes, de las 35 pacientes tratadas con mastectomía y reconstrucción mamaria, solo una (2.85%) desarrolló recurrencia. A pesar de márgenes adecuados en los 2 casos que recurrieron, las pacientes conservaban el complejo areola-pezones y la recurrencia ocurrió en el área retroareolar.

Conclusiones: el tumor phyllodes es raro y diagnosticarlo cuando hay implantes mamarios es aún más raro. Aun habiendo implantes, el tumor phyllodes debe tratarse con escisión amplia o mediante mastectomía para lograr márgenes apropiados.

Educación 3.0 en obstetricia: un nuevo paradigma. Actualización
Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal- Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A
Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Zapopan, Jalisco, México.

Antecedentes: durante los últimos años el número de espacios de fabricación digital (educación en línea) no ha parado de crecer de forma vertiginosa por todo el mundo. Los cursos y programas educativos basados en la experimentación y el hazlo tú mismo han llegado a multitud de espacios, en forma de clases de tecnología o robótica; que para nuestro contexto es sustancial la simulación clínica de baja y alta complejidad. El cuerpo fundamental de este texto es un análisis de caso, en el que hemos recopilado información sobre el proyecto en el campo de la educación virtual en posgrado y per se su impacto social. Los profesores se convierten en guías del alumno que de manera autónoma construirá conocimiento. Generando dimensiones de aprendizaje mediante dominio y competencias digitales. Proponiendo un ecosistema de aprendizaje

multidimensional. Integrando áreas de conocimiento cuantitativo y experimental en una currícula interdisciplinaria. Llevando al estudiante a comprender el impacto en el mundo y preparándole para ser la respuesta del mañana. Educación en línea en el posgrado, acceso en tiempo real a internet para generar simulación clínica. Uso de calculadoras, el profesor como curador de bases de datos, optimizar las habilidades en un equilibrio entre conocimiento académico y habilidades prácticas; individualizar los planes de estudio a partir de las PLE del alumnado; generando un idioma global de conocimiento. El mayor contenido educativo lo proporcionara entidades públicas mediante plataformas online. Generando dimensiones de aprendizaje mediante dominio y competencias digitales. Proponiendo un ecosistema de aprendizaje multidimensional.

Nuevo paradigma en pancreatitis aguda y embarazo: propuesta P.A.N.C.R.E.A.S.-O.B.G.I.N

Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A, Juárez-Leaños CM.

Hospital General de Occidente, Unidad de Alta Complejidad e Investigación en Obstetricia, Secretaría de Salud, Jalisco.

Objetivo: exponer el desarrollo de un nuevo paradigma sustentado en el precepto del acrónimo P.A.N.C.R.E.A.S. al cual aunamos O.B.G.I.N. con el objetivo de unificar criterios definitorios, entre los que destacan la monitoria del trinomio (madre-placenta y concepto), integración de equipo multi e interdisciplinar, a los que se han agregado valores biomarcadores ajustados a la gestación-puerperio, con el objetivo de evaluar de manera integral y

temprana a la pancreatitis aguda en obstetricia. El objetivo de esta revisión es proponer el concepto P.A.N.C.R.E.A.S.-O.B.G.I.N. en el escenario clínico de una paciente obstetricia grave como una nueva herramienta para la evaluación-tratamiento-seguimiento (protocolo integral) de la pancreatitis aguda en medicina materno-fetal.

O: Obstetrical Critical Care: medicina aguda/unidad de alta complejidad obstétrica: medicina crítica en obstetricia/ obstetricia medica: tamizaje/screening/prognostico del trinomio.

B: Bienestar fetal: monitoria fetal PSE Perfil biofísico o Doppler obstétrico. (Medicina fetal-fisiología obstetricia)

G: Gestational age (edad gestacional) validar curva de crecimiento mediante ecosonograma obstétrico o determinar certeza de edad gestacional.

I: Inducción maduración fetal orgánica –curso de esteroides- o neuroprotección fetal (31 6/7 semanas de gestación)

N: neonatología: alertar de escenario deterioro/fracaso multiorgánico.

Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (Mirena) posterior a un suceso obstétrico. Efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad

Velázquez-Ramírez N, Lira-Plascencia J, Ramírez-Román AE, Galván-Contreras R

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el uso de LNG-DIU después de la resolución de un evento obstétrico; en pacientes en edad reproductiva atendidas en el instituto nacional de perinatología.

Método: estudio descriptivo, longitudinal, no experimental, prospectivo.

Resultados: se colocaron 79 DIU-LNG en un periodo de 3 meses, con seguimiento 6 semanas posterior a un parto, cesárea o aborto. La edad media de la población en estudio fue de 25.7 años; con una edad máxima de 45 años y la edad mínima fue de 14 años. Durante el seguimiento del dispositivo intrauterino se observaron 76% de dispositivos in situ, un 6.3% de expulsión en pos parto inmediato (en sala de recuperación), un 7.6% en posparto tardío (6 semanas) con un total de 13.9% de expulsión de DIU-LNG durante el pos parto y 10.1% se perdieron durante el seguimiento.

Conclusiones: el beneficio de la anticoncepción eficaz inmediatamente después del parto puede compensar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión y es equiparable con el dispositivo de intrauterino de cobre. Sin embargo las visitas prenatales frecuentes durante el tercer trimestre brindan la oportunidad de discutir métodos anticonceptivos eficaces y el momento deseado para la iniciación.

Desenlaces perinatales en mujeres con antecedente de infertilidad

Reyes-Muñoz E, Iyune-Cojab E, Brito-Sandoval F.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: comparar resultados perinatales adversos en mujeres con antecedente de infertilidad y embarazo espontáneo vs mujeres con embarazo logrado con TRA de baja y alta complejidad.

Material y Método: estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron mujeres con antecedente de infertilidad y se integraron grupos de acuerdo a como lograron embarazo: grupo 1 espontáneo, grupo 2 TRA baja complejidad y grupo 3 TRA alta complejidad.

Se comparó la incidencia de: placenta previa, diabetes gestacional, preeclampsia, pretérmino, oligohidramnios, anemia, ruptura prematura de membranas, óbito, cesárea, pequeño para edad gestacional, grande para edad gestacional, ingreso a terapia neonatal, hemorragia obstétrica.

Resultados: de 203 mujeres: grupo 1 n = 135, grupo 2 n = 33, y grupo 3 n = 35. La incidencia de embarazo múltiple fue mayor en el grupo 3 vs grupo 1 y 2 37.1% vs 0% y 6% respectivamente (p=0.001). Se observó mayor incidencia significativa de nacimiento pretérmino, cesárea e ingreso a terapia neonatal en el grupo de mujeres que lograron embarazo con TRA de alta complejidad.

Conclusiones: el riesgo de resultados perinatales adversos en mujeres con antecedente de infertilidad fue mayor en aquellas que lograron embarazo con TRA de alta complejidad comparadas con mujeres que lograron embarazo sin TRA.

Prevalencia y factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional en mujeres mexicanas de acuerdo con tres criterios diagnósticos internacionales

Reyes-Muñoz E, Ortega-González C, Martínez-Cruz N, Castillo-Mora A, Zamora-Escudero R, Martínez-Huerta NE

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: comparar la prevalencia y factores de riesgo para DMG utilizando tres criterios diagnósticos internacionales.

Material y Método: estudio observacional de cohorte retrospectivo, donde se incluyeron 2062 mujeres adultas en quienes se realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa de 75g-2 h, en la primera consulta prenatal. Se comparó la

prevalencia de DMG utilizando los criterios de la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus (FWGDM). Como objetivo secundario se analizaron los factores de riesgo asociados con DMG utilizando cada criterio diagnóstico.

Resultados: se incluyeron 2062 mujeres, con edad promedio de 30.8 ± 6.3 años, con índice de masa corporal promedio de 26.3 ± 5.2 . La prevalencia de DMG, fue 28.3%, 19.9% y 7.4%, con los criterios diagnósticos IADPSG, NICE y FWGDM respectivamente. Utilizar los criterios de IADPSG incrementa la prevalencia de DMG comparado con NICE RR: 1.42 (IC 95% 1.27- 1.59) y comparado con FWGDM RR: 3.8 (IC 95% 3.2-4.5). Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron: sobrepeso, obesidad, edad mayor de 25 años y acantosis con los tres criterios diagnósticos.

Conclusiones: la prevalencia de DMG utilizando los criterios de la IADPSG es 1.4 veces mayor a los criterios del NICE y 3 veces mayor a los criterios de la FWGDM. Los factores de riesgo que incrementan la prevalencia independientemente del criterio diagnóstico son el sobrepeso, obesidad, la edad mayor de 25 años y la presencia de acantosis.

Efecto de la ganancia excesiva de peso en el embarazo complicado con obesidad en la expresión diferencial de microRNAs en tejido adiposo visceral

Espino y Sosa S, Estrada-Gutiérrez G, Ortega-Castillo V, Rodríguez-Bosch M, Perichart-Perera O, Solís-Paredes M

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.



Objetivos: comparar el perfil de expresión de microRNAs en adipocitos maduros del TAV de mujeres embarazadas sin obesidad con ganancia de peso recomendada, de mujeres con obesidad con ganancia de peso recomendada y mujeres con obesidad con ganancia de peso excesiva.

Material y Método: estudio de biopsias de TAV de mujeres con embarazo a término, con producto único, que resolvieron su embarazo por cesárea programada en ausencia de trabajo de parto. Realizamos digestión enzimática del TAV mediante colagenasa tipo I (Gibco, Life Technologies) para aislar a los adipocitos maduros. Obtuvimos el RNA total incluyendo microRNAs (Direct Zol RNA Miniprep, Zymo Research), y controlamos la calidad de la extracción evaluando la concentración y pureza (Nanodrop 2000, Thermo Scientific), así como la integridad del RNA (Agilent RNA 6000 nano kit, Agilent Technologies) y la presencia de microRNAs (Agilent Small RNA kit, Agilent Technologies). Caracterizamos el perfil de expresión de 84 microRNAs entre los diferentes grupos de estudio por medio de microarreglos de qRT-PCR (SABiosciences, Qiagen), analizamos su expresión (miScript miRNA PCR Array Data Analysis, SABiosciences) y realizamos el análisis funcional de los microRNAs con expresión estadísticamente significativa (miRò v 2.0). Este proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética del INPer con número de registro 3300-11402-01-575-17.

Resultados: las mujeres con obesidad y ganancia de peso excesiva muestran una expresión 3.97 veces mayor del mir-24-3p ($p = 0.040$) y 2.97 veces mayor del mir-128-3p ($p = 0.046$) en comparación con las mujeres sin obesidad y ganancia de peso adecuada. A su vez, este grupo mostró una expresión 13.13

veces mayor del mir-124-3p ($p = 0.017$) cuando se comparó con mujeres con obesidad y adecuada ganancia de peso. El análisis funcional de estos microRNAs los asocia a síndrome metabólico, enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes tipo 2.

Conclusiones: observamos que la ganancia excesiva de peso durante el embarazo en mujeres con obesidad está implicada en la desregulación de mecanismos epigenéticos, tales como en los cambios en la expresión de microRNAs. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de la ganancia excesiva de peso durante el embarazo como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas a lo largo de la vida. Este estudio caracteriza por primera vez el perfil de expresión de microRNAs en adipocitos maduros del TAV.

Factores maternos y perinatales en pacientes con diagnóstico de asfixia neonatal que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales

De la Cerda-Ángeles JC
Hospital General Enrique Cabrera,
Secretaría de Salud, Ciudad de México.

Objetivo: identificar los factores maternos y perinatales en pacientes con diagnóstico de asfixia neonatal que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital General Enrique Cabrera en el año 2015.

Material y Método: estudio observacional, comparativo, descriptivo, analítico, transversal y retrospectivo, obteniendo 30 pacientes donde mediante una cedula de recolección de datos a través del expediente materno neonatales, se recabaron los datos necesarios, 10 casos de asfixia neonatal y 20 controles que descartaron el diagnóstico de asfixia neonatal.

Resultados: las variables se dividieron en maternas, de la atención obstétrica y neonatales, encontrando mayor frecuencia en el diagnóstico de asfixia neonatal en los pacientes que presentaron interrupción del embarazo vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, el sexo masculino, bradicardia fetal, infección en vías urinarias y cervicovaginales, Y gasometría con pH menor a 7.00, otros datos relevantes a nivel mundial en este estudio no tuvieron relevancia estadística como la presencia de meconio, uso de oxitocina, circular de cordón, peso materno, trabajo de parto distócico, categoría del registro cardiotocográfico, valoración de APGAR a los 5 minutos. La defunción materna fue del 3% ($n = 1$) y neonatal 7% ($n = 2$).

Conclusiones: la detección oportuna de los factores maternos y perinatales mejora el pronóstico y la evolución de los neonatos, así como la atención adecuada al nacimiento, siendo de importancia contar en los servicios de salud con todas las herramientas necesarias para su diagnóstico y tratamiento.

Caracterización de las pacientes obstétricas con diagnóstico de sepsis mediante dos escalas de diagnóstico en una clínica de cuarto nivel en Cali

Escobar-Vidarte MF, Echavarría MP,
Nasner D, Hurtado CF, Loaiza S,
Fernández-Paula A
Fundación Clínica Valle del Lili,
Cali, Colombia.

Materiales y Método: estudio descriptivo retrospectivo basado dos escalas de diagnóstico de sepsis, realizado en pacientes obstétricas durante el periodo de enero del 2015 hasta diciembre del 2016. Se excluyeron mujeres en puerperio. Las pacientes fueron divididas en dos grupos de

acuerdo a la severidad clínica y al lugar de la hospitalización. El primer grupo fueron pacientes hospitalizadas bajo el criterio de unidad de cuidado intensivo con mas de dos sistemas comprometidos (UCIACO) y el segundo grupo pacientes hospitalizadas como alta complejidad obstétrica o unidad de alta dependencia con un sistema comprometido (UACO). Para efectos de la comparación entre las escalas, se dividieron las pacientes como pacientes con escala SIRS positiva si reunían el 100% de los criterios diagnósticos y aquellas con escala de SOFA positiva si tenían un valor en la sumatoria de los criterios diagnósticos mayor o igual a 2. La concordancia entre las escalas se realizó mediante el estadístico de kappa.

Resultados: se identificaron 688 pacientes que cumplían dos criterios de SIRS mas infección a quienes se les aplicaron ambas escalas. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de UCI y UACO en Temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, leucocitosis, PCR, pH, PO₂, HCO₃, déficit de base y lactato, con mayor daño en todas las variables en el grupo de UCI. Los resultados al momento de aplicar la escala SIRS fueron positivos para 431 pacientes (62.6%) distribuidos entre 279 casos en UACO (64.7%) y 152 en UCI (35.2%). Al aplicar la escala SOFA, 109 pacientes (15.8%) tuvieron resultado positivo; 35 pacientes para UACO (32.1%) y 74 casos para UCI (67.9%). La concordancia entre ambas escalas fue de 0.07%. Se presentaron 2 casos de mortalidad materna (0.3%) y 5.4% casos de mortalidad perinatal.

Conclusiones: la sepsis materna es una entidad asociada a alta letalidad de muy difícil diagnóstico por los condicionantes propios del embarazo. Las escalas diagnosti-

cas evaluadas en esta población con muy pobre correlación entre ellas sugieren la necesidad de estandarizar de manera urgente los criterios clínicos y paraclínicos que permitan tener el mayor número de gestantes comprometidas, manejadas de manera costo eficiente.

Prevalencia del déficit de vitamina D en mujeres embarazadas y sus neonatos: serie de casos

Ávila F, Loaiza-Osorio S, Fernández-Pérez P, Escobar-Vidarte MF
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Material y Método: estudio observacional de corte transversal. Los criterios de selección incluyeron: gestantes, hospitalizadas en la FVL para dar a luz a un feto vivo. Durante los primeros 30 minutos después del parto, se recogió una muestra de sangre materna y una muestra del cordón umbilical para evaluar las concentraciones de 25-hidroxi vitamina D (25 (OH) D₃). Posteriormente se realizó una entrevista acerca de los hábitos relacionados con los factores de riesgo reportados para déficit de vitamina D. Se realizó un análisis univariado para describir las variables cualitativas y cuantitativas. La correlación de Pearson fue evaluada para establecer la relación entre las concentraciones maternas y neonatales de 25 (OH)D₃ con el programa Stata®.

Resultados: desde abril hasta junio de 2017 se seleccionaron 89 gestantes y sus neonatos. La concentración media de 25 (OH)D₃ en las muestras de sangre materna y del cordón umbilical fueron de 32.2 ± 9.9 (nmol/L) y 38.3 ± 12.9 (nmol/L) respectivamente. La prevalencia de niveles deficientes e insuficientes en las gestantes fue 13.5% y 20.2%. Así mismo, la deficiencia e insuficiencia fue de

8,99% y 17,98% en los recién nacidos. El índice de correlación de Pearson entre los valores maternos y neonatales de 25 (OH)D₃ fue de 0,69. La población estudiada fue variable: 52 mujeres se consideraron mestizas, 30 afrodescendientes y 7 indígenas. El fototipo 3 fue el más prevalente (n = 32, 36%), solo el 25.8% (n = 23) refirió usar protector solar y el 92% (n = 82) no tuvo suplementación de vitamina D durante el embarazo. Entre las patologías obstétricas observadas se destacó que el 35% tuvo trastornos hipertensivos sin diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos. El 25.8% (n = 23) de los neonatos fueron hospitalizados en la unidad neonatal por prematuridad extrema y síndrome de mal adaptación neonatal.

Conclusión: la deficiencia de vitamina D en el binomio madre-hijo de la población estudiada es frecuente, conclusión que va en contravía de la evidencia previamente publicada acerca de la hipovitaminosis en países como Colombia. Con estos resultados, es importante continuar realizando investigaciones con una mayor muestra de pacientes y bajo protocolos clínicos estrictos, que permitan establecer asociaciones entre el déficit de vitamina D y patologías de alto impacto en la salud materna y fetal, dado que las intervenciones que se generen pueden tener inferencia en la suplementación materna con efectos en la salud pública de países de bajos y medianos ingresos.

Tratamiento protocolizado del acretismo placentario. Experiencia en la Fundación Valle del Lili

Nieto-Calvache A, Fernández-Pérez P, Loaiza-Osorio S, Carvajal-Valencia J, Burgos JM, Escobar-Vidarte MF
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.



Material y Método: estudio prospectivo de cohorte de antes y después, dada la pba prevalencia del acretismo placentario. Los criterios de selección incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de placenta acreta llevadas a protocolo quirúrgico en la Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, entre enero de 2011 hasta junio de 2017. Durante el periodo de estudio las pacientes fueron sometidas a dos protocolos de tratamiento diferentes. A partir del año 2015, el protocolo fue modificado reemplazando los balones hipogástricos por la colocación del balón intraaórtico e infrarrenal guiado por intensificador a cargo de cirugía de trauma. Toda la información fue obtenida de la historia clínica electrónica. Se realizó un análisis univariado con pruebas no paramétricas el programa Stata®.

Resultados: durante el periodo de estudio se atendieron 41 pacientes con diagnóstico intraoperatorio de acretismo placentario, 86% tenía antecedente de cesárea previa y 14% cirugía uterina. La edad gestacional promedio al momento del protocolo fue de 33 semanas. El tratamiento endovascular con balón de localización hipogástricas se realizó en 26 pacientes y el balón intraaórtico en 15. En 6 pacientes se logró la conservación uterina después de la cesarea, 39 pacientes fueron llevadas a cesarea mas histerectomía, 11 de las cuales pacientes requirieron cirugía de control de daños. El sangrado visual estimado fue de 1900 cc en esta serie. Treinta pacientes requirieron transfusión de hemocomponentes, el 100% recibió 3 unidades de glóbulos rojos, 7 pacientes recibieron plasma (3 unidades en promedio), 4 recibieron crioprecipitado (7 unidades promedio) y 5 recibieron plaquetas (1 aferesis en promedio). El 50% recibieron ácido tranexámico (1 gramo). 15

pacientes tuvieron lesión de la vía urinaria y 2 pacientes presentaron hematoma no expansivo en el sitio de punción por donde se insertó el balón intraaórtico. El tiempo promedio de todas las pacientes en el quirófano fue de 224 minutos. No se presentó mortalidad materna. Todos los recién nacidos fueron dados de alta sin complicaciones.

Conclusión: el uso del BIA es una estrategia segura para el control vascular en pacientes con acretismo placentario dentro de un protocolo de tratamiento en centros de referencia con equipos interdisciplinarios. Esta experiencia abre la posibilidad a los países de medianos y bajos ingresos a la innovación en la aplicación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna asociada a acretismo placentario.

Morbilidad materna extrema relacionada con la enfermedad de células falciformes en la población obstétrica de alta complejidad de la Fundación Valle Del Lili

Burgos-Luna JM, Escobar-Vidarte MF
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Material y Método: estudio descriptivo de una serie de casos con temporalidad retrospectiva. Los criterios de selección incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de anemia de células falciformes o drepanocitosis, hospitalizadas en la Fundación Valle del Lili, Cali, entre enero de 2010 hasta diciembre de 2016. Toda la información fue obtenida de la historia clínica electrónica. El sistema de vigilancia de MME utilizó los criterios de ingreso definidos por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) (4) y adaptados por el Ministerio de Protección Social de Colombia. Se realizó un análisis univariado con el programa Stata®.

Resultados: durante el periodo de estudio fueron hospitalizadas un total de 77 gestantes afectadas por anemia de células falciformes. El diagnóstico de la enfermedad se estableció durante el embarazo en el 42% (32) de los casos, todos ellos en su hospitalización en la FVL. La causa de consulta fue presencia de crisis vaso oclusivas asociada con dolor en 61% de las pacientes, seguido de infecciones en el 39% de ellas. Se logró obtener perfil electroforético en el 100 % de estas pacientes distribuido en: HbAS 35 casos, HbAA 19 casos, Hb Sc 11 casos, Hb SS 10 casos y Hb AC 2 casos. El nivel promedio de Hb al momento de la consulta fue 8 mg /dL y el 42%(32) requirieron transfusión en algún momento de su hospitalización requiriendo en promedio 3 Unidades de glóbulos rojos. El 60% (42) de las gestantes tuvo eventos con morbilidad materna extrema atribuibles a sepsis materna en el 49% y a trastornos hipertensivos en el 23%. Después de la estabilización clínica, el 80% (33) de las gestantes con MME por drepanocitosis finalizaron su embarazo en la institución, siendo la vía de finalización el parto vaginal en el 66% de los casos. Las infecciones más frecuentemente asociadas fueron: infección urinaria (n = 10), neumonía (n = 7), infecciones de tejidos blandos (n = 6), infecciones de tracto gastrointestinal y endometritis (n = 4). En las pacientes con MME, la prevalencia de complicaciones severas de tipo pulmonar que son potencialmente letales fue del 17%: síndrome torácico agudo 7%, Hipertensión pulmonar 6% y tromboembolismo pulmonar 4%. En cuanto a los resultados perinatales, el 33% de los recién nacidos vivos fueron prematuros con parto con peso promedio de nacimiento de 2530 gramos; el 6% tuvieron diagnóstico de restricción del crecimiento in-

trauterino y se presentaron 4 casos de muerte perinatal. El 77% de las pacientes presentaban disfunción de un sistema, siendo manejadas en unidad de cuidado intensivo intermedio obstétrico (UACO). El 23 % requirió tratamiento en la unidad de cuidado intensivo obstétrica (UCIACO) por disfunción orgánica múltiple. No se presentaron muertes maternas durante el periodo de tiempo analizado

Conclusión: este estudio confirma que la enfermedad de células falciformes durante el embarazo puede ser una causa de morbilidad materna extrema, debido al aumento de complicaciones obstétricas y fetales. En nuestra serie no se reportó muertes maternas, lo que confirma que el tratamiento multidisciplinario en centros especializados, con estrategias terapéuticas especiales como la transfusión de hemoderivados y la oxigenoterapia permite mejores resultados.

Complicaciones maternas y perinatales asociadas con la episiotomía

García de la Torre JI, Monsivais-Cigarroa BA, González-Cantú G, Rodríguez A, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK, Jimenez-Luna AJ

Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: describir la asociación que existe entre complicaciones maternas y fetales con la realización o no de la episiotomía.

Método: estudio retrospectivo, comparativo y observacional de pacientes atendidas de parto eutócico en el mes de mayo de 2012 y en el mes de mayo de 2016 en el Hospital Universitario de Saltillo.

Resultado: se estudiaron dos grupos con características demográficas semejantes. En el grupo de 2012 se incluyeron 58 pacientes, de las cuales se realizó episiotomía de manera rutinaria, en el 67% de

los partos atendidos. En el 2016 se incluyeron 34 pacientes, disminuyendo a un 23% la episiotomía. La hemoglobina postparto tuvo mayor disminución en las pacientes con episiotomía (1.56 g vs 1.22 g, $p = 0.026$). En ambos grupos, sólo se registra un caso con desgarro mayor de tercer grado, que corresponde al grupo de episiotomía de 2012. En cuanto al recién nacido no se encontró diferencia significativa entre el puntaje Apgar al minuto y a los 5 minutos en partos atendidos con o sin episiotomía.

Conclusiones: la episiotomía se relaciona con mayor pérdida sanguínea, a la vez que se demuestra que el no realizarla no aumenta el riesgo de laceraciones mayores de tercer grado, ni aumenta la morbilidad perinatal del recién nacido, por lo que recomendamos la realización de la episiotomía de manera selectiva y no rutinaria para disminuir los riesgos maternos.

Experiencia en la ligadura de arterias uterinas técnica García-González a pacientes obstétricas para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto

García de la Torre JI, Jimenez-Luna AJ, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK

Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: describir la experiencia de la ligadura de arterias uterinas técnica García-González en pacientes obstétricas, para la prevención o tratamiento de la hemorragia obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Saltillo.

Método: retrospectivo descriptivo observacional longitudinal realizado en el Hospital Universitario de Saltillo de diciembre de 2014 a mayo de 2016 en mujeres inter-

venidas de cesárea y se les realizó ligadura de arterias uterinas técnica García-González.

Resultados: se realizaron 50 ligaduras de arterias uterinas técnica García-González, la media de la Hemoglobina de Ingreso fue 12.37 g/dL; la media de la hemoglobina de egreso fue 10.7 g/dL; 18 (36%) tuvieron indicación terapéutica y 32 (64%) tuvieron indicación preventiva; entre las indicaciones terapéuticas 17 (94.4%) fue por atonía uterina; entre las indicaciones preventivas la principal fue cirugía uterina previa con 13 (40.6%), la media de sangrado transquirúrgico fue de 580 mL.

Conclusiones: la ligadura de arterias uterinas técnica García-González es una técnica segura y fácil de realizar, requiere un corto período de tiempo para controlar la hemorragia. Puede ser considerado realizarlo en pacientes que presentan alto riesgo de hemorragia posparto y se pueda denominar como cirugía preventiva. En nuestro hospital, el uso preventivo y terapéutico de esta técnica, nos ha llevado a no tener ninguna histerectomía obstétrica por hemorragia y 0% de morbilidad extrema y mortalidad materna

Experiencia en parto vaginal posterior a cesárea previa

García de la Torre JI, Gutiérrez-Reyes VK, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ

Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: determinar la incidencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa y los factores asociados al éxito o fracaso del mismo.

Material y Método: estudio retrospectivo analítico realizado en el Hospital Universitario de Saltillo



en el periodo de enero a noviembre de 2016. Se analizaron 21 expedientes clínicos con el criterio de embarazo 2 con cesárea previa y condiciones favorables tanto maternas como fetales para parto vaginal. Se analizaron además los factores asociados al éxito o fracaso del parto vaginal.

Resultados: el 62% de las pacientes tuvieron parto vaginal, de las cuales el 85% desencadenaron trabajo de parto espontáneo, el 77% se presentaron con Bishop favorable (≥ 6 puntos) y el 50% contaba con 4-8 años de periodo intergenésico con una media de 5.69 años. De las pacientes que culminaron en cesárea, solo el 38% presentaron trabajo de parto espontáneo, 37% se presentaron con Bishop favorable y 50% contaba con un periodo intergenésico de 2.25-3 años, con una media de 2.88 años; las indicaciones para la cirugía cesárea fueron desproporción cefalo-pélvica (50%) y distocia dinámica del trabajo de parto (50%). En la comparación de ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en las variables analizadas como la edad, el índice de masa corporal y el sangrado en el evento. Del total de inducciones (4) 50% tuvieron parto y 50% cesárea, de las pacientes con conducción, 55% tuvieron parto y 45% cesárea. En ninguna de las pacientes se presentó ruptura uterina ni prolongación del tiempo en trabajo de parto.

Conclusiones: existe una baja incidencia de complicaciones al brindar oportunidad de parto vaginal a las pacientes embarazo dos con cesárea previa que acudieron a nuestro hospital. Se asoció, de manera significativa y como factor predictor de éxito para tener parto vaginal tras una cesárea previa, el periodo intergenésico largo y el inicio espontáneo del trabajo de parto. Se correlaciona claramente los resultados del trabajo con lo

descrito en la bibliografía en cuanto a la inducción del trabajo de parto, con un porcentaje de éxito del 50%. No se asoció el antecedente de cesárea previa con prolongación del tiempo en trabajo de parto ni con ruptura uterina.

Prevalencia de riesgo tromboembólico y uso de profilaxis antitrombótica

González-Cantú G, Gutiérrez-Reyes VK, García de la Torre JL, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: determinar la prevalencia del riesgo tromboembólico estadificado en bajo, moderado, alto y muy alto; así como del uso de profilaxis antitrombótica en las pacientes obstétricas del hospital Universitario de Saltillo.

Material y Método: estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron 368 expedientes clínicos correspondientes a todas las pacientes obstétricas ingresadas en el hospital universitario de Saltillo en el periodo de Marzo-Mayo de 2017, se utilizó la escala de Caprini para estadificar el riesgo tromboembólico de las pacientes. Todas las pacientes recibieron profilaxis anti-trombótica de acuerdo con su estadificación de riesgo, las que clasificaron para riesgo bajo se utilizaron medios no farmacológicos, a las de riesgo moderado se les administró Enoxaparina 40mg subcutáneos en dosis única a su egreso y a las de riesgo alto se les administró Enoxaparina 40mg subcutáneos cada 24 horas por 3 dosis.

Resultados: se encontró que el 54% de nuestra población se clasificó con riesgo bajo, el 30 % se clasificó en riesgo moderado y 16 % en riesgo alto. Ninguna paciente incluida en el estudio clasificó para

riesgo muy alto. De las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea ($n = 84$), el 88% presentaron riesgo moderado y 12% riesgo alto; todas ellas recibieron profilaxis farmacológica además de no farmacológica. Durante la estancia hospitalaria no se reportó ningún evento trombótico ni hemorrágico en el puerperio inmediato, mediano ni tardío.

Conclusiones: más de 45% de nuestra población tuvo riesgo moderado o alto para tromboembolismo en el embarazo y/o puerperio, por lo que se ha instaurado en nuestra institución un protocolo de tratamiento preventivo para dichos eventos, con lo que hemos logrado una nula incidencia de eventos trombóticos mayores en nuestra población.

Dilatación mecánica como método de inducción de parto en pacientes con cesárea previa

García de la Torre JL, Soto-Zatarain JL, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Gutiérrez-Reyes VK, Jimenez-Luna AJ
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: evaluar la efectividad de la dilatación mecánica con sonda Foley y su relación con el índice de partos por cesárea así como los resultados maternos y perinatales.

Material y Método: estudio retrospectivo analítico; se incluyeron todas las pacientes mayores de 18 años con cesárea previa y sin contraindicación de parto vaginal que recibieron dilatación mecánica como método de inducción en el Hospital Universitario de Saltillo en el periodo de diciembre de 2014 a noviembre de 2016, con un Bishop menor a 6 puntos. Se colocó una sonda Foley en el espacio extra amniótico de 16 Fr y se instiló con 50-60 mL de solución fisiológica o agua estéril.

Se utilizó oxitocina 5UI diluida en solución fisiológica o Hartman (500-1000 mL.) como método de conducción post inducción mecánica.

Resultados: se incluyeron 37 pacientes, 17 fueron descartadas por cumplir con algún criterio de eliminación. El total de la muestra fue de 20 (N) pacientes de las cuales 55% (n = 11) tuvieron un parto vaginal y 45% (n = 9) cesárea, con una media de 18.5 h en el tiempo total de trabajo de parto. La media de edad fue de 26.75 años, La media de edad gestacional en ambos grupos fue de 38 semanas de embarazo, la media de IMC en ambos grupos fue de 32.2 kg/m². La indicación más prevalente de la inducción fue el embarazo a término 45%, seguido de la rotura prematura de membranas 20%. La indicación de cesárea fue la distocia dinámica del trabajo de parto; la media de la puntuación de Bishop al momento de la inducción fue de 2.2 en ambos grupos. La media del sangrado estimado en la pacientes con parto fue de 212.2 mL vs 424.4 mL de cesárea. La media del Apgar al minuto fue de 7.9 vs 7.8 y a los 5 minutos 8.8 en ambos grupos.

Conclusiones: la inducción mecánica mostro una tasa de éxito de parto vaginal del 55%. No hubo complicaciones maternas y perinatales significativas asociadas a este método. Las pacientes con parto tuvieron menos sangrado en comparación con las de cesárea. La dilatación mecánica es un método seguro y eficaz para reducir el índice de cesárea en pacientes con Bishop desfavorable y cesárea previa.

Incremento en la proteinuria de mujeres embarazadas con hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia agregada y sus resultados perinatales
Reyes-Mayoral Ch, Schafer-Vega RE

*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México, México.*

Objetivo: conocer el incremento de la proteinuria en mujeres embarazadas con hipertensión arterial sistémica crónica que desarrollan preeclampsia agregada así como resultados perinatales.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo, con una muestra de 20 mujeres embarazadas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica sin otra comorbilidad, con control prenatal en nuestra Institución y que contaran con cuantificación basal de proteinuria en recolección de orina en 24h. Se analizó el promedio y su desviación estándar en el incremento de la proteinuria en orina de recolección en 24h al momento del diagnóstico de preeclampsia agregada con respecto a la proteinuria basal.

Resultados: el promedio en el incremento de la proteinuria en recolección de orina en 24 h al diagnóstico de preeclampsia agregada respecto a la proteinuria basal fue de 632.5 ± 239.7 mg/24h.

Conclusión: a pesar de la limitante por el tamaño de nuestra población, se comprobó que existe un incremento significativo de proteinuria (mayor a 300 mg/24 h) en mujeres con hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia agregada, además de un incremento en la frecuencia de nacimientos pretérmino así como la necesidad de seguimiento del binomio en unidades de cuidados intensivos.

Prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo, ¿comparten los mismos factores?

Sandoval-Osuna NL, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E, Rodríguez-Colorado ES
*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: evaluar las diferencias en los factores epidemiológicos implicados en el prolapso de órganos pélvicos (POP) y la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), así como establecer factores de riesgo o protectores para cada padecimiento en un grupo de mujeres mexicanas.

Material y Método: estudio transversal y descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron mujeres con sintomatología de IUE, POP o ambos, de marzo 2016 a febrero 2017, divididas en tres grupos: IUE, POP y patología mixta. Se realizó análisis descriptivo de las características de la población, con un análisis de varianza (ANOVA), así como prueba chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para establecer la significación entre los grupos. Posteriormente se realizó un análisis multivariado, calculando Odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para cada variable en el modelo final.

Resultados: se incluyeron 144 mujeres, Un 46.5% (n = 67) correspondió al Grupo IUE, 16.6% (n = 24) al Grupo POP y 36.8% (n = 53) al Grupo de patología mixta. Se encontraron diferencias entre la edad (OR 51.8 (IC 95% 1.21-221.84), multiparidad (OR 21.02 (IC 95%, 2.68-164.7), peso fetal >3500 g (OR 3.1 (IC 95% 1.2-8.3)) y menopausia (OR 5.05 (IC 95%, 1.85-13.75)) para el desarrollo de POP vs. IUE.

Conclusiones: se demostró que existen diferencias en los factores de riesgo para el desarrollo de POP como el peso fetal. La edad, menopausia y multiparidad son factores de riesgo para el desarrollo de POP y patología mixta. No se encontraron factores de riesgo asociados solo a IUE.

Alteraciones en el registro cardiotocográfico intraparto y su asociación con acidemia fetal y resultados perinatales adversos



Fernández-Lara JA, Plata-Alcocer IN, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza Labastida S, Ling-García JP
División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México.

Objetivo: evaluar las pacientes en quienes se confirmó criterios de asfixia perinatal por medio de los criterios aceptados y enumerados previamente y su asociación con las alteraciones encontradas en el RCTG en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de San Luis Potosí en México.

Material y Método: se realizó un estudio de cohorte ambispectivo que se llevó a cabo en un periodo de 6 meses en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todas las pacientes a quienes se les realizó cesárea por un diagnóstico de sospecha de pérdida de bienestar fetal (SPBF) con base a RCTG categoría II ó III y en quienes se obtuvo gasometría de cordón umbilical inmediatamente posterior al nacimiento y al pinzamiento de cordón umbilical así como sus resultados neonatales. Para la evaluación de los RCTG se utilizaron los criterios establecidos para la vigilancia fetal intraparto propuestos por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), para el diagnóstico de asfixia se utilizaron los criterios aceptados por la Academia Americana de Pediatría (ACP).

Resultados: se identificaron 129 pacientes a quienes se les realizó cesárea con diagnóstico pre quirúrgico de sospecha de pérdida del bienestar fetal (SPBF), finalmente se incluyeron 79 que cumplían con los criterios de inclusión. De estas, 40 (50.6%) eran primembarazos, 60 (76%) estuvieron en inducción del trabajo de parto. La edad materna al momento de

la resolución fue de 24.8 años (6.9 SD), La edad gestacional fue de 40 semanas de gestación (1.4 SD). De las comorbilidades maternas en general se encontró que 2 pacientes (2.5%) presentaban Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), 9 (11.4%) con Hipertensión gestacional (HTG), 1 (1.3%) hipertensión crónica (HTC), 3 (3.8%) con preeclampsia y 6 pacientes (7.6%) con preeclampsia con datos de severidad.

Conclusiones: el RCTG es una herramienta útil y valiosa para la vigilancia fetal intraparto, sin embargo, es importante la estandarización para su interpretación, podemos concluir con base a estos datos que la principal característica que debemos tomar en cuenta al momento de evaluar un RCTG es la presencia de variabilidad, ya que la pérdida de la misma fue el hallazgo más importante encontrado en los fetos con acidemia fetal. Podemos concluir también que las principales comorbilidades maternas asociadas a una cesárea por un RCTG no tranquilizante son las enfermedades hipertensivas del embarazo, sin embargo no se demostró que las comorbilidades maternas incrementen la posibilidad de acidemia fetal. El diagnóstico de asfixia perinatal, como se describe al inicio del estudio es un diagnóstico clínico y bioquímico, puesto que en este estudio sólo nos enfocamos a los parámetros bioquímicos consistentes con un evento de hipoxia intraparto, es necesario continuar el estudio de forma prospectiva para evaluar la evolución clínica de estos recién nacidos y poder relacionar las características del RCTG y los criterios bioquímicos con los datos clínicos para evaluar los recién nacidos que sí cumplieron con los cuatro criterios para asfixia perinatal.

Comparación del tipo de incisión como factor asociado con infección del sitio quirúrgico posterior a cesárea

Fernández-Lara JA, Pedraza-Rubio G, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza Labastida S, Ling-García JP
División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México.

Objetivo: comparar si el tipo de abordaje en las cesáreas es un factor asociado para presentar infección del sitio quirúrgico.

Material y Método: estudio de cohorte retrospectivo, efectuado en un periodo de 4 meses (febrero 2017 a junio 2017) en donde se evaluaron a todas las pacientes en quienes se resolvió el embarazo por medio de operación cesárea en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto en San Luis Potosí.

Resultados: se identificaron 108 pacientes en quienes se realizó cesárea, se reportaron sólo 3 casos de infección de sitio quirúrgico con una prevalencia de 2.7%. Ninguna de las pacientes tuvo infección del sitio quirúrgico/endometritis en el seguimiento a una semana. De las características demográficas se reportó una edad media de 26 años (6.6 SD) y una edad gestacional media al momento de la resolución de 38 semanas (5.2 SD). Se dividieron en 3 grupos dependiendo del abordaje en piel ya sea línea media, Pfannenstiel o Joel-Cohen y se evaluaron las variables en cada grupo.

Conclusión: la infección del sitio quirúrgico es una de las complicaciones más comunes posterior a un evento quirúrgico y que aumenta la morbimortalidad materna, en este estudio podemos demostrar que la prevalencia de infección del sitio quirúrgico es similar a la reportada en la bibliografía internacional,

dentro de las variables estudiadas no encontramos un factor de riesgo que se asociara a mayor tasa de infección en nuestro centro, por lo que el principal factor de riesgo pudiera estar en relación al mismo evento quirúrgico per se, ya que ninguno de los factores de riesgo asociados demostró ser significativo en los grupos estudiados.

Correlación entre el diagnóstico radiológico y diagnóstico histopatológico en tumores ováricos

Zetina-Alvarado S, Pasten-Zapata A, González-Habib R, Tirán-Saucedo J, Gómez-Torres P
Christus Muguerza, Hospital Conchita-UEM, Monterrey NL.

Antecedentes: el cáncer de ovario representa el tercer lugar en mortalidad por cáncer. El mayor inconveniente es que suelen ser asintomáticos en etapas tempranas. El ultrasonido se ha convertido en una de las herramientas diagnósticas utilizados para determinar el riesgo de malignidad que tiene cada lesión, lo que puede modificar el abordaje, seguimiento y tratamiento. El objetivo de este estudio es determinar ¿Cuál es la correlación entre el diagnóstico radiológico y diagnóstico histopatológico en pacientes con tumoración ovárica que fueron intervenido en el Hospital Conchita, en Monterrey, Nuevo León, del 2013-2015?

Flujometría Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre del embarazo como tamizaje de preeclampsia

González-Habib R, González-Nazar MA, Tirán-Saucedo J, Zetina-Alvarado J
Christus Muguerza, Hospital Conchita-UEM, Monterrey NL, México.

Objetivo: evaluar el uso del Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre como tamizaje

para preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.

Método: evaluar mujeres con embarazos únicos que acudieron a un ultrasonido de rutina entre las 18 y 25 semanas, se valoró la presencia del notch diastólico y el índice de pulsatilidad promedio (IPP) de las arterias uterinas. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos (VP).

Resultados: se analizaron 313 embarazos únicos. 14 pacientes (4.47%) tuvieron un IPP elevado de las arterias uterinas, de las cuales 7 (50%) presentaron además el notch diastólico. De las 299 pacientes con IPP normal, 11 (3.67%) tuvo notch diastólico. 7.14% de las pacientes con IPP elevado desarrolló preeclampsia y 14.28% tuvieron restricción del crecimiento intrauterino, comparado con 4.38% de preeclampsia y 0.66% de restricción del crecimiento intrauterino en el grupo de pacientes con IPP normal. En el grupo de pacientes tanto con el IPP elevado como con presencia del notch diastólico 14.28% desarrolló preeclampsia y 28.57% restricción del crecimiento intrauterino comparado con 3.47% de preeclampsia y 0.34% de restricción del crecimiento intrauterino en el grupo de IPP normal son ausencia del notch diastólico. Como tamizaje para preeclampsia el IPP de las arterias uterinas tuvo una S 7.1%, E 95.6%, VPP 7.1%, VPN 95.6%; y para restricción del crecimiento intrauterino una S 50%, E 96.1%, VPP 14.2%, VPN 99.3%.

Conclusiones: la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino son comorbilidades comunes en el embarazo y es necesario encontrar algún otro modelo de tamizaje que incremente la sensibilidad a esta herramienta.

Litiasis de la vía urinaria durante el embarazo: complicaciones y resultados perinatales

Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar las complicaciones y resultados perinatales en mujeres embarazadas con urolitiasis del Instituto Nacional de Perinatología.

Material y Método: serie de casos retrospectiva, donde se incluyeron mujeres embarazadas con urolitiasis que llevaron control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología del 2011 al 2016. Los resultados analizados fueron: complicaciones durante el embarazo, tipo de tratamiento para urolitiasis y resultados perinatales.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes con edad promedio de 30 años, el 71.4% (n = 25) fueron multíparas, el diagnóstico de urolitiasis se realizó en el 51.4% (n = 18) previo al embarazo. El 25.7% de las pacientes presentaron sintomatología en el 1er trimestre, el 51.4% en el 2do trimestre, el 17.1% en el 3er trimestre y el 5.7% cursaron asintomáticas. Para el tratamiento de la urolitiasis durante el embarazo 6 pacientes requirieron tratamiento intervencionista con colocación de catéter doble J. Una paciente requirió nefrostomía por intento fallida de colocación de catéter. Las complicaciones más frecuentes fueron: infección de vías urinarias recurrentes en 42.8% (n = 15), parto pretérmino en 22.8% (n = 8), ruptura prematura de membranas en 11.4% (n = 4), pielonefritis en 11.4% e hidronefrosis en 5.7% (n = 2). El 20% (n = 7) de las pacientes con IVU tuvieron urocultivo positivo a *E. coli*.

Conclusión: la urolitiasis en el embarazo, conlleva a riesgo de complicaciones que aumentan la morbilidad materno-fetal, las cuales deben prevenirse mediante un diag-



nóstico y tratamiento adecuados. A pesar de que el tratamiento estándar es el tratamiento conservador, el advenimiento de nuevas técnicas de imagen diagnóstico-terapéuticas, ha mejorado la evolución clínica de éstas pacientes.

Resultados perinatales posterior a histeroscopia quirúrgica: miomectomía o resección de septo uterino

Hinojosa-Rodríguez K, Campos-Cañas J, Aguayo-González P, Martínez-Alvarado AP, Jiménez-Esquivel RM, Reyes-Paredes N
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: estimar la correlación entre la realización de miomectomía y resección de septo por histeroscopia, con la tasa de recién nacido vivo y complicaciones obstétricas.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, retrolectivo que evaluó 39 pacientes atendidas dentro del período de enero 2012 a diciembre 2016 en el servicio de Reproducción Humana del INPer Isidro Espinosa de los Reyes que como único factor presentaban miomectomía o resección de septo por histeroscopia. Se excluyeron pacientes que presentaron cirugías uterinas previas a lograr embarazo. Posteriormente, se clasificaron a las pacientes acorde al tamaño de los miomas resecados y se evaluaron las tasas de recién nacido vivo.

Resultados: se evaluaron 20 pacientes con miomectomía histeroscópica y 19 con resección de septo por histeroscopia. Se encontró que 25.7% de las pacientes presentaban el antecedente de pérdida gestacional recurrente. Se encontró una tasa de embarazo de 35.9% (n = 14) del total de las pacientes; 78.5% (n = 11) de manera espontánea y 21.4% (n = 3) con una técnica de reproducción asistida de alta complejidad. El 21.3%

(n = 3) de las pacientes presenta un embarazo en curso, 7.1% (n = 1) aborto y 78.5% (n = 10) de las pacientes tuvieron un recién nacido vivo. De los embarazos logrados, el 30% se resolvió por parto y el 70% por cesárea. Como complicaciones obstétricas reportadas se encontraron 5.1% con atonía uterina transcesárea, 10% con recién nacido pretérmino y 10% tuvo hemorragia obstétrica; no se encontraron pacientes con RPM, óbito, acretismo y RCIU, cabe mencionar que debido al tamaño de la muestra estos resultados no son estadísticamente significativos. Cuando se segmentó el grupo de miomectomía a partir de miomas mayores 2 cm se encontraron tasas de embarazo 30% vs 50% para más de 2cm y menos de 2 cm, respectivamente. Al realizar prueba de T de Student para muestras independientes no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las tasas de embarazo (p=0.38), o el tiempo para lograr un embarazo (p=0.98) de acuerdo al tamaño de los miomas.

Conclusión: la miomectomía y la resección de septo por histeroscopia es una intervención quirúrgica segura de suma importancia para mejorar el pronóstico y las tasas de embarazo.

Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida

Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquivel RM, Reyes-Paredes N
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, (INPer) Ciudad de México.

Objetivo: estimar la correlación entre la intervención quirúrgica y las técnicas de reproducción asistida para lograr un recién nacido vivo.

Material y Métodos: estudio observacional, longitudinal, retrolectivo, que evaluó 148 pacientes con malformaciones müllerianas que fueron atendidas dentro del período de enero 2002 a abril 2015 en el servicio de Biología de la Reproducción Humana del INPer Isidro Espinosa de los Reyes.

Resultados: se clasificó el tipo de malformación mülleriana acorde a la clasificación de la ASRM; encontrándose 2.7% con hipoplasia-agenesia, 6.8% con útero unicornal, 6.8% con útero didelfo, 11.5% con útero bicornal, 53.3% con útero septado, 14.9% con útero arcuato y 4.2% no clasificables. El diagnóstico inicial se realizó con ultrasonido 2D y comparado con laparoscopia e histeroscopia se encontró una sensibilidad del 37.2% y especificidad de 54, 6%, según datos reportados en estudios previos realizados por nuestro servicio. El 58.8% (N= 87) de las pacientes presentaron al menos una cirugía correctiva de septo. Posterior a la intervención quirúrgica el 48.3% (n = 42) no recibió tratamiento de reproducción asistida y fueron propuestas a embarazo espontáneo, 29% (n = 26) para inducción de la ovulación, 13.7% (n = 12) a inseminaciones intrauterinas y 8% (n = 7) para FIVTE. De estas pacientes 38% (N= 33) logro un recién nacido vivo; 45% (n = 15) de manera espontánea, 18.1% (n = 6) con inducción a la ovulación más coito programado, 18.1% (n = 6) con inseminación intrauterina, 18.1% (n = 6) por FIVTE y 62% (n = 54) no logro embarazo.

Conclusión: las pacientes con una intervención quirúrgica para corrección de malformaciones müllerianas tienen tasas de recién nacido similares a la población general lo cual sugiere búsqueda del embarazo espontáneo posterior a la cirugía correctiva de septo cuando el factor uterino este asociado a

infertilidad y en ausencia de otros factores.

Desgarros perineales en adolescentes embarazadas: estudio observacional retrospectivo

Avitia-Herrera AM, Sánchez-Ávila MT, Galv-Caudillo M, Morales-Garza LA, Cant-Pompa JJ, V-quez-Romero N, Mart-nez-L-pez JP, Mat-as-Barrios VM, Gonz-lez-Garza MT, Hern-ndez-Escobar CE

Hospital San Jos- Tec Salud, Escuela de Medicina, Tecnol-gico de Monterrey, Monterrey NL. M-xico.

Objetivo: conocer la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres adolescentes y los factores de riesgo relacionados a estos, as- como compararlos con una poblaci-n de mujeres adultas.

Material y M-todo: se revisaron expedientes y se determin- la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado en mujeres adolescentes y adultas con atenci-n de parto vaginal en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad (Monterrey, Nuevo Le-n, M-xico) durante el periodo del 1 de enero hasta 31 de diciembre del 2014. Adem-s se analizaron los factores de riesgo relacionados mediante SigmaPlot. Se incluyeron todos los casos, independiente de la paridad de la paciente.

Resultados: se encontr- una incidencia general de 2% de desgarros de tercer y cuarto grado. En adolescentes fue de 2.52%. (Fig. 1). La raz-n de momios de desgarros de alto grado en mujeres adolescentes en comparaci-n con mujeres adultas fue de 1.48 (IC95%= 1.10-1.99, $p=0.009$). No se encontr- diferencia estad-stica al comparar instrumentaci-n del parto, peso del reci-n nacido, -ndice de masa corporal y grados de los desgarros entre adolescentes y adultas

pero s- al comparar primiparidad ($\chi^2=24.03$; $p=0.001$) y episiotom-a ($\chi^2=4.7$; $p=0.03$).

Conclusiones: en esta poblaci-n de mujeres en estudio, se encontr- una mayor prevalencia de desgarros respecto a lo reportado en la literatura nacional (0.8%). Hasta donde sabemos, es el primer reporte sobre la prevalencia de desgarros perineales en adolescentes. Los datos sugieren que la condici-n de adolescencia representa un factor de riesgo para desgarros de alto grado al comparar con mujeres adultas. Se identificaron factores de riesgo asociados a la adolescencia: primiparidad y uso de episiotom-a.

Relaci-n cl-nico-histopatol-gica de las hysterectom-as electivas en un hospital de tercer nivel

Avitia-Herrera AM, Arroyo-Lemarrroy T, Rodr-guez D, Mireles-Lozano GF, Navarro-P-rez HD, Cant-Santos M, Apodaca-Ramos I, Jim-nez-Pe-a A

Tecnol-gico de Monterrey, San Pedro Garza Garc-a, Nuevo Le-n, M-xico, Instituto de Cardiolog-a y Medicina Vascular, TecSalud y Centro de investigaci-n Biom-dica del Hospital Zambrao Hellion,, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnol-gico de Monterrey, San Pedro Garza Garc-a, Nuevo Le-n.

Objetivo: estudiar la relaci-n entre el diagn-stico preoperatorio cl-nico y el diagn-stico histopatol-gico final en el servicio de Ginecolog-a de un hospital de tercer nivel.

Material y M-todo: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 84 cirug-as ginecol-gicas realizadas en un centro hospitalario de tercer nivel durante el a-o 2016. Para el an-lisis estad-stico se utiliz- una estad-stica descriptiva adem-s de reportar la sensibilidad, especificidad y el -ndice Kappa.

Resultados: se realizaron 37 (44 %) hysterectom-as abdominales, 18 (22 %) vaginales, 29 (34 %) laparosc-picas. La edad promedio al momento de la cirug-a fue de 47 a-os (27-78 a-os). El sangrado uterino anormal represent- la indicaci-n m-s com-n de la hysterectom-a con un total de 42 casos (40.3%) de estas pacientes 36 casos con diagn-stico de miomatosis uterina, 6 pacientes que presentaron diagn-stico de miomatosis uterina no presentaron sangrado uterino anormal. El resto de los diagn-sticos preoperatorios inclu-a hiperplasia endometrial, hipertrofia uterina, absceso p-lvico, c-ncer cervicouterino, displasia severa, c-ncer de ovario, c-ncer de endometrio y p-lipo endometrial.

Conclusiones: la hysterectom-a es un procedimiento quir-rgico que se realiza con mucha frecuencia en nuestro pa-s debido a la gran diversidad de patolog-as de la v-a genital femenina. Existen casos en donde la correlaci-n cl-nica e histopatol-gica es muy alta, por ejemplo cuando el diagn-stico preoperatorio es miomatosis uterina, hipertrofia uterina o c-ncer cervicouterino, ov-rico y/o endometrial. En cambio cuando el diagn-stico cl-nico es por sangrado uterino anormal o hiperplasia endometrial la correlaci-n cl-nica e histopatol-gica es pobre. Es de suma importancia el env-o a patolog-a de todas las piezas quir-rgicas para su diagn-stico preciso.

Lesi-n obst-trica del esf-ncter anal. Prevalencia y factores de riesgo en una poblaci-n del Noreste de M-xico

Avitia-Herrera AM, S-nchez--vila MT, Galv-n-Caudillo M, Soto-Fuenzalida GA, Morales-Garza LA, Perales-D-vila J, Gonz-lez-Garza MT

Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad, Secretar-a de Salud



de Nuevo León, Hospital San José Tec Salud. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Monterrey NL, México.

Objetivo: conocer la prevalencia de desgarros perineales de tercero y cuarto grado, y los factores de riesgo relacionados en la población atendida por parto vaginal en un Hospital Materno Infantil durante un año calendario.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional, transversal y de análisis descriptivo. Se examinaron las notas post-parto de las pacientes en un Hospital Materno Infantil del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014 mediante el sistema operativo SQL Server Query Analyzer 2005.

Resultados: se atendieron 13,882 nacimientos, siendo 8,847 (63.7%) partos vaginales. Fueron detectados 179 desgarros perineales de tercero y cuarto grado, que correspondieron al 2% de las pacientes siendo mayor al 0.8 % reportada en nuestro país.² La edad promedio $\pm$ SD de las pacientes que presentaron desgarro de tercero y cuarto grado fue 21.1 ± 4.8 años, 2.7% eran pacientes mayores de 35 años y 45% eran adolescentes. El 89% con trauma perineal severo eran pacientes primíparas. En 160 (89.3%) pacientes se realizó episiotomía en el momento de la atención de parto y en 19 (10.6%) no se realizó episiotomía. De estas 144 (90%) fueron episiotomía medio lateral derecha, y en 16 (10%) se realizó episiotomía media. Durante la atención del parto de las pacientes con desgarro perineal en 136 se presentó uso de fórceps (76%) y en 43 (24%) pacientes no se utilizó fórceps. Por lo tanto tenemos que de todos los partos que se tuvieron en el año sin uso de fórceps (n = 6108) solo el 0.7% (n = 43) tuvo desgarro y de todos los partos que se atendieron con

fórceps el en año (n = 2739) el 4.95% (n = 136) tuvo desgarro.

Conclusiones: la prevalencia de desgarro perineal encontrada fue mayor que la reportada en la bibliografía nacional, aunque dentro de los rangos internacionales (1% -19%) Los factores de riesgo relacionados fueron primiparidad, parto instrumentado y episiotomía rutinaria. Existe un riesgo 7.4 y 4.7 veces mayor para desarrollar desgarro perineal severo en atención de parto instrumentado y primiparidad respectivamente comparado con la población total en estudio.

Morbilidad extrema y mortalidad materna en adolescentes ¿cuál es la experiencia en un centro de tercer nivel de atención?

Brito-Sandoval F, Payén-Padilla J, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibarguengoitia-Ochoa F
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la prevalencia de MME y la distribución de las mismas en adolescentes embarazadas en un centro de tercer nivel de atención.

Material y Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron mujeres con adolescentes (menores de 19 años) que hayan ingresado a la unidad de cuidados intensivos (UCIA) del 2009 al 2012, Se calculó la prevalencia global de MME y la prevalencia de las complicaciones más frecuentes.

Resultados: de 1470 mujeres que ingresaron a la UCIA, 120 eran adolescentes (8.1%) con edad promedio de 17.5 años. El 2011 fue el año con mayor número de casos 9.6%. Las complicaciones más frecuentes fueron enfermedad hipertensiva del embarazo (EIHE) 54.1%, hemorragia obstétrica (HO) 16.6%, cardiopatía 10.8%, sepsis 9.1% y

otros 9.1%. Se reportaron 4 muertes maternas, en 2009 18 años por leucemia linfoblástica aguda, 2012 19 años choque séptico y anemia aplásica y 2012 17 años choque séptico, endometritis y peritonitis.

Eclosión asistida en embriones de mujeres mayores de 35 años, ¿favorece la tasa de evolución a blastocisto?

Santoveña-Santoveña V, Rosales de León JC, Castañeda-Loya AG, IECH Centro de Fertilidad Monterrey Nuevo León, México.

Objetivo: comparar el porcentaje de embriones que evoluciona a blastocisto después de realizar eclosión asistida (EA) en día 3 con aquellos a los que no se les realiza el procedimiento.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo analítico y comparativo. Se analizaron los expedientes del centro de fertilidad IECH Monterrey, Nuevo León en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2016. Se identificaron a aquellas pacientes mayores de 35 años de edad que fueron sometidas a estimulación ovárica controlada y fertilización in vitro con transferencia en fresco. Se clasificaron en dos grupos. Grupo 1 a aquellos embriones a los que se les realizó eclosión asistida con láser en el día 3 independientemente del motivo por el cual se llevó a cabo y grupo 2 aquellos embriones a los que no se les realizó el procedimiento. Se comparó la evolución a blastocisto en ambos grupos. Los datos fueron procesados en R STUDIO 1.0.136-3.3.2. Se agrupó a los embriones según recibieran Eclosión Asistida o no en su día 3, los datos se compararon con T de Student ajustado a normalidad de dos colas, considerando significativos valores de P menor a 0.05; para los muestreos categóricos a comparar se empleó

prueba de Fisher o la distribución χ^2 según la característica de la contingencia.

Resultados: se identificaron 119 pacientes mayores de 35 años y se obtuvo un total de 815 embriones: 208 (25.5%) en el grupo 1 y 607 (74.5%) en el grupo 2. No se observaron diferencias entre grupos en cuanto a las medias de edad ($M 38.61, \pm 1.85, p = 0.582$), número de óvulos aspirados ($M 9.48, \pm 4.15, p = 0.551$), número de óvulos fertilizados ($M 5.33, \pm 2.48, p = 0.315$) o recuperación de blastocisto ($M 55.97, \pm 29.01, P=0.669$). Del grupo 1 un total de 106 (50.96%) evolucionaron a etapa de blastocisto y 290 (47.78%) del grupo 2. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los porcentajes de evolución a blastocisto entre los grupos ($p=0.4695$). Se estableció la probabilidad de obtener un blastocisto por cada 1.87 (IC95%: 0.79-1.16) embriones del grupo 1 y un blastocisto por cada 2.27 (IC95%: 0.97-1.22) embriones en el grupo 2. No se observó diferencia significativa en la tasa de embarazo entre las pacientes de ambos grupos ($p = 0.8358$). En el grupo 1 se observó una proporción similar de pacientes con resultados de prueba de embarazo positivos y negativos ($p 0.1391$); sin embargo en el grupo 2 se obtuvo una mayor proporción de pruebas de embarazo negativas ($p 0.0013$).

Conclusión: no se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto al porcentaje de evolución a blastocisto en las pacientes mayores de 35 años a cuyos embriones se les realizó EA en día 3. Sin embargo el número de óvulos necesarios para obtener un blastocisto es menor en pacientes del grupo 1 y los índices de embarazo fueron mas altos sugiriendo un efecto benéfico a las pacientes a las que se les realizó eclosión asistida.

Comparación de apreciación de rendimiento de residentes de Ginecología y Obstetricia en guardias ABC contra ABCD

Dávila-Rivas JAG, Fraustro-Ávila ME, Ayala-Aguilera F, Durán-Luna JA

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León, México.

Antecedentes: se presentan los resultados de una encuesta aplicada a residentes de ginecología y obstetricia del Programa multicéntrico de Residencias Médicas de TecSalud y la Secretaría de Salud de Nuevo León sobre su percepción de su propio desempeño cuando realizan guardias ABC comparado con guardias ABCD. El esquema de guardias ABCD se implementó desde el mes de marzo 2017 en el Hospital Regional Maternoinfantil de Alta Especialidad. Se obtuvo la respuesta de 23 residentes. Al realizar guardias ABCD los residentes de primero y segundo grado dedican más tiempo a estudiar y perciben tener un mejor desempeño antes y después de la guardia comparado con guardias ABC. En guardias ABC los residentes de todos los grados reportan haber cometido más errores médicos. No se encontró diferencia en el uso de estimulantes durante la guardia en ambos esquemas. El estimulante más comúnmente utilizado es la cafeína.

Factores de riesgo y marcadores predictores maternos asociados con parto pretérmino en embarazo de alto riesgo

Ballesteros-González HI

Objetivo: analizar los factores de riesgo y marcadores predictores maternos asociados a parto pretérmino en pacientes con embarazo de alto riesgo.

Material y Método: estudio transversal analítico, se evaluaron

los factores de riesgo de PP y marcadores predictores maternos (antecedente de PP, cirugía cervical y longitud cervical) en dos grupos de pacientes, aquellas con embarazo de alto riesgo (cardiópatas, nefrópatas, con enfermedades reumatológicas o de la colágena, hipertensas, diabéticas, hipotiroideas, hipertiroides) y sin comorbilidades. Se determinaron y compararon los factores-marcadores de riesgo en cada grupo y luego se realizó un análisis de correlación para determinar la asociación con el embarazo de alto riesgo (EAR).

Resultados: se analizaron factores de riesgo maternos en 226 pacientes, 136 mujeres con embarazo de alto riesgo y 90 mujeres sin comorbilidades. Los factores de riesgo maternos se mostraron en un rango que va desde el 6 al 44%, el factor con mayor prevalencia fue el antecedente de ruptura prematura de membranas (RPM) y PP en ambos grupos. El principal factor de riesgo materno encontrado en las pacientes con EAR fue el antecedente de RPM, con un OR de 1.1 (0.6-1.7) [IC 95%]. No obstante, aunque el antecedente de PP solo se presentó en el 6% de las pacientes, tiene un OR de 1.2 (0.8-1.6) [IC 95%]. En las pacientes sin comorbilidades el antecedente de cirugía cervical y la cervicometría menor a 25 mm tienen un OR de 1.07 (0.6-1.7) y 1.2 (0.5-2.8) [IC 95%], respectivamente. Se encontró asociación significativa del EAR con factores de riesgo como antecedente de RPM, anomalías congénitas y el embarazo múltiple, siendo este último el que presenta mayor asociación en el modelo de regresión [link Logit] ($p < 0.05$).

Conclusiones: el antecedente de RPM y PP fue el factor de riesgo materno con mayor prevalencia en el grupo de pacientes con EAR. El antecedente de cirugía



cervical y cervicometría menor a 25 mm representan mayor riesgo en el grupo de mujeres sin comorbilidades., y el antecedente ó historia de RPM, las anomalías congénitas y el embarazo múltiple se asocian a PP en embarazo de alto riesgo.

El estudio COMSE: efectividad de dos estrategias para proveer consejería en anticoncepción durante la hospitalización para la atención del parto en Colombia

Muñoz-Fernández LF, Hersh AR, Tolosa JE
Departamento de Obstetricia y Ginecología; NACER, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia.

Objetivo: comparar la efectividad de dos modalidades de consejería en anticoncepción proveídas durante la hospitalización para la atención del parto, en la utilización de métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada (ARAP) en mujeres adolescentes.

Material y Método: estudio multicéntrico de cohorte realizado entre junio 2015 y octubre 2016 en dos hospitales públicos. Uno en la ciudad de Medellín y otro en la ciudad de Cartagena, en un grupo de mujeres asignado a recibir consejería en anticoncepción al ingreso al hospital, seguida por elección de uno de los métodos de planificación de su preferencia para ser iniciado antes del alta hospitalaria. Antes de recibir la consejería se completó un cuestionario acerca de preferencias en uso de los métodos de anticoncepción disponibles en el sector público, el cual se repitió luego de recibir la consejería. Se hizo una asignación aleatoria por sobres opacos sellados para recibir consejería anticonceptiva por medio de

1) Una conversación estructurada con una consejera entrenada o 2) La visualización de un video de 14 minutos en un reproductor portátil, que mostraba la misma información, presentada por una enfermera joven y utilizando lenguaje culturalmente apropiado especialmente para adolescentes. Los dos grupos recibieron material escrito, una hoja modificada que presenta los métodos de manera gráfica con su efectividad y desarrollada por la OMS y tuvieron la oportunidad de realizar preguntas al personal entrenado. Se definieron las adolescentes como las mujeres entre 14-19 años y las mujeres adultas como más que 19 años. Se midieron los desenlaces: 1) Intención de usar anticoncepción definitiva, (ligadura de trompas) o método ARAP u otro antes y después de recibir consejería; 2) Uso de método ARAP antes del alta hospitalaria; 3) Comparación en la intención de anticoncepción entre las dos modalidades de consejería.

Resultados: antes de la consejería, 40/94 (42.6%) adolescentes y 49/140 (35%) de las mujeres adultas indicaron querer usar un método de ARAP inmediatamente posparto. Después de la consejería, 61/94 (64.9%) adolescentes y 67/140 (47.9%) mujeres adultas indicaron querer usar un método de ARAP inmediatamente posparto. La intención de usar un método permanente de anticoncepción (ligadura de trompas) en el posparto disminuyó de 37/140 (26.4%) a 20/140 (14.3%) en las mujeres adultas y 12/94 (12.8%) a ninguna de las adolescentes 0/94 (0%) después de la consejería. De las participantes quienes eligieron métodos no permanentes de anticoncepción, más mujeres prefirieron usar un método ARAP luego de recibir la consejería vía conversación estructurada con una consejera entrenada [adolescen-

tes: 35/47 (74.5%) conversación vs 26/47 (55.3%); adultas: 36/71 (50.7%) conversación vs 31/69 (44.9%]. Todas las mujeres adultas (140/140, 100%) y casi todas las adolescentes (92/94, 97.9%) afirmaron que sentían más confianza para elegir un método de anticoncepción adecuado para ellas después de la consejería.

Conclusiones: una grabación en video es un instrumento efectivo para proveer consejería en anticoncepción durante la hospitalización para la atención del parto. La consejería puede aumentar el uso de los métodos ARAP y disminuir la ligadura de trompas en la población adolescente.

El estudio COMSE: uso de consejería en anticoncepción en el hospital durante la atención del parto y acceso a métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada antes del alta hospitalaria

Muñoz-Fernández LF, Tolosa JE
Departamento de Obstetricia y Ginecología; NACER, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia.

Objetivo: determinar si una estrategia novedosa que combina consejería en anticoncepción en el hospital durante la atención del parto y acceso a métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada (ARAP) antes del alta hospitalaria incrementa el uso de los métodos de ARAP, particularmente en adolescentes, vs tratamiento común antes del alta hospitalaria luego de la atención del parto.

Método: estudio multicéntrico de cohorte realizado entre junio 2015 y octubre 2016 en tres hospitales públicos, dos en la ciudad de Medellín y uno en la ciudad de Car-

tagena, Colombia, aprobado por los comité de ética en cada centro. En una fase pre-intervención (grupo de control) coordinadoras de investigación entrenadas interrogaron a por lo menos 100 mujeres en cada centro al momento del alta hospitalaria, luego de obtener consentimiento informado: 1) Acerca de su preferencia en uso de los métodos de anticoncepción disponibles en el sector público; 2) Si habían recibido consejería en anticoncepción; 3) Si habían iniciado un método de anticoncepción antes del alta hospitalaria. En el grupo de intervención se capacitó a médicos y enfermeras en consejería en anticoncepción y en uso de los métodos ARAP, el dispositivo intrauterino (T de Cobre) e implante subdérmico de levonorgestrel) 100 mujeres como mínimo en cada centro, diferentes a las participantes del GC, luego de obtener consentimiento informado recibieron consejería en anticoncepción al ingreso al hospital y eligieron uno de los métodos de planificación de su preferencia para ser iniciado antes del alta hospitalaria. Se realizó seguimiento a las seis semanas y seis meses posteriores al alta hospitalaria, presencial y/o por teléfono. Todos los datos fueron recolectados en REDCap, una herramienta basada en Oregon Health & Science University, Portland, Oregon, Estados Unidos. REDCap (Research Electronic Data Capture) es una aplicación segura, basada en internet y diseñada para tratamiento de datos en investigación. Se definieron las adolescentes como las mujeres entre 14-19 años y las mujeres adultas como más de 19 años.

Resultados: en el grupo control (GC), 299 participantes completaron un cuestionario al alta hospitalaria. 38/79 (48.1%) adolescentes y 58/220 (26.4%) mujeres adultas indicaron que

querían usar un método ARAP en el posparto inmediato; solamente una adolescente (1.3%) obtuvo el método elegido; ninguna mujer adulta inició un método de ARAP antes de alta hospitalaria. A los seis meses posparto 6/65 adolescentes (9.2%) y 16/176 adultas (9.1%) habían iniciado uso de un método de ARAP. En el grupo de intervención (GI), 108/160 (67.5%) adolescentes y 122/234 (52.1%) de las mujeres adultas expresaron el deseo de usar un método de ARAP. 87/160 (54.4%) adolescentes y 80/234 (34.2%) adultas iniciaron uso de un método de ARAP antes de alta hospitalaria; en el seguimiento a los 6 meses 60/101 (59.4%) adolescentes y 60/171 (35.1%) adultas continuaron usando el método elegido. Entre las mujeres adultas, 22/220 (10%) al alta hospitalaria y 33/176 (18.8%) a los seis meses eligieron ligadura de trompas en el grupo de control, pero en el grupo de intervención luego de recibir consejería especializada en anticoncepción, 15/234 (6.4%) al alta y 7/171 (4.1%) a los seis meses usaron métodos quirúrgicos.

Conclusión: la consejería en anticoncepción durante la hospitalización materna para la atención del parto y el acceso inmediato a métodos de ARAP resultaron en una mayor preferencia y un aumento en el uso de los métodos de ARAP en especial por las mujeres adolescentes durante el posparto en Colombia. Esta estrategia se debe considerar como una prioridad en las normas y políticas para mejoramiento de la salud pública en Colombia y Latinoamérica.

Sobrepeso y su impacto en la tasa de nacido vivo en un programa de donación de óvulos

Valdés Martínez OH, Tejeida-Wong A, Morales-Martínez FA, Sordia-Hernández LH, Peña-Lizola SP, Vidal-Gutiérrez O

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México.

Material y Método: revisión retrospectiva que incluye todas las pacientes en programa de donación de óvulos periodo 2012 a 2017, se registran características demográficas y clínicas, con resultados principales: tasa de embarazo bioquímico, tasa aborto, embarazo clínico, nacido vivo y su relación con IMC de la donadora dividido en cuartiles; se realizó análisis de varianza con un factor (ANOVA) para comparar las diferentes variables.

Resultados: se realizaron 147 ciclos de técnicas de reproducción asistida de alta complejidad en programa de donación. La edad media donador 21.76 años con un IMC 22.89, la edad media de las receptoras 40 años, con diagnóstico de factor masculino concomitante 11.56% (n = 17), factor uterino 1.3% (n = 2) con una tasa de fertilización de 72.47%, desarrollo embrionario 86.30% , embarazo bioquímico 5.4% (n = 8) tasa de implantación 27.7% tasa de aborto 12.22% (n = 18) embarazo ectópico 2.04%, tasa embarazo clínico 58.5 % (n = 86) tasa de nacido vivo 44.89% (n = 66/147) de los cuales 6.8 % embarazos gemelares (n = 10) embarazos triples 2.04% (n = 3), las unidades de gonadotropinas utilizadas fueron mayores con el aumento de IMC de las pacientes siendo mayores en el rango 22 a 25 kg/m² siendo estadísticamente significativa la diferencia comparado con IMC 17 a 21 kg/m². Se observó una diferencia estadística en el número de embriones transferidos de acuerdo al IMC siendo mayor en el grupo IMC 22 a 25 kg/m², la progresión a estadio embrionario temprano también se observó diferencia estadísticamente.



te significativa entre IMC 17 a 21 vs 25 a 34 kg/m² no se mostraron diferencias estadísticas en tasa de implantación, fertilización y número de óvulos recuperados entre los grupos. El porcentaje de nacido vivo dependiendo del IMC fue 24.40% , 39.39%, 30.30% y 6.06 % respectivamente.

Relación entre el aumento de peso menor al recomendado con el peso del recién nacido en pacientes con índice de masa corporal pregestacional normal

Núñez-Villegas AM, Aguilar-Galván IG, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, González García, Corona-Gutiérrez LL
División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Objetivo: determinar la relación que existe entre el aumento de peso materno gestacional menor al recomendado con el peso del recién nacido en pacientes con IMC normal pregestacional.

Material y Método: estudio de cohorte prospectivo realizado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca de 2015 a 2016.

Resultados: durante el año en estudio se dio seguimiento desde triage de control prenatal a aquellas pacientes con IMC normal y menos de 20 semanas de gestación (SDG) captándose la muestra requerida de 128 pacientes. Se realizaron dos grupos de 64 pacientes dependiendo de la ganancia total de peso en su embarazo (menor o mayor a 11.5 kg). La edad de las pacientes tuvo un promedio de 25 años (rango 18 a 43 años), la mayoría de ellas multiembarazos. La edad gestacional promedio para la captación de las pacientes fue de 13.2 SDG y el índice de masa corporal (IMC) de inicio en ambos grupos fue equiparable (media de 22.2 kg/

m² en grupo de expuestos y 21.9 kg/m² en grupo de no expuestos).

Conclusiones: el aumento de peso en el embarazo menor al recomendado en mujeres con IMC normal no se relaciona con bajo peso al nacer; al disminuir el rango de peso aceptado internacionalmente se contribuiría de manera importante a evitar retención ponderal postparto en las mujeres y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Factor VII recombinante activado en hemorragia obstétrica

Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, Aguilar-Galván IG, García-Ruan K, Corona-Gutiérrez AA
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Casos clínicos: se registraron diez pacientes en las cuales se utilizó rFVIIa para el tratamiento de la hemorragia obstétrica masiva. El promedio de edad fue de 30 años, siete pacientes eran multíparas. La mitad de las pacientes presentaron patologías en la gestación actual, siendo las más prevalentes trastornos hipertensivos y patología placentaria. La vía de nacimiento en seis pacientes fue cesárea y en cuatro pacientes parto. La causa de sangrado fue atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina y hematoma retroperitoneal. La mitad de las pacientes fueron derivadas de otras instituciones. El tratamiento médico inicial incluyó oxitocina en nueve pacientes y masaje uterino en siete pacientes. Además se utilizó carbetocina en tres pacientes y desmopresina en tres pacientes. En las diez pacientes la indicación para la administración de rFVIIa fue hemorragia obstétrica masiva (dosis promedio de 91 mcg/kg) con disminución del sangrado evidente en 8 pacientes

tras la primera administración del fármaco. A nueve de ellas se realizó histerectomía. La cuantificación del sangrado promedio previo a la administración de rFVIIa fue de 5,075 mL y posterior a la última dosis de rFVIIa de 928 mL. En promedio se administraron 7 concentrados eritrocitarios antes de la administración de rFVIIa y 3 después. Duración promedio de hospitalización en terapia intensiva fue de 9 días. Se confirmó un caso de tromboembolia pulmonar. Ninguna paciente falleció.

Conclusiones: en general, la experiencia que se tiene en Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca respecto al uso de factor VII recombinante activado para el tratamiento de la hemorragia obstétrica ha sido favorable, a pesar de que las guías nacionales del tratamiento de la misma no lo consideran. Ninguna paciente falleció debido a la pérdida sanguínea y a pesar de presentarse un evento de tromboembolismo pulmonar, éste no resultó fatal. Se sugiere continuar la administración de este hemostático para la disminución de la morbilidad materna y llevarse a cabo más investigaciones acerca de su utilidad, así como ventajas y desventajas.

Frecuencia de dislipidemia en pacientes con osteoporosis

Gómez del Ángel IF, Hidalgo-Ledezma J, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: es establecer la frecuencia de dislipidemia en pacientes con osteoporosis de la clínica de climaterio del Hospital Juárez de México de abril del 2016 a marzo del 2017 y determinar la frecuencia de cada parámetro del perfil lipídico, el sitio anatómico más frecuentemente afectado por osteoporosis, describir la frecuencia de

cada parámetro lipídico en pacientes con osteoporosis en segmento lumbar y cadera izquierda.

Material y Método: estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo, con una muestra de 90 pacientes, calculada mediante la fórmula de población infinita, en las que se midió la densidad mineral ósea por medio de densitometría ósea central realizada con un densitómetro General Electric Healthcare Lunar Prodigy 14614 certificado por la fundación internacional de osteoporosis, haciendo el diagnóstico con -2.5 desviaciones estándar para osteoporosis. Además se midieron las concentraciones séricas de colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (c-HDL), colesterol de baja densidad (c-LDL) y triglicéridos (TG) basados en puntos de corte del ATPII.

Resultados: se obtuvo una frecuencia de dislipidemia de 65% (59 pacientes). De las cuales 35 tuvieron hipercolesterolemia (38.9% con media de 234 mg/dl), 49 con disminución de hipoalfalipoproteínemia (54.4% con media de 31 mg/dl), 59 con elevación de c-LDL (65.5% con media de 158 mg/dl) y 40 pacientes hipertrigliceridemia (44.4% con media de 173 mg/dl). El parámetro del perfil de lípidos más afectado fue la elevación de c-LDL (65.5%), seguido de hipoalfalipoproteínemia, aumento de triglicéridos y colesterol total. El segmento más afectado para osteoporosis fue el segmento lumbar con 60% de los casos (54 pacientes), de los cuales 21 pacientes coinciden con elevación de c-LDL, 17 con hipoalfalipoproteínemia, 9 con CT aumentado y 7 con aumento de TG. El 40% restante de la población (36 pacientes), se encontró afectada en cadera izquierda, de los cuales 14 pacientes presentaron hipoalfalipoproteínemia, 9 con aumento de c-LDL, 7 con TG elevados y 6 con aumento de CT.

Conclusión: la dislipidemia en las pacientes con osteoporosis es una entidad común, en este caso se obtuvo una frecuencia del 65%. La alteración lipídica más frecuente fue la elevación de c-LDL. El segmento óseo más afectado fue el segmento lumbar, de estos, la dislipidemia asociada con mayor frecuencia fue la elevación de LDL, los pacientes con afección osteoporótica de cadera izquierda tuvieron mayor asociación con hipoalfalipoproteínemia. La importancia de este estudio radica en la elevada frecuencia en que se presentaron las alteraciones lipídicas en pacientes con osteoporosis. Por lo que es importante tomar en cuenta la dislipidemia no solo como factor de riesgo cardiovascular en las mujeres postmenopáusicas, sino también como un probable factor contribuyente para la génesis de osteoporosis.

Eficacia de la dehidroepiandrosterona en la función sexual de pacientes menopáusicas

Bedoya-Osorio MA, Hernández-Marín I

Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: evaluar la eficacia de la administración de 50 mg de DHEA vía oral diariamente por 3 meses en pacientes menopáusicas con diagnóstico de disfunción sexual y observar el comportamiento del perfil metabólico.

Material y Método: estudio prospectivo-clínico del que se obtuvo un cálculo muestral de 29 pacientes mismas que fueron diagnosticadas con disfunción sexual mediante un IFSF ≤ 26 puntos. EL IFSF valora los 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor. Se realizaron cálculos de puntajes por dominio, perfil de lípidos, glucosa, insulina, HOMA (evaluación del modelo homeostático) y DHEA sérica antes y después del tratamiento. Se tabularon y graficaron los resultados por SPSS versión 22 y EXCEL. Se utilizó T de Student como herramienta para observar significación estadística.

Resultados: las pacientes tuvieron una media de edad de 53.03 años y una media de la edad de inicio de su menopausia de 48.3 años. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en el puntaje de todos los dominios y en el puntaje global del IFSF con ($p \leq 0.05$) posterior al tratamiento con mejorías porcentuales de: deseo sexual 57.2%, excitación 61.1%, lubricación 44.5%, orgasmo 59.2%, satisfacción sexual 49.7%, dolor 53.07% y en puntaje total de 69.2%, respecto a los puntajes iniciales. No hubo cambios estadísticamente significativos en el perfil metabólico pretratamiento y postratamiento enunciados respectivamente: colesterol HDL con una media previa de 53.67 mg/dL vs 53.62 mg/dL ($p \geq 0.05$), colesterol LDL 130.96 mg/dL vs 124.12 mg/dL ($p \geq 0.05$), colesterol total 209 mg/dL vs 192 mg/dL ($p \geq 0.05$), triglicéridos 159 mg/dL vs 147 mg/dL ($p \geq 0.05$), Glucosa en ayunas 84.61 mg/dL vs 84.61 mg/dL ($p \geq 0.05$), insulina 8.4 mUI/dL vs 8.5 mUI/dL ($p \geq 0.05$) y HOMA 1.74 vs 1.75 ($p \geq 0.05$) y DHEA sérica 94.99 ng/dL vs 105.75 ng/dL ($p \geq 0.05$).

Conclusión: la administración diaria de 50 mg de DHEA vía oral durante 3 meses es eficaz en el tratamiento de la disfunción sexual en todos sus dominios. Aunque no parece afectar lípidos, glucosa e insulina en este grupo de estudio, no es posible concluir acerca de la seguridad del fármaco. Este estudio se desarrolló como reporte previo de un seguimiento que se está realizando a estas pacientes donde se utilizará el medicamento por un año con controles de somatometría, densidad mineral ósea, grosor



endometrial, perfil metabólico, mastografía y citología cervical.

Concentraciones de vitamina D en embarazadas con y sin diabetes mellitus gestacional

Mora-González S, Núñez-Villegas AM, Camarena-Pulido EA, Aguilar-Galván IG, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S

División de Ginecología y Obstétrica Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara Jal., México.

Objetivo: comparar la frecuencia de deficiencia de vitamina D entre embarazadas con y sin diabetes mellitus gestacional.

Material y Método: estudio transversal efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca. Se obtuvieron muestras de sangre de 784 embarazadas con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional que contaron con prueba de tamizaje anormal y/o 2 valores alterados de la curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) con 100 gr bajo los criterios de Carpenter. Así mismo de embarazadas con prueba de tamizaje negativo y curva de tolerancia oral a la glucosa negativa conformaron el grupo control. Las muestras de sangre fueron procesadas con el método automatizado de quimioluminiscencia para determinar la concentración de 25 (OH) vitamina D total. Las cifras obtenidas se categorizaron como lo marca la Sociedad Americana de Endocrinología: concentraciones suficientes cuando las de 25 (OH) vitamina D se encontraron ≥ 30 ng/mL, niveles insuficientes entre 21 y 29 ng/mL y como concentraciones deficientes las menores a 20 ng/mL.

Resultados: se estudiaron 784 pacientes de las que 390 tuvieron diagnóstico de diabetes gestacional y 394 pacientes sin diabetes gestacional. Los resultados obtenidos

muestran concentraciones inferiores a 30 ng/dL en 88% en el grupo con diabetes gestacional vs 49% del grupo sin diabetes ($p < 0.05$ IC 95%: 0.003-0.06).

Conclusiones: las concentraciones de vitamina D en pacientes con DMG son menores a las pacientes que no cursan con DMG. La frecuencia de niveles insuficientes y deficientes de vitamina D son mayores en las pacientes que cursan con diabetes mellitus gestacional.

Correlación del grosor y morfología endometrial con resultados de biopsia Mock y ERA para la evaluación de la receptividad endometrial

Godoy-Morales HS, Estrada-Maldonado MA, Sandoval-Travesí FA, Cázarez-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés-Durán JC, Mendiburu G IA, Mera-Mejía R

Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: comparar los hallazgos ultrasonográficos con el estudio histopatológico de la biopsia Mock y ERA, para evaluar la receptividad endometrial y ventana de implantación en pacientes con el diagnóstico de falla de implantación en el centro de reproducción asistida ART en el Hospital Ángeles del Pedregal.

Material y Método: se evaluaron 18 pacientes que estuvieron bajo protocolo de reproducción asistida de alta complejidad, se realizó preparación endometrial, seguimiento ultrasonográfico, y administración de progesterona previo a la toma de la biopsia, la biopsia Mock se envió al servicio de patología del Hospital Ángeles del Pedregal y la biopsia ERA se analizó forma externa.

Resultados: a 17 se les realizó preparación endometrial con Sandrena gel y solo 1 fue con ciclo

natural, la edad de las pacientes fue de 26-47 años, peso de 54-72 kg, IMC de 19 a 30 kg/m², 6 pacientes con infertilidad primaria y 12 infertilidad secundaria. El 38.8% de las pacientes tuvo 4 ciclos previos no exitosos a la toma de Biopsia ERA. 9 pacientes obtuvieron resultado Receptivo, 8 pre-receptivo y 1 post-receptivo, se correlacionaron los hallazgos ultrasonográficos con el resultado de la biopsia ERA evidenciando que en el 38% de las pacientes se observaron morfología A y AB con resultados receptivos en Biopsia ERA. Con respecto al grosor endometrial no se encontró relación significativa con los resultados de Biopsia ERA ya que hubo una variación en el grosor endometrial y solo 22.2% de las pacientes tuvieron 11 mm.

Conclusiones: se puede predecir una mayor receptividad endometrial cuando contamos con un patron endometrial trilaminar (tipo A).

Efecto del bromuro N-butilhioscina en la duración del primer periodo de trabajo de parto en primeros embarazos

Cervantes-Mondragón PJ, Ortiz-Reyes H, Ramírez-Negrín A
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Objetivo: describir el efecto del bromuro N-butilhioscina en la duración del primer periodo de trabajo de parto en primeros embarazos y comparar la duración del primer periodo de trabajo de parto en mujeres a quienes se les aplicó bromuro N-butilhioscina y en quienes no se les aplicó.

Material y Método: estudio retrospectivo, analítico y transversal. De las pacientes que cumplieron criterios de inclusión, atendidas en el Hospital General Dr. Manuel Gea González del primero de enero de 2016 al

primero de enero de 2017, se buscaron los expedientes y se identificaron aquellos donde se documentó la aplicación de bromuro N-butilhioscina en el primer periodo de trabajo de parto, se tomó en cuenta la curva de Friedman para evaluar la evolución de dilatación, se incluyeron en la base de datos las pacientes que ingresaron con dilatación menor o igual a 2 cm y se determinó trabajo de parto fase activa a partir de 4 cm. Se separaron en dos grupos, pacientes primíembarazos en las que no se administró bromuro N-butilhioscina y pacientes en donde sí se administró el medicamento. Una vez identificados estos expedientes se obtuvieron los datos que fueron vaciados en la base de datos para su posterior análisis.

Resultados: se estudiaron 322 mujeres de los expedientes clínicos, de las cuales a 168 pacientes se les aplicó BNB a su ingreso y a 144 no se les aplicó el fármaco; el promedio de edad en el grupo control fue de 20.7 años (DS 3.8), mientras que en el grupo en el que se usó BNB fue de 20.9 años (DS 4.8), edad gestacional promedio en grupo control de 39.3 semanas de gestación (DS1.09) vs 39.4 semanas de gestación (DS0.96), IMC promedio en grupo control de 26.5 Kg/m² (DS 3.07) vs 27.3 kg/m² (DS 3.6), se obtuvo una tasa de dilatación promedio en grupo control de 0.67 cm/h (DS 0.19,) vs 0.8 cm/h (DS 0.26) en grupo en el que se usó BNB, la duración del primer periodo de trabajo de parto en el grupo de BNB fue de 12.8 h (DS 3.4) contra 15.8 h (DS 3.5) en grupo control, con una duración promedio del trabajo de parto en fase activa de 9.4 h (DS 3.07) en grupo control contra 5.5 h (DS 2.14) en grupo con BNB, la duración de trabajo de parto fase latente en el grupo con BNB fue de 7.2 h (DS 2.6) contra 6.3 h (DS

1.5) en grupo sin BNB, en lo que respecta a la pérdida sanguínea durante el parto en el grupo control se promediaron 314.5 mL (DS 69.6) contra 315.7 mL (DS 81.1) del grupo con BNB.

Conclusiones: de acuerdo con lo reportado en estudios clínicos previos, se puede concluir que el uso de bromuro N-butilhioscina durante el trabajo de parto es un medicamento seguro y útil para acortar la duración del primer periodo de trabajo de parto en primíembarazos, sin resultados perinatales adversos. Sin embargo, hacen falta más estudios clínicos, prospectivos, en población latinoamericana, para evaluar de manera global los efectos de este medicamento en el trabajo de parto.

Infección fetal por citomegalovirus. Reporte de casos

Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Nuño-Cabral S, Barrios-Prieto E *Servicio de Medicina Materno Fetal, División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.*

Material y Método: estudio de reporte de casos, analizando los registros clínicos de cinco pacientes a las que se les encontró alguna alteración morfológica fetal en el ultrasonido sugestivo de infección por CMV, en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca durante los años 2016-2017

Resultados: Caso 1. Paciente de 17 años, dos embarazos, un aborto, primer ultrasonido reporta feto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, FCF 146 lpm, placenta corporal posterior grado I, ILA 198mm (polihidramnios). Ventrículo lateral izquierdo 18.6mm (anormal), derecho 17.1mm (anormal), 3er ventrículo 9.5 mm

(anormal), IPA.Umb. 1.46 (anormal). IDX: Embarazo de 20.6 semanas de gestación por DBP + ventriculomegalia triventricular más ascitis.

Segundo ultrasonido estructural reporta feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso derecho, FCF 146 lpm, placenta corporal posterior grado I, cordón umbilical 3 vasos, inserción central, DVM 50mm. Cabeza y cuello: manto cerebral 4.6 mm, ventrículos laterales asimétricos, imágenes compatibles de quistes porencefálicos que comunican con los ventrículos laterales y distorsionan la anatomía, cisterna magna 16.5mm, pliegue nuchal 5.5mm, calcificaciones periventriculares. Tórax: índice cardiotorácico 0.33 mm, circunferencia torácica por arriba de percentil 90%. Abdomen: se identifica ascitis, calcificaciones hepáticas y periportales, intestino hiperecogénico, abdomen por arriba de percentil 98%. IDX: Embarazo de 25.2 semanas de gestación por fetometría, porencefalia, ascitis, cardiomegalia.

TORCH materno: positivo para CMV, IgG 248.4UI/mL, IgM 1.93. Identificación de CMV en líquido amniótico: positivo.

Caso 2. Paciente de 26 años de edad, tres embarazos y dos partos. El primer ultrasonido reportó un feto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, FCF 140 lpm, placenta corporal posterior grado II, líquido amniótico con DVM de 34mm. Fetometría: DBP 91.3mm, CC 332.3mm, CA 318.2mm, LF 69.5mm, Ventrículo lateral izquierdo 18.5mm, derecho de 21mm, cavum, línea media y cuerpo calloso presente, 3er ventrículo 3.5mm, calcificaciones periventriculares, labio y paladar íntegro, columna íntegra, corazón 4 cámaras, tabique íntegro, trayectos de salida presentes normales, abdomen íntegro, intestino hipe-



recogénico. Peso fetal estimado 2846 g (P25%), fetometría para 36.4 semanas de gestación. IDX: Embarazo de 37.4 semanas de gestación por usg de las 14.3 semanas de gestación, ventriculomegalia triventricular. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 116.2 UI/mL, IgM 0.2

Caso 3. Paciente de 34 años de edad, Gesta 2, Aborto 1. Primer ultrasonido estructural reporta feto único, vivo, longitudinal, cefálico, FCF 156 lpm. Cabeza y cuello: normocefalo con diámetros craneales entre una y dos semanas mayores que el resto de la fetometría; contorno óseo sin alteraciones, línea media íntegra, con presencia de ventriculomegalia bilateral severa, ventrículo derecho de 18mm e izquierdo de 19mm, plexos coroideos normales y dilatación del tercer ventrículo (4.3mm), cisterna magna de 3.8mm y pliegue nuchal de 2.9mm. Tórax sin alteraciones. Abdomen sin alteraciones. Columna y extremidades sin alteraciones. Fetometría para 19.6 semanas de gestación, peso fetal estimado 322grs. IDX: Embarazo de 19.6 semanas de gestación por fetometría, crecimiento fetal simétrico, ventriculomegalia triventricular, probable estenosis del acueducto de Silvio, placenta y líquido normales. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 102.9 UI/mL, IgM 0.17.

Caso 4. Paciente de 17 años de edad, un embarazo. El primer ultrasonido reportó: feto único, de situación variable, múltiples movimientos fetales, FCF 131 lpm, LCR 82.2mm, hueso nasal presente, translucencia nuchal no valorable a expensas de tumoración quística en región cervical posterior trisep-tada de 50 x 22mm, se aprecia hidrotórax, derrame pericárdico de 2.1mm, edema subcutáneo a nivel abdominal de 7 mm, columna íntegra, burbuja gástrica presente, vejiga presente, extremidades sin

alteraciones aparentes, líquido amniótico cualitativamente normal. IDX: Feto con hidrops fetal e higroma quístico, fetometría promedio 14.1 semanas de gestación por LCR. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 145.8 UI/mL reactivo, IgM 0.15.

Caso 5. Paciente de 17 años de edad, un embarazo, captada a las 18 semanas de gestación por FUM, en usg de rutina se encuentra hidrops fetal y ventriculomegalia. Primer ultrasonido: feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso izquierdo, FCF 150lpm, placenta corporal anterior grado I, ILA normal. Fetometría: DBP 47.5mm, CC 179.9 mm, CA 193.5 mm, LF 34.4 mm, húmero 31.2 mm, peso fetal estimado 493 g (P51%). Hallazgos: derrame pericárdico 7.4 mm, ascitis 6 mm, derrame pleural 2.9 mm, foco ecógeno intracardiaco, ventriculomegalia biventricular leve (derecho 11.6mm, izquierdo 11.3mm), intestino hiperecogénico. IDX: Embarazo de 20.6 semanas de gestación por fetometría, hidrops fetal, ventriculomegalia leve bilateral, intestino hiperecogénico. Segundo ultrasonido: feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso izquierdo, FCF 130 lpm, placenta corporal anterior grado I, ILA 178 mm. Fetometría: DBP 53.2mm, CC 190.2 mm, CA 208.8 mm, LF 36.4 mm, peso fetal estimado 594 g (P50%). Hallazgos: ventrículo lateral derecho 12.3 mm, izquierdo 15.5 mm, derrame pericárdico 6.3 mm, edema subcutáneo cráneo 5.1 mm, edema subcutáneo abdomen 6.1 mm, ascitis, foco ecogénico intracardiaco. IDX: Embarazo de 23.6 semanas de gestación, ventriculomegalia biventricular, hidrops fetal, intestino hiperecogénico, foco ecogénico intracardiaco. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 145 UI/mL reactivo.

Conclusiones: la identificación de alteraciones morfológicas fetales

en el ultrasonido y correlacionarlas con la toma materna de TORCH y PCR en líquido amniótico mediante amniocentesis permite establecer un pronóstico fetal y a la vez, tomar medidas y estrategias de tratamiento las cuales se centran en medidas higiénicas para prevenir una infección materna por CMV, aplicación materna de inmunoglobulinas para evitar la transmisión materno-fetal en caso de seroconversión materna y terapia antiviral en caso de transmisión materno-fetal. Podemos observar en los casos revisados que las alteraciones más comunes que se observaron fueron ventriculomegalia triventricular, ascitis, intestino hiperecogénico, derrame pericárdico e hidrops fetal y el promedio de IgG sérico materno fue de 151.6 UI/mL.

Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia. Reporte de casos

Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Nuñez-Villegas AM, Panduro-Barón JP, Fajardo-Dueñas S *Servicio de Medicina Materno Fetal, División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.*

Objetivo: describir los casos de secuencia acraea-exencefalia Anencefalia captados por el servicio de Medicina Materno Fetal en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca de los meses de enero a julio de 2017 y la asociación de los factores de riesgo que presentan en común para dicha patología.

Material y Método: se describen 5 casos de secuencia acrania-exencefalia-anencefalia derivados a la unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara de enero a julio de 2017

Resultados: se observa que 100% de las pacientes descritas pertene-

cen a etnia hispana, 80% de las pacientes descritas se encuentran en extremos de la edad reproductiva, el 80% consumió ácido fólico sin embargo ninguna lo consumió en el mes previo al embarazo o antes de la cuarta semana de gestación, 80% tienen carga genética para diabetes mellitus y 20% padecen obesidad previa al embarazo.

Caso 1: paciente mexicana de 28 años de edad, 4 embarazos, 2 cesáreas, 1 aborto captada a las 21.1 semanas de gestación, abuela materna con Diabetes Mellitus, grupo O Rh positivo, inembarazo de ácido fólico desde las 5 semanas, peso de 69 kilogramos (kg), altura 1.60 metros (m), IMC 26.95kg/m², ultrasonido de segundo nivel reporta feto único, longitudinal, pélvico, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 136 latidos por minuto (lpm), acrania anencefalia, columna íntegra, interrumpido a las 38.1 semanas de gestación vía abdominal, muerte fetal anteparto.

Caso 2: paciente de 39 años, 3 embarazos, 2 abortos, captada a las 27.1 semanas de gestación, madre y padre con Hipertensión y Diabetes Mellitus, grupo O Rh positivo, inembarazo de polivitaminas desde la semana 7, peso 75.2 kg, altura 1.51 m, IMC 32.8 kg/m², ultrasonido de 2do nivel reporta feto único, longitudinal cefálico dorso izquierdo, FCF 130 lpm, defecto disrruptivo izquierdo desde labios hasta órbita, acrania, ventrículo derecho de doble salida y comunicación periventricular perimembranosa.

Caso 3: paciente de 17 años de edad, un embarazo, captada a las 16 semanas de gestación, sin antecedentes familiares, grupo A Rh positivo, inembarazo de ácido fólico desde las 5 semanas, hierro y calcio, peso 51 kg, altura 1.54 m, IMC 21.5 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único, longitudinal, cefálico, dorso

posterior, FCF 156 lpm, acrania exencefalia, columna íntegra, resuelto vía vaginal a las 17.1 semanas, muerte fetal anteparto.

Caso 4: paciente de 16 años de edad, 1 embarazo, captada a las 17.4 semanas de gestación, abuelo paterno con diabetes mellitus, grupo B Rh positivo, inembarazo de polivitaminas desde las 8 semanas, peso 60.6kg, altura 1.60 m, IMC 23.44 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único transverso, polo cefálico derecho, dorso anterior, FCF 148 lpm, acrania exencefalia, columna íntegra.

Caso 5: paciente de 41 años de edad, 4 embarazos y 3 partos captada a las 11 semanas de gestación, 2 tías maternas con diabetes mellitus, sin control prenatal, grupo O Rh positivo, no inembarazo de ácido fólico en el embarazo, peso 62 kg, talla 1.60 m, IMC 24.2 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único, vivo, longitudinal, pélvico dorso izquierdo, FCF de 149 lpm, LCR 57.3 mm, craneorraquisquis, resuelto espontáneamente vía vaginal a las 24.4 semanas de gestación, muerte fetal anteparto.

Conclusiones: la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico temprano de embarazos con fetos que presentan Secuencia Acrania-Exencefalia-Anencefalia permite, ante el mal pronóstico de los mismos y la posibilidad de recurrencia, aplicar medidas tales como suplementación con ácido fólico, asesoría genética y control preconcepcional de patologías maternas que protejan las futuras embarazos de la madre.

Neoplasia trofoblástica gestacional. Serie de casos

Aguilar-Galván IG, Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Suástegui-Navarro AG, Corona-Gutiérrez AA, Fajardo-Dueñas S
Servicio de Puerperio de Alto Riesgo, División de Ginecología

y Obstetricia, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Objetivo: reportar una serie de casos de neoplasia trofoblástica gestacional, con diagnóstico y seguimiento por parte del servicio de Puerperio de Alto Riesgo del año 2012 al 2016.

Reporte clínico: durante el periodo de estudio fueron tratadas 175 pacientes por enfermedad trofoblástica gestacional, de estas 11 fueron diagnosticadas y tratadas por neoplasia trofoblástica gestacional (edad media al diagnóstico, 29 años), encontrando una incidencia de 6.2%.

Se reportan 7 de bajo riesgo y cuatro de alto riesgo; 8 pacientes se encuentran agrupadas en la etapa I, 2 en la etapa III y 1 en la etapa IV. La técnica para la evacuación fue legrado uterino instrumental para cuatro pacientes y aspiración manual endouterina para siete pacientes, seis de ellas requirieron más de una evacuación (rango 2-4, media 2.5), cuatro presentaron hemorragia, una terminó en histerectomía. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 11 semanas. Ocho pacientes contaban con embarazos previos, una tuvo un embarazo molar previo, solo una con antecedente de ETG en la familia. Ocho de las pacientes reportaron alto riesgo en los criterios de Berkowts con aplicación de Metrotexate (MTX) en 5 de ellas. El reporte histopatológico para seis de las pacientes fue mola completa, para 4 mola parcial y una de las pacientes no cuenta con reporte histopatológico. El tratamiento inicial para diez de las pacientes fue con la administración de metotrexate (una paciente con mola invasora no requirió quimioterapia pues posterior a la histerectomía la cuantificación de B-HGC fue en descenso), el rango



de ciclos administrados fue de 1 a 5 con una media de 2.2 ciclos por cada paciente. Fue necesario en tres de ellas cambiar el esquema por EMA-CO y en una se brindó tratamiento con MTX y etopósido. Dentro del seguimiento (uno a cuatro años) diez pacientes presentan cuantificaciones negativas de fracción beta de HCG, con un solo caso donde persiste la elevación de la hormona. Ninguna paciente ha logrado el embarazo posterior al tratamiento.

Conclusiones: las pacientes con NTG de bajo y alto riesgo tienen pronóstico excelente si el tratamiento quimioterapéutico es administrado oportuna y adecuadamente, es por esto que la detección temprana es un punto decisivo.

Cirugía de control de daños en hemorragia obstétrica grave. Serie de casos

Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Núñez-Villegas, López-Aceves LJ, Fajardo-Dueñas S

Servicio Medicina Crítica en Obstetricia; División de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: evaluar los resultados de la cirugía de control de daños en pacientes con hemorragia obstétrica grave atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo del 1 de enero de 2016 al 1 enero 2017.

Reporte clínico: 17 pacientes fueron objeto de cirugía de control de daños. La causa de la hemorragia obstétrica fue: atonía uterina en 8 casos, inserción placentaria anómala en 6 casos, ruptura uterina en 1 caso, hematoma retroperitoneal en 1 caso y sepsis puerperal secundaria a endometritis 1 caso.

En 11 casos se aplicó CCD en el primer evento quirúrgico, en el resto se aplicó en una re-intervención posterior. Todas las pacientes se empaquetaron con compresas húmedas dobladas directamente sobre el lecho quirúrgico. Se realizó ligadura de arterias hipogástricas en 82% de los casos. Se consiguió el control de la hemorragia en la primera cirugía en 16 casos, con necesidad de intervención quirúrgica por sangrado persistente únicamente en 1 caso. Se logró el tratamiento quirúrgico definitivo en la segunda cirugía en 76% de casos, con necesidad de re-empaquetamiento y tercera intervención quirúrgica en 4 casos. La re-intervención se efectuó en un tiempo promedio de 43.8 horas (20-72 horas). Hubo complicaciones derivadas de la cirugía de control de daños en 42% de los casos, documentándose dos muertes maternas.

Conclusión: aunque los reportes de la cirugía de control de daños en hemorragia obstétrica se limitan a series pequeñas, lo que dificulta enormemente hacer una evaluación comparativa de los distintos abordajes y aun no se cuenta con criterios establecidos de manera uniforme, la cirugía de control de daños debe tenerse en cuenta y aplicarla lo más pronto posible si no se consigue el control definitivo del sangrado, así podrá corregirse la insuficiencia metabólica y resolverse definitivamente en la segunda intervención quirúrgica.

Comparación entre el índice de adiposidad corporal y el índice de masa corporal como métodos de detección temprana de síndrome metabólico en pacientes posmenopáusicas

Carranza-Escalera G, Hidalgo-Ledesma JJ, Villegas-Rodríguez CM, Hernández-Marín I

Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: comparar la eficiencia del Índice de Adiposidad Corporal y del Índice de Masa Corporal, respecto a la detección temprana de alteraciones como el síndrome metabólico y así establecer medidas terapéuticas dirigidas a la mejoría del estado clínico y bioquímico de las pacientes.

Metodología: estudio ambispectivo, observacional, descriptivo, transversal. Se evaluaron pacientes en etapa de posmenopausia (STRAW+10, +1a, +1b, +1c), atendidas en la Clínica de Climatario del Hospital Juárez de México donde se calculó una muestra de 168 pacientes con IC95%, con un margen de error 5% por grupo y ajuste de pérdidas del 20%. Se recolectaron los datos clínicos de las pacientes y se realizó el cálculo de índice de adiposidad corporal e índice de masa corporal. Se realizó análisis inferencial para la determinación de la correlación de las variables.

Resultados: se evaluaron 168 expedientes, de los que solo 158 contaban con los datos necesarios para la evaluación del índice de adiposidad corporal e IMC. En estas pacientes se encontró una prevalencia de obesidad por cálculo de índice de masa corporal de 43.31% (n = 68), sobrepeso 42.67% (n = 67), peso normal 14.01% (n = 22). Cuando la obesidad fue calculada por medio del Índice de Adiposidad Corporal los reporte fueron: peso normal 23.63% (n = 39), sobrepeso 32.12% (n = 53), obesidad 40.60% (n = 67). Del grupo de pacientes posmenopáusicas evaluadas, el 39% tuvieron síndrome metabólico. Aunque no cuentan con el mismo porcentaje diagnóstico de obesidad, al realizar la prueba de correlación de Pearson, se reportó una $r=0.6$. Los componentes del síndrome metabólico no correlacionaron con la obesidad diagnosticada por medio de IAC (r

= 0.02), sin embargo los criterios de síndrome metabólico (HDL-c, triglicéridos, glucosa y tensión arterial sistémica) correlacionaron débilmente con IMC ($r = 0.2$). Cuando se evaluó la correlación entre índice de adiposidad corporal y circunferencia de cintura (CC) este correlacionó fuertemente ($r = 0.499$). Sin embargo, existió mayor correlación entre el índice de masa corporal y CC ($r = 0.6711$) con intervalos de confianza de 0.5748 a 0.7490 y $p = 0.0001$.

Conclusiones: el índice de adiposidad corporal no permite predecir de manera independiente si va a existir alteración en los parámetros bioquímicos del síndrome metabólico, lo que nos indica que un peso corporal más alto (según IAC) correlaciona débilmente con alteraciones metabólicas, contrario a lo que ocurrió con IMC, el cual tuvo mayor correlación con dislipidemia y circunferencia de cintura alterado. El índice de adiposidad corporal ni el IMC sirven como pruebas predictoras de síndrome metabólico, sin embargo el IAC puede ser utilizada como tamizaje de SM, debido a que cuenta con mayor sensibilidad diagnóstica, contrario al IMC, que cuenta con mayor especificidad para el diagnóstico de SM. Se recomienda el uso de ambas pruebas como complemento del estudio de alteraciones cardiometabólicas, así como la medición de circunferencia de cintura que presenta mayor correlación con la adiposidad corporal.

Frecuencia de dislipidemia en las diferentes subetapas de Straw +10 en pacientes postmenopáusicas

Hidalgo-Ledesma JJ, Salazar-Romo AC, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: establecer la frecuencia de dislipidemia en las diferentes

subetapas de Straw +10 en las pacientes postmenopáusicas.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, cohorte transversal, prospectivo, para evaluar la frecuencia de dislipidemia en los diferentes estadios de STRAW +10 de las pacientes posmenopáusicas. El tamaño de la muestra se determinó conforme a la fórmula de población infinita, con un rango de diferencia del 8% con respecto a lo reportado por la bibliografía, con prevalencia del 70% y error alfa 0.05%, se midieron niveles séricos en ayuno de cLDL, TGL, CT y cHDL y se estadifico a las pacientes según la clasificación de STRAW +10.

Resultados: se demostró que la dislipidemia más frecuente en las pacientes postmenopáusicas estuvo determinada por la disminución de cHDL en un 47.5% de las pacientes, seguido de un aumento de TGL y CT en 45 y un 44% respectivamente, no existió diferencia estadísticamente significativa para la concentración promedio en las concentraciones de CT, c-HDL, c-LDL y TGL en las diferentes subetapas de STRAW +10, el mayor porcentaje de pacientes con alteraciones en las concentraciones de TG y CT fue determinado en la etapa +1b, con 63.3% y 59.1% respectivamente, siendo el mayor porcentaje de pacientes con alteraciones en las concentraciones de cLDL y cHDL fue determinado en etapa +2 con un 29.2% y 54.2% respectivamente.

Conclusión: no existen diferencias entre ningún lípido en suero en las pacientes en los diferentes estadios de STRAW +10, la frecuencia no siguió un patrón específico, presentando alteraciones de picos y descensos sin importar el estadio de Straw +10, sugiriendo así mismo que no existe correlación entre los factores. El mayor porcentaje de pacientes con alteraciones del cLDL y

cHDL se encontró en el estadio +2 para ambos. La dislipidemia más común en general fue la disminución de cHDL. La importancia de este estudio radica en que la etapa postmenopáusica contribuye a un aumento en cambios metabólicos entre ellos la dislipidemia aterogénica caracterizada por una disminución de cHDL, elevación de cLDL, TGL y colesterol total lo que contribuye a un aumento en el riesgo cardiometabólicos de las pacientes.

Osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos

Salazar-Romo AC, Hidalgo-Ledesma JJ, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: establecer la asociación entre la densidad mineral ósea baja-osteoporosis en pacientes posmenopáusicas con diversos grados de prolapso de órganos pélvicos.

Material y Método: estudio no experimental, transversal, prospectivo, observacional, se seleccionaron a 77 pacientes en etapa posmenopáusica temprana o tardía. Se agruparon según el grado clínico del prolapso de órganos pélvicos (POP) en cuatro grupos (0, 1, 2, 3, 4) según la clasificación de Baden-Walker. En los cuatro grupos se realizaron densitometrías óseas, tomando como referencia la clasificación de la Organización Mundial de la Salud según el T-score. Se realizó una encuesta sobre factores de riesgo ya conocidos que disminuyen la densidad mineral ósea y se calculó riesgo de fractura mayor o de cadera a 10 años con las herramientas FRAX y Q-fracture.

Resultados: la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75%, y de incontinencia fecal 16% en mujeres con diagnóstico de os-



teoporosis; 36 pacientes tuvieron un diagnóstico de POP grado II o mayor, mientras que 41 tuvieron ausencia o mínimo descenso de órganos pélvicos. El promedio de edad de todas las pacientes correspondió a la sexta y séptima décadas de la vida. El promedio de índice de masa corporal, por grupo, fue siempre superior a 25. En el grupo de POP grado 0, I Y II correspondieron a sobrepeso, mientras que el grupo con POP III-IV presentaron obesidad grado 1. De las 14 pacientes con ausencia de POP, 6 presentaron hallazgo densitométrico dentro de parámetros normales, 7 osteopenia y solo una paciente hallazgos de osteoporosis. Mientras que de las 63 pacientes que tuvieron POP grado I o mayor, sólo 3 tuvieron densidad mineral ósea dentro de parámetros normales, 23 tuvieron osteopenia y 37 osteoporosis.

Conclusión: según el análisis estadístico se logró corroborar la existencia de asociación inversamente proporcional entre el grado de prolapso de órganos pélvicos y disminución de la DMO. Esto contribuye a que ambas patologías pueden tener fisiopatología en común, por lo que debe de haber sospecha clínica de alteración en la DMO ante el diagnóstico de POP. Calcular el riesgo de fractura mayor o de cadera en pacientes posmenopáusicas representa un reto en la práctica médica diaria por lo que se necesitan más estudios que confirmen estos hallazgos, y en ese caso, valorar el peso estadístico del POP como factor de riesgo, y que incluso se ingrese dentro de calculadoras de riesgo para fractura.

Asociación de terapia hormonal menopáusica y diabetes mellitus tipo 2

Hernández-Marín I, García-Salgado A, Bedoya-Orsorio MA

Servicio de Biología de la Reproducción Humana, Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Material y Método: estudio retrospectivo, descriptivo, donde por medio del expediente clínico se obtendrán los datos necesarios. Se dividieron a las pacientes en dos grupos: el primero, pacientes con diabetes mellitus y que reciben terapia hormonal menopáusica; y el segundo, paciente con diabetes mellitus que no reciben terapia hormonal menopáusica. se analizaron los datos con la prueba T de Student y se obtuvo posteriormente el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: se obtuvieron 144 pacientes con diabetes mellitus, de las cuales, 72 pacientes tenían tratamiento con terapia hormonal menopáusica y 72 de ellas no lo tenían. La edad promedio de las pacientes fue de 53.1 años, con edad por grupo de 53.2 años para pacientes sin terapia hormonal menopáusica y de 53.09 años para pacientes sin terapia hormona menopáusica. Los resultados medidos del control glucémico por medio de la hemoglobina glucosilada fueron: 6.53 para el grupo con sin terapia hormonal menopáusica y de 6.37 para el grupo con terapia hormonal menopáusica, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.914, e IC95%: 5.3-7.2.

Conclusiones: existe controversia en la relación que tiene la terapia hormonal menopáusica y su efecto en el control de la diabetes mellitus, sin embargo, se sabe que la terapia podría ayudar a mejorar los controles de glucemia y mejora la sensibilidad a la insulina en pacientes portadoras de la enfermedad.

Incidencia de fístulas genitourinarias en pacientes operadas en el Hospital de la Mujer Zacatecana

Rodríguez-Cabral CA, Ruvalcaba-Rivera E, Palacios-Arroyo Y,

Vazquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Ramos-Ayala M

Material y Método: estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y analítico, en el Hospital de la Mujer Zacatecana en el periodo marzo 2012 a octubre 2016 en 61 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos ginecológicos y obstétricos tales como cesárea o histerectomía las cuales presentaron pérdida urinaria en los días posteriores a su intervención quirúrgica. De la muestra inicial cumplieron con los criterios de inclusión 27 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: expediente clínico completo, pacientes sometidas a intervención quirúrgica en dicho hospital, pérdida urinaria, cirugía obstétrica o ginecológica, pacientes que no se identificó lesión durante el procedimiento quirúrgico. Los criterios de exclusión fueron: expediente clínico incompleto, pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico en otro hospital. La valoración de estas pacientes fue realizada mediante realización de especuloscopia y cistoscopia

Resultados: durante el periodo de estudio sólo 27 pacientes reunieron los criterios de inclusión, la muestra fue dividida en 2 grupos (20 casos y 7 controles), en los cuales la edad media fue 36.2 años, los tipos de fístulas encontrados en la población de estudio fueron vesico-vaginales y uretero-vaginales, el tipo de fístula mas frecuente fue la vesicovaginal con 18 casos (66.6%), 2 de los casos (7.4%) fueron ureterovaginales, en el 25.9% de las pacientes no se documentó fístula. En 51.84% de los casos de formación de fístula no se identificó lesión vesical, en estos casos se reportó una tasa de fístula vesicovaginal del 22.21%, así mismo en el 25.92% de los casos se reportó lesión advertida a vejiga no se re-

portó formación de fístula. En estas pacientes se realizó reparación durante el evento quirúrgico de la lesión y se otorgó tratamiento postoperatorio lo que se asocia con una disminución en la incidencia de fístula $p=0.001$. El sitio anatómico de la lesión se asocia con el tamaño, encontrando fístulas mayores de 1 cm mas frecuentemente vesicovaginales y menor de 1 cm en fístulas uretero-vaginales, $p=0.001$. La histerectomía total abdominal se asocia con una incidencia de fístula de 1.4X100.

Conclusiones: la identificación oportuna, la reparación intraoperatoria de la lesión y el tratamiento postoperatorio adecuado se relacionan con una disminución estadísticamente significativa en la formación de fístulas. Son necesarias técnicas eficaces que permitan realizar el diagnóstico oportuno de las lesiones incidentales.

Histerectomía abdominal con sacrocolpopexia, colpoperinoplastia y culdoplastia de Mckall para tratamiento de POP Q III Cx y profilaxis para prolapso recidivante

Rodríguez-Cabral CA, Ortega-Guerrero I, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Lemus-Ramos BY

Caso clínico: paciente de 46 años, G5P5, con antecedente personal de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II en control, portadora de POP Q III Cx, por lo que se proyecta tratamiento quirúrgico con sacrocolpopexia, histerectomía abdominal y colpoperinoplastia. Se realiza Urodinamia con reducción del prolapso con gases: flujo espontáneo con tiempos y flujos normales, eficacia de vaciamiento de 92%, perfilometría estática con PMCU (presión máxima de cierre uretral) 40 cm H₂O. Cistometría de llenado con puntos de pérdida

negativos en 200mL y en capacidad cistométrica máxima. Flujo-presión con flujos y tiempos normales, PmaxDet de 35 cm H₂O, eficacia de vaciamiento del 58%. FP EV 58%.

Se realizó la histerectomía total extrafacial con cierre total de la cúpula vaginal, se da punto de Aldridge bilateral, se procede a realizar puntos invaginantes sobre la cúpula, se ingresa a retroperitoneo con disección roma en dirección a la superficie del promontorio sacro hasta encontrar ligamento sacro anterior, se identifica arteria sacra media y se dan tres puntos mediales para evitar el vaso, con prolene del 1 sobre ligamento sacro anterior, donde se fija la malla de polipropileno monofilamento macroporo sobre la fascia pubocervical y rectovaginal, se fija el otro extremo con la sutura sobre el ligamento sacro anterior, se anudan y se cubre con retroperitoneo, se procede a segundo tiempo vaginal donde se realiza colpoperinoplastia posterior. En el posquirúrgico a las 48 h se retira sonda vesical encontrando eficacia del vaciamiento del 86.7%, a las 4 semanas posquirúrgicas se encuentra cúpula íntegra, Incontinencia de urgencia y de esfuerzo negada.

Conclusiones: existe mayor riesgo que posterior a la histerectomía, se presente prolapso residual de la en pacientes que tienen antecedente de prolapso de órganos pélvicos como indicación para la histerectomía, por lo que la suspensión profiláctica de la cúpula vaginal en el momento de la histerectomía se ha recomendado como una alternativa de disminuir el prolapso recidivante. El abordaje abdominal a demostrado superioridad estadística en la profilaxis de esto respecto a la vía vaginal; acompañado de incorporación de los ligamentos uterosacros, suspensión ligamentaria alta o sacrocolpopexia y

culdoplastia. Por el momento no existe evidencia que recomiende una técnica quirúrgica para la profilaxis de la patología antes descrita.

Correlación entre la evaluación de la composición corporal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico mediante absorciometría de rayos X de energía dual (Dexa) y análisis por impedancia bioeléctrica (AIB)

Villegas-Rodríguez CM, Villavicencio-Delgado, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: correlacionar la evaluación de la composición corporal en pacientes con SOP mediante análisis por impedancia bioeléctrica (AIB) y absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA).

Material y Método: estudio prospectivo, transversal y analítico, que evaluó 42 pacientes con SOP, atendidas en la consulta externa de la clínica de Ginecoendocrinología del Hospital Juárez de México, de Abril a Julio de 2017. Se incluyeron pacientes de nuevo ingreso, de 20 a 35 años con diagnóstico de SOP según criterios de Rotterdam 2003. Se excluyeron pacientes que no cumplían con los criterios de Rotterdam y aquellas con uso de medicación con influencia en el perfil endocrino metabólico. Se realizó cálculo muestral mediante fórmula estadística con un nivel de error tipo I de 5% y poder estadístico de 80%. Para mejorar la precisión de la muestra se incrementó 20 % de tamaño muestral para ajuste de pérdidas. La composición corporal se evaluó mediante la medición de parámetros antropométricos, análisis de impedancia bioeléctrica (TANITA BC 601) y absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA) de baja energía, mediante un densitómetro GE LUNAR de cuerpo entero.



Resultados: la media de edad de la población estudiada fue de 27,69 años (DS 4.4, rango de 20 a 35), la media de peso 82,7 kg (DS 15.08 rango de 58 a 113), la media de IMC 32.6 Kg/m² (DS 5.8 rango de 24 a 49) que coincide con el incremento en el perímetro abdominal que resultó en una media de 99.2 cm (DS 13.7, rango 79 a 135). La estimación del porcentaje de grasa corporal total evaluada por AIB generó una media de 48.27%, mientras que DEXA una media 47,62%, sin diferencias estadísticas significativas con una correlación positiva fuerte ($r = 0.81$ IC95% $P < 0.005$). Masa magra y grasa visceral o androide no se correlacionaron. La grasa corporal total evaluada por AIB tuvo una correlación positiva con peso ($r = 0.86$ IC95%; $p < 0.005$), índice de masa corporal ($r = 0.85$ IC95%; $p < 0.005$), perímetro abdominal ($r = 0.59$ IC95%; $p < 0.005$), grasa androide por DEXA ($r = 0.64$ IC95% $P < 0.005$), y grasa visceral por AIB ($r = 0.7$ IC95%; $p < 0.005$). Perímetro abdominal además tuvo una correlación positiva con grasa visceral de AIB ($r = 0.36$; $p < 0.01$) y grasa androide de DEXA ($r = 0.48$ IC 95%; $p < 0.001$).

Conclusión: el análisis de impedancia bioeléctrica AIB, en este estudio mostró fuerte correlación con DEXA para la evaluación de grasa corporal, no obstante la distribución de grasa visceral o androide y la proporción de tejido magro no se correlacionaron. Aunque los parámetros antropométricos (peso, IMC y perímetro abdominal) mostraron una correlación positiva con los resultados de AIB en función de porcentaje de grasa corporal; solo perímetro abdominal fue útil para la estimación de adiposidad visceral, con una correlación débil que es reflejo de sus limitaciones. AIB es un método simple, fácil de ejecutar, no invasivo, de muy bajo costo que ofrece validez compara-

do con los métodos estándar de oro de alta tecnología.

Relación entre las manifestaciones clínicas y de laboratorio con la concentración sérica de endoglina soluble en la preeclampsia

Villar-Torres LN, Chinolla-Arellano ZL, Leaños-Miranda A

Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, IMSS y Hospital Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la asociación entre las concentraciones circulantes de endoglina soluble y las manifestaciones clínicas y de laboratorio de la severidad de la preeclampsia de acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

Material y Método: estudio transversal comparativo efectuado en mujeres embarazadas con edad gestacional mayor de 20 semanas con el diagnóstico de preeclampsia con una toma de muestra de sangre de vena periférica para la determinación de la endoglina soluble y una muestra de orina aleatoria para la determinación de la relación proteína-creatinina. Se estudiaron a 172 pacientes con preeclampsia (86 sin y 86 con hallazgos o criterios de severidad) y se compararon entre sí.

Resultados: se observó diferencia estadísticamente significativa en las concentraciones de plaquetas y ácido úrico, donde el grupo de PES tuvo niveles menores de plaquetas así como niveles mayores de ácido úrico respecto a las pacientes PE. En cuanto a las concentraciones del índice de proteinuria – creatinina (PCR) las pacientes con PES mostraron índice superior (0.69 Rango 0.13-15.92), en relación con el grupo de pacientes sin criterios severidad PE (0.38 rango 0.34-3.34) con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El grupo

de pacientes con PES presentaron niveles mayores de endoglina soluble (sEng) respecto a las pacientes PE con una contundente diferencia estadísticamente significativa (15.2 ± 4.2 Vs 8.7 ± 3.0 $p < 0.001$). En relación con las cifras tensionales (tanto diastólica como sistólica) y las concentraciones de sEng se encontró una relación directa positiva con diferencia estadísticamente significativa ($R_s 0.24$, $p < 0.012$). Entre menor edad gestacional tuvieron las pacientes o menor peso del recién nacido, las mujeres presentaron mayores concentraciones séricas de sEng. ($R_s -0.23$, $p < 0.012$ y $R_s -0.22$, $p < 0.018$ respectivamente). La relación proteína-creatinina (RCP) fue el dato paraclínico que mostró una diferencia estadística con mayor fuerza, donde la relación con las concentraciones de sEng es directamente proporcional ($R_s 0.41$, R^2 , $p < 0.001$).

Conclusiones: los resultados muestran que las concentraciones de endoglina soluble son mayores en pacientes clasificadas con preeclampsia con criterios de severidad y que existe una relación entre las concentraciones séricas de endoglina soluble en mujeres con preeclampsia y una tendencia inversamente proporcional con los resultados perinatales. La relación estadísticamente significativa se encuentra entre las concentraciones de endoglina soluble y la proteinuria (relación proteína-creatinina).

Resultados perinatales y alteraciones placentarias en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Chinolla-Arellano ZL, Lacarriere-Mejía D, Vázquez-Rodríguez JG
Unidad de Ciudadados Intensivos, Hospital Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México.

Objetivo: conocer resultados perinatales y alteraciones placentarias

en pacientes con LES tratadas en una unidad médica de tercer nivel.

Material y Métodos: estudio observacional, transversal, comparativo y analítico. Se estudiaron los resultados perinatales y alteraciones placentarias por histopatología en 31 pacientes embarazadas con diagnóstico establecido de LES las cuales fueron atendidas en el periodo comprendido del 30 enero del 2014 al 30 de enero del 2015. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar, rango).

Resultados: edad materna 28.1 ± 4.71 años, paridad 2.0 y edad gestacional al momento de la interrupción fue de 33.66 ± 7.18 semanas. Se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 51.61%, parto pretérmino 38.7% y nefritis lúpica 19.35%. No hubo casos de muerte materna en este grupo de pacientes. Se obtuvieron 31 productos mediante operación cesárea en el 67.8%, peso del recién nacido $2,068 \pm 435$ g, con prematuridad 38.7%, bajo peso para la edad gestacional en el 35.4%, restricción del crecimiento 9.6%, lupus neonatal 0% y mortalidad 12.90% (4 casos). Placentas: peso 389.68 ± 125.82 g, diámetro 16.38 ± 2.8 cm y grosor 2.13 ± 2.15 cm. Se reportaron alteraciones patológicas en 58.6% (18 placentas), la distribución fue: coriangiosis 38.7%, depósitos de fibrina 35.4%, infartos 32.2%, aterosclerosis 32.2%, hemorragia 9.6%, hipotrofia 9.6%, villitis 6.4% y funisitis 6.4%.

Conclusiones: los resultados maternos y perinatales fueron adversos respecto a lo reportado en población sin lupus. Las alteraciones placentarias reportadas fueron muy graves y variadas, donde el denominador común del resultado puede ser la isquemia e hipoxia fetal, debido a la mala calidad del tejido placentario en pacientes lúpicas.

Correlación clínica, ultrasonográfica y de laboratorio en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino

Chinolla-Arellano ZL, Íñiguez-Gutiérrez GC, Arce-Herrera RM
Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la relación entre los datos clínicos, ultrasonográficos y de laboratorio en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Material y Método: se incluyeron pacientes con edad gestacional entre 23 y 36.6 semanas en los diferentes servicios del hospital UMAE: Hospital de Gineco-Obstetricia 3. A su ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se realizó en las pacientes que firmaron consentimiento informado: cultivo vaginal, urocultivo y longitud cervical. El análisis estadístico entre las variables se realizó a través de una correlación de biviada Pearson y medidas de tendencia central. Se determinó si existe relación entre los datos clínicos referidos, resultados de laboratorio y hallazgos ultrasonográficos de amenaza de parto pretérmino.

Resultados: el total de pacientes estudiadas fueron 169 ingresadas con amenaza de parto pretérmino, 77% (n = 130) con morbilidad asociada, actividad uterina en 97% (n = 164) con acortamiento cervical menos de 25 mm en 14% (n = 23), cérvico vaginitis clínica en 56.2% (n = 95), exudado positivo solo en 5% (n = 9), longitud cervical menor a 25 mm en 12.2% (n = 9) vs 87.5% (n = 65) sin modificaciones. Infección de vías urinarias con datos clínicos al ingreso 155 (n = 29), urocultivo positivo 21% (n = 35) del total de las pacientes, de las 169, 86.4% de las pacientes (n = 146) no manifestaron cambios en la longitud cervical, y solo en 13.6%

(n = 23) si mostraron acortamiento del cuello uterino.

Conclusiones: la infección de vías urinarias con acortamiento del cérvix fue menor a 20% del total de las pacientes. No encontramos relación entre infección vaginal y urinaria con acortamiento cervical. Las de modificaciones cervicales por ultrasonido endovaginal para la morfología y longitud cervical, se observó relación directa con la morfología en U y V que en más de 75% mostraron LC menor a 25 mm. Por lo que los días de hospitalización y gastos innecesarios en relación a infecciones urinarias y vaginales sin mostrar beneficios en el pronóstico materno perinatal en este estudio.

Factores bioquímicos asociados con preeclampsia y su relación con la estancia hospitalaria materna

Chinolla-Arellano ZL, Martínez-Portilla RJ, Álvarez-Ponce P
Hospital de Gineco Obstetricia 3, Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Objetivo: determinar la relación de los factores bioquímicos con la estancia hospitalaria en pacientes con preeclampsia del Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN La Raza.

Material y Método: estudio observacional transversal-analítico, retrospectivo que se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN La Raza; mediante el análisis retrospectivo de expedientes de pacientes que fueron atendidas por preeclampsia en el periodo marzo 2012 a enero 2016. Se obtuvo información sobre los resultados de pruebas bioquímicas de las pacientes y se evaluó su asociación con la estancia hospitalaria. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial



(media, DS, porcentajes; Kruskal Wallis). Se dividieron los pacientes por cuartiles de tiempo de estancia hospitalaria y se compararon los parámetros bioquímicos por cuartiles. Se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman para determinar la correlación entre la estancia hospitalaria y los parámetros bioquímicos. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron 170 pacientes con preeclampsia con una edad promedio de 31.4 ± 6.2 años. Los síntomas asociados fueron cefalea 61.2%, acúfenos 7.6%, fosfenos 7.6%, epigastralgia 31.2% y edema 51.8%. Las cifras promedio de PAS y PAD fueron 157.7 ± 12.6 mmHg y 100.7 ± 9.1 mmHg, respectivamente. El 90.3% de los embarazos se interrumpieron en las primeras 24 horas, el 6.8% entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso hospitalario y el 2.3% después de las 48 horas. El tiempo promedio de estancia hospitalaria de las pacientes fue de 7.0 ± 3.3 días. Las pacientes con estancia hospitalaria ≥ 8 días tuvieron concentraciones sanguíneas menores de plaquetas y albúmina, así como mayores niveles séricos de creatinina, ácido úrico, DHL, TGO y TGP que los pacientes con ≤ 5 días de estancia hospitalaria ($p < 0.01$). Se encontró una correlación negativa de los días de estancia hospitalaria con hemoglobina, plaquetas y albúmina ($p < 0.01$), así como una correlación positiva del tiempo de estancia con las concentraciones séricas de LDH, TGO, TGP y creatinina ($p < 0.01$).

Conclusiones: a mayores concentraciones de LDH, TGO, TGP y creatinina es mayor la estancia hospitalaria y a menores concentraciones de hemoglobina, plaquetas y albúmina, mayor es la estancia hospitalaria. Es decir, los parámetros bioquímicos sí se asocian con el tiempo de estancia hospitalaria.

Utilidad diagnóstica de la relación proteína:creatinina urinaria en una muestra de orina al azar para estimar la proteinuria en 24 horas en pacientes embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia

Mendoza-Rivera J, Leaños-Miranda A, Díaz-Velázquez MF, Chinolla-Arellano ZL

Hospital Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México. Hospital Ginecología y Obstetricia 4, IMSS, Ciudad de México.

Objetivos: evaluar la utilidad diagnóstica de la relación proteína: creatinina urinaria en una muestra de orina al azar para determinar la presencia de proteinuria significativa (≥ 300 mg/día) de acuerdo a la excreción de proteínas en orina de 24 horas en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia.

Material y Método: estudio transversal comparativo para evaluar una prueba diagnóstica se estudiaron a 207 mujeres embarazadas con más de 20 semanas de gestación que cursaban con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia. A todas las pacientes se les recolectó orina de 24 horas para la determinación de proteinuria, al cabo de la cual y posterior a 6 horas, una muestra de orina al azar fue obtenida para determinar la relación proteína: creatinina urinaria. Mediante el uso de curvas características operantes del receptor, se determinó el mejor punto de corte de la relación proteína: creatinina urinaria para calcular su sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos, tasas de verosimilitud y sus respectivos IC95% para el diagnóstico de proteinuria significativa.

Resultados: en 101 mujeres (48.8%) la excreción urinaria de proteínas fue ≥ 300 mg/día, la mediana fue de

1,580.4 mg/día (amplitud de 312.9-27,835.2 mg/día). En 63 (62.4%) mujeres la proteinuria fue ≥ 1 g/día, en 36 (35.6%) mujeres ≥ 2 g/día y en 5 (5.0%) mujeres ≥ 5 g/día. La relación proteína: creatinina urinaria tuvo una correlación positiva y significativa con la proteinuria en orina de 24 horas ($r = 0.97$, $p < 0.001$). El punto de corte ideal de la relación proteína: creatinina urinaria fue ≥ 0.3 mg/mg. La sensibilidad y especificidad fueron de 97.0% (IC95%: 91.6-99.4) y 94.3% (IC 95%: 88.1-97.8), respectivamente, el valor predictivo positivo y negativo fueron de 94.2% (IC 95%: 88.9-97.8) y 97.1% (IC 95%: 91.7-99.4), respectivamente, y la tasa de verosimilitud positiva y negativa fueron de 17.1 y 0.03, respectivamente.

Conclusiones: la relación proteína:creatinina urinaria en una muestra de orina al azar es una prueba confiable de proteinuria significativa (≥ 300 m/día) en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo. La relación proteína:creatinina urinaria puede ser usado como una alternativa al método de la recolección en orina de 24 horas.

Corrección de síndrome de Mayer Rokitansky con vaginoplastia tipo Vecchietti

Carmona-Librado R
México

Material y Método: se incluyeron 4 pacientes entre 13 y 19 años, con diagnóstico de síndrome de Mayer Rokitansky atendidas en un centro de tercer nivel, a quienes se realizó una vaginoplastia tipo Vecchietti por laparoscopia. Una paciente contaba con antecedente de malformación anorrectal tipo rectovestibular, corregida en los primeros meses de vida. Las otras 3 pacientes, sin antecedentes quirúrgicos.

Técnica quirúrgica: mediante visión laparoscópica se punciona la vulva, pasando por el espacio rectovesical hasta llegar a la cavidad abdominal. Se pasan 2 suturas que salen hacia ambos flancos de la paciente de forma extraperitoneal. En la vulva se coloca un conformador vaginal, que es desplazado hacia el espacio rectovesical, por la suturas que son traccionadas por un dispositivo abdominal colocado sobre la piel de la paciente. Transoperatoriamente se realiza cistoscopia y rectoscopia para descartar lesión rectal o vesical. La tracción se inicia a las 72 h, realizando de forma ambulatoria el proceso de elongación vaginal, en un lapso entre 10 y 14 días.

Resultados: en las 4 pacientes se realizó la elongación vaginal con éxito (vaginoplastia). En todas, la longitud obtenida fue de 10 cm por 22mm de diámetro. En 2 pacientes la elongación se realizó en 10 días, y las 2 restantes en 14 días. Solo una paciente permaneció hospitalizada por 11 días por infección de vías urinarias, completando su elongación en este periodo (elongación 10 días). Actualmente dos pacientes cuentan con 13 meses de seguimiento, y las dos restantes 10 y 6 meses. Las 4 pacientes se calibran con Hegar de 22 mm; las pacientes que cuentan con 13 meses de seguimiento se calibran una vez por mes; las otras dos pacientes se calibran dos veces por mes. La longitud vaginal actual es de 10 cm en 2 pacientes y 2 es de 9 cm. Solo una paciente ha iniciado vida sexual sin problema.

Conclusión: en pacientes bien seleccionados y con apego al seguimiento, esta técnica es una opción útil, con la ventaja de utilizar tejido genital nativo, eliminando los inconvenientes y potenciales riesgos implícitos por la utilización de tejidos diferentes al genital.

Comparación de densidad mineral ósea central vs periférica para el diagnóstico de osteoporosis

Pineda-Baltazar R, Hernández-González CM, Arellano-Eguiluz A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer sensibilidad, especificidad de DXA de antebrazo para diagnóstico de osteopenia y osteoporosis

Material y Método: estudio observacional transversal retrospectivo, se revisó expediente clínico de mujeres del Instituto Nacional de Perinatología del 2015-2017. Incluyeron mujeres postmenopáusicas > 50 años, expediente clínico completo, DXA de columna cadera y antebrazo. Excluyeron mujeres menores de 50 años, con insuficiencia ovárica, expediente incompleto, sin DXA central o periférica. Se analizaron 383 mujeres. Con SPSS se analizó medidas de tendencia central y dispersión, tablas 2x2, comparando los resultados de DXA periférica vs central, obteniendo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo de DXA periférica.

Resultados: 383 mujeres con DXA central y periférica, 196 sanas y 187 con DXA alterada. La edad de las mujeres fue de 50 a 87 años, media 61 años; con una media de años de menopausia de 12.27 años. El peso en promedio de la población 65 kg, con un IMC promedio 28.1 kg/m². Con DXA de antebrazo se obtuvo un total de 383 mujeres, 165 mujeres sanas (43.1%), 118 con osteopenia (30.8%) y 100 con osteoporosis (26.1%). Sensibilidad de DXA periférica de 90.4% (IC95% 86.4-94.39), especificidad 75% (IC 95% 68.9-81); valor predictivo positivo 77.5%, valor predictivo negativo 89.1%.

Conclusiones: el estudio DXA de antebrazo es una herramienta de tamizaje para el diagnóstico de osteopenia y osteoporosis en mujeres mexicanas posmenopáusicas

Grosor endometrial y resultados reproductivos en pacientes con infertilidad tratadas con FIVTE

Pineda-Baltazar R, Reyes-Torrez GC, Arellano-Eguiluz A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Material y Método: estudio de mujeres con infertilidad sometidas a fertilización in vitro entre noviembre-2012 a diciembre-2014. Se analizaron 528 ciclos de FIVTE, de pacientes con factor endocrino-ovárico, factor uterino, factor masculino, factor mixto, inexplicable y factor tubo peritoneal, con un subgrupo: endometriosis III- IV. Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, retroactivo; se calcularon medias de desviación estándar y tendencia central, T-test; p estadísticamente significativa con valor < 0.05.

Resultados: existe una relación entre la tasa de embarazo en relación al grosor endometrial, el valor de corte estadísticamente significativo para lograr el embarazo: 10.9 mm±2.23, para no lograrlo fue de 10.48 mm ± 2.2 (p = 0.04). En las mujeres con factor tubo-peritoneal se encontró que el GE fue estadísticamente significativo para lograr el embarazo: 11.05 ± 2.32, para no hacerlo de: 10.16 ± 2.08mm (p = 0.004). La edad es estadísticamente significativa para lograr el embarazo: 33 ± 3.43 años, para no hacerlo: 33.74 ± 3.83 años, (p = 0.03).

Conclusiones: existe una relación entre la tasa de embarazo logrado por FIVTE, en relación al grosor endometrial.



Programa de tamizaje prenatal para preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad en la red de atención León del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

Bermúdez RM, Delgado FJ, Varela BJ, Botello HD, Díaz M, Magos VFJ
Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, México.

Material y Método: de enero del 2014 a Abril del 2017 en la red León, ISAPEG del Estado de Guanajuato (municipios de León, Manuel Doblado, Purísima y San Francisco del Rincón), cuyos nacimientos anuales oscilan entre un total de 14 a 18,000 se realizó un programa de tamizaje para preeclampsia, RCIU, prematuridad y defectos al nacimiento a través del software de la FMF un total de 8,645 tamizajes ultrasonográficos con equipos Voluson P8 y E6 marca General Electric, transductor tranvaginal 7.5 y convexo 3.5; a través de médicos generales capacitados, certificados y recertificados por la FMF en longitud cervical, arterias uterinas y TN. A su vez, fueron capacitados teórica y prácticamente.

Resultados: del total de los nacimientos reportados en el SYNAT de esos años, se tamizaron al 21.87% de León, el 20.17% de Manuel Doblado; mientras que de Purísima y San Francisco del Rincón el 74.28 y 39.52% respectivamente. Por año, se logró una proporción en el 2015 del 15.07% tamizada, del 2016 un 21.87% y del parcialmente cuatro meses del 2017 el 22.02%, con un acumulativo en años de 15.14%. Los resultados emitidos por los médicos fueron auditados de manera interna. Del total de tamizajes efectuados, el porcentaje de tamizajes positivos fue un 28.7%; de ellos, en el caso de Preeclampsia fue del 9.7%; para RCIU el 3.9%, prematuridad 7.8% y para DAN 7.3% p. Específicamente en el caso del

cálculo para Preeclampsia por el Municipio de León representó el 53.6% de sus tamizajes, mientras que para los pueblos del Rincón fueron del 5.2%. Para RCIU de 13.9% en León y 10% en pueblos del Rincón. Mientras que para Prematuridad del 27.7% para el primero y del 20.7% para los segundos. Finalmente, en el caso de Defectos al Nacimiento para León del 30.9% y 23.7% para los otros.

Impacto del retículo endoplásmico liso en ovocitos para ciclos de ICSI

Ruvalcaba-Ortega L, González-Ortega C, Cancino-Villarreal P, Osorio-Pérez AI, Gutiérrez-Gutiérrez AM
Instituto de Ciencias en Reproducción Humana Vida, León, Guanajuato, México.

Objetivo: describir la incidencia, los resultados clínicos y de laboratorio en ciclos de ICSI cuando se utilizan ovocitos con la presencia de REL comparados con ciclos sin este dismorfismo.

Material y Método: se analizaron 511 ciclos de ICSI con transferencias en fresco. Se dividieron 3 grupos de estudio, en el grupo A se reunieron las pacientes que tuvieron por lo menos un ovocito REL positivo dentro de su cohorte, sin embargo, los embriones resultantes de éstos ovocitos no fueron transferidos. En el grupo B se agruparon las pacientes que se les transfirió por lo menos un embrión proveniente de un ovocito REL positivo y el grupo C fue grupo control y corresponde a los ovocitos REL negativos.

Resultados: la conformación de grupos fue: A 18 pacientes, 5 pacientes en el grupo B y en el grupo C 488 pacientes. La incidencia de ciclos con REL + fue de 4.5%. No se realizó ninguna transferencia con embriones originados exclusivamente de ovocitos REL +. Los

principales orígenes de infertilidad en ambos grupos fueron las causas múltiples y la baja reserva ovárica, sin embargo, no encontramos diferencias estadísticas. No se observaron diferencias en edad, dosis de gonadotropinas, número de ovocitos, ovocitos maduros, división embrionaria, embriones transferidos y congelados, implantación y tasas de embarazo clínico, aborto y bebé en casa. Se encontraron diferencias con significación estadística a favor del grupo control en: días de estimulación (A 9.8 ± 1.4 ; B 10 ± 1.6 ; C 8.3 ± 1.6) y tasas de fertilización (A 22%; B 30%; C 84%).

Conclusiones: consideramos que los pacientes deben estar informados de éste hallazgo para decidir en conjunto si sus ovocitos deben ser fertilizados y valorar su posterior transferencia solo en caso de no existir más embriones disponibles.

Masas vaginales benignas: tratamiento y resultados quirúrgicos

Castillo-Luna R, Rodríguez-Colonado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: reportar la experiencia institucional en el tratamiento de esta patología.

Método: revisión retrospectiva de casos de pacientes con tumoraciones vaginales que recibieron tratamiento quirúrgico en el Instituto Nacional de Perinatología de junio-2014 a marzo-2017. Se revisaron variables demográficas, sintomatología, estudios de imagen para la caracterización de la tumoración, tratamiento quirúrgico, complicaciones y seguimiento postquirúrgico. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: se incluyeron 17 pacientes, con edad promedio de

39 años (rango 20-56 años), que consultaron por masa palpable a nivel vaginal, además de dolor a la palpación y dispareunia (52%), trastorno de vaciamiento (23%). El diagnóstico fue bartholinitis 29.4%, quiste de Bartholin y quiste suburetral 17.6%, divertículo uretral 11.7%, quiste de inclusión y masas suprapúblicas 5.8%. El tratamiento quirúrgico fue en 76.4% de las pacientes resección de la masa vaginal y marsupialización en 23.5%. Se presentó lesión rectal de la paciente a quien se reseccó quiste de inclusión de pared vaginal posterior. El diagnóstico histopatológico en todas las pacientes fue negativo a malignidad, con reporte de: quiste de la glándula de Bartholin 58.8% (n = 10), quiste de inclusión 17.6% (n = 3), divertículo uretral 11.7% (n = 2), quiste para uretral 5.8 (n = 1) y quiste epidermoide de clítoris 5.8% (n = 1). El seguimiento post quirúrgico tuvo una media de 10 meses (rango de 2-30 meses), durante el cual se detectó infección de vías urinarias en 4 (23.5%) de las pacientes. Se observó remisión de la sintomatología y no hubo recidiva de la tumoración vaginal en el 100% de las pacientes.

Conclusiones: la caracterización adecuada de las tumoraciones vaginales previo al tratamiento quirúrgico tiene el objetivo de identificar sus relaciones anatómicas y descartar anomalías anatómicas relacionadas en situaciones específicas (agenesia o displasia renal en el caso de quiste de Gartner). La resonancia magnética provee información adicional con el beneficio de delimitar el tejido y observar estas anomalías. Las opciones quirúrgicas de elección para las tumoraciones vaginales sintomáticas son resección quirúrgica completa o marsupialización, con la ventaja de que son procedimientos de mínima invasión, con pocas complicaciones y bajas tasas de recurrencias.

Litiasis en las vías urinarias en mujeres embarazadas: complicaciones y resultados perinatales

Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: evaluar las complicaciones y resultados perinatales en mujeres embarazadas con urolitiasis.

Material y Método: serie de casos retrospectiva, donde se incluyeron mujeres embarazadas con urolitiasis. Los resultados analizados fueron: complicaciones durante el embarazo, tipo de tratamiento para urolitiasis y resultados perinatales.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes con edad promedio de 30 años, el 71.4% (n = 25) fueron multíparas, el diagnóstico de urolitiasis se realizó en el 51.4% (n = 18) previo al embarazo. El 25.7% de las pacientes presentaron sintomatología en el primer trimestre, 51.4% en el segundo trimestre, 17.1% en el 3er trimestre y 5.7% cursaron asintomáticas. Para tratar la urolitiasis durante el embarazo 6 pacientes requirieron tratamiento intervencionista con colocación de catéter doble J. Una paciente requirió nefrostomía por intento fallida de colocación de catéter. Las complicaciones más frecuentes fueron: infección de vías urinarias recurrentes en 42.8% (n = 15), parto pretérmino en 22.8% (n = 8), ruptura prematura de membranas en 11.4% (n = 4), pielonefritis en 11.4% e hidronefrosis en 5.7% (n = 2). El 20% (n = 7) de las pacientes con IVU tuvieron urocultivo positivo a *E. coli*.

Conclusión: la urolitiasis en el embarazo, conlleva a riesgo de complicaciones que aumentan la morbilidad materno-fetal, las

cuales deben prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados. A pesar de que el tratamiento estándar es el tratamiento conservador, el advenimiento de nuevas técnicas de imagen diagnóstica-terapéuticas, ha mejorado la evolución clínica de estas pacientes.

Transferencia de embriones en día 3 y día 5 en los centros de fertilidad del Instituto Vida Querétaro e Instituto Vida León. Resultados del desarrollo embrionario y tasa de embarazo

Aguilar-Hernández A, González-Ortega C, Guémez-Ceballos A, Chávez-Vega HA, Chavarría-Noriega LR, Gutiérrez-Gutiérrez AM *Instituto Vida Querétaro e Instituto Vida León, Guanajuato, México.*

Material y Método: estudio comparativo de los primeros resultados con los del Instituto Vida León (IVL) quienes llevan 25 años laborando en el área de reproducción asistida utilizando, los datos del año 2016.

Resultados: se analizaron 25 pacientes de IVQ y 466 de IVL, en las cuales se utilizó protocolo con antagonista (protocolo flexible) en transferencia en fresco y ciclo sustituido en transferencia de congelados. La base de IVL solo abarcó las pacientes que se transfirieron en 2016 (466 pacientes). De un total de 224 óvulos de IVQ se obtuvo un porcentaje de fertilización del 56.7% (127), con clivaje del 95.05% (97), vitrificados un 38.14% (37) y obteniendo 50% (7 pacientes) de embarazos. Los resultados general de IVL fueron de un total de 5,612 ovocitos el 65.43% (3,672) de ovocitos fertilizados, con clivaje 97.34% (3,510), vitrificación 41.51% (1,457) y obtención de 59.31% (277 pacientes) de embarazos. En IVQ se realizan transferencia de embriones en día 3 con un 66.67% (20), En día 5



con el 33.33% (10), se vitrifican en día 3 el 21.62% (8) y en día 5 el 75.68% (28). Transfiriendo un porcentaje de pacientes en día 3 (71.43% (10) y en día 5 28.57% (4). En IVL estos resultados de embriones transferidos en día 3 son del 93.33% (1,050), en día 5 6.67% (75), vitrificando en día 3 87.85% (1280) y en día 5 12.15% (75). Transfiriendo un porcentaje de pacientes en día 3 un 93.13% (434) y en día 5 un 7.08% (33).

Conclusión: el porcentaje de fertilización se ve mermado debido a la técnica de fertilización ya que en IVQ aún se realiza Fertilización In-vitro convencional y en IVL solo se realiza inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI). Los porcentajes generales de división y transferencia no tienen diferencias significativas, sin embargo en cuanto al total de vitrificación en IVQ tiene menor cantidad de embriones vitrificados esto es debido a que en su mayoría los embriones sobrantes son cultivados a día 5 para su vitrificación.

Factores de riesgo materno asociados con ruptura de membranas pretérmino

Villanueva-Calvillo A, Álvarez-Mercado RL
Hospital de Ginecoobstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Objetivo: conocer los factores de riesgo maternos asociados a ruptura de membranas pretérmino en nuestra población y mejorar nuestra conducta médico-obstétrica para disminuir la morbilidad perinatal.

Material y Método: estudio descriptivo y retrospectivo efectuado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de IMIEM en el periodo de enero de 2016 a abril del 2017. Se estudiaron gestantes con ruptura prematura de membrana

pretérmino, durante el período señalado. Se revisó los expedientes clínicos a los que se les aplicó un formulario confeccionado al respecto y se procesó la información recogida mediante el análisis estadístico. Los resultados se reflejan en tablas.

Resultados: el mayor número de casos de rotura de membrana sucedió entre los 18 y 30 años con 24 embarazos, para 84.3%; seguido por el grupo de 31-40 años, con 21 embarazos para 15.7%.

Conclusiones: la rotura prematura de membrana, en particular en una gestación de menos de 36 semanas, provoca una considerable morbilidad, aunque por sí solo el parto prematuro implica un resultado neonatal no satisfactorio.

Evaluación de resultados en pacientes con pobre respuesta ovárica: comparativo de protocolo convencional vs media estimulación

Félix-Atondo JA, García Amador MI, Díaz-González R, Castro-Hernández W, Barba-Gómez CA, Sánchez-Ávalos, Lozada-Plascencia, Martínez-Villa F, Martínez-Gutiérrez O, Buenrostro-López A, Ruvalcaba-Castellón LA.
Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI). Guadalajara, Jalisco. Y Unidad de Medicina Familiar 17 IMSS, Benito Juárez, Sonora.

Objetivo: comparar los resultados obtenidos en pacientes con BRO tratadas con protocolo de mínima estimulación y convencional.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional realizado en el Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI) de enero del 2012 a diciembre de 2016. Incluye pacientes con baja respuesta ovárica que cumplen con los criterios de Bologna y se estimularon con protocolo convencional y de media estimulación ovárica.

Resultados: la diferencia observada en las tasas de embarazo con la terapia de mínima estimulación tuvo significación estadística ($p: 0.05$).

Conclusiones: la terapia de media estimulación en pacientes con BRO es más eficaz que la terapia convencional con significación estadística en la tasa de embarazo.

Síndrome genitourinario de la menopausia, posterior a cirugía reconstructiva de prolapso órganos pélvicos

Maldonado-Guerrero EEA, Valdez-Torres E, Gorbea-Chávez V, Rodríguez-Colorado SE
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México, México.

Objetivo: evaluar cambios en los síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia posterior a reparación de prolapso de órganos pélvicos.

Material y Métodos: estudio de cohorte simple retrospectiva, se incluyeron mujeres con SGM que se sometieron a cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos con seguimiento a 1 año en la clínica de urología ginecológica del instituto nacional de perinatología. Se obtuvieron datos de la historia clínica estandarizada por la Sociedad de Continencia Internacional (ICS), síntomas genitourinarios y sexuales del síndrome genitourinario de la menopausia. Se definió mejoría como las pacientes que no presentaron algún síntoma asociado al síndrome genitourinario de la menopausia sexual o genitourinario en el postquirúrgico. Se realizó estadística descriptiva y prueba de McNemar; se utilizó programa SPSS versión 23.0, se determinó significancia estadística a una $p < 0.05$.

Resultados: se revisaron 196 expedientes, se incluyeron 151 mujeres: 55 (34.6%) tuvieron síndrome geni-

tourinario de la menopausia, de las que 3 (5.5%) eran premenopáusicas y 52 (94.5%) postmenopáusicas, de estas 39 pacientes (71%) utilizaron estrógenos locales. La frecuencia de síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia disminuyeron y mejoraron significativamente ($p < 0.05$) excepto la irritación vaginal, nicturia, disuria e infecciones urinarias de repetición.

Conclusión: la cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos mejora los síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia.

Recuperación ovocitaria en pacientes donadoras que recibieron estimulación ovárica controlada con menopropinas

Hernández-Mendieta B, Ronquillo-Valverde AC, Pérez-Luna E, Ledezma-Kahiry C, Pérez-Peña E
Instituto de Ciencias en Reproducción Humana, Instituto Vida Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México.

Antecedentes: las tendencias de la vida moderna han orillado a las parejas a postergar sus planes reproductivos. En mujeres con alteraciones genéticas o fallas en los procedimientos de reproducción, su mejor opción para lograr un embarazo es la ovodonación.

Objetivo: determinar el radio de ovocitos maduros en relación con los recuperados en pacientes donadoras con el uso de menopropinas.

Material y Método: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal. Se incluyeron donadoras del Instituto Vida Guadalajara que cumplieron con los requerimientos necesarios (18-25 años, estudios infecciosos y hormonales negativos, evaluación psicológica y genética favorable, IMC menor a 26 y deseo de pertenecer al programa) el estudio comprendió 12 meses de

duración, se incluyeron sólo ciclos de estimulación ovárica con antagonistas utilizando menopropinas a dosis normales a bajas (150-225 UI/día)

Resultados: del número total de ovocitos recuperados más del 90% son ovocitos maduros (metafase II) que fueron utilizados para FIV en pacientes receptoras de ovodonación o bien, fueron vitrificados para banco de ovocitos.

Conclusiones: de los procedimientos de reproducción asistida disponibles en la actualidad, la donación de ovocitos es la técnica que arroja mejores resultados reproductivos. El porcentaje de ovocitos maduros en pacientes jóvenes utilizando esquemas con menopropinas es alto, lo cual ha demostrado ser una opción económica y eficaz para programas de ovodonación, debidamente seleccionados, alrededor del mundo.

Frecuencia de hipotiroidismo subclínico como parte del estudio de infertilidad

Hernández-Mendieta B, Calvo-Lugo GE
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala. Ciudad de México.

Objetivo: determinar la frecuencia de hipotiroidismo subclínico de pacientes con infertilidad primaria y secundaria.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Revisión de expedientes de pacientes con infertilidad primaria y secundaria vistas en la consulta durante el un año. Realizando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: se determinó el número de pacientes que presentaron tanto infertilidad primaria como secundaria. Se descartaron otros factores de riesgo que pudie-

sen contribuir al diagnóstico (infecciones, hiperprolactinemia, factor útero-cervical, tuboperitoneal, masculino). Se determinó la frecuencia de hipotiroidismo de manera total y por cada tipo de infertilidad. Los resultados se relacionaron con datos antropométricos y edad de presentación. Se describe el número de embarazos y su evolución.

Conclusiones: la población estudiada no presentó características antropométricas sugestivas de enfermedad, quedando la infertilidad como única manifestación de hipotiroidismo subclínico en las pacientes diagnosticadas. Es necesario continuar el estudio y relación de factores que alteren la capacidad de concepción en mujeres con esta patología.

Indicaciones de histerectomía obstétrica

Rodríguez-Méndez EA, García-Montaña CD, Ibarra-Peña S
Universidad de Guadalajara, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal., México.

Antecedentes: se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía periparto de urgencia. Varios autores han comunicado incidencia de 7 a 13 por cada 10,000 a nivel mundial. La más frecuente es en la poscesárea, que casi siempre se origina por anomalías en la placentación o atonía uterina de los cuales alcanza la cantidad de 30 al 50 % de histerectomía periparto. Así mismo se podrá realizar una histerectomía obstétrica en pacientes con diagnóstico de acretismo o carcinomas en estadio IA2 y IB1. El diagnóstico oportuno de hemorragia obstétrica es decisivo para la toma de decisiones y disminuir el riesgo de muerte, ya que se llega a presentar del 1 al 5 % de la atención del trabajo



de parto. La vía de finalización influirá en gran parte los riesgos de hemorragia obstétrica, sin embargo se ha observado en estudios de asociación de factores que hay mayor prevalencia de histerectomía en las pacientes con problemas de la placentación que en aquellas con multiparidad o intervenciones previas, observándose en dichas pacientes sometidas a histerectomía postparto presencia de complicaciones infecciosas y hemorragia. En nuestra unidad hospitalaria del año 2015 a la fecha se han llevado a cabo 40 histerectomías posteriores al nacimiento, de las cuales las indicaciones son: hemorragia obstétrica 12.5%, atonía 30%, placenta previa 15%, acretismo placentario 37.5%, otros 5%; de las que 2 fueron histerectomías totales, y las otras 38 subtotales, con tan solo 2 ingresos a terapia intensiva y 3 pacientes que requirieron transfusión, con reporte y seguimiento posterior de lesión vesical en 1 paciente, sin reporte o reingreso por infección o re intervención por sangrado posterior a histerectomía en ninguna de las pacientes reportadas.

Conclusión: las pacientes recibieron el procedimiento con las debidas precauciones y preparación necesaria, a pesar de considerarse cirugías de urgencia, en su mayoría secundarias a trastornos de la placentación y atonía. Fue así como se evitaron las complicaciones o reintervenciones y con un buen pronóstico a largo plazo en dichas intervenciones de nuestra unidad hospitalaria.

Neovagina por laparoscopia mediante la técnica de Vecchietti en paciente con síndrome de Rokitansky-Kuster-Hausser tipo II, asociación MURCS, agenesis renal con riñón único pélvico

García-Hernández GG, Salazar-Jiménez C

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, y Hospital Regional de Alta Especialidad. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco, México.

Caso clínico: paciente de 20 años de edad, originaria y residente de Huimanguillo, Tabasco. Escolaridad: preparatoria, ama de casa, soltera. Antecedentes heredofamiliares: padre diabético e hipertenso, abuela materna hipertensa. No informó toxicomanías. APP: refiere soplo cardiaco en la infancia, sintratamiento previo o actual, niega sintomatología cardiovascular. No alérgicos, quirúrgicos, transfusionales. Antecedentes ginecoobstétricos: telarca a los 13 años, pubarca a los 13 años, amenorrea primaria. IVS: nunca. G0. No hay antecedentes de consanguinidad en familiares de primer grado o antecedentes de familiar similar afectado. Acudió a la consulta por amenorrea primaria. Peso 57 kg, talla 1.47 m. TA 80/60 mmHg, FC 72 lpm, FR 18 rpm. La valoración cardiológica reportó: dextrocardia con concordancia AV y VA, insuficiencia mitral leve, asintomática y sin otras alteraciones. Reporte de los estudios de laboratorio: Hb 12.7, Hto 39.5, plaquetas 217,000, grupo O+, TP 11.4, TTP 29.4, INR 1.08, glucosa 99, BUN 8.91, creatinina 0.48, urea 19.07. El ultrasonido pélvico: útero no visible, canal cérvicovaginal no visible, OD 16x14 mm, OI 21x16 mm. Riñón pélvico (único) en fosa iliaca derecha de 117x56x63 mm, morfología normal. La TAC de cráneo 2012: fusión de espacios vertebrales C2, C3 y C4. Estradiol 61.1 pg/ml, testosterona 0.298 ng/ml, FSH 2.76 mIU/ml, LH 1.33 mIU/ml, PRL 10.6 ng/ml, progesterona 0.307ng/ml. Cariotipo 46 XX.

Se conformó una neovagina con técnica de Vecchietti asistida por

laparoscopia, la que se encontró riñón único pélvico. Cinco meses después, acude la paciente a consulta subsecuente, indicando el inicio de vida sexual, la cual refiere como satisfactoria.

Conclusión: no existe hoy en día un tratamiento estándar, sino algunas técnicas para crear una nueva vagina que permita a la paciente tener una vida sexual normal. Existen casos de la creación de una neovagina mediante la técnica de Vecchietti asistida por laparoscopia, pero no así bibliografía disponible de pacientes con riñón pélvico.

Acretismo placentario. Serie de casos

Mendoza-Baranda K, Cortés-Hernández K, Córdova-Portillo R
Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, Ciudad de México, México.

Antecedentes: la placenta acreta es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente posparto inmediato. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas.

En los tres primeros casos con diagnóstico de placenta previa que iniciaron con sangrado incoercible por lo que se decidió interrumpir el embarazo vía abdominal y el último caso interrumpido por presentar síndrome de HELLP, al momento de ingresar a quirófano se desconocía que tenían accretismo placentario, sin embargo, al diagnosticarlo se realizó histerectomía obstétrica.

Conclusiones: el diagnóstico prenatal es fundamental para evitar complicaciones relacionadas con el acretismo placentario. Se debe tener en cuenta que a pesar de ser procedimientos de menor magnitud en cuanto a la lesión

miometrial el antecedente de curetaje y procedimientos histoscópicos se consideran factores de riesgo para accretismo placentario. En el caso de pacientes con diagnóstico de placenta previa existe una mayor incidencia de accretismo por lo cual se debe mantener una alta sospecha ante este antecedente.

Monitoreo hemodinámico no invasivo en hemorragia obstétrica aguda

García-Ochoa ED, Briones-Garduño JC, De León-Ponce M
Cruz Roja Mexicana Pachuca Sur, Hospital General De México, Ciudad de México.

Objetivo: describir el comportamiento hemodinámico y el impacto hipóxico-isquémico en las pacientes con hemorragia obstétrica.

Material y Método: se incluyeron 25 pacientes, con diagnóstico de hemorragia obstétrica aguda, en el periodo comprendido 01 de abril 2013 al 31 de octubre de 2013. Las pacientes recibieron el tratamiento médico de la hemorragia obstétrica, se utilizó equipo de bioimpedancia torácica modelo BeneView T5 de la marca Mindray, para monitoreo hemodinámico.

Resultados: hemorragia de $2,532 \pm 1,368$ mL ($47.1 \pm 17.7\%$), lactato de 3.1 ± 1.6 , déficit de base de 10.0 ± 1.4 , gasto cardíaco de 3.8 ± 2.0 , resistencias vasculares periféricas de $1,310 \pm 259$, presión arterial media de 72.8 ± 11.0 , presión coloidosmótica de 12.8 ± 3.0 e índice de Briones de 0.17 ± 0.04 , reposición de volumen; $6,138 \pm 3,486$: cristaloides 60%, coloides 19%, y hemocomponentes 18%, todas las pacientes requirieron algún procedimiento quirúrgico-hemostático, origen del sangrado: la hipotonía uterina 48%, accretismo placentario 32%, desgarros vaginales, aborto incompleto y embarazo ectópico

roto 20%, tratamiento quirúrgico: 74% cesárea-histerectomía y 16%, ligadura bilateral de arterias hipogástricas. Mostramos que no existe correlación entre gasto cardíaco y resistencias vasculares sistémicas, por lo que es evidente la falta de volumen.

Conclusión: el choque hemorrágico es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardio-respiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en diversos órganos, por incapacidad para mantener la función celular. Es conocido que la hemorragia obstétrica es la primera causa de morbilidad materna grave; identificar los factores de riesgo para esta emergencia es de primordial importancia, resulta elemental la cuantificación adecuada de las pérdidas sanguíneas y la identificación de los primeros síntomas y signos, lo cual se logra con el cuidado personalizado de pacientes, un diagnóstico precoz y una intervención temprana con el tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos.

Métodos reversibles de larga duración: opción anticonceptiva posterior al evento obstétrico en adolescentes

Aguilar-Roa PD, Velázquez-Ramírez N, Saravia-Cruz P, Ruíz-Huerta MC, Lira-Plascencia J, Rosas-Balán A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la aceptación de métodos reversibles de larga duración en población adolescente (≤ 17 años) en el periodo enero-diciembre 2016.

Método: estudio retrospectivo, observacional donde se recabaron los datos de los expedientes correspondientes a los registros obtenidos por

el servicio de Planificación Familiar de la institución.

Resultados: se atendieron 328 adolescentes, de las cuales 234 (71.3%) aceptaron un método reversible de larga duración (implante, dispositivo de cobre, sistema intrauterino liberador de levonogestrel, acetato de medroxiprogesterona). Anticonceptivos menos efectivos o no reversibles representaron el 11.8% de aceptación, con lo que se alcanza una cobertura del 83.1%. Entre el grupo de los LARCs, el 81.1% aceptó anticoncepción intrauterina, en 16.6% se colocó implante subdérmico y 2.1% acetato de medroxiprogesterona. El 14.2% de la población tenía ≤ 14 años, y sólo el 11% no aceptó método de anticoncepción.

Conclusión: la anticoncepción intrauterina es el método más utilizado como anticoncepción reversible de acción prolongada debido a su alta eficacia y seguridad, facilidad de uso y bajo costo. El implante es una excelente opción que están experimentando las adolescentes y que se espera vaya incrementando. La anticoncepción posterior a un evento obstétrico se mantiene como un reto, en el que se trabaja firmemente para elevar la cobertura con este tipo de anticonceptivos en población vulnerable, como son adolescentes.

Análisis de resistencia, sensibilidad y etiología más frecuente en cultivos de orina

Rivera-Ruiz JR, Rincón-Álvarez B, Basurto-Estrada M, Castillo-Trejo BG
Hospital General Regional 1, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: determinar los agentes etiológicos más frecuentes en las infecciones de vías urinarias, así como su susceptibilidad antimicrobiana y su sensibilidad in vitro a



antibióticos en pacientes que se les realizó cultivo de orina en el Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y Método: estudio retrospectivo consistente en el análisis de los urocultivos de pacientes realizados en el periodo del 1 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017; se analizaron los uropatógenos más frecuentes por género y grupo etario, sensibilidad y resistencia antimicrobiana.

Resultados: se efectuó el reporte parcial analizando los cultivos de orina del 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de febrero de 2017; encontrando 675 cultivos de orina; de los cuales fueron positivos un total de 133, representando el 19.7 %. Se encontró un porcentaje de infección del 17.6 % en hombres y del 20.39 % en mujeres. El agente más frecuente en hombres fue *Escherichia coli* con 66.6 %; mientras en mujeres fue de 65%, seguido de *Klebsiella pneumoniae* con 6.79%. De los gérmenes más frecuentes se encontró que la sensibilidad microbiana más frecuente fue a piperacilina, tazobactam, eritropenem, meropenem y amikacina. La resistencia antimicrobiana más frecuente a antibióticos como ampicilina, sulbactam, cefazolina, ciprofloxacina.

Conclusiones: en el reporte parcial se encontró que el germen más frecuente en ambos sexos fue *Escherichia coli* en un rango aproximado de 65% menor al reportado en otras bibliografías, se encuentra cada vez mayor resistencia a los antibióticos

Intervalos de referencia de hemoglobina glucosilada durante el embarazo en mujeres mexicanas sanas

Sánchez-González CM, Reyes-Muñoz E, Loyo-Guio M

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer los intervalos de referencia de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en cada trimestre del embarazo en mujeres mexicanas embarazadas sanas.

Material y Método: se incluyeron mujeres embarazadas sanas con edad mayor de 18 años, índice de masa corporal (IMC) pregestacional entre 18.5- 24.9 kg/m².

Las cuales de dividieron por trimestre de embarazo. Se excluyeron a las pacientes que tuvieron diabetes gestacional diagnosticada con CTOG 75 g-2h realizada al mismo tiempo que la medición de HbA1c, también se excluyó a las mujeres con diabetes pregestacional, IMC pregestacional 18.5 o ≥ 25 kg/m², embarazo múltiple, así como cualquier enfermedad hematológica, hepática, inmunológica, renal o cardíaca. La HbA1c se determinó en nuestro laboratorio por cromatografía líquida de alto rendimiento de acuerdo a las recomendaciones del estudio de control de diabetes y complicaciones (DCCT). Los intervalos de referencia para HbA1c se expresaron como mediana y percentil (2.5 y 97.5) en cada trimestre.

Resultados: se incluyeron un total de 767 mujeres, se integraron 3 grupos: T1: 6-13.6 semanas de gestación SDG (n = 86), T2: 14-27.6 SDG (n = 474) y T3: 28-36 SDG (n = 207). Los intervalos de referencia para HbA1c en cada trimestre fueron: T1: 5.1 (4.5- 5.5 %), T2: 5.0 (4.4-5.5 %) T3: 5.1 (4.5-5.7 %).

Conclusión: el intervalo de referencia de HbA1c en las mujeres embarazadas mexicanas sanas es de 4.4 a 5.7 %, el valor de HbA1c para un buen control de la glucemia debe ser $\leq 5.7\%$ en cualquier trimestre del embarazo.

Características clínico-bioquímicas en una cohorte de 12 años de mujeres mexicanas con insuficiencia ovárica primaria

Sánchez-González CM, Martínez-Cruz N, Aguayo-González P, Campos-Cañas JA, Hinojosa-Rodríguez KA, Recio-López Y, López-Rioja MJ

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar las características clínicas y bioquímicas de pacientes con insuficiencia ovárica e identificar las principales etiologías en el Instituto Nacional de Perinatología.

Material y Método: estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Se incluyeron mujeres mexicanas con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología durante el periodo 2005-2017. Se excluyeron a mujeres con diagnóstico de síndrome de Turner. Las participantes se clasificaron en 4 grupos de estudio de acuerdo a la etiología de la IOP como: Grupo 1: autoinmune órgano específica, Grupo 2: cromosómica, Grupo 3: quirúrgica y Grupo 4: idiopática.

Resultados: excluyendo la causa quirúrgica (n = 52), 71.1% se clasificaron como idiopáticas, 17.3% cromosómicas y 11.5% como autoinmune órgano-específica. Dentro de las características clínicas se observó que las pacientes con IOP de causa cromosómica tuvieron una fecha de última menstruación espontánea antes de los 30 años en el 80% de los casos, mientras que en el grupo de IOP quirúrgica el 53.8% tuvieron la última menstruación espontánea después de los 30 años. En relación a la densidad mineral ósea se encontró que las mujeres con IOP de origen cromosómica tenían menor densidad mineral ósea al momento

del diagnóstico comparado con las demás categorías de IOP y la zona mayormente afectada era la columna lumbar de L1 a L4.

Conclusión: la principal causa de insuficiencia ovárica espontánea en el INPer es de origen idiopático (71.1%), seguido de la etiología cromosómica (17.3%) y autoinmune órgano específica (11.5%). El 10% de las mujeres con IOP espontánea no cuentan con un estudio de cariotipo en sangre periférica y hasta el 11.5% tienen el antecedente familiar en primer grado de IOP, por lo que se debe hacer énfasis en protocolizar el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes para ofrecer una asesoría genética y reproductiva individualizada.

Antioxidantes en pacientes infértiles con alteraciones en la espermatobioscopia directa y en el índice de fragmentación de ADN espermático

Flores-Aguirre I, Lezama-Ruvalcaba JL, Téllez-Velasco S

Clínica de Reproducción Asistida HISPAREP, Hospital Español, Ciudad de México.

Objetivo: identificar el efecto de los antioxidantes en pacientes infértiles en los parámetros de la espermatobioscopia directa y el ADN espermático.

Material y Método: estudio prospectivo, longitudinal efectuado en pacientes con infertilidad que acuden a la clínica de reproducción asistida HISPAREP, que cuentan con alteraciones en la espermatobioscopia directa y un elevado índice de fragmentación de ADN espermático, a quienes se les inició tratamiento con antioxidantes de la marca AMS.

Resultados: ingresaron al protocolo 4 pacientes, con los siguientes parámetros seminales previo y posterior al tratamiento de 3 meses con antioxidantes.

Conclusiones: nuestros resultados concuerdan con lo descrito en la literatura consultada, sobre el efecto benéfico de la suplementación con antioxidantes en pacientes infértiles principalmente en el ADN espermático, sin embargo nosotros también observamos mejoría en la concentración espermática. Debido a que se trata de un estudio prospectivo la muestra es pequeña, pero nos parece de importancia dar a conocer el impacto que hemos observado en nuestros pacientes, se continuarán ingresando más al protocolo para poder realizar estudios con significación estadística.

Atención de mujeres en situación de aborto en cinco hospitales públicos de Bolivia

Asport-Terán S, Flores-Ayllon H, Enríquez-Nava M, Morales M
Ipas-Bolivia, Ministerio de Salud, Bolivia. Hospital Municipal Boliviano Holandés.

Objetivos: describir las características demográficas, sociales y médicas de las mujeres atendidas en situación de aborto. Analizar las características de la atención brindada durante la admisión por aborto, el pre-procedimiento y el tratamiento. Analizar la calidad de la atención brindada a esas mujeres en el pos-procedimiento.

Método: estudio retrospectivo, observacional, serie de casos, basado en la información contenida en las historias clínicas de mujeres en situación de aborto correspondientes a cinco hospitales públicos. El aprovechamiento de la base de datos se hizo a partir de las opciones que ofrece el menú del programa computacional.

Resultados: si el principal propósito de la historia clínica es orientar la toma de decisiones durante la atención médica, no es aceptable cerrar casos con expedientes incompletos. Los hospitales que aplican la

historia clínica SIP-A tienen que realizar lo que había quedado establecido y aceptado: un flujo para la historia clínica antes de su llegada a la etapa de digitación, y la supervisión de su llenado antes de cerrar el caso.

Conclusiones: las bases de datos constituyen insumo para la investigación, a cargo del personal del hospital, incluidos los residentes, por lo que debe estimularse su utilización. Además, Investigar acudiendo a las bases de datos del SIP-A, permitirá demostrar lo inconveniente que resulta cerrar casos con expedientes incompletos.

Efecto de la expresión de claudina-1 en la membrana espermática sobre la tasa de blastulación en embriones euploides

Godoy-Morales HS, Gutiérrez-Frusch JA, Cázares-Pérez K, Sandoval-García Travesí FA, Estrada-Maldonado MA, Avilés-Durán JC

Objetivo: mostrar qué embriones euploides fertilizados con espermatozoos que expresa la proteína de membrana Claudina 1 tiene mejor tasa de llegar a blastocisto.

Material y Método: se realizaron ciclos de fertilización in vitro de acuerdo a las políticas establecidas del centro y del médico tratante. Las muestras de semen fueron obtenidas por masturbación. El 90% de la muestra fue utilizada para terapia de reproducción asistida y 10% se marcó en búsqueda de Claudina 1. La muestra espermática se fijó y permeabilizó con BD Cytotfix/Cytosperm™ y se marcó con anticuerpos monoclonales secundarios reactivos a Claudina 1. La muestra se analizó mediante citometría de flujo y la zona de expresión se visualizó utilizando fluoroscopia. Se utilizó Kologrov utilizando SPSS



v-23 para el análisis estadístico, estadística descriptiva y normalización de la muestra.

Resultados: se consideraron resultados significativos con $p < 0.05$. Los embriones se dividieron en un grupo control con 107 embriones fertilizados con esperma que no expresaba Claudina-1 y el grupo estudio con 56 embriones fertilizados con esperma que sí la expresaba. Todos los embriones fueron biopsiados en día 3 con láser pulsado y se realizó FISH para los cromosomas 1, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22 y sexuales.

Conclusiones: la expresión de uniones estrechas aumenta la tasa de blastocisto en embriones euploides.

Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida

Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquivel RM

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: estimar la correlación entre la intervención quirúrgica y las técnicas de reproducción asistida para lograr un recién nacido vivo.

Material y Método: estudio observacional, longitudinal, retrolectivo, que evaluó 148 pacientes con malformaciones müllerianas que fueron atendidas entre los meses de enero 2002 a abril 2015.

Resultados: se clasificó el tipo de malformación mülleriana acorde a la clasificación de la ASRM; encontrándose 2.7% con hipoplasia/agenesia, 6.8% con útero unicornes, 6.8% con útero didelfo, 11.5% con útero bicorne, 53.3% con útero septado, 14.9% con útero arcuato y 4.2% no clasificables. El diagnóstico inicial se estableció

con ultrasonido 2D y comparado con laparoscopia e histeroscopia se encontró una sensibilidad del 37.2% y especificidad de 54, 6%, según datos reportados en estudios previos realizados por nuestro servicio. El 58.8% ($n = 87$) de las pacientes presentaron al menos una cirugía correctiva de septo. Posterior a la intervención quirúrgica el 48.3% ($n = 42$) no recibió tratamiento de reproducción asistida y fueron propuestas a embarazo espontáneo, 29% ($n = 26$) para inducción de la ovulación, 13.7% ($n = 12$) a inseminaciones intrauterinas y 8% ($n = 7$) para FIVTE. De estas pacientes 38% ($n = 33$) logro un recién nacido vivo; 45% ($n = 15$) de manera espontánea, 18.1% ($n = 6$) con inducción a la ovulación más coito programado, 18.1% ($n = 6$) con inseminación intrauterina, 18.1% ($n = 6$) por FIVTE y 62% ($n = 54$) no logro embarazo.

Conclusión: las pacientes que presentaron una intervención quirúrgica para corrección de malformaciones müllerianas, presenta tasas de recién nacido similares a la población general lo que sugiere búsqueda del embarazo espontáneo posterior a la cirugía correctiva de septo cuando el factor uterino este asociado a infertilidad y en ausencia de otros factores.

Lesión renal aguda durante el embarazo que requiere hemodiálisis: resultados maternos, fetales y de la función renal

Benítez-Castro KL, Borbolla-Ramos M

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: describir las características de la lesión renal aguda durante el embarazo y el puerperio en nuestra población.

Material y Método: estudio descriptivo retrospectivo al que se

incluyeron todas las mujeres embarazadas o durante el puerperio con diagnóstico de lesión renal aguda en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México de 2014-2016. Todas se clasificaron AKIN 3 y recibieron hemodiálisis. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central, con frecuencias y porcentajes para variables discretas y para variables continuas se usaron medianas, con valores mínimos y máximos; y medias con desviaciones estándar y rangos de acuerdo al tipo y distribución de cada variable.

Resultados: se incluyeron 18 pacientes con diagnóstico de lesión renal aguda en el embarazo y que por lo menos recibieron una sesión de hemodiálisis. Entre las características demográficas el 94.4% de las paciente tenían como factor común el bajo nivel socioeconómico, se encontró una edad con un rango de 16 años hasta 32 años con una media de 24.8 ± 5 años. En cuanto a la paridad 12 paciente eran primigestas y 6 pacientes multigestas (66.6 % vs 33.3%). De las 18 pacientes, 17 ingresaron con edad gestacional desde 5.5 semanas de gestación (sdg) hasta 33 sdg con una media de 20.5 ± 7.4 sdg, una paciente fue referida de otra institución en el puerperio inmediato. Las causas de referencia a esta institución las mas frecuentes fueron preeclampsia (22.2%), DM1, HASC, ERC (16.6% respectivamente), síndrome urémico (11.1%), Acidosis metabólica por intoxicación a tolueno, choque séptico y LES (5.5% respectivamente). Las comorbilidades asociadas las mas frecuentes se encontraron la hipertensión arterial sistémica crónica (38.8 %), DM1 (33.3%), DM2, LES (16.6%, respectivamente), toxicomanías, cardiopatías, pancitopenia, púrpura de Henoch-Schonlein (5.5 % respectivamente),

16.6 % de pacientes eran previamente sanas. Se encontro que 2 paciente tenían antecedente de preeclampsia (33.3% vs 66.6%). Entre las causas de LRA se encontro preeclampsia (22.2%), acidosis metabólica por diarrea o hiperemesis (16.6 %), glomerulonefritis, ERC (11.1% respectivamente) síndrome de HELLP, intoxicación por toluenos y sobrecarga hídrica (5.5 % respectivamente).

Conclusiones: el grado actual de evidencia de los estudios de lesión renal aguda en embarazadas es relativamente bajo; por lo tanto, el conocimiento es limitado sobre esta condición. Aunque no se ha llegado a un consenso en cuanto a la definición de LRA en el embarazo, creemos que la derivación oportuna a una Institución de tercer nivel y con el uso de servicios de nefrología, obstetricia y neonatología a tiempo, así como la disponibilidad de TRS puede mejorar el pronóstico tanto materno como fetal. Debido a que la LRA en el embarazo es ahora rara, la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento es extremadamente limitada. No hay informes disponibles para guiar a una TRS y por lo tanto Los principios de tratamiento tienden a seguir a los de pacientes no embarazadas con lesión renal aguda, por lo que se debe hacer un consenso para unificar criterios de acuerdo con la población para mejorar la atención oportuna y el desenlace.

Principales causas indirectas de mortalidad materna

Hernández-Aldana F, Méndez-Sánchez JF, Astudillo-Ibarrondo J
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivos: determinar cuáles son las principales causas indirectas de mortalidad materna en el Hospital Juárez de México durante el perio-

do 2014-2017. Definir el rango de edad de las pacientes al momento de la defunción. Describir el estado civil y escolaridad de las pacientes al momento de la defunción. Identificar el número de gestas. Determinar los días de estancia intrahospitalaria. Establecer causa básica de defunción. Determinar el número de consultas de control prenatal en caso de haberlo tenido.

Material y Método: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo efectuado con base en el análisis de los expedientes de pacientes obstétricas críticamente enfermas que ingresaron al Hospital Juárez de México y reportaron defunción en el hospital en aérea de choque o en la unidad de cuidados intensivos, etc., del 1 de enero del 2013 al 31 de junio del 2017.

Resultados: se registraron 26 muertes maternas: 5 muertes en el 2014, lo que representa el 19%, 9 muertes en el 2015, lo que representa 35%, 9 muertes en el 2016, lo que representa 35%, 3 muertes en el 2017, lo que representa 12%. Entre las principales causas de mortalidad materna reportadas en el Hospital se encuentran la hipertensión Intracranéana con 5 casos que corresponde al 19%; septicemia con 4 casos que da 15%; coriocarcinoma con 3 casos da 12%; CaCu e insuficiencia renal con 2 casos dando 8%; el choque cardiogenico y la TEP masiva con 8% de 2 casos; VIH y Neumonía con 2 casos de 8%; otras complicaciones con 8 casos que da el 31%. El rango de edad de mayor prevalencia en las pacientes con mortalidad materna fue de 20-29 años reportando 14 casos lo que representa 54%, seguido de los 30-39 años con 9 casos con un porcentaje establecido de 35%.

Conclusiones: las principales causas de muerte materna en el Hospital Juárez de México del 2014 a 2017 fueron indirectas. Los trastornos hipertensivos asociados al

embarazo fue la principal causa de forma Directa, la cual coincide con lo reportado por el observatorio de muerte materna a nivel nacional. El rango de edad de mayor prevalencia en las pacientes con mortalidad materna en este estudio fue menor de 30 años, representan 50% de la población, lo que representa alta susceptibilidad de estas pacientes en este rango de edad. Se requiere elevar el nivel de desempeño del personal de salud, en especial el médico que tiene contacto directo con la paciente embarazada, mediante una capacitación dirigida a través de cursos de diplomado específicos con reconocimiento universitario sobre preeclampsia-eclampsia y hemorragia obstétrica.

Factores asociados con preeclampsia severa

Mock-Gutiérrez AM
Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, CA.

Objetivo: determinar la relación entre los factores de riesgo y su asociación a la aparición de preeclampsia severa en mujeres embarazadas hospitalizadas en el Hospital Santo Tomás.

Material y Método: estudio de casos y controles, desde Enero 2015 a Diciembre 2015. Nuestro universo constó de 10 973 pacientes, con una muestra de 300 casos y 627 controles. Se utilizaron como variables: edad, abortos previos, cesáreas previas, paridad, número de controles prenatales y antecedente de preeclampsia.

Resultados: en las pacientes con preeclampsia hubo un predominio de mujeres entre 20-35 años (83.08%), 10% con antecedentes de aborto, 8.33% con cesárea anterior y 6.33% de preeclampsia en embarazos previos, primiparidad de 55% y con una tendencia de 74% de controles prenatales inadecuados.



Conclusiones: los resultados aportaron como factores de riesgo a las siguientes variables: edad menores de 20 años, antecedentes de preeclampsia y ser primíparas. Entre los factores protectores pudimos obtener: antecedentes de abortos y cesáreas previas, y como factor no asociado, la edad mayor de 35 años y presencia de controles prenatales.

Percepción del personal de salud acerca de la atención de pacientes adolescentes en consulta

Castañeda-Tenorio, Payen-Padilla J, Amaya-Guel Y, Tobón-Delgado R, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México, México*

Objetivo: evaluar el grado de satisfacción y autopercepción de los trabajadores de la salud en México, sobre los diferentes ámbitos relacionados con el cuidado de la paciente adolescente.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, evaluar por medio de la escala de Likert el grado de satisfacción y autopercepción de distintas áreas de atención incluidas en la NOM 047. Análisis estadístico descriptivo, se incluyeron medidas de resumen y porcentajes para describir las características epidemiológicas y de los resultados obtenidos.

Resultados: 261 encuestas de junio del 2016 a junio del 2017, se excluyen 6 encuestas incompletas, obteniendo un total de 255. Al 93% les agrada atender a pacientes adolescentes y el 66.7% les gustaría aumentar el porcentaje en su consulta. Los profesionales de la salud con mayor número de encuestados fueron: ginecólogos, médicos generales, pediatras y enfermeras. Las áreas donde los profesionales de la salud no se sienten con las competencias necesarias son abuso

de sustancias 52.5%, trastornos psicológicos 50.1% y trastornos alimentarios 39.6%. El área donde se sienten con la mejor competencia es desarrollo fisiológico con el 81.9% e infecciones de transmisión sexual 81.5%.

Conclusiones: los profesionales de la salud encuestados, no se perciben con las competencias necesarias para brindar la atención integral de los adolescentes de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 047.

Prevalencia de malformaciones mullerianas en mujeres adolescentes. Experiencia en un centro de tercer nivel de atención

Payen-Padilla J, Molina-Huicochea DM, Hidalgo-Alfonzo E, Castañeda-Tenorio M, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: conocer la prevalencia de malformaciones mullerianas en pacientes que acuden a un centro de tercer nivel de atención.

Material y Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron 589 expedientes de pacientes menores de 19 años. Se incluyeron 36 mujeres con diagnóstico de MM entre 2007 y 2017. Se calculó la prevalencia global de malformaciones mullerianas, posteriormente se estimó la prevalencia para cada tipo de malformación mulleriana según la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (SAMR).

Resultados: la edad promedio de atención fue 16.5 años. La causa de atención fue amenorrea primaria en 24 adolescentes (66.6%). 23 pacientes (63.8%) refirieron dolor pélvico crónico. Se encontró una prevalencia de 6.1% de malformaciones mullerianas. Las

malformaciones mullerianas reportadas son agenesia-hipoplasia 20 (55.5%) de las cuales 12 (60%) fueron síndrome de Rokitansky, 7 úteros bicornes (19.4%), 5 úteros didelfos (13.8%), 4 malformación compuestas (11.1%). 21 adolescentes (58.3%) recibieron tratamiento conservador (3 con dilatadores y 18 expectante) y 15 (41.6%) quirúrgico, (6 hemihisterectomías, 2 histerectomías, 4 neovaginas, 2 drenajes laparoscópicos, 1 resecciones de tabiques).

Percepción de la consejería anti-conceptiva para adolescentes: un estudio comparativo entre ginecólogos y médicos generales

Payen-Padilla J, Brito-Sandoval F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibargüengoitia-Ochoa F *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: documentar la percepción de la consejería anti-conceptiva para los adolescentes con base a la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (PF) (NOM-005-SSA2-1993), entre ginecólogos y médicos generales de México.

Material y Método: estudio transversal, comparativo y descriptivo en 1119 médicos encuestados. Se evalúa la percepción de los médicos en la consejería anticonceptiva, conocimiento de norma oficial de PF, la influencia de la sociedad y los padres de familia en esta actividad.

Resultados: más de 70% de los médicos refiere conocer la NOM 005 de PF. El 28.6% ve adolescentes en su consulta. 54-65% de los adolescentes preguntan sobre métodos de PF. El principal problema de la consejería fue que "los padres no permiten que se traten estos temas" (55.6%). La NOM 005 en el tema de anticoncepción para

adolescentes “no es clara y necesita cambios” (47%). Finalmente, si la NOM 005 fuera más explícita en este tópico “sería más fácil abordar estos temas” (47.4%) y “habría más libertad para que los adolescentes busquen consejería” (47.7%).

Resultados perinatales en enfermedad renal crónica avanzada

Borbolla-Ramos M, Benítez-Castro K

Objetivo: comparar los resultados perinatales en mujeres embarazadas con enfermedad renal crónica (ERC) en etapa 4-5 tratadas con y sin hemodiálisis.

Material y Método: estudio de cohorte comparativa retrolectiva. Incluyó 42 mujeres con embarazo y ERC en estadio K/DOQI 4-5. Se integraron dos grupos y se subdividieron, a su vez, en dos subgrupos según la TFG calculada por depuración. Se describieron las semanas de ingreso al Instituto, comorbilidades, complicaciones maternas, fetales, laboratorios basales y finales; y se analizaron la semanas de resolución, peso al nacer, muerte neonatal, complicaciones neonatales e ingreso a terapia intensiva.

Resultados: las pacientes sin hemodiálisis en etapa K/DOQI 4-5 registraron mayor ingreso a terapia intensiva (OR 0,22 IC95%: 0.57-0.87; $p=0,026$). Se encontró una tasa mayor de nacidos vivos 100% versus 67.9%; (OR: 0,68 con un IC95%: 0.53-0.89; $p = 0.017$) con edad gestacional promedio de 33.89 semanas y peso al nacer de 1820.71 g comparado con 29.74 SDG y 1548.68 g. El porcentaje de pacientes con hemodiálisis que alcanzaron una edad gestacional mayor a 34 semanas fue del 57,1% en comparación con 42.9% (OR de 0,75 con un IC95%: 0.4-1.34; $p=0,38$), neonatos con peso mayor a 1800 g en pacientes con

tratamiento con OR 0.52 IC95%: 0.268-0.98; $p=0.05$.

Conclusión: las pacientes en tratamiento con hemodiálisis tuvieron mejores resultados perinatales incluyendo mayor peso al nacer, resoluciones más tardías y menor ingreso a terapia intensiva, al igual que menores complicaciones neonatales.

193. Embarazadas con VIH positivo en tratamiento antirretroviral: frecuencia de complicaciones obstétricas

Aboytes-Cardena I,
Hospital General, Nicolás San Juan Toluca, Estado de México.

Material y Método: estudio transversal, retrospectivo, observacional consistente en la revisión de 52 expedientes clínicos de embarazadas con VIH, en tratamiento antirretroviral atendidas en el Hospital General Nicolás San Juan en Toluca, Estado de México, del año 2012 a marzo del 2017. Se evaluó el inicio del tratamiento antirretroviral, carga viral al inicio y final de la gestación, y las complicaciones obstétricas. Se excluyeron las pacientes con expedientes incompletos para la variable estudiada, o bien, la resolución del embarazo se llevó en otro hospital.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para este estudio. Con los datos de estas pacientes se realizaron todos los análisis. Todas las pacientes fueron tratadas con agentes antirretrovirales en diferente trimestre en el tiempo en que acudieron a su primera consulta de control prenatal. El 51.51% de las pacientes contaban con el diagnóstico de VIH previo al embarazo, que fue analizado con concentraciones de carga viral menores a 40 copias/mL. En la Figura 2 se muestran las pacientes que presentaron incre-

mento (3.03%), no presentaron cambio (48.49%) y aquellas que presentaron decremento (48.49%).

Conclusiones: no existe diferencia en la presencia de complicaciones de acuerdo al tiempo en que se inició el tratamiento antirretroviral; no se puede comparar con un grupo control puesto que los embarazos de pacientes sanas no son sometidos a esta clase de tratamiento; sin embargo, los hallazgos reflejan un incremento en la frecuencia de estos padecimientos.

El debate legislativo sobre el ejercicio de la objeción de conciencia y despenalización del aborto en Chile

Montero-Vega A
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Objetivo: identificar y analizar los principales discursos presentes durante el debate parlamentario acerca del ejercicio de la objeción de conciencia (OC) y despenalización del aborto en Chile.

Material y Método: estudio cualitativo efectuado mediante búsqueda y análisis documental, desde el inicio de la tramitación del actual proyecto de ley, acontecida en enero del 2015, se identificaron en los documentos oficiales los textos vinculados con la OC, categorizando los principales discursos presentes en el debate durante las sesiones del Parlamento chileno.

Resultados: la versión inicial del proyecto considera el derecho del médico a la OC, debiendo expresarla previamente por escrito al director del establecimiento. Establece el deber de derivación a otro profesional no objetor, cautelando que no sea un obstáculo en situaciones de interrupción inmediata e impostergable. Estas consideraciones fueron conserva-



das por la Cámara de Diputados, agregándose en el Senado la imposibilidad de aplicarla frente al requerimiento de atención médica inmediata e impostergable. Desde marzo del 2017, se están analizando y votando indicaciones vinculadas principalmente con: imposibilidad de objetar en conciencia por las instituciones; extensión al resto del personal que intervenga directa o indirectamente; obligación de asegurar la atención con equipo médico mínimo o proveedores externos; no discriminación del objetor.

Frecuencia de éxito y seguridad del balón de Bakri trans y poscesárea para el control de la hemorragia obstétrica

Villegas-Arias MA, Esparza-Valencia DM, Ling-García JP, Castro-Grespan S, Vizcarra-Ugalde SH, Salvador de la Maza L, Fernández-Lara JA

Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP., México.

Objetivo: determinar la frecuencia de éxito y seguridad del balón de Bakri transcesárea y poscesárea para el control de la hemorragia obstétrica.

Material y Método: estudio de cohorte ambispectivo que incluyó a mujeres que se les colocó balón de Bakri transcesárea y poscesárea como tratamiento conservador para control de la hemorragia obstétrica. El estudio fue de diciembre del 2012 a junio del 2016. Se consideró porcentaje de éxito si se producía cese inmediato del sangrado y sin necesidad de otra estrategia para control de la hemorragia, seguridad le llamamos el no presentar complicaciones derivadas de la aplicación del Balón.

Resultados: hubo 19 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 8 en el grupo del balón de Bakri transcesárea (grupo 1), y 11

en el grupo poscesárea (grupo 2). Para el grupo 1, hubo una tasa de éxito del 87%, sin complicaciones descritas. La mediana de sangrado fue 1100 cc. Todas requirieron uterotónicos sin respuesta. La mediana del tiempo quirúrgico fue 110 minutos. Para el grupo 2 hubo una tasa de éxito del 63% y la mediana de sangrado fue de 1900cc, el 30% de las pacientes requirió otra intervención y retraso en el diagnóstico

Conclusiones: el balón de Bakri transcesárea tiene una eficacia y seguridad de 87% para el control de la Hemorragia postparto secundaria a sangrado del lecho placentario y a atonía uterina en nuestra serie. Por el contrario en las pacientes poscesárea solo hay efectividad del 63% tiene una alta tasa de falla, por lo que parece cuestionable su utilización en este grupo de pacientes.

Concordancia del PadTest con el índice de Sandvick para valorar la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Carrillo-Núñez C, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco. México.

Objetivo: determinar la concordancia del PadTest con el Índice de Sandvick para valorar la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en pacientes de Uroginecología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, Jalisco.

Material y Método: estudio observacional, analítico, correlacional. Se incluyeron pacientes mujeres con IUE, mayores de 18 años. Se excluyeron pacientes con incontinencia urinaria mixta o con cirugía antiincontinencia previa. Se obtuvieron antecedentes gineco-obstétricos. Se les aplicó el índice

de Sandvick y PadTest a todas. Se realizó análisis descriptivo e inferencial. Se utilizó índice de concordancia Kappa para correlación entre grados de severidad.

Resultados: se obtuvieron 33 pacientes con IUE, una edad promedio de 52 años (DS + 10), número promedio de 4 gestas. El 75.6% tenían prolapso de pared vaginal anterior. Por el PadTest se clasifica 39% IUE leve, 48.8% moderada y 12.2% severa. Mientras que con el índice de Sandvick el 68.3% con IUE severa, el 22% moderada y el 9.8% leve. Se aplican a ambas pruebas el índice de KAPPA, prueba de McNemar y ji al cuadrado corregida de Yates obteniendo una diferencia real con una $p < 0.001$; por lo tanto, la relación no fue lineal. Así las pacientes al ser evaluadas con Sandvick se clasificaron con mayor severidad que en lo representado por las pérdidas urinarias en el peso de la toalla.

Conclusión: no se encontró una relación lineal del peso de la toalla con el Índice de Sandvick para valorar severidad. Establecer el PadTest como herramienta de clasificación diagnóstica permitirá a la paciente el beneficio de tratamientos menos invasivos en comparación con el índice de Sandvick.

Sarcomas uterinos: incidencia, factores demográficos y características histopatológicas

Flores-Alatraste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jiménez-Villanueva X Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: reportar los factores demográficos, la incidencia y las características histopatológicas en los pacientes con SU durante el período de Enero 2012 a Diciembre 2016.

Material y Método: estudio descriptivo, lineal, retrospectivo que incluyó 28 pacientes con el diagnóstico de SU en el período comprendido de enero 2012 a diciembre 2016. Donde se analizaron diversas variables, como estirpe histológica, grado de diferenciación, tamaño tumoral, edad de presentación, estadio clínico entre otras.

Resultados: se analizaron 28 pacientes con el diagnóstico de SU, con un rango de edad de presentación de 26 a 80 años, con una media de 48 años. De los 28 pacientes estudiados 10 pacientes presentaron Leiomioma, 10 Carcinosarcoma, 8 Sarcomas del estroma endometrial. Cabe destacar que el 62% de las pacientes no contaron con un abordaje oncológico primario, si no que fueron protocolizadas por sangrados uterinos secundarios principalmente a miomas.

Conclusiones: debido a la rareza de esta patología es difícil precisar con exactitud la incidencia exacta de presentación, por otro lado existe una falta de consenso en cuanto a los mejores algoritmos para tratamiento. En este estudio los porcentajes de presentación respecto a la estirpe histológica difirieron al poner al Leiomioma en primer lugar. Cabe resaltar la importancia de una adecuada protocolización de esta patología con respecto a las enfermedades benignas.

Cáncer cervicouterino in situ. Prevalencia y factores de riesgo asociados

Flores-Alatriste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jimenez-Villanueva X
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: describir el porcentaje de presentación del CaCu In situ respecto al carcinoma invasor,

así como describir los factores de riesgo asociados en esta población.

Material y Método: estudio descriptivo, lineal, retrospectivo comprendido entre los meses de enero 2012 a diciembre 2016, donde se registraron 741 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Se realizaron análisis para diversas variables como edad, tabaquismo, inicio de vida sexual, gestas, numero de citologías cervicales previas entre otras.

Resultados: de los 741 pacientes incluidos en el estudio 661, es decir el 89.3%, tuvieron cáncer cervicouterino invasor, mientras que 10.7% (80) resultaron con diagnóstico de cáncer cervicouterino in situ, con un rango de edad de presentación de 24-81 años, con una media de 47 años. EL 34% de estas presentaban hábito tabáquico importante. La edad media de inicio de vida sexual fue 21.3 años, mientras que 36% de ellas nunca se habían realizado citología cervical. EL 52% de estas pacientes fueron tratadas con Histerectomía extrafascial, al momento de este estudio ninguna paciente había presentado recurrencia.

Conclusiones: el cáncer cervicouterino in situ representa el estadio mas temprano de esta entidad patológica con tasas de curación cercanas al 100%, y con recurrencias casi nulas, por lo que es importante captar a las pacientes en esta situación clínica. La falta de acceso a servicios de salud y la desinformación hacen difícil encontrar a los pacientes en este estadio.

Expresión de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en el testículo

Godoy-Morales HS, Sandoval-García-Travesí FA
Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: demostrar la existencia de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en TESE en muestras humanas

de parejas infértiles. Determinar la localización de la expresión y su correlación con el diagnóstico de patología.

Métodos: las biopsias testiculares fueron obtenidas por TESE, con diagnóstico previo de azoospermia, las causas genéticas fueron excluidas. La expresión de la familia de las claudinas se evaluó mediante inmunohistoquímica en colaboración con la UNAM. Se dividió la muestra en dos grupos (con células germinales y sin células germinales) para detectar la expresión de la familia de las claudinas en el estroma y los túbulos.

Resultados: se estudiaron 20 biopsias de testículos con diagnóstico previo de azoospermia; Se dividieron en dos grupos: grupo 1: 7 pacientes con azoospermia y grupo 2: 13 con espermatogénesis, el análisis inmunohistoquímico de las biopsias se realizó con anticuerpos monoclonales y policlonales reactivos a claudinas 1,3,4 y 6. Los resultados mostraron que la claudina 1 se expresa nuclear en células de Sertoli, y es positiva en células espermáticas en el grupo 2. La claudina 3 tuvo marca nuclear positiva en las células de Sertoli y células germinales.

Conclusiones: la familia de las claudinas se expresa positiva en las células espermáticas humanas, en específico la claudina 1, esta es la primera descripción de su hallazgo descrito en la literatura. Se encuentra en proceso en este momento un estudio prospectivo evaluando los resultados reproductivos en pacientes donde esta proteína se encuentra positiva en el líquido seminal humano.

Resultados de FIV-ICSI en TESE

Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázarez-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés- Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiburu GIA, Mera-Mejía R



Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la eficacia de TESE en un programa de FIV mediante ICSI en varones con azoospermia.

Material y Método: estudio descriptivo, retroprospectivo de TESE en varones con diagnóstico de azoospermia que van a FIV en ART (*Advanced Research and Treatment*) Reproducción del Hospital Ángeles del Pedregal del periodo de enero del 2010 a julio del 2016.

Resultados: durante el periodo de estudio se incluyeron a 37 pacientes. Se realizó ICSI al 40% (n= 15), el 86% (n= 13) tuvo desarrollo embrionario y 13% (n= 2) no lo tuvieron. Presentó embarazo el 61% (n = 8) de las parejas, los resultados se muestran en la tabla 1. No se realizó ICSI al 60% (n = 22) de las muestras por TESE, los motivos se resumen en la tabla 2. El 54% (n=20) de las biopsias se enviaron a patología, presentando alteraciones histológicas el 35% (n = 7), siendo el Síndrome de solo células de Sertoli el más frecuente con 25% (n = 5), le sigue la hialinosis tubular en 5% (n = 1) y el arresto en la maduración 5% (n = 1).

Conclusiones: la FIV mediante ICSI por TESE es una alternativa adecuada en parejas con factor masculino alterado por azoospermia que buscan embarazo.

Histología de la biopsia testicular en varones con azoospermia

Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázarez-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés- Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiburu GIA

Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: identificar los resultados histológicos obtenidos en las

biopsias testiculares realizadas en varones con diagnóstico de infertilidad secundaria a azoospermia.

Material y Método: estudio descriptivo, retroprospectivo de las biopsias testiculares realizadas en varones con diagnóstico de azoospermia en la unidad de Reproducción del Hospital Ángeles del Pedregal del periodo de Enero del 2010 a Julio del 2016.

Resultados: se incluyeron un total de 37 pacientes. El 54% (n=20) de las biopsias se enviaron a patología, se resumen resultados histológicos en tabla 1. La media de edad de los pacientes fue de 38 años. Los diagnósticos principales por lo que se indicó la biopsia testicular se describen en la tabla 2. No se reportaron complicaciones en el seguimiento postquirúrgico.

Conclusiones: la histología testicular nos permite un diagnóstico certero de la etiología de la azoospermia para proponer un tratamiento individualizado. Nuestro estudio muestra que el Síndrome de células de solo Sertoli fue la causa más común de azoospermia en pacientes sin antecedente de vasectomía.

Malformación adenomatoidea quística: regresión en la vida fetal

Rodríguez-Sibaja MJ, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Ramírez-Calvo JA, Velázquez-Torres B

Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

Material y Método: revisión de todos los casos con diagnóstico prenatal de MAQ que presentaron regresión ultrasonográfica parcial (disminución igual o mayor al 50% respecto a la medición inicial) o completa en el departamento de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en el periodo de 1995-2017.

En cada caso se realizó una evaluación ultrasonográfica inicial en la que se realizó el diagnóstico y clasificación de MAQ, realizándose posteriormente otras evaluaciones de seguimiento. La resolución del embarazo y atención del recién nacido se realizaron también en esta Institución.

Resultados: se identificaron nueve casos con diagnóstico prenatal de MAQ que presentaron regresión ultrasonográfica, cinco correspondieron a regresión completa y cuatro a regresión parcial. La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 24.5 SDG. El 66.6% de los casos tuvo al menos cuatro evaluaciones.

La mayoría de las lesiones se localizaron en el hemitórax derecho (55.5%), de acuerdo a la clasificación de Stocker el mayor porcentaje correspondió al tipo 3 (55.5%).

Conclusiones: la MAQ es una anomalía congénita pulmonar poco común que puede ser diagnosticada de manera precisa mediante ultrasonido prenatal y manejada generalmente de manera expectante con un buen pronóstico, pudiéndose observar regresión hasta en un tercio de los casos.

Rotura prematura de membranas: caracterización de pacientes y complicaciones asociadas. Experiencia de 125 casos

Maisto A, Araya M, Gálvez F, Barrientos J

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile.

Material y Método: estudio de cohorte retrospectivo de 125 casos de RPM entre 24 a 34 + 5 semanas de gestación ocurridos en el Hospital San Juan de la Serena, Chile en enero 2015 a mayo 2017 (28 meses).

Resultados: de 125 casos analizados, el promedio de edad de las

pacientes fue de 28.4 años (DS 7.1), en cuanto a la paridad el 49, 6 % fueron primigestas (62), el 28 % fueron múltiparas de 1 (35) y el 22.4% fueron múltiparas de 2 (28). El promedio de peso fetal al nacer fue de 2.000 g (DS 652) con una media de edad gestacional de 31 semanas (DS 3.1). En cuanto a las complicaciones asociadas: en 4 casos se presentaron Apgar bajo 7 a los 5 minutos (3.2%), en 7 casos se presentó corioamnionitis clínica (5.6%) y en 8 casos desprendimiento prematuro placenta normoinsera (DPPNI) (6.4%).

Conclusión: es importante conocer las características de las pacientes que presentaron esta complicación; nuestros resultados demuestran una mayor prevalencia de casos en pacientes primigestas (por tanto sin antecedentes), menores de 30 años y con edades gestacionales al nacimiento mayor a 30 semanas y alrededor de 2.000 grs de peso al nacer con muy buena sobrevida, lo cual concuerda con la literatura internacional cuando se asocia al tratamiento previamente comentado.

Conductas sexuales y anticonceptivas en alumnas de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional

Plascencia-Nieto ES, García-Trejo E, Espindola-Viveros KA *Salud Femenina, MSD, Ciudad de Mexico*

Objetivo: determinar las conductas sexuales y anticonceptivas en las alumnas de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Metodología: estudio-observacional, analítico, transversal. Tamaño de muestra obtenido por fórmula para dos proporciones, significación de 95%, poder 90%, factor de error 3%, con ajuste a población finita. Se levantaron 419 encuestas,

previo consentimiento informado de las alumnas de medicina de 1 a 6 año, en instrumentos individuales.

Resultados: 84% tiene vida sexual activa, edad a la primera relación sexual 15.81 ± 1.64 años, parejas sexuales 5.8 ± 1.37 , entre las que tienen vida sexual activa el 27.7% se ha realizado Papanicolaou en los últimos 3 años, 10.5% ha estado embarazada, resolviéndose el 86.4% mediante aborto, ya que 81.8% de los embarazos fueron no planeados o no deseados, 98.3% no desea embarazarse durante la carrera, edad promedio deseada para embarazarse después de la carrera es de 30.24 ± 0.23 años y de 27.5 ± 1.27 años durante la carrera ($p < 0.05$). En las que desean embarazarse en la carrera el método más usado es el preservativo en 71.4 vs 57.10% las que no desean embarazarse ($p < 0.05$); sólo 28.6% de las alumnas que desean embarazarse llevan preservativos por si los requiere vs 42.2% que no desean embarazarse ($p < 0.05$). Sólo el 31.3% ha ocupado el preservativo todas las veces, siendo el principal motivo de no uso las relaciones imprevistas. 61.3% ha usado la píldora de emergencia pues no desea embarazarse en la carrera vs 57.1% que si desea embarazarse ($p < 0.05$).

Conclusiones: la salud sexual en las alumnas de medicina tiene diversos factores de riesgo como número de parejas sexuales, falta de tamizaje para cáncer cervicouterino, embarazos no deseados y no planeados que han culminado en abortos y uso preferente de métodos de corta acción con pobre apego. Por lo que esta población del área de la salud está en riesgo elevado.

Inducción de la maduración de ovocitos en ciclos de donantes con protocolo de antagonistas

Vara-Miranda B, Badillo-Barradas C, Sandoval-Trejo RM *Centro Médico de Toluca, Metepec, Estado de México.*

Objetivo: evaluar el disparo de la maduración final de ovocitos en donantes con protocolo de antagonistas y uso de 1000UI de choragon vs 1/3 de choragon y gonapeptyl daily. **Material y Método:** se analizaron 30 ciclos de donantes en un ciclo de estimulación, todas estimuladas con dosis de 150 a 300UI de merapur, con disparo 10000 UI choragon y uso de gonapeptyl daily con 1/3 de choragon.

Resultados: las receptoras tenían como condición endometrio trilaminar. Las pruebas de embarazo positivas fueron similares con el uso de ambos esquemas, (83% y 82% respectivamente) obviamente la cantidad de ovocitos se consideró una variable.

Desarterialización de arterias uterinas en pacientes con hemorragia obstétrica

Badillo-Barradas C, Vara-Miranda B, Sandoval-Trejo RM *FERTIL T*

Objetivo: evaluar la eficacia de la desarterialización selectiva de arterias uterinas, como la troncular en arterias hipogástricas para control de la hemorragia obstétrica en pacientes que no responden a la farmacológica.

Material y Método: cuantificamos 10 casos de hipotonía uterina transoperatoria durante la cesárea de pacientes atendidas por infertilidad tanto primaria como secundaria que recibieron tratamiento de alta complejidad durante el periodo comprendido entre Junio del 2015 a Mayo del 2017. Los diagnósticos implicaron la interrupción del embarazo entre la semana 33 y la 37.2 de gestación por diversas causas. Durante el evento quirúrgico se



presentó hipotonía uterina que no remitió con tratamiento farmacológico, por lo que se decidió realizar la ligadura de la circulación uterina a nivel del segmento (arteria uterina) y ligadura de arterias ilíacas internas.

Resultados: el 100% de los casos revisados en el periodo tuvieron resultado favorable, cabe mencionar que este trabajo es continuidad de un protocolo que se inició en 2015, ya con un total de 23 pacientes que no tuvieron complicaciones en el transquirúrgico ni en el puerperio.

Conclusiones: la desarterialización es un evento útil en la hemorragia obstétrica que no responde a tratamiento farmacológico. Se requiere habilidad y experiencia quirúrgica, cabe mencionar que todas las pacientes de este estudio se sometieron a tratamiento de alta complejidad.

Rendimiento diagnóstico del índice ultrasonográfico de acretismo placentario en pacientes con inserción anómala de placenta

Guerrero-Guillén AJ, Moreno-Urbe MN, Reyes-Hernández MU, Mendoza-Reyes E, Mendoza-Ramírez E

Servicio de Medicina Materno Fetal, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3 Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México, México.

Material y Método: estudio de cohorte prospectiva que incluyó 124 pacientes con embarazo de tercer trimestre y con factores de riesgo de acretismo placentario. A todas las mujeres participantes se les realizó ultrasonido endovaginal y se midieron los siguientes parámetros: espesor del miometrio retroplacentario, lagunas placentarias y puentes vasculares vésico-pla-

centarios, además del número de partos por cesárea y la ubicación de la placenta. Se otorgó una puntuación de 0-9 lo que según el índice de acretismo placentario proporciona una probabilidad de invasión que varía de 2-96%, respectivamente.

Resultados: 124 mujeres con edad promedio de 32 años con IC95%: 31.1-33.1, con al menos una cesárea, fueron diagnosticadas con placenta previa o placenta de inserción baja durante el tercer trimestre por ecografía y estos embarazos se resolvieron en nuestro hospital. De estas 124 mujeres: 31 (25%) tuvieron confirmación histológica de invasión placentaria anómala, de las cuales: 16 (52%) fueron ácretas, 9 (29%) fueron íncretas y 6 (19%) fueron percretas. Los parámetros más altamente asociados con la invasión placentaria del modelo de índice de acretismo placentario así como la sensibilidad, la especificidad, VPP, VPN y RR para placenta ácreta, íncreta y percreta.

Conclusiones: este estudio prospectivo demostró que una puntuación >4 del Índice de acretismo placentario es altamente predictiva de invasión placentaria anormal entre embarazos de alto riesgo. 5 puntos (72% de predicción), 6 puntos (88% de predicción), 7,8 y 9 puntos (100% de predicción).

Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario

García G AG

Hospital Regional Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Zapopan Jalisco México.

Material y Método: en el servicio de materno-fetal del HRVGF se detectaron en consulta prenatal dos pacientes con datos ultrasonográficos de corioangioma placentario. Se observa en ultraso-

nido placentas de implantación corporal anterior, ambas con tumoración central, con presencia de vascularización en su interior y en la periferia con el doppler color. Ambos embarazos llegan al término. Únicamente un feto presenta estado fetal no tranquilizante, con taquicardia fetal. Se realizan cesáreas sin complicaciones y se envían placentas a patología. Recién nacidos no presentan ninguna complicación.

Resultados: se recaban resultados anatomopatológicos: 1) placenta con tumoración excéntrica de 6.5x6 cm, indurada, con diagnóstico de corioangioma. 2) placenta con tumoración de 3.5 cm con traslucidos vasculares, con diagnóstico de corioangiomas microscópicos y múltiples.

Conclusiones: es de gran importancia la valoración por medio de ultrasonografía en el tercer trimestre del embarazo, para poder detectar anomalías placentarias y realizar un tratamiento oportuno de las mismas. Y de esta forma disminuir la morbi-mortalidad fetal en tercer trimestre.

Valores de referencia de marcadores ecsonográficos del primer trimestre: translucencia nucal

Acosta-Alcalde I

Hospital Regional Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Objetivo: conocer y describir los valores de referencia de los marcadores ecográficos de primer trimestre.

Material y Método: estudio transversal, realizado en pacientes embarazadas que se les realizó ultrasonido en la unidad de Perinatología del Hospital Regional Valentín Gómez Farías, centro privado de medicina materno fetal en Guadalajara y Unidad de

Medicina Materno Fetal del OPD Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca.

Resultados: valores de referencia por mm de 45 a 84 de longitud céfalo caudal de translucencia nuchal.

Conclusiones: los marcadores ecográficos de primer trimestre, tiene un papel preponderante en el cribado prenatal de aneuploidia fetal. El más relevante es la translucencia nuchal, cuya efectividad ha sido validada en amplios estudios.

Epidemiología del cáncer de endometrio en una cohorte de pacientes del noreste y centro de México

Domínguez-Vigil I,
Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Objetivo: analizar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados al CE en una cohorte de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital Universitario José E. González y compararlas con las características a nivel mundial.

Métodos: análisis de las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados con CE (n=130), tales como: histología, clasificación de FIGO, edad al diagnóstico, IMC, edad de menarquia, presencia de menopausia, comorbilidad de diabetes mellitus, consumo de tabaco y alcohol.

Resultados: la histología más frecuente fue adenocarcinoma endometroide en el 79% de la población de estudio, el estadio FIGO más frecuente fue el I (60%) y la edad promedio al diagnóstico fue de 55 años, el IMC promedio fue de 31 (asociado con obesidad), la edad promedio de menarquia fue de 12 años, mientras que 79 % eran posmenopáusicas; respecto a las comorbilidades, 22 % presenta

diabetes mellitus tipo 2, 96 y 90% no consume alcohol o tabaco, respectivamente.

Conclusiones: las características estudiadas en la cohorte de pacientes presentan concordancia con las estadísticas establecidas a nivel mundial, tales como el tipo histológico (adenocarcinoma endometroide), el estadio (FIGO I), la edad y su estatus de menopausia al momento del diagnóstico (≥ 50 años), y acentuadamente, la obesidad como una comorbilidad asociada al CE. En este sentido, los profesionales de salud podrán enfatizar las características epidemiológicas antes mencionadas en el diagnóstico clínico del CE. Financiamiento: Este trabajo fue sustentado por CONACYT en la categoría Problemas Nacionales (#247850).

Concentraciones placentarias y mitocondriales de coenzima Q10 posterior a la suplementación con coenzima Q10 durante el embarazo

Molina G, Hernández I, Vivero S, Racines-Orbe M, Calle A, Terán E
Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

Antecedentes: la preeclampsia es una alteración relativamente común durante el embarazo (cerca del 7% de todos los embarazos) en la cual la respuesta hemodinámica normal del embarazo se encuentra alterada. En el año 2009, nuestro grupo demostró que la suplementación con coenzima Q10 reduce significativamente el riesgo de desarrollar preeclampsia en mujeres con alto riesgo para esta patología. De esas mujeres, se midieron los concentraciones placentarios y mitocondriales de Q10, tanto en las mujeres que recibieron placebo o 200 mg al día de coenzima Q10. Los resultados demostraron

que antes de la suplementación, a la semana 20 de gestación, los concentraciones plasmáticos de CoQ10 no fueron diferentes entre el grupo control (0.134 ± 0.05 umol/L) y el suplementado (0.139 ± 0.06 umol/L). Interesantemente, al parto, el tejido placentario no mostro diferencias en el grupo placebo entre las mujeres con embarazo normal y aquellas con preeclampsia, pero en el grupo que recibió CoQ10, las mujeres con preeclampsia tuvieron concentraciones significativamente más altas (0.31 ± 0.20 ug/mg de proteína) en comparación a las embarazadas normales (0.18 ± 0.08 ug/mg de proteína $p < 0.005$). Sin embargo, los concentraciones mitocondriales de CoQ10 en la placenta de las mujeres con preeclampsia que recibieron placebo, no fueron diferentes a las que recibieron suplemento de CoQ10 (0.82 ± 0.41 vs. 0.77 ± 0.42 ug/mg de proteína). Estos resultados sugieren que a pesar de que las mujeres con preeclampsia tienen bajas concentraciones plasmáticas de CoQ10 y concentraciones placentarias altas de CoQ10, no logran incrementar los concentraciones mitocondriales de CoQ10 como si sucede en las embarazadas normales.

Resultados de desvitrificación de óvulos en mujeres mayores de 35 años

Rangel-Puente KI, Ángeles-Zatarain V, Rosales de León JC
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana (IECH) Monterrey, N.L., México.

Objetivos: valorar si la desvitrificación de óvulos en el IECH, es una técnica con buena supervivencia, cuáles son los resultados clínicos y el pronóstico de recién nacido vivo, valorando la edad como factor de impacto en el éxito.



Material y método: estudio replicativo, retrospectivo, observacional, comparativo. Se incluyeron pacientes entre 2012-2015 en los que se utilizó la técnica de vitrificación de óvulos por diferentes razones (médicas o electivas) con el fin de postergación de la fertilidad. Se dividieron en dos grupos (G), G1: <35 (N = 72), G2> 35 años (N = 33). Un total de 704 ovocitos fueron vitrificados, los resultados reproductivos se estudiaron posterior a la desvitrificación, de estos supervivieron 691 (98.15%).

Resultados: el total de ovocitos desvitrificados se agrupó por edad, G1 = 210 (p = 0.1242, OD 0.374) y G2 = 481 (98.77%), dando un total de 691 ovocitos, no hubo diferencias en el número de ovocitos obtenidos en función de la edad (p = 0,635). Se realizó FIV/ICSI y de los fertilizados se realizó transferencia embrionaria en día 3 en el 82.23% de los casos y en día 5 en 17.77%.

Conclusiones: con el advenimiento de la técnica de vitrificación en la última década, se demostró la supervivencia y resultados clínicos similares a los de los ovocitos frescos en FIV en comparación con la técnica de congelación utilizada con anterioridad desde la época de los 80. Los estudios señalan buen pronóstico para preservación de la fertilidad. La técnica de vitrificación en el IECH, ofrece similares resultados reproductivos en comparación con artículos publicados a nivel mundial, ofreciendo buen pronóstico en la preservación ovocitaria con fines médicos o electivos de postergación de la fertilidad, sin embargo al dividirlo por grupos, en pacientes mayores de 35 años los resultados no son prometedores.

¿Mejora la hormona de crecimiento (GH) los resultados reproductivos? Análisis comparativo con dos protocolos de estimulación con antagonista para los ciclos de FIV
Rangel-Puente KI, Dávila-Garza A
Instituto para el Estudio de la Concepción Humana (IECH), Monterrey, Nuevo León. México.

Objetivo: evaluar si la adición de GH en los protocolos estándar de antagonistas mejora el resultado reproductivo.

Material y Método: estudio prospectivo y comparativo efectuado en mujeres mayores de 35 años, con indicaciones para FIV sin diferencia significativa entre la edad, concentraciones de HAM y E2 por grupos, haciendo estos grupos comparativos entre sí. Se formaron tres grupos de pacientes para ART. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS V20 para Mac, los resultados se expresaron como media y desviación estándar.

Resultados: se analizaron un total de 127 ciclos. Se dividieron en 3 grupos como se definió con anterioridad, Grupo 1 n = 21, Grupo 2 n = 76, Grupo 3 n = 30. Los porcentajes de embarazo fueron de 39%, 50% y 32% y de embarazo clínico entre grupos de 33%, 44% y 27%.

Conclusiones: la adición de LH ha mostrado incrementos positivos en los resultados reproductivos en los tratamientos de FIV. El incremento de la dosis de Gonadotropinas no muestra una mejora sobre los resultados finales de los tratamientos. La adición de GH en protocolo con antagonista no mostró mejoría significativa en los resultados ART. Sin embargo, se observa una tendencia

favorable de los porcentajes de embarazo en el grupo con suplementación de GH, lo cual puede sugerir una mejora en las condiciones ovocitarias para mejorar la calidad del embrión. Se necesitan más estudios para corroborar los resultados vistos.

Evolución clínica materno perinatal en gestaciones de 24 a 33 semanas y 6 días, más preeclampsia grave en tratamiento conservador o expedito

Guevara-Gómez YP, Herrera-Rodríguez EA
San Salvador, CA

Antecedentes: los trastornos hipertensivos del embarazo, pueden aparecer hasta en el

Material y Método: estudio analítico, observacional de tipo cohorte. Pacientes con embarazos de 24 a 33 semanas 6 días con preeclampsia grave ingresadas en el Hospital 1° de Mayo en el periodo de enero 2013 a junio 2016.

Resultados: con los resultados obtenidos en nuestra investigación se espera brindar un mejor tratamiento a estas pacientes y así disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, y optimizar los recursos hospitalarios.

Conclusión: los resultados obtenidos en esta investigación son acordes a lo demostrado a nivel internacional, se ha demostrado que el tratamiento conservador no aporta beneficios en pacientes con edad gestacional menor de 34 semanas, ya que no reduce morbilidad perinatal, si incrementa mortalidad perinatal y complicaciones maternas, por lo que es recomendable el tratamiento expedito.



CASOS CLÍNICOS

Linfangioma cavernoso: reporte de un caso

Medina-Jiménez, Levy-Mitrani SV,
León-Lara X, Beltrán

*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciu-
dad de México*

Antecedentes: los linfangiomas son tumores benignos, raros, del sistema linfático; se caracterizan por ser quísticos, septados, localizados principalmente en el área cervical o axilar; el pronóstico postnatal depende del sitio así como de la localización de la lesión.

Objetivo: escribir el caso clínico de una paciente del INPer que durante su control prenatal se estableció el diagnóstico de probable tumoración axilar fetal; describir el tratamiento multidisciplinario a la madre, su feto y recién nacido así como su seguimiento posterior a la terminación del embarazo.

Caso clínico: paciente de 19 años de edad, con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 por línea

paterna; tabaquismo desde los 14 años de edad a expensas de un cigarrillo diario así como etilismo ocasional, ambos suspendidos durante gestación actual. Secundigesta, con antecedente parto eutócico en el 2015, obteniendo recién nacido vivo femenino con peso de 2860 g sano.

La paciente ingresó al INPer para control prenatal por hallazgos ultrasonográficos de masa fetal torácica reportada desde las 20 SDG, con primer ultrasonido de segundo nivel del día 06.01.2017 que indicó 29.5 semanas, feto pélvico, placenta fúndica, polihidramnios (ILA 28.57cm) y masa extracardíaca de componente mixto a nivel de parrilla costal izquierda que abarca parte inferior del brazo izquierdo y superior al hombro y la base del cuello, con diámetro máximo de 9.79 x 5.37 x 6.33 cm; se observa la presencia de vaso nutricio hacia área subescapular sin incremento en la vascularidad a nivel de la masa, vías aéreas sin

datos de obstrucción. En control ultrasonográfico posterior del día 16.02.2017 se reporta crecimiento fetal acorde a ultrasonido previo y tumor mixto que involucra partes blandas incluyendo la pared del brazo ipsilateral, respetando estructuras óseas tanto de costilla como húmero, y con vascularización que se continúa hacia el brazo. Último ultrasonido del 03.03.2017 reporta 37.3 traspola 38-39 (38.2) SDG, reporta peso fetal de 3220 gr, percentil 73, ILA de 17.3cm, masa extratorácica que mide 10.4 x 5.69 x 5.4 cm con vaso nutricio subescapular, sin datos de hidrops y sin compromiso esofágico ni traqueal.

Conclusión: el diagnóstico oportuno realizado de forma prenatal en esta patología poco común es fundamental con la finalidad de lograr un tratamiento multidisciplinario que permita una resolución planeada y óptima del embarazo con un personal capacitado (obstetras, maternos fetales, neonatólogos, genetistas, cirujanos pediatras y



fisioterapeutas) con la finalidad de mejorar el pronóstico de estos pacientes que además permita disminuir al máximo sus secuelas a largo plazo.

Embarazo heterotópico con embarazo gemelar intrauterino. Reporte de caso

Medina-Jiménez V, Sánchez-Zelaya LE, Beltrán-Montoya J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: el embarazo heterotópico es de difícil diagnóstico, es excepcional y con potencial peligro para la vida en la que embarazos simultáneos ocurren en dos o más sitios de implantación. Su incidencia en población general se estima de 1 en 7000 a 1 en 30,000 embarazos espontáneos.

Objetivo: describir el caso clínico de una paciente con antecedente de embarazo heterotópico espontáneo que fue sometido a salpingectomía laparoscópica derecha y posteriormente resultó en un embarazo gemelar monocorial biamniótico. Así como realizar una revisión de la bibliografía.

Caso clínico: paciente con embarazo heterotópico tratado con salpingectomía derecha mediante laparoscopia sin complicaciones. Al reingreso para control prenatal tenía embarazo 14.3 semanas por FUM del 06.06.16, gemelar monocorial biamniótico (logrado espontáneo). Durante su control prenatal se realizaron 7 ultrasonidos, el último del 08.02.2017 de segundo nivel reportó gemelo A 34.1/35.2 semanas trasplora 36.0 semanas, cefálico dorso derecho, PEF 2408 gramos, líquido amniótico normal, hemodinamia sin alteraciones, gemelo B 35.2/33.6 semanas trasplora 35.5 semanas, producto cefálico dorso izquierdo, PEF 2190 kg, líquido amniótico

normal, vejiga visible, hemodinamia sin alteraciones, placenta corporal anterior, discordancia del crecimiento del 9 %, PSS sin evidencia de actividad uterina. Se solicitan laboratorios prequirúrgicos el día 07.02.17 reportando Hb 12.6 g/dl, Hto 39.4%, Leucocitos 8.4 mil/mm³, plaquetas 161 000 /mm³, TP 9.9 seg, TPT 29.3 seg, INR 0.95, urocultivo y cultivo cervicovaginal negativos.

Conclusiones: el embarazo heterotópico es una entidad nosológica rara, sin embargo, es menester su diagnóstico oportuno con la finalidad de ofrecer un abordaje adecuado; en estos casos, es posible que el embarazo intrauterino llegue a término sin incrementar el riesgo de desenlaces perinatales adversos, siempre bajo la premisa de ofrecer un abordaje multidisciplinario.

Placenta percreta. Caso clínico

Robledo-Maldonado MR, Grimaldo-Valenzuela P
IMSS Hospital General de Zona 1, San Luis Potosí, SLP,

Caso clínico: paciente de 42 años de edad. Menarca a los 12 años. FUM: 18/02/16 (30.3 SDG), método anticonceptivo: DIU retirado, G4C2A1, las dos cesáreas por falta de progreso de trabajo de parto, aborto incompleto tratado con legrado uterino. Consultó debido a salida de líquido transvaginal claro abundante el día 18/09/16 a las 18:30 h. A la exploración gineco-obstétrica con abdomen globoso a expensas de útero gestante, con fu de 31 cm, FCF de 156 por minuto, movimientos fetales presentes, cervix con 1 cm de dilatación y 20% de borramiento, signos de Tarnier y Valsalva francamente positivos, sin actividad uterina. Se establece el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino. El esquema antibiótico fue

con eritromicina, ampicilina y de madurez pulmonar fetal.

El ultrasonido obstétrico reportó: feto único vivo, placenta corporal lateral grado II, con borde placentario inferior a 7 cm del orificio cervical interno, además de oligohidramnios severo de 1cc. Se decide resolución del embarazo vía abdominal ya con esquema de madurez pulmonar fetal completo. En el transquirúrgico invasión de la placenta a miometrio y serosa uterina, así como a epiplón, vejiga y uréter izquierdo, además de pérdida de la arquitectura a nivel del segmento uterino, compatible con datos de placenta percreta. Se realiza cesárea corporal tipo Beck obteniéndose producto único vivo, femenino, de 1850 g, apgar 7-8. Posteriormente se procede a realizar histerectomía con lesión advertida de uréter izquierdo y de vejiga, presentando en el transquirúrgico 2 paros cardiorrespiratorios revertidos, secundarios a choque hipovolémico grado 4, con sangrado calculado de 4500cc, se realiza empaquetamiento pélvico y se ingresa a unidad de cuidados intensivos, encontrándose en grave y con ventilación mecánica asistida. Se programa para laparotomía exploradora ese mismo día por persistir en unidad de cuidados intensivos con datos de bajo gasto cardíaco, realizándose ureterostomía bilateral y ligadura de iliacas internas. Reingresó a unidad de cuidados intensivos. Es egresada de unidad de cuidados intensivos 6 días después e ingresa al área de terapia intermedia de nuestro hospital, presentando evolución clínica favorable y es egresada de nuestro hospital el día 8/10/16 y se decide su traslado a clínica de urología para reparación de uréteres bilateral, la cual se lleva con éxito el 10/10/16. Actualmente la paciente se encuentra sin secuelas neurológicas, con hijo vivo y sin secuelas.

Anomalía de Ebstein y embarazo.

Reporte de un caso

Robledo-Maldonado MR
IMSS, Hospital General de Zona 1,
San Luis Potosí. México.

Antecedentes: caso clínico de una paciente en la tercera década de la vida, con antecedente de cardiopatía congénita cianógena (anomalía de Ebstein), sin tratamiento quirúrgico, en su segunda gesta, con parto vaginal (expulsivo) espontáneo 5 años atrás, sin referir empeoramiento de su enfermedad de base, la cual ingresa a nuestro hospital con deterioro de su clase funcional, se estabiliza mediante medidas generales como O2 con puntas nasales y reposo, es egresada del hospital y regresa con II embarazo intrauterino de 30.3 SDG y amenaza de parto prematuro, se uteroinhibe, se inicia esquema de maduración pulmonar. Se decide envío a hospital de tercer nivel para resolución del embarazo con tratamiento multidisciplinario sin embargo durante su trayecto en ambulancia desarrolla trabajo de parto presentando nacimiento durante su trayecto sin descompensación hemodinámica regresa al hospital general de zona 1 en San Luis Potosí en su puerperio inmediato sin repercusión hemodinámica; posterior al parto la paciente se mantiene asintomática, sin embargo el producto pasa a terapia intensiva neonatal y fallece por complicaciones respiratorias.

Embarazo abdominal

Robledo-Maldonado MR
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 1,
San Luis Potosí, SLP, México.

Caso clínico: paciente de 31 años de edad, originaria y residente de Villa de Guadalupe, Matehuala, tercera gesta con antecedente de dos cesáreas previas última con in-

dicación de pélvico, carga genética para diabetes mellitus e hipertensión arterial, Ciclos menstruales regulares y con retraso menstrual de 32 semanas en relación con la fecha de la última menstruación, curso con 6 episodios de amenaza de aborto es enviada de 1er nivel por presentar ultrasonido el cual reporta producto único vivo longitudinal cefálico (PUVLC), FCF 158 índice de líquido amniótico de 16cc, placenta corporal anterior de inserción baja y presencia de actividad uterina, se envía a segundo nivel para complementación diagnóstica. A su ingreso se realiza ultrasonido obstétrico por médico ginecólogo el cual reporta PUVLC dorso posterior placenta previa parcial borde inferior cubre parcialmente el orificio cervical interno, se comienza maduradores pulmonares y se interconsulta con materno fetal en esta unidad quien refiere EIU de 33 sdg DBP. 33.3, CA: 32cc, LF 31.5, ILA de 14cc, cefálico, placenta corporal anterior, longitud cervical 2.7 cm, existe flujo turbulento con OCI muy vascularizado con impresión de datos de acretismo en placenta a nivel lateral derecha y posterior, se solicita envío a tercer nivel por acretismo placentario. Durante su estancia intrahospitalaria se descubre síndrome anémico con hb. 6.5 por lo que transfunde tres paquetes globulares, se cumple esquema de maduración pulmonar y se realizan trámites pertinentes de envío. Es valorada en hospital de tercer nivel por médico materno fetal quien descarta datos de acretismo solo reportando útero hipervascularizado y se regresa al segundo nivel de atención. Se decide resolución abdominal por dos cesáreas previas con los siguientes hallazgos transoperatorios: Después de incidir peritoneo se localiza bolsa amniótica con feto único, placenta intraabdominal

fuera de útero adherida a fondo de útero y epiplón, útero no ocupado se realiza histerectomía subtotal con omectomía parcial, extracción de feto vía abdominal obteniendo producto femenino de 36 sdg x Capurro talla de 48 cm, peso 2880 g apgar 7-9 SA 00. Se realiza cirugía con sangrado de 500 cc. Se mantiene en vigilancia postquirúrgica 48 h sin complicaciones por lo que se egresa. Recién nacido egresado sin complicaciones.

Preservación de la fertilidad con análogos de GnRH. A propósito de un caso

Saavedra-Portales L
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey NL, Centro Universitario de Medicina Reproductiva.

Antecedentes: el tratamiento del cáncer y de algunos padecimientos precancerosos puede requerir intervenciones agresivas para los ovarios, esto a menudo conduce a la infertilidad que es una preocupación importante en cuanto a la calidad de vida de la mujer. Debido a los múltiples tratamientos contra el cáncer, exitosos en muchos casos, actualmente existe la preocupación por crear tratamientos efectivos para la preservación de la fertilidad uno de ellos es la supresión gonadal con aGnRH pre y post quimioterapia, el cual resulta un método sencillo y no invasivo para lograr el objetivo.

Caso clínico: paciente de 32 años que consultó para preservación de la fertilidad por inicio de tratamiento oncológico. Sin antecedentes heredofamiliares y personales relevantes, sin tabaquismo ni alcoholismo. Menarquia a los 13 años (30 x 4), cantidad normal. Dispareunia negada. Nuligesta. Nódulo en el cuadrante superior interno en GMI de aproximadamente 5 x 4 cm de 2 semanas de



evolución. BIRADS 4C. La biopsia de lesión reportó: carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado. Se programó para resonancia magnética nuclear y posteriormente quimioterapia. La mastectomía mostró: tejido microglandular moderadamente denso en el cual se identifica un nódulo hacia la región de intercuadrantes superiores de la mama izquierda, de alta densidad, microlobulado de contornos parcialmente indistintos con microcalcificaciones en su interior que causa distorsión del tejido mamario. Se identificó al menos un ganglio axilar izquierdo con engrosamiento cortical excéntrico. BIRADS 4C. Biopsia de lesión en glándula mamaria izquierda.

Adenocarcinoma ductal infiltrante, moderadamente diferenciado, con escala de Nottingham de 7 puntos, cancerización de lobulillos y presencia de microcalcificaciones. TA 100/70 Peso: 68Kg Talla: 1.64 IMC: 25. Consciente, orientada, complexión media. Con presencia de cicatriz qx en CSI de GMI. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal. Genitales externos normales, con distribución del vello ginecoide. Genitales internos: vagina normal, cérvix sin alteraciones. USG útero en AVF de 7x4 x 3 cm Superficie regular homogénea LE 5 mm. Ovario izquierdo de 1.9x1.8x2.5 cm CFA 2 Ovario derecho 1.8x1.7x2.2 cm CFA 1. Diagnóstico: carcinoma ductal infiltrante.

Se inicia protocolo para preservación de la fertilidad a base de agonistas de la GnRH. Goserelina 3.6 mg SC por 3-4 ciclos. Se inició con dos ciclos de quimioterapia. Paciente de 38 años. Última sesión de QT hace 4 años. FUM: 21-marzo/2017, presentando ciclos cortos los últimos 2 años (21-26 días). USG Pélvico Útero AVF de 7x4x4 cm, LE 3 mm, Ambos Ovarios con

3-4 Folículos Cada Uno. Deseo de Embarazo: se dan indicaciones para coito programado.

Conclusión: no obstante, con los resultados obtenidos en los diferentes estudios en los que no se observó un efecto protector de la función gonadal mediante el uso de aGnRH, los hallazgos no son suficiente evidencia del riesgo-beneficio que desestimaría el uso de éstos agentes para la quimio-protección.

Fibroadenoma gigante juvenil: reporte de un caso

Oscar De la Garza-Lozano O, Díaz-Manjarrez V, Paz-Salinas M, De los Santos F, Rodríguez-Arredondo JP *Programa Multicéntrico de Residencias Médicas, Hospital San José Tec Salud Monterrey, México.*

Antecedentes: es infrecuente encontrar masas palpables en la mama de pacientes jóvenes y generalmente corresponden a tumores benignos. La etiología es desconocida pero se cree que se debe a una hipersensibilidad a niveles normales de estrógenos por el órgano blanco. El fibroadenoma gigante se define como una masa con un peso superior a 500 g o una medida que sobrepase los 5 cm de diámetro.

Caso clínico: paciente de 12 años que llegó a la consulta por aumento de tamaño de la mama izquierda considerable de 3 meses de evolución. Con buena salud, sin antecedentes personales de importancia, sin cirugías previas, niega ingesta de medicamentos y alergias. A la exploración física se encontró la mama asimétrica a expensas de aumento de tamaño de mama izquierda, se conserva la forma de la areola y el pezón. Se palpa (características de la masa). Se observó una importante asimetría, con aumento de volumen en forma generalizada de la

glándula mamaria izquierda, por una gran tumoración de borde nítido, homogénea, que ocupa toda la glándula mamaria de aproximadamente 17 x 15 x 10 cm, no presenta calcificaciones, motivo por el cual se decide evaluar con ultrasonido. El ultrasonido reportó una tumoración homogénea de bordes nítidos, con presencia en su interior de una imagen lineal que sugiere la posibilidad de una tumoración benigna, no se observa aumento de la vascularidad ni otras alteraciones.

Se realiza resección de tumoración de mama izquierda y reconstrucción de mama izquierda en mismo tiempo quirúrgico.

Se procede a exéresis de tumoración mediante una incisión periaareolar se extrae tumoración lobulada de aproximadamente 18 cm y peso 850 grs.

En el examen transoperatorio con cortes pro congelación se diagnostica como fibroadenoma gigante.

El reporte histopatológico se describe fragmento macronodular de tejido que pesa 850.0 g y mide 17.0 x 16.0 x 8.0 cm, de color café-blancuecino, aspecto lobulado y consistencia renitente. A la sección la superficie de corte es homogénea, de las mismas características previamente descritas. El tumor corresponde a una proliferación mixta benigna compuesta por estroma colágeno denso, entre el cual se observan ductos comprimidos con epitelio sin datos de atipia. No hay evidencia de malignidad.

La paciente presenta buena evolución y en el control a 6 meses posteriores a la cirugía se corrobora simetría mamaria, buena cicatrización de incisión y con buen resultado estético.

Coartación de la aorta en paciente con embarazo a término: reporte de un caso

Chávez-García L, Apodaca-Miranda MC, Figueroa-Pérez I, López-Flores AM

Hospital General Regional 1, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora. Hospital General Zona 35, IMSS. Ciudad Juárez, Chihuahua. UMAE 344, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. México.

Antecedentes: la coartación de la aorta es una cardiopatía congénita, por lo general a nivel de aorta descendente, la localización más frecuente a nivel o adyacente a ligamento arterioso en la unión de callado aórtico.

Objetivo: presentación clínica de un caso de coartación de aorta y embarazo.

Material y Método: paciente de 24 años de edad con antecedente de un embarazo de 38.5 semanas, antecedente de soplo cardíaco desde de la infancia. Hipertensión arterial gestacional a las 26 semanas en tratamiento triple esquema antihipertensivo. Coartación de la aorta las 33 semanas sin descompensación por hallazgo en ecocardiograma.

Resultados: se interrumpió el embarazo por alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal. Apoyo multidisciplinario. Se realiza cesárea hallazgos: masculino 9:36 hrs, peso 3700gr, talla 47cm, APGAR 8/9. SA 0/0. Capurro de 39. Abordaje anestésico bloqueo mixto, sin complicaciones. Se reportan elevaciones de TA en transquirurgico, requiriendo tratamiento antihipertensivo IV hidralazina.

Conclusiones: el tratamiento multidisciplinario de los pacientes con coartación aortica consiste en ofrecer consejo preconcepcional con cardiopatía con objetivo de no correr riesgos evitables. Es importante mencionar el riesgo de cardiopatía congénita hasta el 4%. La futura posibilidad de reali-

zar biopsia corionica a las 12 sdg permitirá el diagnostico prenatal.

Tratamiento de fístula vesico vaginal con doble sistema colector

Figueroa-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortes M, De la Torre-Arroyo MI, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI

Centro Médico Nacional de Occidente UMAE 344, IMSS Guadalajara, Jalisco, México.

Antecedentes: las fístulas urogenitales son más frecuentemente adquiridas por obstetricia, quirúrgicas, radiológicas. Se desarrollan más del 90% fístulas de etiología obstétrica. Cuando el tratamiento quirúrgico de primera instancia falla el índice de incontinencia es entre 60- 98% de las pacientes. La incontinencia puede persistir en la mitad de las mujeres después de la reparación, particularmente cuando existe algún defecto uretral o asociaciones de anomalías de vías urinarias inferiores.

Caso clínico: paciente de 53 años de edad, con antecedentes de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina complicación fístula vesicovaginal. Se sometió a fistulo plastia sin embargo fue fallido. Cistoscopia, observando defecto en pared vesical gigante. Se realizó fistuloplastia abdominal con reimplante ureteral derecho más cateterización ureteral bilateral. Hallazgos, fístula vesicovaginal de 4x3cm, se realiza reimplante con retiro de tabique por doble sistema colector con técnica intravesical, vejiga de muy baja capacidad, perdida anatómica de trigono vesical. Posteriormente con adecuada evolución postquirúrgica, cistoscopia sin alteraciones.

Conclusiones: con base al tratamiento y diagnóstico el abordaje abdominal es la mejor vía de intervención en pacientes con

fístulas vesicovaginales complicadas o recidivantes dejando la vía laparoscopia para casos no complicados. O'Connor sigue siendo la recomendada para el tratamiento quirúrgico. Es importante capacitación a médicos para abordaje laparoscópico por los beneficios que presenta, además de ser el de elección en la actualidad.

Fístula vesicovaginal con reimplante bilateral por histerectomía vaginal. Reporte de un caso

Figueroa-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortes M, De la Torre-Arroyo MI, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI

Centro Médico Nacional de Occidente UMAE 344, IMSS Guadalajara, Jalisco, México.

Antecedentes: fístula vésico-vaginal comunicación entre epitelio vaginal y vesical, resulta en una fuga continua de orina a través de la vagina. El lugar más frecuente de lesión ureteral es la base del ligamento ancho y en el túnel, antes de que el uréter penetre en la vejiga.

Caso clínico: paciente de 50 años, antecedente de histerectomía vaginal por prolapso genital con complicación durante procedimiento lesión vesical. Se inicia protocolo con cistoscopia: meato ureteral derecho a 0.5 cm de fístula la cual se encuentra en trigono vesical de 4 cm de diámetro, meato ureteral izquierdo a 1.5cm de sitio de la fístula. Se realizó fistuloplastia abdominal O'Connor más reimplante ureteral bilateral, colocación catéter JJ bilateral. Hallazgos fístula vesicovaginal de 2 cm, en región de trigono que involucra ambos uréteres. Posteriormente con adecuada evolución, sin pérdida de orina.

Conclusiones: la fístula vesicovaginal afecta la calidad de vida severa, presentándose como incontinencia



urinaria total. Las fístulas vesico-vaginales son las más frecuentes (28%), seguidas de fístulas ureterovaginales (18%). Es importante la localización de fístula, para así valorar abordaje en cada paciente. Se ha demostrado que el abordaje abdominal ya sea laparoscópico o abierto tienen mayor tasa de éxito.

Tratamiento quirúrgico de un paciente con fístula uretero cervical

Figuerola-Pérez I, López-Flores AM, Hernández-Ramírez E, Cruz-Cortes M, De la Torre-Arroyo IM, Grover-Baltazar AH, Castellanos-Cuencas KI

Centro Médico Nacional de Occidente UMAE 344, IMSS Guadalajara, Jalisco, México.

Antecedentes: fístula uretero cervical se presenta por relación del uréter con el aparato genital durante procedimientos. Esta comunicación causa incontinencia total e independiente del aumento de presión intraabdominal. La incidencia de lesión ureteral 0.5%-1%. Las lesiones se presentan nivel ligamento infundíbulo pélvico, arteria uterina.

Caso clínico: paciente de 43 años, antecedente histerectomía subtotal abdominal por miomatosis, con fístula ureterovaginal como complicación. Cistoscopia: meato ureteral derecho sin eyacular, inmóvil, paso de guía se detiene a los 8 cm. Vaginoscopia salida de orina a través de cérvix en labio anterior. Se realiza ureteroneocistotomía derecho con técnica de Lynch de McGregor con colocación de catéter JJ ureteral derecho. Cistoscopia 6 semanas postquirúrgicas: meato ureteral derecho colapsado, neomeato en techo vesical, sin evidencia de estrechez.

Discusión: en la fístula uretero cervical es importante los pasos diagnósticos para valorar funcionamiento de unidades renales,

integridad, nivel, tamaño de lesión, para valorar relación anatómica, fístula y planificar estrategia terapéutica. El número de casos son 6 seguido de realización de cesárea segmentaria y un solo caso a la diseminación local de adenocarcinoma de cérvix asociándose a un trayecto fistuloso hacia vagina. La incidencia es poca de estas el 33.3% afecta cuerpo del útero llamada vesicocorporales, 66% comprometen al cérvix uterino denominándose vesicocervicales.

Conclusiones: es importante mencionar que estas fístulas se presentan de manera infrecuente, y principalmente en cesáreas segmentarias que constituyen el primer factor de riesgo. Sin embargo, en nuestro caso es raro que se presenten ya que la técnica utilizada para miomatosis de grandes elementos fue histerectomía subtotal, presentando como complicación fístula cervical.

Terapia de células madre mesenquimales en síndrome de Asherman. Reporte de caso

Castro-Hernández WB, Sánchez-Ávalos E, Barba-Gómez CA, García-Amador MI, Ruvalcaba-Castellón LA

Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI).

Antecedentes: las células madre se clasifican dependiendo de su origen células madre adultas (CMA) y células madre embrionarias (CME), las CMA o multipotenciales son conocidas como órgano-específicas, generan los tipos celulares del mismo tejido. El síndrome de Asherman se caracteriza por la existencia de adherencias intrauterinas: la prevalencia del mismo es de 9.6% en mujeres mexicanas y uno de los síntomas es infertilidad.

Objetivo: reportar el caso de una paciente con síndrome de Asherman, en la cual se realizó terapia

de células madre mesenquimales obtenidas de tejido menstrual.

Material y Método: paciente de 37 años, 4 embarazos, 0 partos, 1 cesárea, en 2007 embarazo de 22 semanas de gestación y ruptura prematura de membranas, diagnóstico de artritis reumatoide tratamiento con cortisona, recurrencia de ruptura prematura de membranas a las 24 semanas, dos años posteriores. Se realizaron 2 histeroscopías en junio y diciembre de 2010 por RMN con presencia de adherencias en el 90% de la cavidad endometrial, en las histeroscopías se encuentra tejido fibro-membranoso, diagnosticando Síndrome de Asherman. Dos años más tarde, se realiza lavado uterino con: clindamicina, fluconazol y ceftriaxone. Se decide aplicar células madres intrauterina las cuales posterior a obtenerlas de tejido menstrual fueron colocadas 50 millones de células madre mesenquimales en dos ocasiones, febrero y agosto del 2013.

Resolución del caso: al año siguiente se diagnostica embarazo de 9.5 semanas el cual culmina en enero del 2015 vía cesárea secundario a ruptura prematura de membranas. Posterior a dos dosis de células madres mesenquimales se logró el embarazo, aún con la incompetencia cervical, luego del cerclaje en la semana 16, se pudo llegar a las 32 semanas de gestación, se logró mediante cesárea un varón con peso de 1,500 gr y talla de 40 cm.

Conclusiones: las células madres mesenquimales pueden ser una alternativa para pacientes con síndrome de Asherman. Estudios prospectivos, adecuadamente diseñados serán necesarios para demostrar la efectividad de este tratamiento.

Holoprosencefalia alobar. Reporte de caso

De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Guzmán D

Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: la holoprosencefalia es resultado de la división deficiente del prosencéfalo embrionario que da origen a los hemisferios cerebrales, ventrículos laterales, el tálamo y el tercer ventrículo y se asocia comúnmente con defectos de la parte media de la cara. Existen tres tipos clásicos: lobar, semilobar y alobar. La prevalencia es de 1.4 por 10,000 nacimientos a nivel mundial. Los casos graves no son compatibles con la vida; sin embargo, las formas más leves son potencialmente viables.

Objetivo: detectar oportunamente este padecimiento y determinar si el tipo de holoprosencefalia es compatible con la vida. Sensibilizar a los clínicos sobre el diagnóstico precoz por ecografía fetal especializada ya que permite la terminación temprana del embarazo médico-legal y evita el trauma psicológico materno.

Caso clínico: paciente de 30 años con antecedentes de dos embarazos y un parto, y sin heredofamiliares de importancia. Con antecedente personal patológico de diabetes mellitus diagnosticado hace 1 año 9 meses. Es enviada al servicio de medicina materno fetal con médico particular para valoración de embarazo actual, en donde se diagnostica un embarazo de 21.6 semanas por fetometría, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2), cebocefalia e imagen compatible con probable holoprosencefalia alobar, sugiriendo cariotipo fetal el cual no se realiza, además no lleva seguimiento de su patología. Es valorada por primera vez en nuestro servicio de perinatología del Hospital General de Saltillo en donde se realiza ultrasonido obstétrico encontrado

producto único vivo con FCF 136 lpm, se observa un monoventrículo sin evidencia de estructuras en la línea media y cebocefalia, con peso estimado fetal de 2, 139 gr, placenta posterior grado I, índice de líquido amniótico 16cc; integrando diagnóstico de embarazo de 27 semanas + holoprosencefalia alobar con cebocefalia + G2P1 + DM tipo 2. Continúa con consultas de seguimiento para control metabólico.

Resolución del caso: la paciente acudió al servicio de urgencias para valoración por actividad uterina con diagnóstico de embarazo de 38.2 semanas + G2P1 + Holoprosencefalia alobar con cebocefalia + Polihidramnios + DM tipo 2 + Trabajo de parto en fase latente. Se decide inductoconducción de trabajo de parto. Se atiende parto eutócico, obteniendo producto femenino con un peso de 2,225 gr, 43 cm, con 35 semanas por Capurro, el cual respira pero no llora al nacer, con FCF 90 lpm. Se observan múltiples malformaciones, entre ellas hipotelorismo con anoftalmía bilateral, estructura nasal primitiva única, no permeable de aspecto probóscide y microcefalia. El producto fallece 1 hora y 30 minutos posterior al nacimiento. Sin complicaciones en el puerperio.

Conclusión: la holoprosencefalia presenta alta mortalidad y mal pronóstico fetal, sin embargo existen formas más leves en donde los niños tienden a sobrevivir más allá de la infancia necesitando un tratamiento multidisciplinario estrecho para mejorar su calidad de vida. Por lo que es de suma importancia realizar un diagnóstico temprano para tomar acciones oportunas.

Cetoacidosis diabética durante el embarazo: reporte de caso

De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Herrera II, López-Capistrán F

Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: la incidencia de diabetes mellitus (DM) durante el embarazo es de 6%; la diabetes gestacional representa el 90% de estos casos. Los casos complicados con cetoacidosis diabética representan solo el 0.5 a 3% de los casos de todas las gestaciones complicadas con diabetes. Mortalidad materna menor de 1% y mortalidad fetal de 9 a 36%. Las alteraciones de la cetoacidosis ocurren como una respuesta a la percepción de falta de glucosa activando las vías alternas del metabolismo.

Caso clínico: paciente de 18 años de edad con antecedente de DM tipo 1, cursando primera gesta de 30.2 semanas de gestación (SDG), con control prenatal en centro médico rural. La paciente refirió no haber utilizado insulina, posteriormente inicia con intolerancia a la vía oral y malestar general. Es hospitalizada 12 horas después del inicio de los síntomas; a su ingreso con presión arterial 125/80, 28 respiraciones por minuto, 125 latidos por minuto y temperatura de 37.7 C. Se encuentra consciente, orientada, cooperadora, diaforética, patrón respiratorio de Kussmaul, taquicárdica, abdomen globoso a expensas de útero grávido, sin actividad uterina, sin hipersensibilidad uterina. Útero ocupado por producto único, cefálico, dorso izquierdo, sin frecuencia cardíaca fetal. Al tacto vaginal cérvix posterior, blando, dehiscente, sin evidencia de ruptura de membranas, con leucorrea blanca, grumosa, fétida, abundante, así como eritema en genitales externos. Se integra diagnóstico de embarazo de 30.2 SDG + G1 + DM tipo 1 + cetoacidosis grave + óbito + candidiasis. Se inicia trata-



miento de la paciente canalizando dos vías para hidratación agresiva con solución fisiológica (1000cc para 1 hora seguido de 1000 cc para 4 horas), reposición de bicarbonato (22amp IV en bolo seguido de 44amp diluidas en 250cc en solución fisiológica para 3 horas), tratamiento de hiperglucemia con insulina (10U IV en d.u. seguido de 7U por hora con bomba de infusión), tratamiento de cervicovaginitis con fluconazol 100mg IV cada 24 horas. Se mantiene vigilancia de la paciente con laboratorios, gasometría y glicemias capilares seriadas, cuantificación de diuresis por hora con sonda Foley. Al encontrarse en mejores condiciones posterior a tratamiento inicial se decide inducción de trabajo de parto con Misoprostol 50mg vía oral en dosis única.

Resolución del caso: se atendió un parto eutócico, 10 horas posteriores a su ingreso, obteniendo producto único, sin signos vitales, femenino, de 1650gr, 41cm y 32 SDG por Capurro. Posterior al nacimiento se continua vigilancia del puerperio en unidad de cuidados intensivos. La paciente es egresada 7 días después por mejora clínica con niveles de glucosa dentro de parámetros normales.

Conclusión: durante un episodio de cetoacidosis diabética se debe iniciar el tratamiento de la paciente con hidratación, reposición de electrolitos en caso de ser necesario y control glucémico con insulina; así como tratar la causa probable que desencadenó el descontrol metabólico. El embarazo no es la prioridad en estas pacientes; ya que, al mejorar las condiciones de la madre, también lo harán las del producto. Las indicaciones para terminación del embarazo y la vía de terminación dependerán de las condiciones del binomio una vez resuelto el estado metabólico de la paciente.

Tratamiento preventivo de hemorragia obstétrica en paciente con acretismo: reporte de caso

De la Cruz-Alarcón B, Salinas-Herrera II

Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: se define como placenta previa la que se inserta en el segmento uterino y cubre total o parcialmente el orificio cervical interno. Se asocia con acretismo placentario en 5%. Los factores de riesgo son cirugías uterinas previas, edad mayor de 35 años, periodo intergenésico corto y tabaquismo.

Caso clínico: paciente de 30 años, cursando tercera gesta con antecedente de dos cesáreas previas por preeclampsia, sin otros antecedentes de importancia; acude a las 33.3 semanas de gestación por sangrado vaginal en cantidad moderada, negando otros síntomas asociados. Se encuentra placenta previa total en rastreo por ultrasonido en área de urgencias por lo que se decide su internamiento.

A su ingreso se encontró estable con los siguientes signos vitales: presión arterial 130/80, frecuencia cardíaca 85, frecuencia respiratoria 18, temperatura 36 °C, índice de choque 0.6. Se realiza especuloscopia encontrando sangrado escaso a través de canal cervical. Paciente sin actividad uterina, con registro cardiotocográfico categoría I, con remisión espontánea del sangrado por lo cual se inicia tratamiento conservador y valoración por parte de medicina materno fetal en busca de datos sugerentes de acretismo placentario.

Ultrasonido obstétrico por parte de servicio de medicina materno fetal: PUVI, transverso, polo cefálico derecho, dorso superior; peso estimado de 2332grs; ILA 5.9cc; longitud cervical de 24 mm; placenta previa total grado

II, presencia de lagunas intraplacentarias, pérdida de la interfase interplacentaria, sin presencia de vasos tortuosos.

Se inicia protocolo para tratamiento conservador y preparación para cesárea e histerectomía obstétrica por acretismo placentario. Con el binomio estable durante internamiento se completa esquema de maduración pulmonar. Al tercer día de hospitalización paciente reinicia con sangrado vaginal, rojo, brillante, escaso y constante; con 4 paquetes globulares y 4 plasmas disponibles se pasa paciente a sala de quirófano, se prepara pantalón antichoque y se inicia cesárea e histerectomía obstétrica con técnica para prevención de hemorragia obstétrica. Se inicia pinzando y cortando ligamentos redondos y uteroovaricos, incisión fúndica para extracción del producto, se difiere alumbramiento y se procede a ligadura de arterias hipogástricas y se continua con el resto de la histerectomía.

Resolución del caso: feto único, vivo, de 1950 g, 35 SDG por Capurro, APGAR 8/9 y Silverman Anderson 0/0. Sangrado total 900 cc. Patología: útero de 20 x 17 x 10 cm. Placenta íncrета.

La paciente fue dada de alta del hospital al tercer día postquirúrgico sin complicaciones.

Conclusiones: la placenta previa es una patología que debe tenerse en cuenta durante el control prenatal de todas las pacientes, en especial quienes tienen factores de riesgo. Al establecer el diagnóstico de placenta previa también debe buscarse, intencionadamente, su asociación a acretismo placentario. Las pacientes con estas patologías tienen una alta morbimortalidad secundaria a hemorragia obstétrica, por lo que el diagnóstico oportuno y la planeación quirúrgica son de suma importancia para la prevención. El tratamiento pre-

ventivo incluye la disponibilidad de hemoderivados, canalización de doble vía con catéter de grueso calibre, vigilancia de la diuresis y signos vitales; así como el uso adecuado de técnicas quirúrgicas que permitan la prevención de una mayor pérdida sanguínea durante la intervención, con lo cual se puede lograr una disminución en la moribimortalidad materna y una evolución satisfactoria durante el postquirúrgico.

Embarazo en paciente con miastenia gravis: reporte de caso

De la Cruz-Alarcón B, Salazar-Leal M, Salinas-Herrera II
Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: durante el embarazo los cuadros miasténicos aparecen comúnmente en el tercer trimestre (60%), 35% permanece sin cambios y 30% se presentan durante el puerperio. Mortalidad materna menor de 4%.

Caso clínico: paciente de 35 años, 5 embarazos, 1 cesárea, 3 partos; 38.1 semanas de gestación por ultrasonido traspolado de primer trimestre, acude a servicio de urgencias refiriendo contracciones uterinas. Antecedentes heredo-familiares o no patológicos de importancia negados. Miastenia gravis diagnosticada 4 años previos a su ingreso, tratada con piridostigmina 240 mg al día, divididos en 4 dosis y prednisona 50 mg cada 24 horas. A su ingreso refiere fatiga, niega dificultad respiratoria, tolerando vía oral, niega dificultad para la deglución, síntomas de vasoespasma negados. Consciente, orientada, cooperadora, ptosis palpebral bilateral, limitación de la movilidad ocular en todos los ejes, campos pulmonares con adecuada ventilación, abdomen globoso a expensas de útero gestante; ocupado

por producto único, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha con frecuencia cardíaca fetal de 148 lpm, sin actividad uterina; al tacto vaginal sin modificaciones cervicales, sin sangrado vaginal, sin salida de líquido transvaginal, extremidades sin edema, nivel 5/5 en escala de fuerza muscular. Se decidió programar la terminación del embarazo por vía abdominal. Se solicita valoración previa por servicio de anestesiología y neurología los cuales no realizan modificaciones al tratamiento de la paciente. Se prepara equipo en unidad de terapia intermedia para la estancia de la paciente durante el puerperio inmediato por riesgo de crisis miasténica.

Resolución del caso: con bloqueo subaracnoideo con 7.5 mg de bupivacaína hiperbárica se realiza cesárea tipo Kerr y salpingooforectomía bilateral tipo Kroener, sin complicaciones durante evento quirúrgico. Se obtiene producto único, vivo, masculino de 2750 g, 47cm, Apgar 8/9, Silverman Anderson 0/0 y 37 semanas de gestación por Capurro. Pasa a terapia intermedia para vigilancia por riesgo de miastenia neonatal. Tanto el feto como la paciente son egresados durante el puerperio inmediato con adecuada evolución, sin haber presentado complicaciones durante su estancia hospitalaria.

Conclusiones: el tratamiento del embarazo y puerperio en las pacientes con miastenia gravis debe tener un enfoque multidisciplinario en el que se encuentren involucrados los servicios de ginecología, neurología, anestesiología y neonatología. Las complicaciones que se puedan presentar durante el nacimiento y la vía de terminación serán determinados por la gravedad de la sintomatología, en todos los casos es necesaria una adecuada vigilancia del puerperio inmediato en la madre y de los

primeros días de vida extrauterina del producto por el riesgo incrementado de crisis miasténicas. Las dosis de tratamiento utilizado por la madre durante el embarazo se ira modificando de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico, pero en general no hay indicación de cambiar los medicamentos durante el embarazo, ni contraindicación para lactancia materna.

Feto con sirmomelia. Reporte de caso

De la Cruz-Alarcon B, Garcia-Eligio JG
Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: la sirenomelia, también llamada simpodia, feto sirenoide, simelia, tiene un incidencia de 1 por cada 60,000 a 100,000 nacidos vivos. Se caracteriza por un grado variable de atrofia o hipotrofia de los miembros inferiores, con fusión y rotación secundarias.

Objetivo: reportar las principales características del padecimiento y, aunque sea poco frecuente, se puede presentar en nuestra consulta diaria, es importante la fisiología y teorías de su aparición, así como el diagnóstico oportuno y tratamiento.

Caso clínico: paciente de 20 años de edad, primigesta, antecedente de diabetes mellitus por parte del padre y madre, sin antecedentes patológicos y personales de importancia. Entre sus antecedentes gineco-obstetricos; menarca a los 13 años, con ritmo regular, inicio de vida sexual activa a los 19 años, con solo una pareja sexual, sin enfermedades de transmisión sexual, con FUM 27.11.16; FPP 03.09.17, EG: 21.2semanas, acude referida de medico particular por oligohidramnios severo. Al ultrasonido, producto único, vivo, edad



gestacional por fetometría 19.2 sdg, peso estimado fetal 332gr, placenta anterior grado I, en anhidramnios, se encuentra agenesia renal bilateral. Se informó a la paciente el pronóstico no favorable para la función y para la vida del feto y se sugirió la terminación del embarazo, pero no la aceptó. Se le atendió en tres consultas consecutivas, con diagnóstico de anhidramnios.

Resolución del caso: el día 30 de julio del presente año acude al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Saltillo, con trabajo de parto en fase activa, producto pélvico y edad gestacional de 30.1 sdg x fetometría/ 35.2 sdg x FUM, se ingresa al área de Tococirugía en donde se atiende parto vía vaginal, se recibe producto único, el cual no respira, ni llora al nacer, sin frecuencia cardíaca fetal. A la explicación producto de sexo indefinido por no presentar miembros genitales, con sirenomelia, ano imperforado, cordón umbilical con arteria única, por lo demás sin alteraciones, peso 1350gr, con Capurro de 35 sdg, APGAR 0/0.

Conclusión: es un padecimiento poco frecuente, de la que aún no tenemos claro la etiología, el diagnóstico prenatal es muy importante, ya que puede tratarse de un producto que no sea compatible con la vida, y así poder plantear la terminación del embarazo oportunamente.

Feto con higroma quístico. Reporte de caso

De la Cruz Alarcón B, García-Eligio JG, Diz-Duque
Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: el higroma quístico es una malformación congénita resultante de la acumulación de líquido en los sacos linfáticos yu-

gulares, debido a la obstrucción del sistema linfático en el cuello fetal. En el primer trimestre la incidencia general es aproximadamente de 1 caso por cada 100 fetos, la incidencia al nacimiento es mucho menor a 1 caso por cada 6,000- 12,000 recién nacidos vivos. Su aparición se asocia a cariotipos anormales como trisomía 21, 18 y 13, entre otras, por lo cual es indispensable un estudio de cariotipo humano.

Objetivo: la sensibilización del clínico para la realización del diagnóstico oportuno de este signo, de preferencia en el primer trimestre, junto con los marcadores correspondientes para realizar un mejor screening de malformaciones congénitas para realizar una mejor resolución del embarazo.

Caso clínico: paciente de 37 años de edad, referida de centro de salud por diagnóstico de embarazo de 22 sdg + higroma quístico, entre sus antecedentes heredofamiliares su madre padece diabetes, y en los personales tiene el diagnóstico de nistagmos, por lo demás preguntado y negado, con tabaquismo y alcoholismo ocasional; antecedentes ginecológicos menarca a los 10 años, con ritmo regular, inicio de vida sexual a los 20 años sin método de planificación familiar, actualmente cursando su primera gesta, con FUM: 02.10.16, FPP: 09.07.17; EG: 23.3 SDG, con solo dos consultas de control prenatal. Antecedente de ultrasonido realizado a las 21.4 sdg en el que se diagnostica higroma quístico. En la valoración por perinatología se encuentra producto único vivo, femenino, con peso estimado de 636gr, edad gestacional de 23.2 sdg, se diagnostica higroma quístico y micrognatia, por la posición del producto se tiene valoración limitada del área cardíaca, índice de líquido amniótico 8.5cc en bolsillo máximo, como conclusión

probable monosomía X. Se solicitan cariotipo el cual no se realiza. Acudió al servicio de Ginecología del Hospital General de Saltillo con embarazo de 27.1 sdg y ruptura prematura de membranas de 11 hrs de evolución, se decide inicio de antibioticoterapia, tocólisis y esquema de madurez pulmonar, con pronóstico reservado para el producto.

Resolución del caso: nacimiento de un feto vivo por vía vaginal 2 días posteriores a su ingreso, el cual no llora al nacer, con peso de 750 g, que comienza con bradicardia y se intuba, APGAR 2-2, Silverman Anderson no valorable, Capurro de 27 sdg, presenta paro respiratorio a los 27 minutos posteriores al parto. A la exploración, habitus externo: hipotrófico; cabeza y cuello: micrognatia, agenesia de conducto auditivo externo, higroma quístico en cuello; tórax: hipoplásico, extremidades superiores: presencia de sinequias en ambos codos. Diagnóstico: recién nacido femenino de 27 sdg, pequeño para la edad gestacional, con múltiples malformaciones compatibles con Pierre- Robin o alguna otra cromosomopatía.

Conclusión: la necesidad de ahondar en el conocimiento y su historia natural, con el fin de asesorar adecuadamente a las parejas a quienes realizamos un diagnóstico. Además de que se pueden detectar otras malformaciones que nos ayudarían a realizar un mejor diagnóstico y valoración del producto, por si este no es compatible con la vida, poder realizar una terminación del embarazo temprano, sin agregar morbilidad a la madre.

Ruptura hepática en síndrome de Hellp. Reporte de caso

Salazar-Leal M
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Saltillo, Coahuila, México.

Antecedentes: la ruptura hepática asociada con un hematoma debajo de la cápsula de Glisson durante el embarazo es una rara complicación asociada con síndromes hipertensivos severos del embarazo (preeclampsia, eclampsia) y HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia).

Caso clínico: paciente de 41 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide, con 32.5 semanas de embarazo. Ingresó al área de urgencias Obstétricas del Hospital General de Saltillo, con antecedente de disminución de movimientos fetales, dolor obstétrico y dolor en epigastrio tipo urente de dos días de evolución acompañado de episodios intermitentes de vómito. Sin mejoría clínica con tratamiento indicado por un médico particular. A la exploración paciente consciente, orientada en sus tres esferas, con tegumentos pálidos con ictericia, mucosas deshidratadas, cardiopulmonar campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen globoso a expensas de útero gestante, no se palpan movimientos fetales, con actividad uterina irregular, no hipersensibilidad uterina, Murphy (+) con irradiación del dolor hacia epigastrio, producto único, longitudinal con dorso a la derecha, con un peso estimado por Johnson de 2970 gr, sin frecuencia cardíaca, a la exploración ginecológica inspección sin alteraciones, al tacto vaginal vagina eutérmica, elástica, cérvix intermedio, 2 cm de dilatación, 70% de borramiento, consistencia blanda, estación -2 en la escala de Lee, Tarnier (-), Valsalva (-), pelvis suficiente en sus tres estrechos, no leucorrea, no sagrado, extremidades simétricas, eutróficas, pulsos distales presentes, llenado capilar en 2 segundos, no edema, reflejos osteotendinosos normales.

Conclusión: el hematoma subcapsular hepático roto constituye

un cuadro extremadamente grave, asociado al síndrome de Hellp, hecho que ocurrió en este caso. El diagnóstico debe ser sospechado con los antecedentes clínicos y de laboratorio. En este caso se sospechó de DPPNI ya que no se encontraron datos sugestivos de ruptura hepática en estudio de gabinete y debido que es una de las principales causas de óbito, hubo sospecha de síndrome de HELLP por las alteraciones del perfil toxémico, resultando como hallazgo quirúrgico durante la cesárea la ruptura hepática. En el tratamiento quirúrgico del hematoma se realizó empaquetamiento con compresas de la zona, no siendo necesaria cirugía ablativa hepática, ocupando una segunda cirugía para realizar desempaquetamiento. Se mantuvo la paciente en área de UCIA para tratamiento de CID previa a segunda laparotomía y posterior a esta con buena evolución clínica.

Feto con tetra-amelia: reporte de caso

De la Cruz-Alarcón B, Lopez-Capistrán F

Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Antecedentes: la tetra-amelia es una rara malformación que refiere ausencia de las cuatro extremidades y que generalmente se asocia con otros tipos de malformaciones concomitantes o síndromes (malformaciones craneo-faciales, pulmonares, cardíacas, urogenitales, entre otras), a su vez relacionados con el gen paterno autosómico recesivo.

Caso clínico: paciente de 19 años de edad con un solo ultrasonido en el que se detectó una displasia esquelética del feto, se trató de su primer embarazo, que llevó control prenatal en un centro de salud rural. Acude a urgencias del

servicio de ginecología y obstetricia por referir actividad uterina, en donde se corroboran signos vitales los cuales se encuentran dentro de parámetros normales, consciente reactiva, con adecuada hidratación de piel y mucosas, abdomen blando depresible no datos de irritación peritoneal, globoso a expensas de útero grávido, con actividad uterina irregular, sin datos de hipersensibilidad uterina, útero ocupado por producto único vivo, pélvico, dorso izquierdo fcf 146l/min, al tacto vaginal cavidad eutérmica elástica, cérvix posterior largo, de consistencia gruesa 2 cm dilatación y 50 % borramiento, sin evidencia de ruptura de membranas, extremidades integrales no edema. Rots normales. Se integró el diagnóstico de embarazo 39 SDG por ultrasonido de segundo trimestre/ 39.4 SDG por FUM + G1 + pélvico + TPFL + displasia esquelética, por lo que se pasa a cesárea.

Resolución del caso: se realizó cesárea tipo Kerr con incisión inframediaumbilical, obteniendo producto femenino de 2220 g, con una talla de 35 cm, con un capurro 38 SDG, Apgar 8/9, SA 0/0 que llora y respira espontáneamente al nacer, por lo que pasa a alojamiento conjunto. No se visualizan otras malformaciones concomitantes. La paciente pasó a piso para recuperación, en la cual dura solamente día y medio, y por adecuada evolución clínica es egresada.

Embarazo sobre cicatriz de cesárea previa. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Vela Damken A, Sánchez Loeza SB
Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa, México.

Objetivo: comunicar un caso clínico de embarazo sobre cicatriz de una cesárea previa y su resolución médico-quirúrgica.



Caso clínico: paciente de 30 años, 2 embarazos, 1 cesárea hacía 3 años, Actualmente cursando con embarazo de 5.5 semanas de gestación (SDG), quien acudió por referir sangrado transvaginal obscuro de 24h de evolución, se realiza ultrasonido endovaginal con los siguientes hallazgos: útero en anteroflexión con saco gestacional de 11mm correspondiente a 6SDG, implantado a nivel del istmo uterino, endometrio engrosado y vacío, se decide tratamiento medico conservador durante 10 días a base de metotrexato a razón de 50mg/m² intramuscular cada tercer día, con fracción beta de gonadotropina coriónica humana (BGCH) de inicio de 81,229 mUI/mL, BGCH (día 10) 107, 154 mUI/mL, USG (día 10) se visualiza embrión con longitud cráneo cauda (LCC) 15 mm, embriocardio presente, se propone tratamiento quirúrgico vía laparotomía, encontrando útero de 11 x 7 x 8 cm con presencia de tumoración de 4 cm en el istmo uterino, se desciende vejiga y se incide sobre histerorrafia previa hasta visualizar saco gestacional, el cual se diseca en su totalidad y se extrae íntegro, a continuación se realiza legrado uterino, se realiza cierre de histerotomía en dos planos, 1er plano puntos simples y segundo con puntos invaginantes, se corrobora hemostasia, así como tono uterino y se da por terminado procedimiento quirúrgico, se reporta escaso sangrado y sin incidentes durante la cirugía, 24h después del procedimiento es egresada sin complicaciones, se realiza USG de control a los 6 meses con hallazgos dentro de parámetros normales.

Conclusiones: la presentación clínica puede ser asintomática, dolor abdominal de inicio súbito acompañado de sangrado transvaginal o como hallazgo ultrasonográfico durante control de primer trimestre, 71% de estos embarazos penetran a

miometrio hasta quedar a milímetros de la vejiga y 44% culminan en aborto del primer trimestre, el diagnóstico y tratamiento retrasado, puede ocasionar ruptura uterina, hemorragia grave, predisposición acretismo y pérdida de la fertilidad, no existe una guía de práctica clínica por lo que cada caso deberá ser individualizado y tratado según las condiciones clínicas y de fertilidad de la paciente.

Himen imperforado: nuestro enfoque quirúrgico

Alatorre-Ordaz AE, Díaz-Duque DX

Hospital General de Saltillo, Universidad Nacional Autónoma de México, Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Caso clínico: paciente de 13 años de edad, referida por dolor abdominal y tumor pélvico. Sin antecedentes de importancia, aún sin menstruar. El padecimiento se inició con dolor cíclico mensual, tipo cólico en el hueco pélvico irradiado a la fosa iliaca derecha de 1 año de evolución que se intensificó de moderado a intenso en 24 horas, con adecuado patrón evacuatorio, no sintomatología urinaria. El ultrasonido reportó útero aumentado de tamaño 150 x 100 x 50 con hematometra de 664 cc, tumor anexial derecho de 100 x 90 x 50 mm con imágenes ecogénicas en su interior, sin tabiques, sin papilas, ovario izquierdo sin alteraciones. Hb 10.6, Hct 33.2, WBC 11.6, Plt 303, Cr 0.6, Glu 89, O +, Tp 13.3, TTP 30.4, INR 1.19. Se realiza Tac en el que se encuentra la vagina y el útero aumentados de tamaño, con tumor anexial, sin daño renal o gastrointestinal. Se diagnostica himen imperforado.

Conclusión: la cirugía con electrocauterio y aplicación de estrógeno tiene adecuada evolución, sin necesidad de dilatación con objetos

extraños, dando como resultado himen de características similares a las del anular sin evidencia de reparación quirúrgica, sin recurrencia. El tratamiento conservador del tumor anexial, en caso de no tener abdomen agudo, es una opción para evitar el riesgo quirúrgico, disminuir posibles complicaciones y disminuir el proceso adherencial que se produce posterior a intervención quirúrgica y con esto afectar en lo menor posible la fertilidad.

Embarazo a término y tetralogía de Fallot sin corrección quirúrgica.

Reporte de un caso

Linet Chávez-García L, López-Flores AM, Figueroa-Pérez I
Hospital General Regional 1, IMSS. Ciudad Obregón, Sonora.

Objetivo: presentación clínica de un caso de tetralogía de Fallot no corregida en un embarazo a término sin repercusiones hemodinámicas.

Caso clínico: paciente de 19 años de edad, primembarazo, ingresa al servicio de urgencias con embarazo de 24 semanas de gestación, refiriendo disnea de grandes esfuerzos de inicio súbito y recién aparición. Niega crónico degenerativo, solo soplo en la infancia sin seguimiento, desconociendo cardiopatía. Inicia con disnea de grandes esfuerzos, palpitations ocasionales, edema de miembros pélvicos con predominio de izquierdo desde hace dos semanas, niega ortopnea.

A la exploración física: TA 103/70, FC 97, FR 18, temperatura 36.5 °C, saturación de oxígeno de 99%. Exploración física alerta, orientada, buena coloración de piel y tegumentos, cuello sin ingurgitación yugular, no se palpan adenomegalias. Tórax sin uso de musculo respiratorios accesorios, a la palpación con vibraciones

vocales conservadas, movimientos de amplexión y amplexación conservadas, a la percusión con claro pulmonar, auscultación de campos pulmonares con murmullo vesicular conservado, precordio con ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, sin S3 o S4, soplo sistólico foco pulmonar irradiado ligeramente a hueco supra esternal con soplo sistólico en mesocardio IV/VI. Abdomen globoso a expensas de útero gestante, tono uterino normal, altura de fondo uterino 22cm, cefálico, longitudinal, dorso derecho, FCF 137, Giordano (-), Extremidades integrales, eutróficas, no cianosis, fuerza 5/5 en las cuatro extremidades, reflejos normales, acrocianosis.

Conclusiones: son mayores los riesgos para la madre y su hijo en las pacientes con tetralogía de Fallot no corregida. Incluso en las que tienen corrección quirúrgica deben tomarse en cuenta las lesiones residuales que pueden afectar la evolución del embarazo. Por lo tanto, el cuidado adecuado de las gestantes con cardiopatía durante el embarazo, el parto y el posparto requiere un equipo multidisciplinario que incluya cardiólogos, ginecólogos, anestesiólogos, así como equipo de cuidados coronarios.

Embarazo gemelar con un feto vivo con placenta normal y una mola completa: reporte de un caso

Jiménez JAE, Alegría-Peralta H
*Hospital General de Matamoros
Alfredo Pumarejo, Matamoros,
Tamaulipas, México.*

Caso clínico: paciente primigesta con un embarazo de 30.1SDG quien acudió a nuestro servicio de urgencias por cifras de presión arterial 140/90 mmHg por lo que ingresó para protocolo de estudio. Contaba con 3 ultrasonidos realizados por medio particular que

reportaban degeneración hidatidiforme de la placenta. Durante se ingresó contaba con hemoglobina (Hb) de 8g/dl, plaquetas y pruebas de funcionamiento hepático y renal dentro de parámetros normales, solo el examen general de orina con 4+ de albúmina, leucos 25-campo, 8 eritrocitos-campo, bacterias abundantes y nitritos negativos, por lo que iniciamos recolección de orina en 24 horas que reportó proteínas 186.7 mg/24 h y βhCG 8 388 608 UI/mL así como niveles séricos; se le realizaron perfiles tiroideos (2 en total) los cuales se mantuvieron en parámetros normales. Se le administró betametasona 12 mg IM cada 24 horas para maduración pulmonar fetal, así como impregnación con sulfato de magnesio 4g en carga y mantenimiento 1g/hr durante 12 horas para neuroprotección fetal. Durante su estancia las cifras de presión arterial se mantuvieron estables con metildopa 250mg vía oral cada 8 horas y rescate con hidralazina 5mg intravenoso en caso de presión arterial mayor de 160/110 mmHg. Al sexto día de estancia hospitalaria inició con aumento de presión arterial y datos de vasoespasmo por lo que se agregó diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad por lo que se decide su pase a quirófano para su desembarazo. Se obtuvo un producto femenino de 1400 g a las 11:26 h, con Apgar 7/8 y Capurro de 32S DG, con sangrado de 2400 mL así como una placenta completa y cordón umbilical con una vena y dos arterias, también se encontraron vellosidades abundantes sin más alteraciones. La paciente tuvo una recuperación favorable y se le transfundieron paquetes de sangre tipo A-. La evolución postquirúrgica de la paciente fue favorable pero el producto permaneció en la unidad de cuidados intensivos por antecedentes de prematuro y

enterocolitis necrotizante la cual evolucionó satisfactoriamente. Se le realizó cariotipo el 11/01/17 el cual resultó en 46XX con resultado histopatológico de placenta normal y una degeneración hidrópica de vellosidades coriales sugestivo de una mola completa.

27. Diagnóstico prenatal del síndrome de Prune Belly. Caso clínico Mireles-Ontiveros NA

Caso clínico: paciente de 20 años de edad con diagnóstico de embarazo de 15SDG. Acudió a consulta de primera vez en el Hospital de la Mujer, referida de su centro de primer nivel por contar con un ultrasonido obstétrico con reporte de mega vejiga fetal. En el ultrasonido de las 30 semanas se diagnosticó una arteria umbilical única, además de pieloclectasia, quistes corticales, pared abdominal delgada (probable ausencia de músculos de pared) y remisión de hipoplasia pulmonar. Con estos hallazgos, se diagnostica como probable síndrome de Prune Belly. A las 32 SDG, logra tener un percentil normal y biometría fetal acorde a las semanas de gestación, existe dilatación vesical y pielocalicial, y una circunferencia abdominal mayor a la percentil 95. Se indica esquema de maduración pulmonar con betametasona. En la consulta de las 34SDG, se reporta crecimiento fetal normal, líquido amniótico normal, doppler fetal sin alteraciones y se cita a programación de interrupción del embarazo a las 37 SDG. Nace a las 36 SDG por vía vaginal, parto fortuito. Como hallazgos, un recién nacido del sexo masculino, con megacordón. Apgar 7-8 y Silverman de 3.

Conclusión: el síndrome de Prune Belly se asocia a mega vejiga, criptorquidia y deficiencia en la musculatura abdominal. Es fundamental identificar los fetos con



malformaciones urinarias en el control prenatal, como primera opción diagnóstica tendremos las malformaciones urinarias aisladas.

28. Resultados reproductivos de acuerdo con el día de la transferencia embrionaria en ciclos de fertilización in vitro

Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA

Centro Mexicano Fertilidad Dr. Alberto Kably, Huixquilucan, Estado de México, México.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional y transversal en 811 pacientes del Centro Mexicano de Fertilidad del CEPAM que se sometieron a tratamiento de fertilización in vitro. Se dividieron las pacientes en 2 grupos. Grupo 1 (n = 689) con transferencia en D3 y Grupo 2 (n = 122) con transferencia en D5. Se utilizó la prueba de χ^2 y se consideró diferencia estadísticamente significativa a un valor de $p < 0.05$. Los cálculos se realizaron con el programa de cómputo JMP (SAS institute 2014)

Resultados: la edad promedio de las pacientes en ambos grupos se encontró con tendencia a mayor edad en el grupo de D3 (35.38 años) en comparación con D5 (33.8 años), datos con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$). En ambos grupos se compararon en términos de concentraciones hormonales tanto en el 3 día como el día del disparo, sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa. No se encontró diferencia significativa en concentración sérica de hormonas basales encontrando prácticamente sin variación; FSH (D3 6.60 y D5 6.15 $p = 0.18$) LH (D3 4.96 y D5 5.47 $p = 0.32$) y estradiol (D3 56.51 y D5 61.52 $p = 0.37$). Se observó una concentración de estradiol de

disparo mayor en el grupo de transferencia D5. Las concentraciones de progesterona en el día del disparo tuvieron un amplio margen de diferencia entre ambos grupos, sin ser estadísticamente significativo.

Conclusión: la tasa de embarazo se incrementa significativamente al transferir en etapa de blastocisto particularmente en mujeres mayores de 35 años.

28. Transferencia de embrión único desvitrificado: Posibilidad de embarazo de acuerdo a morfología y grado de expansión

Kably-Ambe A, Carballo-Mondragón E, Roque-Sánchez AM, Olavarría-Guadarrama MY, Durán-Monterrosas LA

Centro Mexicano Fertilidad Dr. Alberto Kably, Huixquilucan, Estado de México, México.

Material y Método: estudio retrospectivo realizado de enero del 2012 a diciembre del 2015 en el Centro de Fertilidad del CEPAM, donde se incluyeron 51 casos de embriones desvitrificados en día 5 de desarrollo, en el que se evaluó el porcentaje de supervivencia y la tasa de embarazo de acuerdo a las variables grado de expansión y calidad embrionaria.

Resultados: no se encontraron diferencias en parámetros generales de edad, índice de masa corporal y grosor endometrial. Al analizar el porcentaje de embarazo de acuerdo al grado de expansión embrionaria no se encontró diferencia significativa entre el blastocisto temprano y el expandido, pero sí una tendencia clara a una mejor tasa de embarazo a mayor grado de expansión. Cuando se compararon los grupos de acuerdo al grado de expansión embrionaria y se compararon de acuerdo a su calidad. Se encontró una mejor tasa de embarazo cuando había un mayor grado de expansión independientemente

de la calidad embrionaria. Ningún caso de calidad 3 logró embarazo. No se encontró diferencia en la sobrevivencia de acuerdo al grado de expansión.

Conclusión: el grado de expansión embrionaria puede ser considerado un indicador pronóstico de éxito independiente de la calidad embrionaria en ciclos de transferencia de embriones desvitrificados.

29. Obesidad y sus repercusiones en el embarazo

Panduro-Moore EG, Rosas-Gómez ESM, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA

Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, CUCS, U. de G. Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: describir las complicaciones maternas y perinatales que ocasiona la obesidad en el embarazo.

Material y Método: estudio de casos y controles con 200 embarazos > 27 semanas con un índice de masa corporal (IMC) > 30, comparándose con un grupo de 200 mujeres embarazadas con un IMC normal. Los datos del embarazo, nacimiento y bienestar del recién nacido, se obtuvieron por entrevista directa y expediente. Se utilizó la prueba estadística de Chi2 y OR eligiendo un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: el IMC promedio fue 35.3 vs 22.1 del control. En las obesas fue más frecuente la amenaza de aborto, hipertensión, diabetes, nacimiento por cesárea, macrosomía neonatal, malformaciones del neonato, Apgar más bajo y más ingresos a la terapia intensiva neonatal, con una $p < 0.05$. No hubo diferencias en la atención prenatal, infección urinaria, anemia, amenaza de parto prematuro, ruptura

prematura de membranas y líquido amniótico meconial.

Conclusiones: se concluye que el embarazo en mujeres con obesidad se asocia con más frecuencia tanto a complicaciones maternas como perinatales por lo que el embarazo debe planearse en este grupo de mujeres.

30. Reproducibilidad en la medición ultrasonográfica hepática fetal

Milo-Suárez E, Acevedo-Gallegos S, Camarena DM

*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: estimar la reproducibilidad la evaluación Doppler de las venas hepáticas izquierda, media y derecha; así como la evaluación en 2D de la longitud del lóbulo hepático derecho.

Material y Método: estudio transversal de junio-diciembre 2016, se realizó estandarización de la evaluación hemodinámica de vena hepática izquierda, media y derecha (velocidad máxima, media, mínima, índice de pulsabilidad), diámetro promedio de la vena correspondiente; así como la longitud del lóbulo hepático derecho. Se calcularon medidas de dispersión, así como CCI para evaluar la concordancia intra e interobservador. Se utilizó SPSS Versión 23.

Resultados: se evaluaron 30 pacientes, por 3 observadores, con cegamiento de las medidas. La vena hepática izquierda obtuvo la menor dispersión para el índice de pulsabilidad y diámetro promedio, obtuvo el mejor CCI intra e interobservador para el resto de las mediciones, siendo de hasta 0.95 y 0.73 respectivamente. El lóbulo hepático derecho tuvo una concordancia adecuada de acuerdo al CCI (0.80).

Conclusiones: existe reproducibilidad para ciertos parámetros de la evaluación hemodinámica, sobre todo para la VHI. Sin embargo aun cuanto para la evaluación de la concordancia intraobservador como interobservador para la vena hepática derecha y media fue moderada, esto representa un hallazgo importante ante falta de estudios para su comparación. En cuanto a la reproducibilidad encontrada para el lóbulo hepático derecho en su medición, se encuentra una fuerza de concordancia buena, por lo que requiere de validación para encontrar valores de referencia y posteriormente reforzar su aplicación clínica.

30. Feocromocitoma durante el embarazo tratado mediante resección laparoscópica: reporte de un caso

Jaime-Barrera G, Milo-Suárez E, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Velázquez-Torres B, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Reyes-Paredes N, Gutiérrez-Marín A

Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente primíparas de 36 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica crónica (HASC) de 12 años de evolución, en vigilancia y tratamiento en Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), en tratamiento durante el embarazo con alfametilidopa 250 mg cada 12 h, previo al embarazo último tratamiento con losartán, hidroclorotiazida y propranolol. Es valorada por primera vez en nuestro Instituto a las 5.2 SDG con TA 100/70 mmHg, se envía a nuestro servicio de Medicina Materno Fetal para realizar ultrasonido de primer trimestre, a las 12.4 SDG (LCR 60.7 mm), reporte de TN 1.2 mm (riesgo intermedio para T21 y

T13), riesgo para preeclampsia <34 SDG 1:1007, RCIU 1:65, iniciando aspirina protect. Tiene antecedente que en diciembre 2016 en consulta externa de INNSZ se realiza TAC reportando lesión adrenal izquierda de 44x65 mm, sin alteraciones vasculares renales. Se cambia tratamiento antihipertensivo a nifedipino y prazosin, sin embargo, en abril 2017 la paciente suspende el tratamiento al conocerse embarazada. En julio 2017 en sesión conjunta con cirugía endocrinológica del INNSZ se programa adrenalectomía laparoscópica, realizándose cirugía planeada a las 18 SDG sin complicaciones transquirúrgicas ni postquirúrgicas inmediatas. Continúa control prenatal en nuestro hospital ya sin tratamiento antihipertensivo. Este caso se presenta el caso debido a su baja incidencia y que existen pocos casos reportados en la bibliografía de adrenalectomía laparoscópica durante el embarazo.

31. Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich: reporte de dos casos en diferentes etapas de la vida

Hernández-Escobar CE, Zamora-Morales MT, Arroyo-Lemmaroy T, Apodaca-Ramos I

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey NL, México.

Casos: Caso 1; paciente de 23 días de edad que se presenta con una masa color violácea del área vaginal de apariencia translúcida de color violáceo y aspecto membranoso, ovoide, móvil, renitente, de consistencia blanda, diagnóstico prenatal de agenesia renal izquierda. US pélvico reportó imagen compatible con hidrocolpos y la ausencia del riñón izquierdo, sugestivos de síndrome HWW. Caso 2; Paciente de 11 años de edad con diagnóstico de agenesia renal izquierda acudió por cuarta



ocasión refiriendo dolor abdominal de tipo cíclico, intensidad 8/10, sin otros síntomas asociados, la exploración física reporta un desarrollo mamario tanner 4, dolor abdominal a la palpación profunda en cuadrantes inferiores, a la exploración pélvica se observa ausencia de tercio inferior de vagina. La laparoscopia exploradora reporta la presencia de hemi-útero con cavidad rudimentaria y trompa derecha hipoplásica, con una trompa de Falopio izquierda aumentada de tamaño y agenesia renal izquierda, hallazgos sugestivos de HWW.

Conclusiones: el síndrome de HWW tiene variantes en su presentación clínica dependiendo de la etapa del desarrollo en la cual sea diagnosticado. En el feto con agenesia renal debe considerarse como diagnóstico diferencial y el diagnóstico final debe realizarse al poder hacer una exploración física en el neonato para evitar el cuadro agudo de dolor abdominal en la pubertad.

31. Experiencia en el tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal

Nava-Guerrero EN, Arroyo-Lemarroy T, Staines-Alarcón R, Cisneros-Rivera F, Apodaca-Ramos I, Gutiérrez-Maldonado C, Avitia-Herrera AM

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, Nuevo León. Escuela de Medicina y ciencias de la salud, Tecnológico de Monterrey.

Objetivo: actualmente la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) complica alrededor del 3% de los embarazos, teniendo gran impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal. El tratamiento de la RPMP es aun controversial sobre todo en los fetos prematuros tempranos, por lo que en el

presente trabajo se exponen la experiencia de un hospital de tercer nivel y el tratamiento conservador de la RPMP.

Material y Método: estudio retrospectivo observacional en las pacientes de un hospital de tercer nivel que presentaron RPMP, se incluyó a todas las pacientes con este diagnóstico en el periodo 2015-2016. En el estudio, todas las pacientes que presentaron RPMP entre las semana 24 -34 de gestación recibieron tratamiento conservador, utilizando como antibióticos de latencia, un doble esquema que incluía ampicilina 1 g intravenoso cada 8 horas y eritromicina 500 mg vía oral cada 24 horas, siendo vigiladas todas las pacientes en forma intra hospitalaria, además recibieron inductores de madurez pulmonar fetal en dos tipos de esquema, el habitual de 48 horas y uno acortado a 12 horas dependiendo de la eminencia del parto. Para la recolección de los datos se revisó el expediente físico y electrónico del hospital, mientras que análisis de los datos fue realizado mediante estadística descriptiva.

Resultados: el estudio incluyó un total de 58 pacientes a quienes se dio tratamiento conservador para RPMP y que presentaban menos de 34 semanas de gestación. El diagnóstico en la mayoría de los casos fue clínico y todas recibieron antibióticos para prolongar la latencia; 38 pacientes recibieron un esquema acortado de inductores de madurez pulmonar fetal mientras que 20 recibieron el esquema habitual de 48 horas. El promedio de horas de RPMP fue de 134 horas y la edad gestacional promedio en la que se finalizó la gestación fue 32.1 semanas. Entre las indicaciones de finalización de la gestación encontramos que el 45% de las pacientes tuvo una evolución espontánea del trabajo de parto y la segunda indicación más frecuente

para la interrupción del embarazo fue anhidramnios. En cuanto a la vía de desembarazo, el 47% fue mediante cesárea y el 53% por parto. Dentro de la estadística se realizó un análisis de la relación de edad gestacional al momento del desembarazo y los ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) encontrando una tendencia a la baja. En cuanto, a la relación de horas de ruptura de membranas y las complicaciones neonatales, encontramos que las pacientes que presentaban más de 100 horas de ruptura tenían una mayor frecuencia de ingresos a UCIN, sin embargo, cuando se analizó la relación de complicaciones neonatales se encontró que no existe un aumento de las complicaciones en relación a las horas de ruptura de membranas. Dentro del mismo estudio de evaluación la relación entre el esquema de madurez pulmonar aplicado y las complicaciones neonatales encontrando que las pacientes en quienes se aplicó el esquema de 48 horas tuvieron menos complicaciones, sin embargo, no existió una diferencia significativa.

Conclusión: el tratamiento conservador de la RPMP parece ofrecer al neonato un mejor pronóstico al disminuir las complicaciones en relación a la prematuridad temprana; sin embargo, no parece tener un impacto en disminuir la incidencia de complicaciones neonatales tales como sepsis, síndrome de diestres respiratorio, neumonía, taquipnea transitoria del recién nacido o hiperbilirrubinemia.

31. Sepsis abdominal como complicación de himen imperforado. Reporte de caso

Arroyo-Lemarroy T, Solórzano-Morales BE, González-Caballero EN, Jiménez-Peña A, Hernández-Escobar CE, Zamora-Morales MT

Hospital General de Sabinas Hidalgo Virginia Ayala de Garza, Nuevo León, México. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, NL, México.

Caso clínico: paciente de 12 años de edad que se presenta al servicio de urgencias en múltiples ocasiones, por dolor abdominal cíclico el cual es manejado con analgésicos y procinéticos sin presentar mejoría por lo que se realizan estudios de imagen encontrando en ecografía útero de aproximadamente 20 cm con datos de hematocolpos, posteriormente al realizar una exploración física dirigida, se diagnostica himen imperforado. Acudió a mediados del tercer nivel donde se realiza punción y aspiración con aguja por vía vaginal y se difiere abordaje quirúrgico. Tres días después la paciente se presenta a urgencias nuevamente con fiebre y dolor pélvico, se repite ecografía donde se observa hematocolpos y hematometra por lo que se decide realizar himenectomía bajo anestesia. Durante el procedimiento se obtiene abundante material hemático purulento. La paciente permanece en observación y se inicia antibioticoterapia doble esquema (clindamicina-metronidazol), 48 horas posteriores continua febril e inicia con datos de choque séptico, por lo que se repite ecografía encontrando múltiples colecciones en hueco pélvico. Se decide realizar abordaje laparoscópico para diagnóstico encontrando abundante material purulento, se realiza lavado quirúrgico con solución salina. Posteriormente la paciente cursa 14 días de antibioticoterapia amplio espectro (vancomicina / meropenem) observando mejoría clínica importante hasta el alta.

Conclusiones: en pacientes con amenorrea primaria y dolor pélvico

cíclico es importante tener en mente las anomalías anatómicas del tracto genitourinario, aunado a esto es importante conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico más adecuado con el fin de evitar complicaciones. En nuestro caso, el drenaje completo por vía vaginal del hematocolpos mediante la himenectomía es el tratamiento de elección.

31. Prevalencia y resultados perinatales en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Serie de casos en un Hospital de Tercer Nivel en Monterrey, Nuevo León, México.

Salcedo-González A, Gutiérrez-Maldonado C, Nava-Guerrero E, Cisneros-Rivera F, Arroyo-Lemarroy T *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León, México.*

Metodología: análisis retrospectivo de los expedientes de pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo tratadas en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad en Nuevo León, México, durante los años del 2016 y 2017. Se analizaron variables obstétricas: embarazos, vía de des-embarazo, antecedentes personales de colestasis, antecedentes heredo-familiares, tratamiento durante el embarazo; y variables perinatales: Apgar, capurro, meconio, pérdida de bienestar fetal, reanimación avanzada, muerte fetal.

Resultados: en cuanto a las variables obstétricas: el promedio de edad de las pacientes fue de 25.57 (18-37 años), cursando en promedio su segundo embarazo, y cursando la semana 37.1 de gestación (34.4 a 40 SDG). El 64% refirió prurito localizado y generalizado, mientras que 36% debutó asintomática. El 71% recibió tratamiento con ácido ursodesoxicólico posterior al diagnóstico, reportando

posteriormente laboratorios en rangos de normalidad. El 57% de las pacientes culminó su embarazo por vía vaginal. Únicamente 3 pacientes cursaron con recurrencia del cuadro clínico en el segundo embarazo. De los resultados perinatales el capurro promedio fue de 37.18, Apgar al minuto de 8 y a los 5 minutos de 9. De los 14 productos solo 1 requirió cunero patológico secundario a la presencia de meconio.

Conclusiones: la colestasis intrahepática del embarazo, aunque poco frecuente, eleva las posibilidades de resultados perinatales y obstétricos adversos. Los resultados encontrados en un hospital público de tercer nivel en México, nos orientan a que más estudios se requieren para determinar la incidencia y factores etiopatogénicos presentes en esta población, así como a realizar un diagnóstico precoz durante el control prenatal para otorgar tratamiento oportuno y disminuir el riesgo de complicaciones perinatales.

32. Mastitis granulomatosa idiopática

Posadas-Nava A, Aguilar-Collazo MG, Lizárraga-Méndez CS *Unidad Médica Alta Especialidad, Hospital Ginecoobstetrica 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 51 años de edad con siguientes antecedentes heredo-familiares: madre finada por cáncer de páncreas, antecedentes personales patológicos: depresión mayor desde hace 8 años, irrigación vestibular, 3 cesáreas previas, histerectomía total abdominal. Inicia padecimiento en mayo de 2016 presentando autodetección tumor en mama izquierda de 8 meses de evolución dolor leve y presencia de fístulas evolución tórpida, cuadros de remisión



parcial y exacerbación. Con diagnóstico en abril 2016 de mastitis granulomatosa por truct de mama derecha tratamiento previo medicamentoso con antibioticoterapia, trimetoprim y sulfas, ciprofloxacino y metronidazol, posteriormente clindamicina y prednisona; metronidazol y amoxicilina, amikacina, dos meses después presenta nuevo cuadro administrándose meropenem, en julio de 2016 presenta en mama derecha absceso de 3 cm sometida a drenaje debridación y lavado quirúrgico, en marzo 2017 presenta absceso mama izquierda a la exploración física mamas asimétricas a expensas mama izquierda la cual se encuentra edema y eritema, múltiples sitios de punción y drenaje de abscesos previos, dolor generalizado a la palpación además de absceso en formación de cuadrantes superiores. Se toman cultivos en múltiples ocasiones 15.07.16 *Klebsiella pneumoniae*, 27.02.2017 *Staphylococcus intermedius*, 20.05.2017 *E. coli* 07.06.2017 *E. coli*, ultrasonido junio 2017 dos colecciones en mama izquierda, se aspira dicha secreción de color amarillo, usg 16.06.2017 múltiples colecciones en mama izquierda radio de las 11 tamaño de 22 x 11 mm radio de las 9 de tamaño 16x11 mm radio de las 4 tamaño de 11x8 mm radio de las 8 tamaño de 13x11 mm 2 ganglios axilares inflamatorios, se da tratamiento con levofloxacino y dexametasona, drenaje y debridación de absceso en dos ocasiones, posteriormente tratamiento con amoxicilina ácido clavulánico, ciclos con prednisona, en mayo 2017 presenta apertura espontánea en área de las 2 a 7 cm del pezón y nuevo sitio a las 3 se drena material y se envía a cultivo, paciente solicita mastectomía total izquierda, en junio 2017 presenta neoformación de absceso se da tratamiento antibiótico con imipenem de acuerdo

a antibiograma posteriormente se realiza mastectomía total izquierda sin complicaciones.

Conclusión: la mastitis granulomatosa idiopática es una entidad clínica de difícil diagnóstico que frecuentemente requiere corroboración histopatológica para diferenciarla de carcinoma mamario. Su tratamiento óptimo es aún debatido, incluyendo drenaje local así como tratamiento quirúrgico definitivo con mastectomía. Es importante considerar esta opción en el diagnóstico diferencial de una masa mamaria.

32. Embarazo ectópico cornual: el arte de la técnica quirúrgica sigue vigente

Posadas-Nava A, Rivera-Alvarado J, Aguilar-Collazo MG, Abrego-Solís I, Castillo-Gutiérrez J, Sotelo-Real EL *Unidad Médica Alta Especialidad, Hospital Ginecoobstetrica 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 38 años de edad, un embarazo de reciente diagnóstico de 6 semanas de gestación, con antecedente de infertilidad 15 años en tratamiento, en esta ocasión embarazo espontáneo, que ingresa por presentar sangrado trasvaginal de 17 días de evolución presentando incremento leve últimos dos días, sin datos de daño hemodinámico, signos vitales en parámetros normales, se refiere en ultrasonido endovaginal de admisión hospitalaria útero en anteversoflexión de 84x49 mm eco medio endometrial de 15 mm con presencia de saco gestacional con embrión en su interior sin evidencia de latido cardíaca en cuerno izquierdo en corte trasversal de útero, con longitud cefalocaudal correspondiente a 7 semanas de gestación, sin evidencia de líquido libre en cavidad, con antecedente de cuantificación de fracción beta

de hormona gonadotrofina coriónica humana 11,244 UI, al no cumplir criterios para tratamiento conservador y deseo de embarazo posterior se decide realizar laparotomía exploradora proponiéndose a paciente excéresis de embarazo ectópico cornual izquierdo, mismo procedimiento que se lleva a cabo realizándose ventana en ligamento ancho izquierdo y derecho, se coloca penrose para ligadura transitoria, de vasos uterinos y hemostasia, se continua con incisión lineal en plano longitudinal de embarazo ectópico se disea y se extrae tejido trofoblástico con afrontamiento de bordes uterinos con vicryl 1, puntos hemostáticos sujeto continuo anclado con técnica de dos suturas del Dr. Javier Rivera Alvarado, teniendo como hallazgos embarazo ectópico cornual izquierdo de 2 x 2 cm, continua con evolución favorable hasta su egreso.

Conclusión: el abordaje quirúrgico, sigue siendo la vía de elección, en el tratamiento del embarazo ectópico complicado, no complicado, de localización tubaria y otras localizaciones.

33. Endometriosis severa y profunda

Plascencia-Ramírez M, Flores-Villalobos MJ, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez V, Bañuelos-Franco A, Gutiérrez-Inzunza CG *Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México.*

Caso clínico: paciente de 28 años de edad que acudió al servicio de Fisiología obstetrica del Hospital General de Occidente con diagnóstico de embarazo de 12 semanas, con evolución normal en el ultrasonido de control del primer trimestre a las 12 SDG sin sintomatología o datos de Alto riesgo obstetrico, se le realiza estudio y se reportan como conclusiones del

estudio 1. Embarazo de 12.3 semanas de gestación por integración de diámetros. Tumoración quística trabeculada en ovario derecho a descartar un Endometrioma. Ovario Izquierdo Sonográficamente normal; es referida inmediatamente al servicio de control prenatal en donde se solicitan Marcadores tumorales como protocolo de estudio y exámenes pre quirúrgicos así como valoración pre-anestésica por las semanas de gestación y la ventana quirúrgica en relación al tiempo con el que se contaba para realizar abordaje Laparoscópico en la paciente por el diagnóstico ultrasonográfico con el que se contaba, se realizó Antígeno Ca-125 que reportaba 781.2 U/mL, HE4 (proteína Epididimo Humano) 45pmol/L, Valor ROMA 7.4% además de Antígeno A 19-9 de 1000 U/mL, se realizó control seriado Antígeno Ca 125 previo a la cirugía con 5 días de diferencia en donde se reportó nueva cifra de 1838 U/mL, con elevación de más del doble por lo que se decide programar y realizar laparoscopia diagnóstica y terapéutica 15 días después de su ingreso a la institución en donde se reporta que encontraron como hallazgos Endometriomas bilaterales localizados uno en ovario izquierdo de 1cm de diámetro y el segundo en ovario derecho de aproximadamente 12cms de diámetro trilobulado ambos drenándose y aspirándose material de características achocolatado y extrayéndose la capsula de anera bilateral; se visualizan a la exploración de la cavidad múltiples focos endometriósicos a lo largo de la cavidad y de las estructuras pélvicas (foto 5) las cuales clínicamente clasifican como endometriosis grado IV. Se realizó el procedimiento de mínima invasión con terapia profiláctica de tocolisis para prevención de actividad uterina por manipulación

pélvica o uterina, así como por el estrés quirúrgico en sí. Se dio de alta del hospital a las 48 h de posoperatorio, sin complicaciones y con tratamiento ambulatorio multivitínico así como profilaxis antibiótica, analgésico, tocolítica. Se envió el tejido extirpado al servicio de Patología del hospital quien al estudio histopatológico reportan diagnóstico: 1) Tejido perteneciente a capsula de quiste endometriósico, con parénquima residual ovárico que expone signos de hemorragia reciente y Antigua. 2. Estudio negativo a malignidad; resultado con el que se concluyó el diagnóstico y se tuvo la completa certeza del cuadro que se sospechaba clínicamente. Actualmente la paciente continúa su control prenatal en óptimas condiciones y sin complicaciones mayores con 36 semanas de gestación.

Conclusiones: la endometriosis es actualmente una patología Ginecológica de presentación clínica variable y de asociación directa con la fertilidad, debido a esto es considerada la primera causa de infertilidad en la mujer. Su diagnóstico incidental en el embarazo así como su tratamiento quirúrgico por abordaje laparoscópico durante el 1er trimestre de la gestación resulta toda una hazaña desde el diagnóstico, el cual por su condición de ser la primera causa de esterilidad contrapone a la estadística y más aun su abordaje laparoscópico, el cual significa todo un reto y a la vez una experiencia poco reportada en la bibliografía y de presentación atípica por no cursar con síntomas asociados a esta patología además presentar un embarazo espontáneo por mecanismo natural, lo que significa en la ginecología como en la Medicina en general no todo es absoluto, ni todo está obligado por la bibliografía, toda paciente puede significar una excepción a la regla.

34. Leiomiomas uterino. Presentación de un caso clínico y revisión de la bibliografía

Ploneda-González C, Briones-Bernal BL, Cázarez-González A
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.

Objetivo: revisión de la bibliografía de un caso clínico de leiomiomas.

Caso clínico: paciente de 60 años, casada. Antecedentes hereditarios familiares de diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Personales no relevantes. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 11 años, ritmo regular, menopausia en 2015, G2C2, citología cervical negativa en Enero 2017. Se presenta a consulta por referir dolor pélvico, de un mes de evolución, localizado en hipogastrio. Como agravantes la micción y atenuantes el uso de AINES. A la exploración física, en abdomen se delimita masa pélvica a nivel de cicatriz umbilical; Exploración bimanual útero con forma irregular, móvil, de gran volumen, pétreo y con anexos no palpables. Se realiza US pélvico complementario. Se programa y realiza histerectomía con salpingooforectomía bilateral en base a diagnóstico de miomatosis uterina de grandes elementos, no exento de hallazgos sugestivos de malignidad. La paciente fue enviada a oncología médica. Diagnóstico: leiomiomas de alto grado, infiltrante. Tumor limitado al útero.

Conclusión: generalmente su detección es en etapa I y tiene alta tasa de supervivencia. El tratamiento primario consiste en histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral. En este caso está indicada la RT/QT adyuvante con el objetivo de disminuir la recurrencia, pero sin mejorar significativamente la supervivencia a 5 años. El estadio del tumor es el



factor más importante; el tamaño y la edad avanzada son factores de mal pronóstico. Otros factores, tales como, invasión vascular y linfática, extensión tumoral, invasión miometrial, sobrecrecimiento sarcomatoso, se asocian a alta tasa de recurrencia.

35. Preservación de la calidad de vida y la fertilidad en pacientes con endometriosis mediante diagnóstico temprano

Curto JM, Vighi S, Costoya M, González-Romero A, Tilli M, Buquet R *Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

Material y Método: se seleccionaron 100 pacientes con clínica de endometriosis y fibras nerviosas endometriales practicando inmuno histoquímica con anticuerpos policlonales PGP 9.5 que tiñe fibras nerviosas. Se efectuó cirugía laparoscópica mínimamente invasiva donde se trataron todos los focos de endometriosis. Los trabajos presentados para fibras nerviosas con anticuerpos PGP 9.5 dieron a través de las estadísticas con programa R. Comander Version 1.8-3, un nivel de significación positiva entre presencia de fibras nerviosas y el diagnóstico de endometriosis.

Resultados: las pacientes mejoraron considerablemente su calidad de vida luego de la cirugía tras laparoscópica y tratamiento médico adecuado. Así lo demuestran los trabajos de seguimiento de dichas pacientes, en los cuales utilizamos métodos de recolección de datos cualitativos (Spitzer QLI) y cuantitativos (SF 36), que luego de cruzamiento de las variables arrojaron resultados positivos en el 98 % de las pacientes. Del total de las pacientes, solo 30 de ellas consultaron por problemas reproductivos adjudicados a otras causas.

Coclusión: la mayor densidad de fibras nerviosas en el endome-

trio de las pacientes determina endometriosis. El estudio inmuno histoquímico de fibras nerviosas con PGP 9.5 previene la progresión de la endometriosis, mejorando la calidad de vida diaria y reproductiva.

36. Adenocarcinoma de colon y embarazo: reporte de caso

Berlanga-Garza A, Vázquez-Hernández AN, Treviño-Martínez G, Saldívar-Rodríguez D, Guzmán-López MA, Flores-Acosta CC *Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.*

Caso clínico: paciente de 35 años, originaria del centro del país, se presentó a la sala de urgencias por padecimiento de dos semanas de evolución de evacuaciones diarreicas (frecuencias 6-10 diarias), semilíquidas, mucosas y sanguinolentas, además de pujo y tenesmo rectal acompañada de dolor abdominal en el mesogastrio de intensidad moderada. La paciente se encontraba cursando un embarazo de 23.3 semanas de gestación, siendo su quinto embarazo para cuatro eutócicos, sin antecedentes ginecoobstréuticos de relevancia. Se realizó una rectosigmoidoscopia observando disminución del calibre del colon por ulceración concéntrica, de aspecto necrótica, friable, con sangrado al contacto con el endoscopio. A partir de los 20 cm del margen anal y en sentido distal se observan lesiones polipoides rodeadas de mucosa con pérdida del patrón vascular, sugestivas de pseudopólipos inflamatorios; finalmente una colonoscopia y endoscopia superior reportaron adenomas de intestino delgado, múltiples pólipos, lesión estenosante de aspecto maligno en sigmoides cuyo diagnóstico histopatológico fue de adenocarcinoma

de colon con células en anillo de sello. Por parte de oncología, se decidió aguardar madurez fetal antes de iniciar cualquier tratamiento quimioterapéutico, por lo que sólo le fue dado tratamiento paliativo contra dolor, reposición de líquidos y monitoreo del curso del embarazo. Tuvo un cuadro de oclusión intestinal, realizándose colostomía de colon transverso. En la semana 31 de gestación, la paciente tuvo un cuadro de deshidratación. A la exploración física se encontraba, taquicárdica (130lpm), taquipneica (27rpm) con apariencia caquética, facies de dolor, consciente, cooperadora, palidez de tegumentos, mucosas secas, cardiopulmonar sin daño, abdomen globoso, timpánico, distendido, con bolsa de colostomía con gasto escaso, dolor a la palpación media generalizado, sin datos de irritación peritoneal, fondo uterino de 33 cm (difícil valoración por distensión abdominal), FCF 131 lpm, se colocó sonda nasogástrica, drenando 1300cc de material fecaloide por una segunda oclusión intestinal.

Resolución del caso: se decidió programar cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo y bajo anestesia general balanceada, se visualiza útero, pálido y tumoración de 15 x 15 cm, pétérea, adherida firmemente a hoja posterior del ligamento ancho e infundíbulo-pélvico izquierdo con asas de intestino (íleon) adheridas firmemente a ella. La histerotomía fue corporal, (observando muy escaso sangrado en ella) líquido amniótico incoloro y cristalino, en cantidad normal, se extrajo producto en cefálica, de sexo femenino de 1340 g, 41 cm, apgar 3/6, 33.5 semanas por Capurro. El alumbramiento fue manual sin complicaciones, la cavidad uterina fue normal y se realiza histerorrafia. Finalmente la paciente murió a los 3 días a causa de un paro cardiorrespiratorio.

36. Cirrosis por hepatitis autoinmunitaria en el embarazo. Reporte de un caso

Berlanga-Garza A, Vázquez-Hernández AN, Saldivar-Rodríguez D, Guzmán-López A, Flores-Acosta CC, Treviño-Martínez G

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.

Caso clínico: paciente de 21 años, con antecedentes heredo-familiares de padre con cáncer gástrico, antecedente personal de hepatitis e hígado graso diagnosticado en 2016 como hepatitis A que remitió. Acudió a la sala de urgencias por dolor abdominal e ictericia, cursando un embarazo de 19.1 semanas, sin antecedentes gineco-obstétricos. Se realizaron exámenes de laboratorio con alteración de las pruebas de función hepática, panel viral (hepatitis A, B y C negativos) y ultrasonido de abdomen superior con datos de hepatopatía crónica con hipertensión portal. Se solicitan anticuerpos antimicrosomales hígado-riñón (anti-LKM) y anticuerpos antinucleares (ANA) positivo, integrándose diagnóstico de hepatopatía crónica Child C por HAI, egresando. Al cursar 20.6 semanas de gestación, acudió por salida de líquido transvaginal, diagnosticando ruptura prematura de membranas y anhidramnios; se realizó inducción con misoprostol expulsando producto masculino de 730 g, óbito. La paciente con un puerperio de evolución normal, fue dada de alta 24 h después con esteroides adrenales, sin practicarse biopsia hepática por tiempos de coagulación prolongados. Acudiendo seis días a urgencias, con edema en miembros inferiores y hematuria, que inició 3 días previos a su ingreso con una dermatosis generalizada bilateral con tendencia a la simetría caracterizada por ser

polimorfa formada por ictericia y flictenas o placas eritematoescamosas que afectan dorso del pie, que posteriormente se generalizó; asociado a eritema geográfico en región anterior de ambas piernas, dolor en hipocondrio derecho, epigastrio, con irradiación a ambas fosas ilíacas, región inguinal y miembros inferiores, acompañadas por edema generalizado progresivo, hipertermia, escalofríos y diaforesis. Encontrándose taquicárdica (155 lpm), taquipnéica (30 rpm), con una saturación de oxígeno al 92%, fiebre (38.2°C), ictericia generalizada, campos pulmonares sin ruidos anormales agregados, abdomen con distensión a expensas, ascitis franca. Se solicitan exámenes de laboratorio, se integró el diagnóstico de choque séptico. Se inició tratamiento con líquidos, antibiótico, diuréticos, analgésico, anticoagulante, aminos, medición estricta de ingresos y egresos, transfundiéndose hemoderivados (plasma fresco congelados). El reporte de la biopsia de piel por sacabocado de lesiones en extremidades inferiores reporte de vasculitis necrosante con microtrombosis y daño secundario a epidermis, además de hemocultivo con reporte de *Serratia* spp.

Conclusión: la inmunopatogénesis subyacente de la HAI es esencial para ayudar a las pacientes a recibir un tratamiento óptimo. Aunque todavía están en una etapa temprana, los nuevos enfoques que utiliza la genómica representan oportunidades para entender la enfermedad a un nivel más profundo, así como para proporcionar biomarcadores que permitan personalizar la evaluación y el tratamiento de la enfermedad, teniendo así menores efectos secundarios.

37. Embarazo gemelar triple bicorial triamniótico posterior a la transferencia de 2 blastocistos.

Cortés-Castañeda F, Salazar-López-Ortiz CG, Siu-Moguel GJ, Rodríguez-Calderón R, Vázquez-Alvarado AO, Salazar-Trujillo JC
HISPAREP, Clínica de Reproducción asistida, Hospital Español. Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 38 años de edad, acudió a HISPAREP en junio 2017. La estimulación ovárica se realizó con folitropina al 100 U/día para un total de 1000 U y con folitropina alfa lutropina alfa (150/75) un total de 11 días. Se le inició antagonista de la GnRH (cetorelix) a partir del 7° día de estimulación donde el folículo de mayor tamaño media 14 mm. Se realizó disparo combinado con hCG urinaria (5000U) y Leuprolide 2 mg. Se toman niveles de estradiol donde se reportaron de 3611 pg/mL con una progesterona de 1.4 ng/mL el día del disparo. Se obtienen 16 ovocitos (14 en metafase II (MII) y 1 en metafase I (MI), siendo inyectados con la muestra de esperma (donante), con el resultado de 7 embriones en 6 D5 y 1 D6. Se transfieren 2 blastocisto a los cuales se les realiza eclosión asistida y se vitrifica el resto. Posterior a la transferencia se inicia soporte de la fase lútea con 600 mg de progesterona micronizada vía vaginal diariamente. Se solicita fracción beta a los 7 días reportándose de 78.26 mUI/mL. 10 días después de la transferencia presenta síndrome de hiperestimulación ovárica moderado sin repercusiones. Se cita a ultrasonido para confirmar embarazo, donde se observa la presencia de 3 embriones con frecuencia cardíaca fetal normal.

Conclusión: es un caso atípico donde se presentaron las 2 principales complicaciones de los tratamientos de reproducción asistida. El síndrome de hiperestimulación ovárica, se presentó a pesar de que las concentraciones de estradiol no fueron



tan elevados y que además se utilizó disparo combinado. Las estrategias para disminuir los embarazos de alto orden fetal, consisten en transferir un menor número de embriones y por eso se ha incrementado la transferencia en día 5-6. En este caso se presentó a pesar de que se transfirieran solo dos embriones. Lo que nos lleva a poder planteranos si debemos disminuir incluso la transferencia de un solo embrión, usar diagnóstico genético preimplantación y analizar la política de vitrificar todo.

39. Carcinoma basocelular de vulva. Reporte de dos casos

Villegas-Cruz C, Monroy-Faudoa A *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina, Monterrey, NL, México.*

Caso clínico: paciente de 74 años con úlcera vulvar de 2 años de evolución en labio menor izquierdo. Se realiza biopsia incisional que reporta carcinoma basocelular. Y posteriormente vulvectomía parcial izquierda corroborando carcinoma basocelular con márgenes quirúrgicos libres.

Paciente de 47 años con antecedente de cáncer de mama izquierda metastásico con tumor de 2 cm en tercio medio de labio mayor derecho de 2 años de evolución. Se realizó biopsia incisional que reporta carcinoma basocelular ulcerado. Se realizó vulvectomía parcial derecha con reporte de carcinoma basocelular con bordes quirúrgicos libres.

Conclusión: el carcinoma basocelular de vulva es una neoplasia maligna poco frecuente, que se presenta como cualquier otra lesión de comportamiento benigno de la vulva, requiere del estudio histopatológico para confirmar su diagnóstico. La resección de la lesión con márgenes quirúrgicos libres es el tratamiento de elección.

39. Leiomioma vulvar. Reporte de caso

Monroy-Faudoa A, Villegas-Cruz C *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina, Monterrey, Nuevo León, México.*

Caso clínico: paciente de 22 años de edad cursando con tumor de vulva en región de labio mayor derecho de 6 meses de evolución inicialmente de 2 x 2 cm. Se realiza TAC que muestra aumento de tamaño súbito de tumor hasta alcanzar dimensiones de 4 x 6 x 7.6 cm.

Se realiza resección de tumor vulvar, reportando leiomioma calcificado de estirpe benigno.

Conclusión: el diagnóstico depende de las características histopatológicas, donde se diferencia en: leiomioma, leiomioma atípico o leiomiosarcoma vulvar. Los tumores de esta estirpe histológico requieren de una amplia resección quirúrgica para mejorar el pronóstico, debido a su incierto potencial maligno.

39. Tumor carcinoide derivado de teratoma maduro de ovario. Reporte de caso

Monroy-Faudoa A, Villegas-Cruz C, García-Martínez MR *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina, Monterrey, Nuevo León, México.*

Antecedentes: los tumores carcinoide primarios de ovario son raros representando solo el 0.3% de todos los tumores carcinoide y menos del 0.1% de los tipos de cáncer de ovario. Entre los tipos de quistes dermoides de ovario la transformación maligna poco común, ocurriendo en 1-3% de todos los teratomas maduros. Siendo el rango de edad de presentación entre los 5 a 38 años de edad con una media a los 20 años.

Caso clínico: paciente de 27 años con distensión abdominal y dolor

abdominal leve, difuso, de 6 meses de evolución, acompañado de pérdida de 4 kg de peso en 5 meses. Se realiza ultrasonido abdominopélvico encontrando masas anexiales bilaterales y ascitis moderada. Presentó marcador tumoral de Ca 125 de 2246 U/mL. En TAC contrastada muestra abundante líquido de ascitis y masa multilobulada proveniente de anexo izquierdo de múltiples componentes incluyendo elementos de diferentes densidades. En anexo derecho se encontraron tres masas quísticas de paredes delgadas pero irregulares con dimensiones de 8 x 5 cm. Se realizó una laparotomía exploratoria con salpingooforectomía izquierda, omentectomía, biopsia de peritoneo, quistectomía de ovario derecho con biopsia de mismo tejido. Reportando tumor de ovario izquierdo con componente histopatológico de teratoma maduro, cistadenoma seroso y carcinoide grado I. Resultado de ovario derecho reportando quiste seroso. Resto de muestras sin alteraciones

Conclusión: La supervivencia general con la presencia de tumor carcinoide de ovario a los 5 años independientemente de su localización es de 44-56%. Se requiere de estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los tumores carcinoide y de los que se originan de los teratomas maduros de retroperitoneo y ovario. 3

40. Correlación entre las concentraciones de fibrinógeno y hemorragia obstétrica en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora

Zamudio-Valdez CA, Rosas-Coronado MM *Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México.*

Material y Método: estudio descriptivo, observacional y transversal en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Las pacientes candidatas al estudio se seleccionaron de entre todas las pacientes que ingresaban con trabajo de parto o para interrupción del embarazo vía abdominal a las cuales se realizó las concentraciones de fibrinógeno y cuantificación de sangrado para valorar hemorragia obstétrica obteniendo dicha información de los expedientes de las pacientes.

Resultados: de 144 pacientes a a quienes se cuantificó el fibrinógeno sérico, 30 de ellas presentaron hemorragia obstétrica, asociado a disminución de las concentraciones de fibrinógeno correspondiendo al 20.8% del total de las pacientes estudiadas. Se utilizó el análisis estadístico de Spearman tipo APA con un intervalo de confianza del 95% con un $p < 0.040$.

Conclusiones: las bajas concentraciones de fibrinógeno están asociados a hemorragia obstétrica o sangrado después de un parto o una cesárea. Se observa dicha relación principalmente en pacientes multiembarazos con parto vaginal y/o cesárea.

41. Embarazo ectópico cervical. Reporte de caso

Madrigal-García I, Navarrete-Gómez J, Zepeda-Escamilla D
Hospital Regional PEMEX, Salamanca, Guanajuato.

Objetivo: revisar acerca del embarazo ectópico cervical, y ejemplificar un caso. Identificar los factores de riesgo, así como la posibilidad de hacer un diagnóstico oportuno. Esto para evitar el aumento en la morbilidad materna con esta patología, además de poder ofrecer un tratamiento conservador que permita preservar la fertilidad de las pacientes.

Material y Método: se revisa un caso en el Hospital Regional de

PEMEX Salamanca en diciembre del 2016 de una paciente de 32 años de edad, 3 embarazos, 2 cesáreas, 1 aborto quien acudió al servicio de urgencias al referir sangrado transvaginal abundante de 3 días de evolución y datos de bajo gasto (adinamia, astenia, mareo). Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia, quirúrgicos: Legrado 2013, y dos cesáreas 2011 y 2015 siendo esta última complicada por hemorragia obstétrica el cual remitió con uterotónicos y hubo la necesidad de transfusión de 2 paquetes globulares, gineco-obstétricos: Menarca 12 años ritmo regular 30 x 3-5 días, inicio de vida sexual 20 años, 1 pareja sexual, fecha de última menstruación 01.12.2016, esposo con vasectomía hace 8 meses sin controles posteriores, Papanicolaou 2012 negativo a cáncer. Sin otros antecedentes de importancia. Se realiza exploración vaginal observando tumoración que protruye de orificio cervical interno, con bordes sangrantes activos, adherida en cara interna de la pared anterior y posterior de cérvix, laboratorios reportan leucocitos 15.8, hemoglobina 8.3, plaquetas de 331, gonadotropina coriónica humana fracción beta 17611.32. Se realiza ultrasonido observando un útero de 10x6 cm, vacío en su interior, endometrio homogéneo de 9 mm, anexos sin alteraciones, se observa cuello uterino engrosado y a nivel de orificio cervical interno saco gestacional sin estructura embrionaria en su interior, por lo que se decide pasar a quirófano para controlar sangrado activo y normar conducta terapéutica. En quirófano y bajo anestesia por vía vaginal se observa orificio cervical externo con dilatación de 5-6 centímetros, con protrusión de tejido de apariencia trofoblástica, el cual se tracciona presentando dificultad de extracción por estar adherido

a paredes anterior y posterior del cérvix, se da un punto en jareta con crómico del 1 en sitio de sangrado y sitio de implantación y posteriormente extraer saco mediante torsión. Se realiza limpieza con legra y se revisa hemostasia siendo esta adecuada. Sale paciente consciente sin sangrado activo y con una cuenta total de sangrado transoperatorio de 300 cc

Resultado: varios fragmentos irregulares de tejido que midieron, en conjunto, 4 x 3 x 1 cm de color marrón violáceo, con zonas de aspecto esponjoso y trofoblástico de consistencia blanda

Conclusión: durante muchos años la histerectomía fue el tratamiento de elección utilizado para controlar la hemorragia masiva y salvar la vida de la paciente. Sin embargo en este caso se decidió un tratamiento conservador mediante punto hemostático del probable lecho placentario y posterior extracción del saco con instrumental quirúrgico. Paciente no necesito metotrexato o algún otro tratamiento conservador debido a que fracción beta seriada de gonadotropina coriónica humana fue con tendencia a la disminución hasta que se negativizo.

42. Concentraciones de vitamina D en embarazadas colombianas con preeclampsia y normotensas: estudio PREViD de casos y controles a gran escala

Serrano N, Guio E, Quintero-Lesmes D, Becerra S, Prada C, Luna ML, Casas JP
Hospital Internacional de Colombia, Fundación Cardiovascular de Colombia y Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Método: estudio multicéntrico de casos y controles realizado en ocho ciudades colombianas <http://www.genpe.org/>. GenPE captó 8407 gestantes menores de 26



años entre el año 2000 a 2011. Se definió PE como la presencia de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas o $\geq 2+$ en una muestra aleatoria de orina sin evidencia de infección del tracto urinario después de la 20 semana de gestación.

Resultados: se analizaron en total 1.817 pacientes entre 12 a 25 años de edad incluidas en el estudio GenPE. Los datos de 912 (50,19%) pacientes con diagnóstico de preeclampsia (casos) y 905 (49,81%) gestantes normotensas (controles), con medición de vitamina D en suero, estuvieron disponibles para el análisis. En promedio, las concentraciones de vitamina D fueron menores en los casos con respecto a los controles. En el grupo de pacientes con PE la media de 25 (OH) D materna fue de 29,92 ng/mL (29,29 a 30,54 IC del 95%). El 14,8% tenía niveles de 25 (OH) D de 20 ng/mL o menos, el 37,1% nivel entre 21-29 ng/mL, el 48,1% concentraciones de 30 ng/mL o más, y el 51,9% bajo nivel de vitamina D (<30 ng/mL). En el grupo control, la media de 25 (OH) D materna fue de 33,7 ng/mL (33,13 a 34,31 IC del 95%). El 5,75% tenía niveles de 25 (OH) D de 20 ng/mL o menos, el 28,6% nivel entre 21-29 ng/mL, el 65,6% niveles de 30 ng/mL o más, y el 34,4% bajo nivel de vitamina D (<30 ng/mL).

Conclusión: Colombia se encuentra en la latitud y la longitud de N 04°00', O 72°0'0'', cubre tanto el hemisferio norte como sur, sin variación estacional, y por lo tanto con mayor incidencia de rayos UVB de longitud de onda apropiada para la producción epidérmica de vitamina D. No obstante, nuestro estudio demuestra niveles bajos de vitamina D en un porcentaje alto de gestantes colombianas. Nivel bajo de vitamina D, definido como 25 (OH) D <30 ng/mL, es un factor de riesgo independiente para

el desarrollo de PE en la población estudiada. Sin embargo, una relación causal entre la deficiencia de vitamina D y PE no se puede inferir debido al diseño observacional de este estudio, pero los resultados son lo suficientemente fuertes para proponer la conducción de un ensayo clínico controlado, bien definido, que logre identificar la ventana de tiempo crítico y la dosis más eficaz de vitamina D para prevenir el desarrollo de PE y por lo tanto establecer un potencial terapéutico de la vitamina D en la gestación, si lo hay.

43. Cáncer de mama en mujeres seniles

Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, Rodríguez-Cuevas S

FUCAM, Ciudad de México.

Objetivo: Identificar las características histopatológicas y sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama a partir de los 70 años de edad, así como la frecuencia de tratamiento oncológico no convencional debido a comorbilidades.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes con cáncer de mama atendidas entre 2005 y 2016 en el Instituto de Enfermedades de la Mama – FUCAM, dividida en rangos de edad para identificar diferencias entre grupos e identificar alteraciones en el tratamiento oncológico. Se evaluó el tratamiento oncológico integral específicamente en etapa III, ya que el tratamiento debe ser multimodal (quimioterapia, cirugía, radioterapia $\pm$ hormonoterapia). Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariado, considerando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: de los 5762 casos tratados desde entre 2005 y 2016

en el Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM, 421 (7.3%) fueron entre 70 y 79 años, 141 (2.4%) entre 80 y 89 años y solo 26 (0.5%) pacientes de 90 años o más, haciendo un global de 588 (10.2%) mujeres de 70 años o más. La frecuencia de los tumores subtipo luminal A fue en ascenso conforme avanzaba la edad, siendo 20% en mujeres menores a 40 años, y 30% en mayores de 40 años; similar a los Luminal B, documentándose 24% en menores de 40 años y de 46% en el grupo de ≥ 90 años. Por el contrario, los subtipos HER2 puro y triples negativos fueron menos frecuentes a edades mayores ($p < 0.001$). Los Luminal HER2 positivo se mantuvieron estables en todos los grupos de edad. Las comorbilidades tuvieron diferencias entre grupos ($p < 0.001$). La hipertensión arterial sistémica se reportó en menos de 10% en la mayoría de las pacientes, incrementando la frecuencia con la edad, existiendo más de 50% de mujeres hipertensas a partir de los 70 años. La frecuencia de diabetes fue menor, ascendente entre grupos, reportándose hasta 26% en aquellas entre 70-79 años. El tabaquismo fue menos frecuente a mayor edad. No hubo variaciones en índice de masa corporal. La distribución de etapas fue diferente entre grupos ($p < 0.001$). Hubo más etapas I a mayor edad, mientras que la etapa II se mantuvo estable entre grupos. La etapa III fue menor conforme mayor edad, excepto en aquellas ≥ 90 años, donde la mitad de estas pacientes se encontraban en etapa III. En etapa IV, las menores de 40 años y las ≥ 90 años el 15% tenían enfermedad metastásica, mientras que en edades intermedias la etapa IV osciló entre 7 y 11%. El tratamiento multimodal típico para etapa III fue similar ($\sim 70\%$) en los diferentes grupos de edad hasta antes de los 70 años, ya que a partir

de los 70 años fue predominando el tratamiento oncológico no convencional debido a comorbilidades y a efectos secundarios de los propios tratamientos oncológicos, identificando tratamiento atípico (diferente a lo recomendado en las guías) en 47.5% entre el grupo de 70-79 años, 83.8% en el grupo de 80-89 años y de 100% en pacientes ≥ 90 años.

Conclusiones: la frecuencia de pacientes seniles (≥ 70 años) fue menor a los reportado en la bibliografía, tienen más comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes, encontrando más etapas tempranas y mayor frecuencia de subtipos considerados de buen pronóstico como los luminal A y luminal B. El tratamiento oncológico atípico en etapas III sucedió a partir de los 70 años, siendo no convencional en todas las pacientes con 90 años o más. El impacto en la supervivencia con tratamientos atípicos en pacientes seniles es difícil de calcular, ya que la vigilancia a largo plazo está limitada por las propias comorbilidades y muertes no relacionadas al propio cáncer.

43. Tumor phyllodes e implantes mamarios

Ruvalcaba-Limón E, Jiménez-López J, Bautista-Piña V, López-Jiménez P, Ramírez-Bollas J, Arriola-Zamarripa M

Instituto de Enfermedades de la Mama, FUCAM, Ciudad de México.

Objetivo: describir las características de cinco casos de mujeres en las que se les diagnosticó tumor phyllodes en presencia de implantes mamarios.

Material y Método: estudio retrospectivo y observacional de 5 pacientes con tumor phyllodes en presencia de implantes mamarios identificados dentro de la cohorte de pacientes con tumor phyllodes

atendidas entre 2005 y 2015 en el Instituto de Enfermedades de la Mama-FUCAM de la Ciudad de México. En este trabajo se realiza la descripción clínica y se muestran los estudios de imagen de los 5 casos.

Resultados: de los 307 pacientes de tumor phyllodes tratados en el Instituto durante 10 años, se documentaron 5 casos en presencia de implantes mamarios, siendo 3 pacientes tumor phyllodes de novo y 2 recurrencias. Cuatro de las pacientes ya tenían implantes con fines estéticos. En las 5 pacientes los estudios de imagen se categorizaron como BIRADS 4 y todas se encontraban sin actividad tumoral hasta finales de año 2016.

Caso 1. Tumor phyllodes benigno de 8 cm en mujer de 39 años, el cual se trató mediante mastectomía subcutánea y preservación de complejo areola-pezones con colocación de implante mamario. Recurrencia retroareolar a los 32 meses, con reporte de tumor phyllodes maligno de 6 cm (figura). La paciente fue tratada con resección del complejo areola-pezones, escisión amplia de piel y cobertura miocutánea de colgajo del músculo dorsal ancho además de radioterapia adyuvante. Sin actividad tumoral a 30 meses de seguimiento.

Caso 2. Tumor phyllodes benigno de 6 cm en paciente de 45 años con antecedente de implantes colocados a los 42 años de edad. Fue tratada con escisión amplia respetando la integridad del implante mamario. Recurrencia retroareolar a los 34 meses, con reporte de tumor phyllodes borderline de 9 cm, requiriendo tratamiento con mastectomía total y retiro de implante mamario, así como radioterapia adyuvante. Sin enfermedad a 36 meses de seguimiento.

Caso 3. Tumor phyllodes fronterizo de 9.5 cm en mujer de 53 años con antecedente de implantes ma-

marios colocados a los 40 años de edad. Fue tratada con mastectomía total y retiro de implante mamario. Sin enfermedad a 28 meses de seguimiento.

Caso 4. Tumor phyllodes benigno de 7.4 cm en mujer de 42 años con antecedente de implantes mamarios colocados a los 40 años de edad. Fue tratada exclusivamente con enucleación del tumor. Sin enfermedad a 26 meses de seguimiento.

Caso 5. Tumor phyllodes fronterizo de 4.5 cm en mujer de 32 años con antecedente de implantes mamarios colocados a los 25 años de edad. Fue tratada con escisión amplia respetando integridad del implante. Sin enfermedad a 14 meses de seguimiento.

En la cohorte de tumores phyllodes, de las 35 pacientes tratadas con mastectomía y reconstrucción mamaria, solo una (2.85%) desarrolló recurrencia. A pesar de márgenes adecuados en los 2 casos que recurrieron, las pacientes conservaban el complejo areola-pezones y la recurrencia ocurrió en el área retroareolar.

Conclusiones: el tumor phyllodes es raro y diagnosticarlo cuando hay implantes mamarios es aún más raro. Aun habiendo implantes, el tumor phyllodes debe tratarse con escisión amplia o mediante mastectomía para lograr márgenes apropiados.

44. Revisión de la clasificación e historia natural de la esquizencefalia basado en la descripción de tres casos

Acevedo-Gallegos S, Velázquez-Torres B, Gallardo-Gaona JM, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Bello-Muñoz JC, Guzmán-Huerta M, Barrera JG

Clínica de Defectos Fetales, servicio de Medicina Materno Fetal, Instituto Nacional de Perinatología Isidro



Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: el diagnóstico prenatal de esquizencefalia puede ser difícil de establecer; la información disponible es limitada para establecer un diagnóstico preciso y otorgar la consejería acertada. Este reporte de tres casos presenta una propuesta de distintos tipos de presentación de esquizencefalia: el tipo encefaloclástico, secundario a un factor externo, como ejemplo una masa expansiva; el tipo vasculogénico, ocasionado por un accidente vascular de forma temprana durante la vida fetal; y por último, el clásicamente descrito trastorno primario de migración neuronal el cual se presenta con las características típicas de esquizencefalia y rara vez de forma aislada. Los hallazgos de imagen incluyendo la RM posnatal, así como la evaluación neurológica llevada a cabo, permiten elucidar algunos criterios diagnósticos y refinar las herramientas utilizadas para el diagnóstico prenatal y seguimiento en este tipo de casos.

44. Diagnóstico prenatal de feto con esquizencefalia, holoprosencefalia semilobar y meningocele: reporte de un caso

Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Velázquez-Torres B, Ramírez-Calvo JA, Camarena-Cabrera DA, Barrera J

Clínica de Defectos Fetales del servicio de Medicina Materno Fetal, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente en el segundo embarazo, sana, enviada a nuestro hospital a las 21.4 SDG con diagnóstico de feto con higroma quístico vs encefalocele. En la evaluación ultrasonográfica prenatal con hallazgos de probable esquizencefalia en región parietal

derecha, línea media desplazada hacia la izquierda, sin evidencia de tejido cortical hacia región posterosuperior, fosa posterior de aspecto ecográfico normal; además, exostosis vs meningocele en hueso parietal derecho cercano a línea media. Parto eutócico a las 37.1 SDG, evaluación integral por neonatología, genética, neurología y neurocirugía, con diagnóstico postnatal de meningocele parasagital parietal derecho, esquizencefalia parieto-occipital derecha y holoprosencefalia semilobar. A los 9 días de vida desarrolla hidrocefalia, con aumento de perímetro cefálico 3 cm desde el nacimiento (35.5 cm), por lo que se decide tratamiento quirúrgico con colocación de derivación ventrículo peritoneal, sin complicaciones. Reporte de cariotipo normal. Al décimo noveno día de vida, se egresó a domicilio con seguimiento en consulta externa de neurocirugía, neurología, pediatría y genética. Debido a los diagnósticos comentados, se define un pronóstico reservado para la vida, no necesariamente letal a corto plazo, pero con mal pronóstico neurofuncional asociado a retraso del desarrollo grave, alteraciones motrices variadas y crisis convulsivas de difícil control. La relevancia de presentar este caso se debe a la rara coincidencia de esquizencefalia, meningocele y holoprosencefalia de tipo semilobar, en un feto.

45. Educación 3.0 en obstetricia: un nuevo paradigma. Actualización

Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal- Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A
Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Zapopan, Jalisco, México.

Antecedentes: durante los últimos años el número de espacios de

fabricación digital (educación en línea) no ha parado de crecer de forma vertiginosa por todo el mundo. Los cursos y programas educativos basados en la experimentación y el hazlo tú mismo han llegado a multitud de espacios, en forma de clases de tecnología o robótica; que para nuestro contexto es sustancial la simulación clínica de baja y alta complejidad. El cuerpo fundamental de este texto es un análisis de caso, en el que hemos recopilado información sobre el proyecto en el campo de la educación virtual en posgrado y per se su impacto social.

Los profesores se convierten en guías del alumno que de manera autónoma construirá conocimiento.

Generando dimensiones de aprendizaje mediante dominio y competencias digitales. Proponiendo un ecosistema de aprendizaje multidimensional. Integrando áreas de conocimiento cuantitativo y experimental en una currícula interdisciplinaria. Llevando al estudiante a comprender el impacto en el mundo y preparándole para ser la respuesta del mañana. Educación en línea en el posgrado, acceso en tiempo real a internet para generar simulación clínica. Uso de calculadoras, el profesor como curador de bases de datos, optimizar las habilidades en un equilibrio entre conocimiento académico y habilidades prácticas; individualizar los planes de estudio a partir de las PLE del alumnado; generando un idioma global de conocimiento. El mayor contenido educativo lo proporcionara entidades públicas mediante plataformas online. Generando dimensiones de aprendizaje mediante dominio y competencias digitales. Proponiendo un ecosistema de aprendizaje multidimensional.

45. Hemorragia cerebral parenquimatosa parietal derecha asociada a trombosis del seno sagital en embarazo gemelar de 10 semanas. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía

Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A. *Secretaría de Salud, Jalisco, Hospital General de Occidente, Unidad de alta Complejidad e Investigación en Obstetricia, Zapopan, Jalisco, México.*

Caso clínico: paciente de 33 años, en el tercer embarazo, con dos partos eutócicos previos. Cursa gestación actual de diez semanas gemelar espontáneo. Consulta por clínica de cefalea opresiva, intensa, de inicio fronto-bitemporal y posteriormente irradiado a región occipital y cervical de instalación súbita acompañado de náuseas y vómitos esporádicos de ocho días de evolución, posteriormente caída de su propia altura al intentar incorporarse con incapacidad de movilizar extremidad inferior izquierda, en hospital de primer contacto presenta crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, sin. En su valoración inicial Glasgow score 14/15 (O4V4M6) Rankin 4, pupilas isometría eucoria foto reactivas, simetría facial, paresia extremidades izquierdas, braquial 1/5 pélvico 1/5, extremidades derechas braquial 3/5 y pélvico 4/5, Babinsky izquierdo positivo, sensibilidad izquierda disminuida (esteroceptiva). Descripción de venoresonancia de cráneo.

Resultados: se integró el diagnóstico de hemorragia parenquimatosa parietal derecha subaguda, en territorio de arteria cerebral media secundaria a trombosis del seno sagital y trombosis del seno transversal derecho por estado protrombótico asociado a la gestación.

Conclusiones: en pacientes jóvenes, embarazo, puerperio y un trastorno

de coagulación asociado son etiologías comunes. El diagnóstico se sospecha clínicamente y se confirma por resonancia magnética nuclear. Esta condición se desarrollará con buen pronóstico. Dentro de un control prenatal con enfoque de riesgo, se concluye gestación semana 38 con el trínomio en óptimas condiciones y la paciente sin secuelas.

45. Nuevo paradigma en pancreatitis aguda y embarazo: propuesta P.A.N.C.R.E.A.S.-O.B.G.I.N

Rodríguez-Chávez JL, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A, Juárez-Leaños CM.

Hospital General de Occidente, Unidad de Alta Complejidad e Investigación en Obstetricia, Secretaría de Salud, Jalisco.

Objetivo: exponer el desarrollo de un nuevo paradigma sustentado en el precepto del acrónimo P.A.N.C.R.E.A.S. al cual aunamos O.B.G.I.N. con el objetivo de unificar criterios definitivos, entre los que destacan la monitoria del trínomio (madre-placenta y conceptus), integración de equipo multi e interdisciplinario, a los que se han agregado valores biomarcadores ajustados a la gestación-puerperio, con el objetivo de evaluar de manera integral y temprana a la pancreatitis aguda en obstetricia. El objetivo de esta revisión es proponer el concepto P.A.N.C.R.E.A.S.-O.B.G.I.N. en el escenario clínico de una paciente obstetricia grave como una nueva herramienta para la evaluación-tratamiento-seguimiento (protocolo integral) de la pancreatitis aguda en medicina materno-fetal.

O: Obstetrical Critical Care: medicina aguda/unidad de alta complejidad obstétrica: medicina crítica en obstetricia/ obstetricia medica: tamizaje/screening/prognóstico del trínomio.

B: Bienestar fetal: monitoria fetal PSE Perfil biofísico o Doppler obstétrico. (Medicina fetal-fisiología obstetricia)

G: Gestational age (edad gestacional) validar curva de crecimiento mediante ecosonograma obstétrico o determinar certeza de edad gestacional.

I: Inducción maduración fetal orgánica –curso de esteroides- o neuroprotección fetal (31 6/7 semanas de gestación)

N: neonatología: alertar de escenario deterioro/fracaso multiorgánico.

46. Tratamiento quirúrgico por histeroscopia de embarazo ectópico intersticial: casos clínicos y revisión bibliográfica

Gómez-Corredor F, Villamil-Perez J, Díaz-Yamal I, Castañeda-Castañeda J, Sotolongo-leon R, Ávila Jaimes L, Villabona-Silva P *Unidad de Fertilidad Procreación Médicamente Asistida, Clínica de Marly, Unidad de fertilidad de Col-sanitas, Bogotá, Colombia.*

Objetivo: reportar los dos primeros casos en Colombia de tratamiento quirúrgico por histeroscopia de embarazo ectópico intersticial.

Material y Método: búsqueda de la bibliografía en las bases de datos PubMed/ Medline, Cochrane, science direct con las palabras clave: ectopic pregnancy, interstitial pregnancy, angular pregnancy, cornual pregnancy. Se presentan dos casos de embarazo ectópico intersticial y su tratamiento por vía histeroscópica.

Resultados: se encontraron 28 artículos publicados entre enero de 1989 y diciembre de 2016, filtrándose la búsqueda para aquellos documentos publicados en idioma inglés y español de las cuales se seleccionaron 8 reportes de casos alusivos al tratamiento histeroscópico.



Casos clínicos

Caso 1. Paciente de 29 años que consulto por dolor pélvico y sangrado vaginal con antecedentes: g3p0a2. Se le realizó Bhcg inicial con reporte de 2086 y una ecografía transvaginal que mostro endometrio de 11 mm liquido libre en fondo de saco anterior. Se realizo nueva Bhcg a las 48 horas con valor de 2993 y una ecografía transvaginal que mostro imagen sacular en cuerno derecho de 8.9 mm. Una Bhcg a los 6 días mostro un valor de 5024 ya le ecografía transvaginal una imagen en cuerno derecho. Además, para confirmar el diagnóstico se realizó IRMN de pelvis que mostro cavidad endometrial vacía, con presencia de saco gestacional de 10 mm localizado en componente cornual derecho. Se considero realizar tratamiento médico con metrotexate se colocan dos dosis inicialmente con evidencia de elevación de la beta hcg por lo que requirió una tercera dosis. Se realiza control ecográfico con evidencia de aumento del tamaño del saco gestacional de 18 mm implantado en cuerno derecho y presencia de vesícula vitelina y polo embrionario. Se lleva a resección histeroscópica y la patología confirmo embarazo ectópico cornual y la Biopsia de endometrio: extensa decidualización con reacción de arias estela. La paciente evoluciona satisfactoriamente con negativización de la beta hcg a los dos meses.

Caso 2. Paciente de 33 años paciente con cuadro de dolor pélvico g1p1a0 beta hcg inicial de 993. Ecografía transvaginal es reportada como normal. Reconsulta por persistencia de dolor pélvico a los 10 días, se solicita nueva beta hcg con valor de 6683 y ecografía transvaginal evidencia imagen sacular de 9x6 mm a nivel del cuerno con endometrio de 15 mm y cavidad vacía. Se realiza resección histeroscopia de embarazo ectópico.

Técnica: preparación del histeroscopia de betocchi, paciente bajo anestesia general, asepsia y antisepsia. Preparación del segundo puerto operatorio para lo cual se realiza la colocación de una banda de plástica que envuelve el histeroscopia y la aguja chiva permitiendo obtener un puerto operatorio adicional al canal operatorio convencional. Ingreso con técnica oficial, visualización de la cavidad uterina con identificación de los hallazgos. En seguida se realiza infiltración de vasopresina alrededor del ostium con la aguja chiva por el puerto accesorio. Introducción de la tijera por el puerto convencional del histeroscopia. Se realiza la resección con tijera del saco. Extracción de la cavidad uterina del saco con grasper. Luego se realiza colocación de metrotexate intramiometrial y verificación de la hemostasia.

Conclusiones: el tratamiento por histeroscopia del embarazo ectópico intersticial comienza a ser una técnica quirúrgica de elección por ser un procedimiento mínimamente invasivo, con baja tasa de complicaciones, capaz de disminuir la mortalidad y morbilidad de esta patología. La estandarización de esta técnica quirúrgica se convierte en una prioridad para el tratamiento de la condición.

47. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (Mirena) posterior a un suceso obstétrico. Efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad

Velázquez-Ramírez N, Lira-Plascencia J, Ramírez-Román AE, Galván-Contreras R

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la efectividad, tolerabilidad y tasas de continuidad con el uso de LNG-DIU después

de la resolución de un evento obstétrico; en pacientes en edad reproductiva atendidas en el instituto nacional de perinatología.

Método: estudio descriptivo, longitudinal, no experimental, prospectivo.

Resultados: se colocaron 79 DIU-LNG en un periodo de 3 meses, con seguimiento 6 semanas posterior a un parto, cesárea o aborto. La edad media de la población en estudio fue de 25.7 años; con una edad máxima de 45 años y la edad mínima fue de 14 años. Durante el seguimiento del dispositivo intrauterino se observaron 76% de dispositivos in situ, un 6.3% de expulsión en pos parto inmediato (en sala de recuperación), un 7.6% en posparto tardío (6 semanas) con un total de 13.9% de expulsión de DIU-LNG durante el pos parto y 10.1% se perdieron durante el seguimiento.

Conclusiones: el beneficio de la anticoncepción eficaz inmediatamente después del parto puede compensar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión y es equiparable con el dispositivo de intrauterino de cobre. Sin embargo las visitas prenatales frecuentes durante el tercer trimestre brindan la oportunidad de discutir métodos anticonceptivos eficaces y el momento deseado para la iniciación.

48. Desenlaces perinatales en mujeres con antecedente de infertilidad

Reyes-Muñoz E, Iyune-Cojab E, Brito-Sandoval F.

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: comparar resultados perinatales adversos en mujeres con antecedente de infertilidad y embarazo espontáneo vs mujeres con embarazo logrado con TRA de baja y alta complejidad.

Material y Método: estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron mujeres con antecedente de infertilidad y se integraron grupos de acuerdo a como lograron embarazo: grupo 1 espontáneo, grupo 2 TRA baja complejidad y grupo 3 TRA alta complejidad. Se comparó la incidencia de: placenta previa, diabetes gestacional, preeclampsia, pretérmino, oligohidramnios, anemia, ruptura prematura de membranas, óbito, cesárea, pequeño para edad gestacional, grande para edad gestacional, ingreso a terapia neonatal, hemorragia obstétrica.

Resultados: de 203 mujeres: grupo 1 n = 135, grupo 2 n = 33, y grupo 3 n = 35. La incidencia de embarazo múltiple fue mayor en el grupo 3 vs grupo 1 y 2 37.1% vs 0% y 6% respectivamente (p=0.001). Se observó mayor incidencia significativa de nacimiento pretérmino, cesárea e ingreso a terapia neonatal en el grupo de mujeres que lograron embarazo con TRA de alta complejidad.

Conclusiones: el riesgo de resultados perinatales adversos en mujeres con antecedente de infertilidad fue mayor en aquellas que lograron embarazo con TRA de alta complejidad comparadas con mujeres que lograron embarazo sin TRA.

48. Prevalencia y factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional en mujeres mexicanas de acuerdo con tres criterios diagnósticos internacionales

Reyes-Muñoz E, Ortega-González C, Martínez-Cruz N, Castillo-Mora A, Zamora-Escudero R, Martínez-Huerta NE

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: comparar la prevalencia y factores de riesgo para DMG utilizando tres criterios diagnósticos internacionales.

Material y Método: estudio observacional de cohorte retrospectivo, donde se incluyeron 2062 mujeres adultas en quienes se realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa de 75g-2 h, en la primera consulta prenatal. Se comparó la prevalencia de DMG utilizando los criterios de la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus (FWGDM), Como objetivo secundario se analizaron los factores de riesgo asociados con DMG utilizando cada criterio diagnóstico.

Resultados: se incluyeron 2062 mujeres, con edad promedio de 30.8 ± 6.3 años, con índice de masa corporal promedio de 26.3 ± 5.2 . La prevalencia de DMG, fue 28.3%, 19.9% y 7.4%, con los criterios diagnósticos IADPSG, NICE y FWGDM respectivamente. Utilizar los criterios de IADPSG incrementa la prevalencia de DMG comparado con NICE RR: 1.42 (IC 95% 1.27-1.59) y comparado con FWGDM RR: 3.8 (IC 95% 3.2-4.5). Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron: sobrepeso, obesidad, edad mayor de 25 años y acantosis con los tres criterios diagnósticos.

Conclusiones: la prevalencia de DMG utilizando los criterios de la IADPSG es 1.4 veces mayor a los criterios del NICE y 3 veces mayor a los criterios de la FWGDM. Los factores de riesgo que incrementan la prevalencia independientemente del criterio diagnóstico son el sobrepeso, obesidad, la edad mayor de 25 años y la presencia de acantosis.

49. Efecto de la ganancia excesiva de peso en el embarazo complicado con obesidad en la expresión diferencial de microRNAs en tejido adiposo visceral

Espino y Sosa S, Estrada-Gutiérrez G, Ortega-Castillo V, Rodríguez-Bosch M, Perichart-Perera O, Solís-Paredes M

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivos: comparar el perfil de expresión de microRNAs en adipocitos maduros del TAV de mujeres embarazadas sin obesidad con ganancia de peso recomendada, de mujeres con obesidad con ganancia de peso recomendada y mujeres con obesidad con ganancia de peso excesiva.

Material y Método: estudio de biopsias de TAV de mujeres con embarazo a término, con producto único, que resolvieron su embarazo por cesárea programada en ausencia de trabajo de parto. Realizamos digestión enzimática del TAV mediante colagenasa tipo I (Gibco, Life Technologies) para aislar a los adipocitos maduros. Obtuvimos el RNA total incluyendo microRNAs (Direct Zol RNA Miniprep, Zymo Research), y controlamos la calidad de la extracción evaluando la concentración y pureza (Nanodrop 2000, Thermo Scientific), así como la integridad del RNA (Agilent RNA 6000 nano kit, Agilent Technologies) y la presencia de microRNAs (Agilent Small RNA kit, Agilent Technologies). Caracterizamos el perfil de expresión de 84 microRNAs entre los diferentes grupos de estudio por medio de microarreglos de qRT-PCR (SABiosciences, Qiagen), analizamos su expresión (miScript miRNA PCR Array Data Analysis, SABiosciences) y realizamos el análisis funcional de los microRNAs con expresión estadísticamente significativa (miRò v 2.0). Este proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética del INPer con número de registro 3300-11402-01-575-17.



Resultados: las mujeres con obesidad y ganancia de peso excesiva muestran una expresión 3.97 veces mayor del mir-24-3p ($p = 0.040$) y 2.97 veces mayor del mir-128-3p ($p = 0.046$) en comparación con las mujeres sin obesidad y ganancia de peso adecuada. A su vez, este grupo mostró una expresión 13.13 veces mayor del mir-124-3p ($p = 0.017$) cuando se comparó con mujeres con obesidad y adecuada ganancia de peso. El análisis funcional de estos microRNAs los asocia a síndrome metabólico, enfermedad coronaria, hipertensión y diabetes tipo 2.

Conclusiones: observamos que la ganancia excesiva de peso durante el embarazo en mujeres con obesidad está implicada en la desregulación de mecanismos epigenéticos, tales como en los cambios en la expresión de microRNAs. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de la ganancia excesiva de peso durante el embarazo como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas a lo largo de la vida. Este estudio caracteriza por primera vez el perfil de expresión de microRNAs en adipocitos maduros del TAV.

52. Factores maternos y perinatales en pacientes con diagnóstico de asfixia neonatal que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales

De la Cerda-Ángeles JC

Hospital General Enrique Cabrera,
Secretaría de Salud, Ciudad de México.

Objetivo: identificar los factores maternos y perinatales en pacientes con diagnóstico de asfixia neonatal que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital General Enrique Cabrera en el año 2015.

Material y Método: estudio observacional, comparativo, descriptivo, analítico, transversal y

retrospectivo, obteniendo 30 pacientes donde mediante una cedula de recolección de datos a través del expediente materno neonatales, se recabaron los datos necesarios, 10 casos de asfixia neonatal y 20 controles que descartaron el diagnóstico de asfixia neonatal.

Resultados: las variables se dividieron en maternas, de la atención obstétrica y neonatales, encontrando mayor frecuencia en el diagnóstico de asfixia neonatal en los pacientes que presentaron interrupción del embarazo vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, el sexo masculino, bradicardia fetal, infección en vías urinarias y cervicovaginales, Y gasometría con pH menor a 7.00, otros datos relevantes a nivel mundial en este estudio no tuvieron relevancia estadística como la presencia de meconio, uso de oxitocina, circular de cordón, peso materno, trabajo de parto distócico, categoría del registro cardiotocográfico, valoración de APGAR a los 5 minutos. La defunción materna fue del 3% ($n = 1$) y neonatal 7% ($n = 2$).

Conclusiones: la detección oportuna de los factores maternos y perinatales mejora el pronóstico y la evolución de los neonatos, así como la atención adecuada al nacimiento, siendo de importancia contar en los servicios de salud con todas las herramientas necesarias para su diagnóstico y tratamiento.

53. Necrosis de Fournier asociada con amebiasis extra intestinal: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Escobar-Vidarte MF, Hurtado-David F, Loaiza-Osorio S, Fernandez-Pérez P

Fundación Clínica Valle del Lili,
Cali, Colombia.

Caso clínico: paciente posmenopáusica, que ingresó a la Fundación

Valle del Lili por cuadro clínico de un mes de evolución consistente en eritema vulvar y vaginal, asociado a signos inflamatorios y secreción purulenta que compromete región vulvar, vagina, periné y borde inferior de glúteos con sospecha de Necrosis de Fournier. La paciente ingresó con signos clínicos de hipoperfusión y exámenes de laboratorio que evidenciaron daño multisistémico (leucocitosis, neutrofilia, función renal alterada, alcalosis metabólica, hipercalcemia, hiponatremia y anemia severa). La paciente fue hospitalizada en unidad de cuidados intensivos (UCI), debido a choque séptico. Se inició reanimación guiada por metas y tratamiento con linezolid, meropenem y fluconazol. Se decidió llevar a vulvectomy total donde se encontró necrosis completa de la vulva y de la vagina. La paciente requirió desbridamiento total de todo el espesor del tejido subcutáneo en toda su extensión hasta 10 centímetros de la piel de la zona glútea, acompañado de pus que reemplaza tejido subcutáneo, severamente fétido. Por la extensión de la lesión, se deja con sistema VAC (Vacuum Assisted Closure). La descripción de la biopsia reportó infiltrado inflamatorio agudo difuso con presencia de estructuras parasitarias compatibles con trofozoitos de amebas con eritrofagocitosis. Dados los resultados, se decidió iniciar tratamiento con teclozan. Requirió tres cirugías adicionales, reconstrucción con colgajos a cargo de cirugía plástica y un cierre por segunda intención con terapia enterostomal por cuatro meses. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria con cierre total del defecto.

Conclusión: la amebiasis vaginal puede manifestarse como una infección necrotizante grave con signos de hipoperfusión y daño multisistémico. El diagnóstico debe incluir biopsia que permita

descartar otras patologías. El tratamiento requiere la participación interdisciplinaria en unidades de alta complejidad con experiencia en el tratamiento quirúrgico y el uso de estrategias innovadoras.

53. Caracterización de las pacientes obstétricas con diagnóstico de sepsis mediante dos escalas de diagnóstico en una clínica de cuarto nivel en Cali

Escobar-Vidarte MF, Echavarría MP, Nasner D, Hurtado CF, Loaiza S, Fernández-Paula A

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Materiales y Método: estudio descriptivo retrospectivo basado dos escalas de diagnóstico de sepsis, realizado en pacientes obstétricas durante el periodo de enero del 2015 hasta diciembre del 2016. Se excluyeron mujeres en puerperio. Las pacientes fueron divididas en dos grupos de acuerdo a la severidad clínica y al lugar de la hospitalización. El primer grupo fueron pacientes hospitalizadas bajo el criterio de unidad de cuidado intensivo con mas de dos sistemas comprometidos (UCIACO) y el segundo grupo pacientes hospitalizadas como alta complejidad obstétrica o unidad de alta dependencia con un sistema comprometido (UACO). Para efectos de la comparación entre las escalas, se dividieron las pacientes como pacientes con escala SIRS positiva si reunían el 100% de los criterios diagnósticos y aquellas con escala de SOFA positiva si tenían un valor en la sumatoria de los criterios diagnósticos mayor o igual a 2. La concordancia entre las escalas se realizó mediante el estadístico de kappa.

Resultados: se identificaron 688 pacientes que cumplían dos criterios de SIRS mas infección a quienes se les aplicaron ambas

escalas. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de UCI y UACO en Temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, leucocitosis, PCR, pH, PO₂ HCO₃, déficit de base y lactato, con mayor daño en todas las variables en el grupo de UCI: Los resultados al momento de aplicar la escala SIRS fueron positivos para 431 pacientes (62.6%) distribuidos entre 279 casos en UACO (64.7%) y 152 en UCI (35.2%). Al aplicar la escala SOFA, 109 pacientes (15.8%) tuvieron resultado positivo; 35 pacientes para UACO (32.1%) y 74 casos para UCI (67.9%). La concordancia entre ambas escalas fue de 0.07%. Se presentaron 2 casos de mortalidad materna (0.3%) y 5.4% casos de mortalidad perinatal.

Conclusiones: la sepsis materna es una entidad asociada a alta letalidad de muy difícil diagnóstico por los condicionantes propios del embarazo. Las escalas diagnósticas evaluadas en esta población con muy pobre correlación entre ellas sugieren la necesidad de estandarizar de manera urgente los criterios clínicos y paraclínicos que permitan tener el mayor número de gestantes comprometidas, manejadas de manera costo eficiente.

53. Prevalencia del déficit de vitamina D en mujeres embarazadas y sus neonatos: serie de casos

Ávila F, Loaiza-Osorio S, Fernández-Pérez P, Escobar-Vidarte MF
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Material y Método: estudio observacional de corte transversal. Los criterios de selección incluyeron: gestantes, hospitalizadas en la FVL para dar a luz a un feto vivo. Durante los primeros 30 minutos después del parto, se recogió una muestra de sangre materna y una muestra del cordón umbilical para

evaluar las concentraciones de 25-hidroxi vitamina D (25 (OH) D₃). Posteriormente se realizó una entrevista acerca de los hábitos relacionados con los factores de riesgo reportados para déficit de vitamina D. Se realizó un análisis univariado para describir las variables cualitativas y cuantitativas. La correlación de Pearson fue evaluada para establecer la relación entre las concentraciones maternas y neonatales de 25 (OH)D₃ con el programa Stata®.

Resultados: desde abril hasta junio de 2017 se seleccionaron 89 gestantes y sus neonatos. La concentración media de 25 (OH) D₃ en las muestras de sangre materna y del cordón umbilical fueron de 32.2 ± 9.9 (nmol/L) y 38.3 ± 12.9 (nmol/L) respectivamente. La prevalencia de niveles deficientes e insuficientes en las gestantes fue 13.5% y 20.2%. Así mismo, la deficiencia e insuficiencia fue de 8,99% y 17,98% en los recién nacidos. El índice de correlación de Pearson entre los valores maternos y neonatales de 25 (OH)D₃ fue de 0,69. La población estudiada fue variable: 52 mujeres se consideraron mestizas, 30 afrodescendientes y 7 indígenas. El fototipo 3 fue el más prevalente (n = 32, 36%), solo el 25.8% (n = 23) refirió usar protector solar y el 92% (n = 82) no tuvo suplementación de vitamina D durante el embarazo. Entre las patologías obstétricas observadas se destacó que el 35% tuvo trastornos hipertensivos sin diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos. El 25.8% (n = 23) de los neonatos fueron hospitalizados en la unidad neonatal por prematuridad extrema y síndrome de mal adaptación neonatal.

Conclusión: la deficiencia de vitamina D en el binomio madre-hijo de la población estudiada es frecuente, conclusión que va en contravía de la evidencia pre-



viamente publicada acerca de la hipovitaminosis en países como Colombia. Con estos resultados, es importante continuar realizando investigaciones con una mayor muestra de pacientes y bajo protocolos clínicos estrictos, que permitan establecer asociaciones entre el déficit de vitamina D y patologías de alto impacto en la salud materna y fetal, dado que las intervenciones que se generen pueden tener inferencia en la suplementación materna con efectos en la salud pública de países de bajos y medianos ingresos.

53. Tratamiento protocolizado del acretismo placentario. Experiencia en la Fundación Valle del Lili

Nieto-Calvache A, Fernández-Pérez P, Loaiza-Osorio S, Carvajal-Valencia J, Burgos JM, Escobar-Vidarte MF
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Material y Método: estudio prospectivo de cohorte de antes y después, dada la alta prevalencia del acretismo placentario. Los criterios de selección incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de placenta acreta llevadas a protocolo quirúrgico en la Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, entre enero de 2011 hasta junio de 2017. Durante el periodo de estudio las pacientes fueron sometidas a dos protocolos de tratamiento diferentes. A partir del año 2015, el protocolo fue modificado reemplazando los balones hipogástricos por la colocación del balón intraaórtico e infrarrenal guiado por intensificador a cargo de cirugía de trauma. Toda la información fue obtenida de la historia clínica electrónica. Se realizó un análisis univariado con pruebas no paramétricas del programa Stata®.

Resultados: durante el periodo de estudio se atendieron

41 pacientes con diagnóstico intraoperatorio de acretismo placentario, 86% tenía antecedente de cesárea previa y 14% cirugía uterina. La edad gestacional promedio al momento del protocolo fue de 33 semanas. El tratamiento endovascular con balón de localización hipogástrica se realizó en 26 pacientes y el balón intraaórtico en 15. En 6 pacientes se logró la conservación uterina después de la cesárea, 39 pacientes fueron llevadas a cesárea más histerectomía, 11 de las cuales pacientes requirieron cirugía de control de daños. El sangrado visual estimado fue de 1900 cc en esta serie. Treinta pacientes requirieron transfusión de hemocomponentes, el 100% recibió 3 unidades de glóbulos rojos, 7 pacientes recibieron plasma (3 unidades en promedio), 4 recibieron crioprecipitado (7 unidades promedio) y 5 recibieron plaquetas (1 aferesis en promedio). El 50% recibieron ácido tranexámico (1 gramo). 15 pacientes tuvieron lesión de la vía urinaria y 2 pacientes presentaron hematoma no expansivo en el sitio de punción por donde se insertó el balón intraaórtico. El tiempo promedio de todas las pacientes en el quirófano fue de 224 minutos. No se presentó mortalidad materna. Todos los recién nacidos fueron dados de alta sin complicaciones.

Conclusión: el uso del BIA es una estrategia segura para el control vascular en pacientes con acretismo placentario dentro de un protocolo de tratamiento en centros de referencia con equipos interdisciplinarios. Esta experiencia abre la posibilidad a los países de medianos y bajos ingresos a la innovación en la aplicación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna asociada a acretismo placentario.

53. Actinomicetoma simulador de cáncer de ovario metastásico: reporte de caso

Suso JP, Hincapié-Korgi MA, Escobar-Vidarte MF, Restrepo OH
Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Caso clínico: pacientes de 39 años, diabética tipo 2, con dispositivo intrauterino (DIU) hace 5 años, desde hace dos meses con sensación de masa en fosa ilíaca derecha (FID) asociado a fiebre y pérdida de 15 kg, manejada con piperacilina-tazobactam. Al ingreso sin signos de respuesta inflamatoria, con masa en hemiabdomen inferior, dolorosa, adherida a la piel. La tomografía axial computarizada reportaba masas anexiales bilaterales de 12 x 9 cm la izquierda y 11 x 8 cm la derecha, de contornos mal definidos, con realce al medio de contraste y componente mixto, comprometiendo techo de vejiga, infiltrando peritoneo que rodea intestino grueso y delgado, músculos recto abdominal, oblicuos y tejido celular subcutáneo de la región de flanco y FID formando otra masa con líquido y áreas de necrosis grasa. Obstrucción extrínseca de los uréteres con hidronefrosis. Los laboratorios reportaron leucocitosis sin neutrofilia, PCR elevada, anemia normocítica e hipoalbuminemia, requiriendo reposición nutricional y los marcadores tumorales fueron negativos, al igual que los estudios de extensión negativos. El urocultivo reportó *Klebsiella BLEE(+)* por lo cual recibió tratamiento con meropenem. Después de 11 días de tratamiento, es llevada a cirugía con colocación previa de catéteres doble J. Se encuentra líquido purulento escaso, masa adherida al íleon distal, colon sigmoide, retroperitoneo, vejiga, útero y anexos con infiltración de omento. Ganglios ilíacos aumentados de tamaño. Se realiza protocolo

de ovario y resección intestinal de íleon distal, con sistema de cierre por vacío abierto. La patología por congelación intraoperatoria fue negativa para malignidad. Requirió soporte transfusional y vasopresor durante el procedimiento y 3 días posterior al procedimiento después de reanimación guiada por metas y tratamiento en UCI, fue llevada a cierre de cavidad. Egreso a los 7 días de hospitalización. La patología reportó actinomicetoma en todos los especímenes, sin evidencia de lesión neoplásica maligna. Se contacta a la paciente para dar tratamiento antibiótico en tratamiento con ampicilina sulbactam, con adecuada respuesta clínica.

Conclusión: la actinomicosis pélvica puede simular un tumor ovárico por lo que en países de bajos y medianos ingresos donde la prevalencia es más alta, debe ser tenido en cuenta en pacientes con presentaciones atípicas o en presencia de marcadores tumorales negativos de la enfermedad ovárica. Sus características clínicas son inespecíficas, sin embargo en pacientes con inmunosupresión y antecedente de DIU se debe despertar la sospecha clínica. El tratamiento de casos severos de la enfermedad debe hacerse en centros de alta complejidad que permitan el tratamiento interdisciplinario, en una entidad potencialmente curable en pacientes jóvenes.

53. Morbilidad materna extrema relacionada con la enfermedad de células falciformes en la población obstétrica de alta complejidad de la Fundación Valle Del Lili

Burgos-Luna JM, Escobar-Vidarte MF

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Material y Método: estudio descriptivo de una serie de casos con temporalidad retrospectiva. Los

criterios de selección incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de anemia de células falciformes o drepanocitosis, hospitalizadas en la Fundación Valle del Lili, Cali, entre enero de 2010 hasta diciembre de 2016. Toda la información fue obtenida de la historia clínica electrónica. El sistema de vigilancia de MME utilizó los criterios de ingreso definidos por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) (4) y adaptados por el Ministerio de Protección Social de Colombia. Se realizó un análisis univariado con el programa Stata®.

Resultados: durante el periodo de estudio fueron hospitalizadas un total de 77 gestantes afectadas por anemia de células falciformes. El diagnóstico de la enfermedad se estableció durante el embarazo en el 42% (32) de los casos, todos ellos en su hospitalización en la FVL. La causa de consulta fue presencia de crisis vaso oclusivas asociada con dolor en 61% de las pacientes, seguido de infecciones en el 39% de ellas. Se logró obtener perfil electroforético en el 100 % de estas pacientes distribuido en: HbAS 35 casos, HbAA 19 casos, Hb Sc 11 casos, Hb SS 10 casos y Hb AC 2 casos. El nivel promedio de Hb al momento de la consulta fue 8 mg /dL y el 42%(32) requirieron transfusión en algún momento de su hospitalización requiriendo en promedio 3 Unidades de glóbulos rojos. El 60% (42) de las gestantes tuvo eventos con morbilidad materna extrema atribuibles a sepsis materna en el 49% y a trastornos hipertensivos en el 23%. Después de la estabilización clínica, el 80% (33) de las gestantes con MME por drepanocitosis finalizaron su embarazo en la institución, siendo la vía de finalización el parto vaginal en el 66% de los casos. Las infecciones más frecuentemente

asociadas fueron: infección urinaria (n = 10), neumonía (n = 7), infecciones de tejidos blandos (n = 6), infecciones de tracto gastrointestinal y endometritis (n = 4). En las pacientes con MME, la prevalencia de complicaciones severas de tipo pulmonar que son potencialmente letales fue del 17%: síndrome torácico agudo 7%, Hipertensión pulmonar 6% y tromboembolismo pulmonar 4%. En cuanto a los resultados perinatales, el 33% de los recién nacidos vivos fueron prematuros con parto con peso promedio de nacimiento de 2530 gramos; el 6% tuvieron diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino y se presentaron 4 casos de muerte perinatal. El 77% de las pacientes presentaban disfunción de un sistema, siendo manejadas en unidad de cuidado intensivo intermedio obstétrico (UACO). El 23 % requirió tratamiento en la unidad de cuidado intensivo obstétrica (UCIACO) por disfunción orgánica múltiple. No se presentaron muertes maternas durante el periodo de tiempo analizado

Conclusión: este estudio confirma que la enfermedad de células falciformes durante el embarazo puede ser una causa de morbilidad materna extrema, debido al aumento de complicaciones obstétricas y fetales. En nuestra serie no se reportó muertes maternas, lo que confirma que el tratamiento multidisciplinario en centros especializados, con estrategias terapéuticas especiales como la transfusión de hemoderivados y la oxigenoterapia permite mejores resultados.

54. Quistectomía por laparoscopia con extracción de pieza quirúrgica por culdotomía. Reporte de caso

García De la Torre JI, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez- Reyes VK, Jiménez-Luna AJ



Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Caso clínico: paciente de 23 años de edad, G1P1, con antecedente de amenorrea secundaria de 2 años de evolución; inicia su padecimiento 2 meses previos a su ingreso con dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, de leve intensidad, ocasional, el cual se agudiza 24 horas previas a su ingreso. A la exploración física paciente con signos vitales estables, presenta dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio, resto sin datos patológicos. Se realiza US endovaginal encontrando tumor ecolucido de 13 x 8.9 x 9.2 cm, sin tabiques ni imágenes sólidas en su interior, aparentemente a expensas de anexo derecho, no se observa líquido libre en cavidad. Se descarta abdomen agudo por lo cual se ingresa para estudio de tumor anexial y planeación de la vía de abordaje para tratamiento quirúrgico definitivo.

Marcadores tumorales: DHL 1252 IU/L, HGC-B <1.20 UI/mL, AFP 2.20 ng/mL, ACE 1.11 ng/mL, AG CA 125-5 5.57 U/mL. Se calcula IOTA, reportando 99.7% de probabilidad de benignidad y JACOBS de 5.57, lo cual da una baja sospecha de malignidad.

Conclusiones: la culdotomía se relaciona con menor dolor postoperatorio y no se asocia a un aumento en la tasa de dispareunia o infección, además, evitar diseminación de enfermedad por morcelación.

54. Complicaciones maternas y perinatales asociadas con la episiotomía

García de la Torre JJ, Monsivais-Cigarroa BA, González-Cantú G, Rodríguez A, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK, Jimenez-Luna AJ

Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: describir la asociación que existe entre complicaciones maternas y fetales con la realización o no de la episiotomía.

Método: estudio retrospectivo, comparativo y observacional de pacientes atendidas de parto eutócico en el mes de mayo de 2012 y en el mes de mayo de 2016 en el Hospital Universitario de Saltillo.

Resultado: se estudiaron dos grupos con características demográficas semejantes. En el grupo de 2012 se incluyeron 58 pacientes, de las cuales se realizó episiotomía de manera rutinaria, en el 67% de los partos atendidos. En el 2016 se incluyeron 34 pacientes, disminuyendo a un 23% la episiotomía. La hemoglobina postparto tuvo mayor disminución en las pacientes con episiotomía (1.56 g vs 1.22 g, $p = 0.026$). En ambos grupos, sólo se registra un caso con desgarro mayor de tercer grado, que corresponde al grupo de episiotomía de 2012. En cuanto al recién nacido no se encontró diferencia significativa entre el puntaje Apgar al minuto y a los 5 minutos en partos atendidos con o sin episiotomía.

Conclusiones: la episiotomía se relaciona con mayor pérdida sanguínea, a la vez que se demuestra que el no realizarla no aumenta el riesgo de laceraciones mayores de tercer grado, ni aumenta la morbilidad perinatal del recién nacido, por lo que recomendamos la realización de la episiotomía de manera selectiva y no rutinaria para disminuir los riesgos maternos.

54. Experiencia en la ligadura de arterias uterinas técnica García-González a pacientes obstétricas para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto

García de la Torre JJ, Jimenez-Luna AJ, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Gutiérrez-Reyes VK

Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: describir la experiencia de la ligadura de arterias uterinas técnica García-González en pacientes obstétricas, para la prevención o tratamiento de la hemorragia obstétrica en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Saltillo.

Método: retrospectivo descriptivo observacional longitudinal realizado en el Hospital Universitario de Saltillo de diciembre de 2014 a mayo de 2016 en mujeres intervenidas de cesárea y se les realizó ligadura de arterias uterinas técnica García-González.

Resultados: se realizaron 50 ligaduras de arterias uterinas técnica García-González, la media de la Hemoglobina de Ingreso fue 12.37 g/dL; la media de la hemoglobina de egreso fue 10.7 g/dL; 18 (36%) tuvieron indicación terapéutica y 32 (64%) tuvieron indicación preventiva; entre las indicaciones terapéuticas 17 (94.4%) fue por atonía uterina; entre las indicaciones preventivas la principal fue cirugía uterina previa con 13 (40.6%), la media de sangrado transquirúrgico fue de 580 mL.

Conclusiones: la ligadura de arterias uterinas técnica García-González es una técnica segura y fácil de realizar, requiere un corto período de tiempo para controlar la hemorragia. Puede ser considerado realizarlo en pacientes que presentan alto riesgo de hemorragia posparto y se pueda denominar como cirugía preventiva. En nuestro hospital, el uso preventivo y terapéutico de esta técnica, nos ha llevado a no tener ninguna histerectomía obstétrica por hemorragia y 0% de morbilidad extrema y mortalidad materna

54. Experiencia en parto vaginal posterior a cesárea previa

García de la Torre JL, Gutiérrez-Reyes VK, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: determinar la incidencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa y los factores asociados al éxito o fracaso del mismo.

Material y Método: estudio retrospectivo analítico realizado en el Hospital Universitario de Saltillo en el periodo de enero a noviembre de 2016. Se analizaron 21 expedientes clínicos con el criterio de embarazo 2 con cesárea previa y condiciones favorables tanto maternas como fetales para parto vaginal. Se analizaron además los factores asociados al éxito o fracaso del parto vaginal.

Resultados: el 62% de las pacientes tuvieron parto vaginal, de las cuales el 85% desencadenaron trabajo de parto espontáneo, el 77% se presentaron con Bishop favorable (≥ 6 puntos) y el 50% contaba con 4-8 años de periodo intergenésico con una media de 5.69 años. De las pacientes que culminaron en cesárea, solo el 38% presentaron trabajo de parto espontáneo, 37% se presentaron con Bishop favorable y 50% contaba con un periodo intergenésico de 2.25-3 años, con una media de 2.88 años; las indicaciones para la cirugía cesárea fueron desproporción cefalo-pélvica (50%) y distocia dinámica del trabajo de parto (50%). En la comparación de ambos grupos no se encontraron diferencias significativas en las variables analizadas como la edad, el índice de masa corporal y el sangrado en el evento. Del total de inducciones (4) 50% tuvieron parto y 50% cesárea, de las pacientes con conducción, 55% tuvieron parto y 45% cesárea. En ninguna

de las pacientes se presentó ruptura uterina ni prolongación del tiempo en trabajo de parto.

Conclusiones: existe una baja incidencia de complicaciones al brindar oportunidad de parto vaginal a las pacientes embarazo dos con cesárea previa que acudieron a nuestro hospital. Se asoció, de manera significativa y como factor predictor de éxito para tener parto vaginal tras una cesárea previa, el periodo intergenésico largo y el inicio espontáneo del trabajo de parto. Se correlaciona claramente los resultados del trabajo con lo descrito en la bibliografía en cuanto a la inducción del trabajo de parto, con un porcentaje de éxito del 50%. No se asoció el antecedente de cesárea previa con prolongación del tiempo en trabajo de parto ni con ruptura uterina.

54. Prevalencia de riesgo tromboembólico y uso de profilaxis antitrombótica

González-Cantú G, Gutiérrez-Reyes VK, García de la Torre JL, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Soto-Zatarain JL, Jiménez-Luna AJ
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: determinar la prevalencia del riesgo tromboembólico estadificado en bajo, moderado, alto y muy alto; así como del uso de profilaxis antitrombótica en las pacientes obstétricas del hospital Universitario de Saltillo.

Material y Método: estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron 368 expedientes clínicos correspondientes a todas las pacientes obstétricas ingresadas en el hospital universitario de Saltillo en el periodo de Marzo-Mayo de 2017, se utilizó la escala de Caprini para estadificar el riesgo tromboembólico de las pacientes. Todas las pacientes recibieron profilaxis

anti-trombótica de acuerdo con su estadificación de riesgo, las que clasificaron para riesgo bajo se utilizaron medios no farmacológicos, a las de riesgo moderado se les administró Enoxaparina 40mg subcutáneos en dosis única a su egreso y a las de riesgo alto se les administró Enoxaparina 40mg subcutáneos cada 24 horas por 3 dosis.

Resultados: se encontró que el 54% de nuestra población se clasificó con riesgo bajo, el 30 % se clasificó en riesgo moderado y 16 % en riesgo alto. Ninguna paciente incluida en el estudio clasificó para riesgo muy alto. De las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea ($n = 84$), el 88% presentaron riesgo moderado y 12% riesgo alto; todas ellas recibieron profilaxis farmacológica además de no farmacológica. Durante la estancia hospitalaria no se reportó ningún evento trombótico ni hemorrágico en el puerperio inmediato, mediato ni tardío.

Conclusiones: más de 45% de nuestra población tuvo riesgo moderado o alto para tromboembolismo en el embarazo y/o puerperio, por lo que se ha instaurado en nuestra institución un protocolo de tratamiento preventivo para dichos eventos, con lo que hemos logrado una nula incidencia de eventos trombóticos mayores en nuestra población.

54. Dilatación mecánica como método de inducción de parto en pacientes con cesárea previa

García de la Torre JL, Soto-Zatarain JL, González-Cantú G, Rodríguez A, Monsivais-Cigarroa BA, Bernal-Herrera LC, Gutiérrez-Reyes VK, Jiménez-Luna AJ
Hospital Universitario de Saltillo, Saltillo, Coahuila, México.

Objetivo: evaluar la efectividad de la dilatación mecánica con sonda Foley y su relación con el índice de partos por cesárea así como los resultados maternos y perinatales.



Material y Método: estudio retrospectivo analítico; se incluyeron todas las pacientes mayores de 18 años con cesárea previa y sin contraindicación de parto vaginal que recibieron dilatación mecánica como método de inducción en el Hospital Universitario de Saltillo en el periodo de diciembre de 2014 a noviembre de 2016, con un Bishop menor a 6 puntos. Se colocó una sonda Foley en el espacio extra amniótico de 16 Fr y se instilo con 50-60 mL de solución fisiológica o agua estéril. Se utilizó oxitocina 5UI diluida en solución fisiológica o Hartman (500-1000 mL) como método de conducción post inducción mecánica.

Resultados: se incluyeron 37 pacientes, 17 fueron descartadas por cumplir con algún criterio de eliminación. El total de la muestra fue de 20 (N) pacientes de las cuales 55% (n = 11) tuvieron un parto vaginal y 45% (n = 9) cesárea, con una media de 18.5 h en el tiempo total de trabajo de parto. La media de edad fue de 26.75 años, La media de edad gestacional en ambos grupos fue de 38 semanas de embarazacion, la media de IMC en ambos grupos fue de 32.2 kg/m². La indicación más prevalente de la inducción fue el embarazo a término 45%, seguido de la rotura prematura de membranas 20%. La indicación de cesárea fue la distocia dinámica del trabajo de parto; la media de la puntuación de Bishop al momento de la inducción fue de 2.2 en ambos grupos. La media del sangrado estimado en la pacientes con parto fue de 212.2 mL vs 424.4 mL de cesárea. La media del Apgar al minuto fue de 7.9 vs 7.8 y a los 5 minutos 8.8 en ambos grupos.

Conclusiones: la inducción mecánica mostro una tasa de éxito de parto vaginal del 55%. No hubo complicaciones maternas y perinatales significativas asociadas a este método. Las pacientes con

parto tuvieron menos sangrado en comparación con las de cesárea. La dilatación mecánica es un método seguro y eficaz para reducir el índice de cesárea en pacientes con Bishop desfavorable y cesárea previa.

55. Embarazo heterotópico espontáneo: reporte de dos casos y revisión bibliográfica

Pérez-Montaña A, Tobón-Delgado SR, Jiménez-Alfonso LE, Grullón-Bisonó MA, Iyune-Cojab E, Escobar-Ponce LE, Ortiz-Ramírez MA

Caso clínico 1

Paciente de 46 años de edad, que ingresó al servicio de urgencias por presentar dolor tipo cólico en el flanco derecho, irradiado al epigastrio, de inicio súbito, con escala visual análoga (EVA) 8/10, acompañado de diaforesis, náuseas y vómito; con amenorrea 7.4 semanas. A la exploración física con datos de deshidratación, abdomen con dolor leve a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha con irradiación a la izquierda, sin datos de irritación peritoneal. Sin evidencia de sangrado transvaginal o modificaciones cervicales.

Con β -HGC cualitativa positiva. Se realizó USG abdominal y endovaginal (Imágenes 1 y 2) en los que se reportó embarazo de 8.1 semanas, presencia de saco gestacional en la cavidad endometrial, con producto único vivo cuya longitud cráneo-caudal (LCC) fue de 1.66 cm. En el anexo izquierdo y fondo de saco se observó imagen heterogénea de bordes difusos, de 10.6 x 6.6 x 9.5 cm, compatible con plastrón, así como líquido libre hipocóico con volumen de 356 cc.

Exámenes de laboratorio con presencia de anemia de 9.4 g/dL, hipocrómica y microcítica, resto sin alteraciones. Se realizó abordaje quirúrgico laparoscópico encontrándose hemoperitoneo de

800 mL, útero de 8 x 5 cm, salpinge izquierda con tejido organizado, salpinge derecha y ovarios sin alteraciones, apéndice normal. Se realizó salpingectomía izquierda, sin complicaciones.

El estudio histopatológico (H-1041-16) reportó salpinge fragmentada con coágulos y vellosidades coriales, por lo que se concluyó embarazo ectópico roto.

La paciente continuó con su control prenatal y en la semana 10 de la gestación, mediante una curva de tolerancia oral a la glucosa alterada (99/194/160 mg/dl) se diagnosticó diabetes gestacional. A las 34.1 SDG se llevó a cabo cesárea tipo Kerr, por indicación de trabajo de parto en fase latente pretérmino, ruptura prematura de membranas pretérmino y feto en presentación pélvica. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones y se obtuvo recién nacida del género femenino, con peso de 2785 gramos, talla 50 cm, Apgar 5/9. Se colocó DIU - Levonorgestrel como método de planificación familiar.

Caso clínico 2

Paciente de 32 años, que acudió al servicio de urgencias por presentar dolor suprapúbico de tipo cólico, de 24 horas de evolución, acompañado de sangrado transvaginal. Paciente con amenorrea incierta. A la exploración física se encontró abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, sin datos de irritación peritoneal. A la especuloscopia con evidencia de sangrado escaso, residual; cérvix cerrado. Con USG no institucional en el que se reportó hallazgos compatibles con embarazo de 7.0 semanas por LCC con embrión vivo intrauterino, con un hematoma a nivel de la decidua, útero con miomatosis uterina e imagen sugestiva de embarazo ectópico en la fosa iliaca derecha; probable EH.

Se tomó USG institucional que reportó útero de 8 x 5.7 x 5.8 cm. En el fondo uterino presencia de saco gestacional de 2.4 cm, en su interior polo embrionario de 1.3 cm correspondiente a 7.3 SDG, con frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 160 l/m. En el anexo derecho presencia de saco gestacional (probablemente ístmico), de 1.2 cm, con polo embrionario en su interior de 1.25 cm y FCF 169 l/m. Ovarios sin alteraciones, vascultura pélvica tortuosa y dilatada, moderada cantidad de líquido libre en el fondo de saco. Se concluyó embarazo vivo intrauterino de 7.3 semanas de gestación (SDG) y embarazo ectópico vivo de 7.3 SDG, de localización anexial derecha probablemente ístmica, con cuerpo lúteo en el ovario derecho y moderado líquido libre sugestivo de contenido hemático, en probable relación a síndrome de congestión pélvica bilateral. Embarazo heterotópico.

En los estudios de laboratorio destacó un examen general de orina con nitritos positivos y esterasa leucocitaria de 125, por lo que se inició terapia antibiótica para infección de vías urinarias.

Se realizó laparoscopia quirúrgica, con salpingectomía derecha, sin complicaciones ni dificultades, con sangrado transoperatorio de 200 mL. Se encontró útero de aproximadamente 12 x 10 cm y se evidenció masa anexial derecha de aproximadamente 4 x 2 cm, con relación a embarazo ectópico. Hemoperitoneo de 200 mL. Se visualizó cuerpo lúteo derecho. Salpinge y ovario izquierdo sin alteraciones.

La paciente se mantuvo en vigilancia en hospitalización. Presentó evolución satisfactoria y se egresó 2 días posterior al procedimiento, con previa verificación de vitalidad del embarazo intrauterino.

Se solicitó estudio de patología.

Conclusiones: aún cuando el embarazo heterotópico es de baja incidencia debe interrogarse a las pacientes con embarazos tempranos en busca de factores de riesgo, síntomas sugerentes y llevar a cabo una exploración física completa, así como la visualización ultrasonográfica sistemática del útero y sus anexos, con objeto de realizar un diagnóstico temprano en caso de que la entidad se presente. La cirugía por laparoscopia se considera una técnica adecuada debido a que ofrece la ventaja de ser un método de diagnóstico y terapéutico, por lo que en aquellos centros en los que se cuente con el recurso, éste se deberá ofrecer a las pacientes.

56. Incremento en la proteinuria de mujeres embarazadas con hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia agregada y sus resultados perinatales

Reyes-Mayoral Ch, Schafer-Vega RE
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México, México.

Objetivo: conocer el incremento de la proteinuria en mujeres embarazadas con hipertensión arterial sistémica crónica que desarrollan preeclampsia agregada así como resultados perinatales.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo, con una muestra de 20 mujeres embarazadas con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica crónica sin otra comorbilidad, con control prenatal en nuestra Institución y que contaran con cuantificación basal de proteinuria en recolección de orina en 24h. Se analizó el promedio y su desviación estándar en el incremento de la proteinuria en orina de recolección en 24h al momento del diagnóstico de preeclampsia agregada con respecto a la proteinuria basal.

Resultados: el promedio en el incremento de la proteinuria en recolección de orina en 24 h al diagnóstico de preeclampsia agregada respecto a la proteinuria basal fue de 632.5 ± 239.7 mg/24h.

Conclusión: a pesar de la limitante por el tamaño de nuestra población, se comprobó que existe un incremento significativo de proteinuria (mayor a 300 mg/24 h) en mujeres con hipertensión arterial sistémica crónica con preeclampsia agregada, además de un incremento en la frecuencia de nacimientos pretérmino así como la necesidad de seguimiento del binomio en unidades de cuidados intensivos.

57. Prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo, ¿comparten los mismos factores?

Sandoval-Osuna NL, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E, Rodríguez-Colorado ES

Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar las diferencias en los factores epidemiológicos implicados en el prolapso de órganos pélvicos (POP) y la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), así como establecer factores de riesgo o protectores para cada padecimiento en un grupo de mujeres mexicanas.

Material y Método: estudio transversal y descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron mujeres con sintomatología de IUE, POP o ambos, de marzo 2016 a febrero 2017, divididas en tres grupos: IUE, POP y patología mixta. Se realizó análisis descriptivo de las características de la población, con un análisis de varianza (ANOVA), así como prueba chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para establecer la significación entre los grupos. Posteriormente se realizó un análisis multivariado, calculando Odds ratios (OR) con intervalos



de confianza del 95% (IC 95%) para cada variable en el modelo final.

Resultados: se incluyeron 144 mujeres, Un 46.5% (n = 67) correspondió al Grupo IUE, 16.6% (n = 24) al Grupo POP y 36.8% (n = 53) al Grupo de patología mixta. Se encontraron diferencias entre la edad (OR 51.8 (IC 95% 1.21-221.84), multiparidad (OR 21.02 (IC 95% 2.68-164.7), peso fetal >3500 g (OR 3.1 (IC 95% 1.2-8.3)) y menopausia (OR 5.05 (IC 95%, 1.85-13.75)) para el desarrollo de POP vs. IUE.

Conclusiones: se demostró que existen diferencias en los factores de riesgo para el desarrollo de POP como el peso fetal. La edad, menopausia y multiparidad son factores de riesgo para el desarrollo de POP y patología mixta. No se encontraron factores de riesgo asociados solo a IUE.

58. Acretismo placentario: reporte de un caso

Acevedo-Guzmán A, Madrigal-García I, Salvatierra-Díaz E, Ávila-Moreno JA

Casos clínicos: paciente de 21 años de edad, secundiembarazo, con cesárea previa en el 2013 por falta de progresión de trabajo de parto. Programada a cesárea las 38.2 semanas de gestación, por ultrasonido el día 04.07.2017 con hallazgo de placenta de inserción corporal anterior grado I de maduración. El rastreo endovaginal muestra una distancia de 24 mm entre el borde placentario inferior y el orificio cervical interno. A la exploración física consciente, tranquila, orientada, sin palidez de tegumentos, hidratada, cardiopulmonar sin daño, abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 33 cm, producto

longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal 148 latidos por minuto, no se palpa actividad uterina, se palpan movimiento fetal. Genitales acordes, no perdidas transvaginales, tacto vaginal diferido, miembros eutróficos. Se realiza cesárea al día siguiente, con incisión tipo Pfannenstiel, disecando previa. Se obtiene recién nacido sexo femenino de 3375 gramos, Apgar 8/9, capurro de 38 semanas de gestación, talla 50 cm. Placenta anterior de inserción baja, tomando pared anterior uterina, al alumbramiento con presencia de inversión uterina y atonía uterina que no remitió al uso de uterotónicos 20 UI de oxitocina intravenoso, ergonovina 200 microgramos intramuscular, carbetocina 200 mg intravenoso, gluconato de calcio 1 gramo intravenoso por lo que se decide realización de histerectomía subtotal abdominal.

Se realiza cirugía sin complicaciones con 800 cc de sangrado, se envía pieza quirúrgica a patología con los siguientes hallazgos: 1) útero de 14.5 x 12 x 9.5 cm, con placenta percreta, miometrio con hiperplasia de músculo liso (útero post-parto). Hemorragia transmural reciente a nivel del istmo. 2) placenta de término con hialinización intervellosa, acretismo placentario (placenta percreta).

Conclusiones: el acretismo placentario supone una entidad grave que debe manejarse de forma preferente en una institución de tercer nivel de atención y con equipo quirúrgico multidisciplinario. Hasta la fecha no existe un solo tratamiento que se pueda considerar como el óptimo, puesto que la histerectomía es curativa y la morbilidad materna asociada es elevada. El tratamiento quirúrgico es un desafío a las habilidades de los médicos, donde pareciera que el tratamiento conservador es un recurso útil en ausencia de hemorragia masiva y

con intencionalidad de preservar la fertilidad, pero que requiere de mayores estudios en cuanto a su práctica.

58. Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso

Madrigal-García I, Acevedo-Guzmán I, Rodríguez-Gutiérrez TD, Caamal-Velázquez ME

Caso clínico: paciente de 38 años de edad la cual fue enviada de la consulta externa por acudir a la consulta con ultrasonido el cual reportaba embarazo ectópico no roto, el día 7 de marzo del 2017, con fecha de última menstruación el día 01 de enero del 2017 durante el interrogatorio directo en área de urgencias con dolor tipo cólico intermitente localizado en fosa iliaca izquierda de un día de evolución si presentar sangrado trasvaginal. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos de importancia menarca 13 años, ciclos regulares 30x3 días eumenorreica inicio de vida sexual activa 21 años, parejas sexuales 4 métodos de planificación familiar hormonales de emergencia último Papanicolaou 2012 embarazo 4 parto 1 cesárea 1 aborto 1 fecha de última menstruación 01.01.17 primer embarazo con muerte a los 4 años pro meduloblastoma. A la exploración física: buena coloración de tegumentos y mucosas abdomen blando sin datos de hiperestesia o hiperbaralgia, peristalsis presente, no dolor a la palpación media o profunda no datos de irritación peritoneal, genitales acordes a edad y sexo, tacto vaginal útero de 9x5x6 con dolor a la movilización de cérvix, se palpa masa anexial izquierda fondo de sacos libres, sale guante del explorado limpio, extremidades integrales no edema. Reporte de ultrasonido 07.03.17 útero de 96x72x48 miometrio homogéneo, cavidad uterina con endometrio

lineal, de 6mm con presencia de saco gestacional en anexo izquierdo con frecuencia cardiaca de 144 discreto liquido libre.

Previo a informa de paciente y familiar se firman consentimientos informados Pasa directo a quirófano para realizar laparotomía exploradora de urgencia, con 2 vías de acceso periférico se realiza laparotomía exploradora encontrando los siguientes hallazgos: útero de 9x6x5cm aproximadamente con presencia de embarazo cornual de lado izquierdo de aproximadamente 4x3 cm ambos anexos sin alteraciones. Se decide realizar mediante técnica de cornustomia por tamaño encontrado para conservar útero por deseos de fertilidad sin embargo al realizar histerorrafia con presencia de sangrado en capa por lo cual se decide realizar histerectomía sin complicaciones.

Conclusiones: esta revisión de bibliografía y reporte de caso está enfocado en la detección oportuna del embarazo ectópico cornual, así como el avance que se ha tenido en base al tratamiento médico y quirúrgico ya que es una patología poco frecuente que pocos médicos se enfrentan y que implican complicaciones amplias como hemorragia y muerte.

59. Trombastenia de Glanzmann y embarazo. Reporte de un caso
Gudiño-Ruiz EN, Cedillo de la Cerda JL, Salazar-Hernández N
Hospital de Ginecología y Obstetricia Dr. Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México.

Caso clínico: se trata de un caso de primigestación de 32 años de edad, que es derivada de 2do nivel de atención a la consulta de embarazo de alto riesgo de la UMAE 23 en el segundo trimestre de embarazo. Sin antecedentes hereditarios y familia-

res de importancia. Antecedentes ginecoobstetricos: menarquia 13 años, frecuencia menstrual de 28 x 7 días, primer embarazo, fecha de ultima regla: 08 de Octubre de 2017, fecha probable de parto: 15 de julio de 2017, con 14.5 semanas de gestación por fecha de ultima regla. El diagnóstico de trombastenia de Glanzmann se realizó en un año atrás posteriormente a una extracción de pieza dental ya que presento sangrado en capa de difícil hemostasia. El sangrado se controló con la aplicación de Gel-Foam en lecho quirúrgico. Ella hasta el momento contaba con solo 2 episodios de sangrado prolongado el primero en un chalazón y el segundo durante una extracción molar. Los laboratorios con los que se presenta la paciente mostraban los siguientes parámetros Hemoglobina de 12.3 g/dl, Leucocitos 9.4 K/uL, Hematocrito 37.4 %, Plaquetas 362 K/uL, tiempo de protrombina 12.6 segundos, tiempo de tromboplastina parcial 35.9 segundos. Tuvo un embarazo espontaneo.

En todas sus consultas prenatales los ultrasonidos no mostraron alteración en el feto, en el ultrasonido anatómico que se realizó en el primer trimestre de gestación sin marcadores ecográficos de cromosomopatías; se detectaron dos Leiomiomas a nivel de cuerpo uterino de 5x6 cm. Su atención prenatal curso con complicaciones, teniendo múltiples internamientos por amenaza de parto inmaduro y amenaza de parto pretérmino respectivamente. El primer internamiento a las 20.5 semanas de gestación por amenaza de parto inmaduro tratado médicamente y sin complicaciones y egresada por mejoría. Valorada el día 24 de marzo de 2017 por medicina materno fetal realizándose ultrasonido obstétrico que arroja los siguientes resultados; peso fetal estimado de

849 gr, fetometría de 25.4 semanas por encima de la percentil 90, se realizó ultrasonido transvaginal para medir longitud cervical 29 mm con ambos orificios cervicales cerrados sin presencia de Funneling a la maniobra de Valsalva, Urocultivo del 18 de Marzo de 2017 con 10,000 Unidades Formadoras de Colonias, positivo con E. Coli. y manejada con antibiótico de tipo macrólido, igualmente, el mismo día es valorada por Hematología donde se recomienda que en caso de intervención obstétrica iniciar Transfusión de Aféresis Plaquetaria previos a cualquier procedimiento. Nuevamente valoración a las 28.3 semanas de gestación, se realiza Ultrasonido Transvaginal con 24.5 mm a la maniobra de Valsalva, se le inicia tratamiento con progesterona 200 mg vaginal cada 24 horas. Se recomienda extender incapacidad. La recomendación de Hematología puntualiza que no existe ninguna contraindicación para cualquier vía de resolución del embarazo, con la misma recomendación de transfusión de aféresis plaquetaria en caso de sangrado mayor y/o prolongación de tiempos de coagulación.

Conclusión: la trombastenia de Glanzmann es una condición rara en el embarazo. Se han reportado múltiples casos a nivel internacional sin llegar a un consenso en relación al tratamiento en la hemorragia postparto en pacientes con trombastenia de Glanzmann. El uso de la transfusión plaquetaria ha mostrado ser efectiva en aquellas pacientes que no tienen anticuerpos anti plaquetarios. Los estudios más recientes muestran que el uso de rFVIIa es el tratamiento de elección para pacientes que se van a someter procedimiento quirúrgico menor y/o mayor.

60. Pentalogia de Cantrell: reporte y comparacion de dos casos



Serrano-Díaz LE, Camarillo-Contreras OO

Hospital de la Mujer de Aguascalientes, Aguascalientes, México.

Antecedentes: la pentalogía de Cantrell es un síndrome poco frecuente y poco reportado en la bibliografía médica, reportándose hasta 2013 un total de 100 casos y de estos una incidencia casi nula en reportes dentro de América latina, esta patología descrita por Soria et al como con una incidencia de 1/100,000 nacimientos se caracteriza por cinco defectos característicos definidos por Cantrell Halle y Ravitch en 1958. Son patognomónicos la coexistencia de onfalocele y ectopia cordis. En el Hospital de la Mujer de Aguascalientes, se tuvo una incidencia de 9882 nacimientos en el año de 2016, siendo el promedio de nacimientos anuales en los últimos 6 años en nuestra institución de 10340 nacimientos, siendo estos el 56.5% del total de nacimientos en el estado de Aguascalientes, México (17471 INEGI).

61. Tratamiento laparoscópico de teratoma ovárico con cabeza fetal. Reporte de un caso

Soto-Pineda JM, Pintor-Sandoval I
Hospital Civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México.

Caso clínico: paciente de 16 años de edad, acudió programada para la realización de laparoscopia diagnóstica por masa anexial izquierda. Refiere inicio de sintomatología un año previo a su valoración ginecológica con dolor tipo cólico localizado en región pélvica de intensidad 5/10 en escala visual análoga del dolor, evolucionando hasta ser incapacitante. Ultrasonido pélvico, donde se observa

ovario derecho no valorable por masa ocupativa y quiste gigante tubárico en anexo izquierdo con diámetros de 155 x 102 mm se observa en si interior septum con presencia de circulación a la señal Doppler color con diámetro de 155 x 102 mm. Antecedentes ginecológicos: Menarca: 10 años; ciclos menstruales irregulares 3 x 55, dismenorrea, núbil, Fecha de última menstruación: 04/04/2017. Se realiza laparoscopia diagnóstica quirúrgica, encontrando una masa anexial izquierda dependiente de ovario de 15 x 10 cm de consistencia mixta, se realiza cistectomía ovárica con escaso tejido ovárico residual, se introduce endobolsa, se rompe quiste en endobolsa, con extracción aproximadamente de 300 c.c. de contenido graso, quedando solo contenido organizado de consistencia dura, se realiza minilaparotomía de 2 cm, con extracción de tejido de características macroscópicas a una cabeza fetal. Se realizó control de daños y lavado intensivo en cavidad con solución fisiológica. A las 24 horas se da de alta por mejoría clínica, se recibe reporte de patología concluyendo teratoma quístico maduro y presencia de tejido encefálico.

Conclusión: el abordaje laparoscópico es un vía segura para el tratamiento quirúrgico de los teratomas ováricos.

62. Acetato de ulipristal previo a miomectomía en el tratamiento de las miomatosis: reporte de un caso

Sánchez-Aranda A, Sánchez-Mitre A, Guerrero-Dorado JC
Hospital Ángeles Lindavista, Clínica Mitre, Ciudad de México, México.

Caso clínico: paciente de 29 años nulíembarazo con diagnóstico de SUA secundario a miomatosis sin presentar mejoría de la sintomatología con tratamientos previos, motivo por el cual se indicó acetato

de ulipristal durante un periodo de 3 meses. Previo a la miomectomía por laparotomía se observó una disminución del volumen del tamaño de los miomas. El procedimiento se realizó sin complicaciones respetando la anatomía para un futuro reproductivo. Durante el uso del medicamento no tuvo síntomas secundarios.

Resolución del caso: posterior al uso de acetato de ulipristal la paciente tuvo amenorrea durante el tratamiento; también se observó una disminución aproximada del 25% del volumen del tamaño de los miomas. No se documentaron síntomas secundarios.

Conclusión: se observó en la paciente los resultados mencionados en la bibliografía.

63. Alteraciones en el registro cardiotocográfico intraparto y su asociación con acidemia fetal y resultados perinatales adversos

Fernández-Lara JA, Plata-Alcocer IN, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza Labastida S, Ling-García JP
División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México.

Objetivo: evaluar las pacientes en quienes se confirmó criterios de asfixia perinatal por medio de los criterios aceptados y enumerados previamente y su asociación con las alteraciones encontradas en el RCTG en un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de San Luis Potosí en México.

Material y Método: se realizó un estudio de cohorte ambispectivo que se llevó a cabo en un periodo de 6 meses en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todas las pacientes a quienes se les realizó cesárea por un diagnóstico de sospecha de pérdida de bienestar

fetal (SPBF) con base a RCTG categoría II ó III y en quienes se obtuvo gasometría de cordón umbilical inmediatamente posterior al nacimiento y al pinzamiento de cordón umbilical así como sus resultados neonatales. Para la evaluación de los RCTG se utilizaron los criterios establecidos para la vigilancia fetal intraparto propuestos por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), para el diagnóstico de asfixia se utilizaron los criterios aceptados por la Academia Americana de Pediatría (ACP).

Resultados: se identificaron 129 pacientes a quienes se les realizó cesárea con diagnóstico pre quirúrgico de sospecha de pérdida del bienestar fetal (SPBF), finalmente se incluyeron 79 que cumplían con los criterios de inclusión. De estas, 40 (50.6%) eran primíembarazos, 60 (76%) estuvieron en inducción del trabajo de parto. La edad materna al momento de la resolución fue de 24.8 años (6.9 SD), La edad gestacional fue de 40 semanas de gestación (1.4 SD). De las comorbilidades maternas en general se encontró que 2 pacientes (2.5%) presentaban Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), 9 (11.4%) con Hipertensión gestacional (HTG), 1 (1.3%) hipertensión crónica (HTC), 3 (3.8%) con preeclampsia y 6 pacientes (7.6%) con preeclampsia con datos de severidad.

Conclusiones: el RCTG es una herramienta útil y valiosa para la vigilancia fetal intraparto, sin embargo, es importante la estandarización para su interpretación, podemos concluir con base a estos datos que la principal característica que debemos tomar en cuenta al momento de evaluar un RCTG es la presencia de variabilidad, ya que la pérdida de la misma fue el hallazgo más importante encontrado en los fetos con acidemia fetal. Podemos concluir también que las principales comorbilidades

maternas asociadas a una cesárea por un RCTG no tranquilizante son las enfermedades hipertensivas del embarazo, sin embargo no se demostró que las comorbilidades maternas incrementen la posibilidad de acidemia fetal. El diagnóstico de asfixia perinatal, como se describe al inicio del estudio es un diagnóstico clínico y bioquímico, puesto que en este estudio sólo nos enfocamos a los parámetros bioquímicos consistentes con un evento de hipoxia intraparto, es necesario continuar el estudio de forma prospectiva para evaluar la evolución clínica de estos recién nacidos y poder relacionar las características del RCTG y los criterios bioquímicos con los datos clínicos para evaluar los recién nacidos que sí cumplieron con los cuatro criterios para asfixia perinatal.

63. Comparación del tipo de incisión como factor asociado con infección del sitio quirúrgico posterior a cesárea

Fernández-Lara JA, Pedraza-Rubio G, Vizcarra-Ugalde SH, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S, Villegas-Arias MA, De la Maza-Labastida S, Ling-García JP

División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México.

Objetivo: comparar si el tipo de abordaje en las cesáreas es un factor asociado para presentar infección del sitio quirúrgico.

Material y Método: estudio de cohorte retrospectivo, efectuado en un periodo de 4 meses (febrero 2017 a junio 2017) en donde se evaluaron a todas las pacientes en quienes se resolvió el embarazo por medio de operación cesárea en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto en San Luis Potosí.

Resultados: se identificaron 108 pacientes en quienes se realizó cesárea, se reportaron sólo 3 casos de infección de sitio quirúrgico con una prevalencia de 2.7%. Ninguna de las pacientes tuvo infección del sitio quirúrgico/endometritis en el seguimiento a una semana. De las características demográficas se reportó una edad media de 26 años (6.6 SD) y una edad gestacional media al momento de la resolución de 38 semanas (5.2 SD). Se dividieron en 3 grupos dependiendo del abordaje en piel ya sea línea media, Pfannenstiel o Joel-Cohen y se evaluaron las variables en cada grupo.

Conclusión: la infección del sitio quirúrgico es una de las complicaciones más comunes posterior a un evento quirúrgico y que aumenta la morbimortalidad materna, en este estudio podemos demostrar que la prevalencia de infección del sitio quirúrgico es similar a la reportada en la bibliografía internacional, dentro de las variables estudiadas no encontramos un factor de riesgo que se asociara a mayor tasa de infección en nuestro centro, por lo que el principal factor de riesgo pudiera estar en relación al mismo evento quirúrgico per se, ya que ninguno de los factores de riesgo asociados demostró ser significativo en los grupos estudiados.

64. Correlación entre el diagnóstico radiológico y diagnóstico histopatológico en tumores ováricos

Zetina-Alvarado S, Pasten-Zapata A, González-Habib R, Tirán-Saucedo J, Gómez-Torres P

Christus Muguerza, Hospital Conchita-UEM, Monterrey NL.

Antecedentes: el cáncer de ovario representa el tercer lugar en mortalidad por cáncer. El mayor inconveniente es que suelen ser asintomáticos en etapas tempranas. El ultrasonido se ha convertido en



una de las herramientas diagnósticas utilizados para determinar el riesgo de malignidad que tiene cada lesión, lo que puede modificar el abordaje, seguimiento y tratamiento. El objetivo de este estudio es determinar ¿Cuál es la correlación entre el diagnóstico radiológico y diagnóstico histopatológico en pacientes con tumoración ovárica que fueron intervenido en el Hospital Conchita, en Monterrey, Nuevo León, del 2013-2015?

64. Flujiometría Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre del embarazo como tamizaje de preeclampsia

González-Habib R, González-Nazar MA, Tirán-Saucedo J, Zetina-Alvarado J

Christus Muguerza, Hospital Conchita-UDem, Monterrey NL, México.

Objetivo: evaluar el uso del Doppler de las arterias uterinas en el segundo trimestre como tamizaje para preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino.

Método: evaluar mujeres con embarazos únicos que acudieron a un ultrasonido de rutina entre las 18 y 25 semanas, se valoró la presencia del notch diastólico y el índice de pulsatilidad promedio (IPP) de las arterias uterinas. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos (VP).

Resultados: se analizaron 313 embarazos únicos. 14 pacientes (4.47%) tuvieron un IPP elevado de las arterias uterinas, de las cuales 7 (50%) presentaron además el notch diastólico. De las 299 pacientes con IPP normal, 11 (3.67%) tuvo notch diastólico. 7.14% de las pacientes con IPP elevado desarrolló preeclampsia y 14.28% tuvieron restricción del crecimiento intrauterino, comparado con 4.38% de preeclampsia y 0.66% de restric-

ción del crecimiento intrauterino en el grupo de pacientes con IPP normal. En el grupo de pacientes tanto con el IPP elevado como con presencia del notch diastólico 14.28% desarrolló preeclampsia y 28.57% restricción del crecimiento intrauterino comparado con 3.47% de preeclampsia y 0.34% de restricción del crecimiento intrauterino en el grupo de IPP normal sin ausencia del notch diastólico. Como tamizaje para preeclampsia el IPP de las arterias uterinas tuvo una S 7.1%, E 95.6%, VPP 7.1%, VPN 95.6%; y para restricción del crecimiento intrauterino una S 50%, E 96.1%, VPP 14.2%, VPN 99.3%.

Conclusiones: la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino son comorbilidades comunes en el embarazo y es necesario encontrar algún otro modelo de tamizaje que incremente la sensibilidad a esta herramienta.

65. Litiasis de la vía urinaria durante el embarazo: complicaciones y resultados perinatales

Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E *Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.*

Objetivo: evaluar las complicaciones y resultados perinatales en mujeres embarazadas con urolitiasis del Instituto Nacional de Perinatología.

Material y Método: serie de casos retrospectiva, donde se incluyeron mujeres embarazadas con urolitiasis que llevaron control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología del 2011 al 2016. Los resultados analizados fueron: complicaciones durante el embarazo, tipo de tratamiento para urolitiasis y resultados perinatales.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes con edad promedio de 30

años, el 71.4% (n = 25) fueron múltiples, el diagnóstico de urolitiasis se realizó en el 51.4% (n = 18) previo al embarazo. El 25.7% de las pacientes presentaron sintomatología en el 1er trimestre, el 51.4% en el 2do trimestre, el 17.1% en el 3er trimestre y el 5.7% cursaron asintomáticas. Para el tratamiento de la urolitiasis durante el embarazo 6 pacientes requirieron tratamiento intervencionista con colocación de catéter doble J. Una paciente requirió nefrostomía por intento fallida de colocación de catéter. Las complicaciones más frecuentes fueron: infección de vías urinarias recurrentes en 42.8% (n = 15), parto pretérmino en 22.8% (n = 8), ruptura prematura de membranas en 11.4% (n = 4), pielonefritis en 11.4% e hidronefrosis en 5.7% (n = 2). El 20% (n = 7) de las pacientes con IVU tuvieron urocultivo positivo a *E. coli*.

Conclusión: la urolitiasis en el embarazo, conlleva a riesgo de complicaciones que aumentan la morbilidad materno-fetal, las cuales deben prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados. A pesar de que el tratamiento estándar es el tratamiento conservador, el advenimiento de nuevas técnicas de imagen diagnóstico-terapéuticas, ha mejorado la evolución clínica de estas pacientes.

66. Embarazo intrauterino con desarrollo extrauterino avanzado. Diagnóstico prenatal a la resolución quirúrgica. Reporte de un caso

Zavaleta-García RD, Jacinto-Sierra MP

Hospital Regional de Alta especialidad de Veracruz, México.

Objetivo: describir la incidencia, diagnóstico y resolución obstétrica de un embarazo abdominal avanzado.

Caso clínico: paciente de 31 años de edad, originaria y residente de

Veracruz, Gesta 4 Para 3 , con embarazo confirmado por PIE en el segundo trimestre, sin control prenatal, la cual acudió al servicio de toco cirugía por presentar dolor abdominal, a la exploración física consiente y orientada, con adecuada coloración de mucosas y tegumentos, sin daño cardiopulmonar aparente, con abdomen globoso, no se puede delimitar fondo uterino, se palpan partes fetales, con FCF de 154 latidos por minuto, tacto vaginal con cérvix posterior cerrado, formado, sin pérdidas transvaginales aparentes, producto libre, pelvis ginecoide. Se realiza rastreo ultrasonográfico básico en cual se observa producto único vivo, cefálico con FCF 134 lpm, placenta anterior GII, no se aprecia límites entre órganos intraabdominales y pared uterina, apreciándose en hipocondrio derecho que la vesícula e hígado se encuentran en intimidad con las extremidades inferiores del producto, sin límite de la pared uterina, se descarta polihipdramnios y se piensa en embarazo abdominal, se realiza Resonancia Magnética la cual reporta Embarazo de 30 SDG con datos de ruptura uterina hacia la derecha del fúndus uterino con probable hemostasia por cuello fetal, el cuerpo fetal se encuentra extrauterino, los miembros inferiores fetales se encuentran adyacentes al borde inferior hepático, segmento VII, cercano al polo superior de riñón derecho. Se administra esquema de maduración pulmonar y se realiza laparotomía media infraumbilical.

Resultados: en la cavidad abdominopélvica se observó al útero y del lado derecho una abertura por donde salía el cuerpo del producto, se observa el cuello con el cordón umbilical y el brazo izquierdo del producto y la mano moviéndose, se amplió la abertura y se extrajo cabeza del producto femenino que respiró y lloró al nacer, con

Apgar de 6-8 y peso de 1750 grs. Sin líquido amniótico, se extrajo placenta que tenía coágulos retroplacentarios (datos de DPPNI). Se realiza revisión de cavidad con pinza de anillo y legra roma, no cohibiéndose el sangrado, por lo que se decide histerectomía total abdominal, sin complicaciones. La paciente evoluciona satisfactoriamente y se dio de alta hospitalaria. La bebé permaneció hospitalizada, se le detectó retronagtia y paladar hendido, su estancia hospitalaria fue para desarrollo y crecimiento egresando con más de 2 kg de peso y en buenas condiciones .

Conclusiones: la presentación de una mujer embarazada con un cuadro clínico inusual, especialmente con dolor abdominal persistente o recurrente en asociación con movimientos fetales dolorosos debe alertar al obstetra de la posibilidad de un embarazo abdominal. La ecografía, así como resonancia magnética realizada e interpretada de forma experta puede ser la técnica diagnóstica definitiva. Es imprescindible considerar este diagnóstico en el caso de tales pacientes y, una vez descubierto, iniciar un tratamiento inmediato.

67. Dextrocardia fetal asociada con otras malformaciones. Diagnóstico prenatal: a propósito de un caso clínico

Locascio-Gutiérrez GA, Escamilla-Cabrera JR, Sandoval-Mariscal TA, González-Robles ME, García-Ávila SA, Rodríguez-Jiménez E, Ayala-Rojas JJ, Cortes-Quinones DJ, Landeros-Pérez A, Pérez-Galván AL, Rodríguez-Chávez JL, Tawney-Serrano CR

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México.

Caso clínico: paciente de 15 años primíembarazo Originaria de Zapopan Jalisco, estudiante de se-

cundaria. Referida de su centro de salud por presentar ecografía con sospecha de paladar hendido, se realizan 2 exámenes sonográficos a la semanas 26 y 36. Ingres a control prenatal de esta institución con un embarazo de 20.6 SDG por FUM.

Primer ultrasonido: embarazo de 26 SDG por integración de diámetros, crecimiento fetal simétrico y fisura paramedia izquierda aislada (labio leporino), Placenta corporal posterior grado I, líquido amniótico con una columna máxima de 40 mm, cordón umbilical trivascular dos arteria 2 vena con inserción central, huso nasal 9.4 mm percentil 65-9% diámetro transversal cerebral 28.5 mm percentil 50-4%, feto único vivo longitudinal podálico dorso izquierdo DCD 148 lpm a nivel facial pérdida de la continuidad del labio superior paramedial izquierdo con depresión de la nariz ipsilateral

Segundo ultrasonido: embarazo de 36 SDG por Integración de diámetros, flujometría doppler normal a nivel feto placentario, feto pequeño para edad gestacional, feto con dextrocardia 5° grado y labio paladar hendido izquierdo, placenta corporal posterior grado II, líquido amniótico con columna máxima de 5.2 cms, corón umbilical trivascular, feto único vivo cefálico longitudinal dorso derecho FCF 133 lpm, se observa en tórax dextrocardia eje cardíaco a 5 grados no se observa cámara gástrica ni asas a este nivel ni alteraciones a nivel pulmonar, corazón morfológicamente normal

68. Resultados perinatales posterior a histeroscopia quirúrgica: miomectomía o resección de septo uterino

Hinojosa-Rodríguez K, Campos-Cañas J, Aguayo-González P, Martínez-Alvarado AP, Jiménez-Esquível RM, Reyes-Paredes N



*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: estimar la correlación entre la realización de miomectomía y resección de septo por histeroscopia, con la tasa de recién nacido vivo y complicaciones obstétricas.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, retrolectivo que evaluó 39 pacientes atendidas dentro del período de enero 2012 a diciembre 2016 en el servicio de Reproducción Humana del INPer Isidro Espinosa de los Reyes que como único factor presentaban miomectomía o resección de septo por histeroscopia. Se excluyeron pacientes que presentaron cirugías uterinas previas a lograr embarazo. Posteriormente, se clasificaron a las pacientes acorde al tamaño de los miomas resecados y se evaluaron las tasas de recién nacido vivo.

Resultados: se evaluaron 20 pacientes con miomectomía histeroscópica y 19 con resección de septo por histeroscopia. Se encontró que 25.7% de las pacientes presentaban el antecedente de pérdida gestacional recurrente. Se encontró una tasa de embarazo de 35.9% (n = 14) del total de las pacientes; 78.5% (n = 11) de manera espontánea y 21.4% (n = 3) con una técnica de reproducción asistida de alta complejidad. El 21.3% (n = 3) de las pacientes presenta un embarazo en curso, 7.1% (n = 1) aborto y 78.5% (n = 10) de las pacientes tuvieron un recién nacido vivo. De los embarazos logrados, el 30% se resolvió por parto y el 70% por cesárea. Como complicaciones obstétricas reportadas se encontraron 5.1% con atonía uterina transcesárea, 10% con recién nacido pretérmino y 10% tuvo hemorragia obstétrica; no se encontraron pacientes con RPM, óbito, acretismo y RCIU, cabe mencionar que debido al tamaño de la muestra estos resultados no

son estadísticamente significativos. Cuando se segmentó el grupo de miomectomía a partir de miomas mayores 2 cm se encontraron tasas de embarazo 30% vs 50% para más de 2cm y menos de 2 cm, respectivamente. Al realizar prueba de T de Student para muestras independientes no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las tasas de embarazo (p=0.38), o el tiempo para lograr un embarazo (p=0.98) de acuerdo al tamaño de los miomas.

Conclusión: la miomectomía y la resección de septo por histeroscopia es una intervención quirúrgica segura de suma importancia para mejorar el pronóstico y las tasas de embarazo.

68. Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida

Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquivel RM, Reyes-Paredes N
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, (INPer) Ciudad de México.

Objetivo: estimar la correlación entre la intervención quirúrgica y las técnicas de reproducción asistida para lograr un recién nacido vivo.

Material y Métodos: estudio observacional, longitudinal, retrolectivo, que evaluó 148 pacientes con malformaciones müllerianas que fueron atendidas dentro del período de enero 2002 a abril 2015 en el servicio de Biología de la Reproducción Humana del INPer Isidro Espinosa de los Reyes.

Resultados: se clasificó el tipo de malformación mülleriana acorde a la clasificación de la ASRM; encontrándose 2.7% con hipoplasia-agenesia, 6.8% con útero unicornio, 6.8% con útero didelfo,

11.5% con útero bicornio, 53.3% con útero septado, 14.9% con útero arcuato y 4.2% no clasificables. El diagnóstico inicial se realizó con ultrasonido 2D y comparado con laparoscopia e histeroscopia se encontró una sensibilidad del 37.2% y especificidad de 54, 6%, según datos reportados en estudios previos realizados por nuestro servicio. El 58.8% (N= 87) de las pacientes presentaron al menos una cirugía correctiva de septo. Posterior a la intervención quirúrgica el 48.3% (n = 42) no recibió tratamiento de reproducción asistida y fueron propuestas a embarazo espontáneo, 29% (n = 26) para inducción de la ovulación, 13.7% (n = 12) a inseminaciones intrauterinas y 8% (n = 7) para FIVTE. De estas pacientes 38% (N= 33) logro un recién nacido vivo; 45% (n = 15) de manera espontánea, 18.1% (n = 6) con inducción a la ovulación más coito programado, 18.1% (n = 6) con inseminación intrauterina, 18.1% (n = 6) por FIVTE y 62% (n = 54) no logro embarazo. **Conclusión:** las pacientes con una intervención quirúrgica para corrección de malformaciones müllerianas tienen tasas de recién nacido similares a la población general lo cual sugiere búsqueda del embarazo espontáneo posterior a la cirugía correctiva de septo cuando el factor uterino este asociado a infertilidad y en ausencia de otros factores.

69. Diagnóstico prenatal de trisomía 18. Reporte de caso

Arellano-Cornejo KJ, Orduña-Rosas VG, Moreno-Urbe MN
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad, dos embarazos, con cesá-

rea previa. Referida en embarazo del segundo trimestre a las 22 semanas al servicio de Medicina Materno Fetal con diagnóstico de hernia diafragmática. Se realiza ultrasonido obstétrico encontrando como hallazgos feto con hernia diafragmática, quiste de plexo coroideo y empuñamiento de ambas manos. Por alta sospecha de cromosomopatía se decide realización de estudio invasivo, llevándose a cabo amniocentesis la cual confirma diagnóstico de Trisomía 18. La paciente solicita interrupción del embarazo, por lo que se sesiona caso en comité de bioética del hospital. Se hospitalizó y realizó maduración cervical y posterior inducto-conducción de trabajo de parto.

Conclusiones: la trisomía 18 es la segunda trisomía autosómica después de la trisomía 21. La prevalencia de cromosomopatías en mujeres jóvenes es baja, tal es el caso de la trisomía 18, hallazgos en el estudio ultrasonográfico estructural permiten la sospecha de esta patología que debe corroborarse con cariotipo la cual únicamente se obtiene por métodos invasivos como se realizó en este caso. Por el pronóstico postnatal desfavorable de estos fetos, la paciente solicita interrupción del embarazo la interrupción del embarazo está indicada.

70. Desgarros perineales en adolescentes embarazadas: estudio observacional retrospectivo

Avitia-Herrera AM, Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Morales-Garza LA, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM, González-Garza MT, Hernández-Escobar CE
Hospital San José Tec Salud, Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Monterrey NL. México.

Objetivo: conocer la incidencia de desgarrs perineales de tercer y cuarto grado en mujeres adolescentes y los factores de riesgo relacionados a estos, así como compararlos con una población de mujeres adultas.

Material y Método: se revisaron expedientes y se determinó la incidencia de desgarrs de tercer y cuarto grado en mujeres adolescentes y adultas con atención de parto vaginal en el Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad (Monterrey, Nuevo León, México) durante el periodo del 1 de enero hasta 31 de diciembre del 2014. Además se analizaron los factores de riesgo relacionados mediante SigmaPlot. Se incluyeron todos los casos, independiente de la paridad de la paciente.

Resultados: se encontró una incidencia general de 2% de desgarrs de tercer y cuarto grado. En adolescentes fue de 2.52%. (Fig. 1). La razón de momios de desgarrs de alto grado en mujeres adolescentes en comparación con mujeres adultas fue de 1.48 (IC95%= 1.10-1.99, $p=0.009$). No se encontró diferencia estadística al comparar instrumentación del parto, peso del recién nacido, índice de masa corporal y grados de los desgarrs entre adolescentes y adultas pero sí al comparar primiparidad ($\chi^2=24.03$; $p=0.001$) y episiotomía ($\chi^2=4.7$; $p=0.03$).

Conclusiones: en esta población de mujeres en estudio, se encontró una mayor prevalencia de desgarrs respecto a lo reportado en la literatura nacional (0.8%). Hasta donde sabemos, es el primer reporte sobre la prevalencia de desgarrs perineales en adolescentes. Los datos sugieren que la condición de adolescencia representa un factor de riesgo para desgarrs de alto grado al comparar con mujeres adultas. Se identificaron factores de riesgo asociados a la adolescencia: primiparidad y uso de episiotomía.

70. Relación clínico-histopatológica de las histerectomías electivas en un hospital de tercer nivel

Avitia-Herrera AM, Arroyo-Lemarrroy T, Rodríguez D, Mireles-Lozano GF, Navarro-Pérez HD, Cantú-Santos M, Apodaca-Ramos I, Jiménez-Peña A

Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, México, Instituto de Cardiología y Medicina Vascular, TecSalud y Centro de investigación Biomédica del Hospital Zambrao Hellion,, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Objetivo: estudiar la relación entre el diagnóstico preoperatorio clínico y el diagnóstico histopatológico final en el servicio de Ginecología de un hospital de tercer nivel.

Material y Método: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 84 cirugías ginecológicas realizadas en un centro hospitalario de tercer nivel durante el año 2016. Para el análisis estadístico se utilizó una estadística descriptiva además de reportar la sensibilidad, especificidad y el índice Kappa.

Resultados: se realizaron 37 (44 %) histerectomías abdominales, 18 (22 %) vaginales, 29 (34 %) laparoscópicas. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 47 años (27-78 años). El sangrado uterino anormal representó la indicación más común de la histerectomía con un total de 42 casos (40.3%) de estas pacientes 36 casos con diagnóstico de miomatosis uterina, 6 pacientes que presentaron diagnóstico de miomatosis uterina no presentaron sangrado uterino anormal. El resto de los diagnósticos preoperatorios incluía hiperplasia endometrial, hipertrofia uterina, absceso pélvico, cáncer cervicouterino, displasia severa, cáncer de ovario, cáncer de endometrio y pólipos endometrial.



Conclusiones: la histerectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza con mucha frecuencia en nuestro país debido a la gran diversidad de patologías de la vía genital femenina. Existen casos en donde la correlación clínica e histopatológica es muy alta, por ejemplo cuando el diagnóstico preoperatorio es miomatosis uterina, hipertrofia uterina o cáncer cervicouterino, ovárico y/o endometrial. En cambio cuando el diagnóstico clínico es por sangrado uterino anormal o hiperplasia endometrial la correlación clínica e histopatológica es pobre. Es de suma importancia el envío a patología de todas las piezas quirúrgicas para su diagnóstico preciso.

70. Lesión obstétrica del esfínter anal. Prevalencia y factores de riesgo en una población del Noroeste de México

Avitia-Herrera AM, Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Soto-Fuenzalida GA, Morales-Garza LA, Perales-Dávila J, González-Garza MT

Hospital Materno Infantil de Alta Especialidad, Secretaría de Salud de Nuevo León, Hospital San José Tec Salud. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey, Monterrey NL, México.

Objetivo: conocer la prevalencia de desgarros perineales de tercero y cuarto grado, y los factores de riesgo relacionados en la población atendida por parto vaginal en un Hospital Materno Infantil durante un año calendario.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional, transversal y de análisis descriptivo. Se examinaron las notas post-parto de las pacientes en un Hospital Materno Infantil del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014 mediante el sistema operativo SQL Server Query Analyzer 2005.

Resultados: se atendieron 13,882 nacimientos, siendo 8,847 (63.7%) partos vaginales. Fueron detectados 179 desgarros perineales de tercero y cuarto grado, que correspondieron al 2% de las pacientes siendo mayor al 0.8 % reportada en nuestro país.² La edad promedio $\pm$ SD de las pacientes que presentaron desgarro de tercero y cuarto grado fue 21.1 ± 4.8 años, 2.7% eran pacientes mayores de 35 años y 45% eran adolescentes. El 89% con trauma perineal severo eran pacientes primíparas. En 160 (89.3%) pacientes se realizó episiotomía en el momento de la atención de parto y en 19 (10.6%) no se realizó episiotomía. De estas 144 (90%) fueron episiotomía medio lateral derecha, y en 16 (10%) se realizó episiotomía media. Durante la atención del parto de las pacientes con desgarro perineal en 136 se presentó uso de fórceps (76%) y en 43 (24%) pacientes no se utilizó fórceps. Por lo tanto tenemos que de todos los partos que se tuvieron en el año sin uso de fórceps ($n = 6108$) solo el 0.7% ($n = 43$) tuvo desgarro y de todos los partos que se atendieron con fórceps el en año ($n = 2739$) el 4.95% ($n = 136$) tuvo desgarro.

Conclusiones: la prevalencia de desgarro perineal encontrada fue mayor que la reportada en la bibliografía nacional, aunque dentro de los rangos internacionales (1%-19%) Los factores de riesgo relacionados fueron primiparidad, parto instrumentado y episiotomía rutinaria. Existe un riesgo 7.4 y 4.7 veces mayor para desarrollar desgarro perineal severo en atención de parto instrumentado y primiparidad respectivamente comparado con la población total en estudio.

72. Morbilidad extrema y mortalidad materna en adolescentes ¿cuál es la experiencia en un centro de tercer nivel de atención?

Brito-Sandoval F, Payén-Padilla J, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibargüengoitia-Ochoa F
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la prevalencia de MME y la distribución de las mismas en adolescentes embarazadas en un centro de tercer nivel de atención.

Material y Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se incluyeron mujeres con adolescentes (menores de 19 años) que hayan ingresado a la unidad de cuidados intensivos (UCIA) del 2009 al 2012. Se calculó la prevalencia global de MME y la prevalencia de las complicaciones más frecuentes.

Resultados: de 1470 mujeres que ingresaron a la UCIA, 120 eran adolescentes (8.1%) con edad promedio de 17.5 años. El 2011 fue el año con mayor número de casos 9.6%. Las complicaciones más frecuentes fueron enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) 54.1%, hemorragia obstétrica (HO) 16.6%, cardiopatía 10.8%, sepsis 9.1% y otros 9.1%. Se reportaron 4 muertes maternas, en 2009 18 años por leucemia linfoblástica aguda, 2012 19 años choque séptico y anemia aplásica y 2012 17 años choque séptico, endometritis y peritonitis.

73. Eclosión asistida en embriones de mujeres mayores de 35 años, ¿favorece la tasa de evolución a blastocisto?

Santoveña-Santoveña V, Rosales de León JC, Castañeda-Loya AG,
IECH Centro de Fertilidad Monterrey Nuevo León, México.

Objetivo: comparar el porcentaje de embriones que evolucionan a blastocisto después de realizar eclosión asistida (EA) en día 3 con

aquellos a los que no se les realiza el procedimiento.

Material y Método: estudio observacional retrospectivo analítico y comparativo. Se analizaron los expedientes del centro de fertilidad IECH Monterrey, Nuevo León en el periodo comprendido de enero 2014 a octubre 2016. Se identificaron a aquellas pacientes mayores de 35 años de edad que fueron sometidas a estimulación ovárica controlada y fertilización in vitro con transferencia en fresco. Se clasificaron en dos grupos. Grupo 1 a aquellos embriones a los que se les realizó eclosión asistida con láser en el día 3 independientemente del motivo por el cual se llevó a cabo y grupo 2 aquellos embriones a los que no se les realizó el procedimiento. Se comparó la evolución a blastocisto en ambos grupos. Los datos fueron procesados en R STUDIO 1.0.136-3.3.2. Se agrupó a los embriones según recibieran Eclosión Asistida o no en su día 3, los datos se compararon con T de Student ajustado a normalidad de dos colas, considerando significativos valores de P menor a 0.05; para los muestreos categóricos a comparar se empleó prueba de Fisher o la distribución χ^2 según la característica de la contingencia.

Resultados: se identificaron 119 pacientes mayores de 35 años y se obtuvo un total de 815 embriones: 208 (25.5%) en el grupo 1 y 607 (74.5%) en el grupo 2. No se observaron diferencias entre grupos en cuanto a las medias de edad ($M 38.61, \pm 1.85, p = 0.582$), número de óvulos aspirados ($M 9.48, \pm 4.15, p = 0.551$), número de óvulos fertilizados ($M 5.33, \pm 2.48, p = 0.315$) o recuperación de blastocisto ($M 55.97, \pm 29.01, P=0.669$). Del grupo 1 un total de 106 (50.96%) evolucionaron a etapa de blastocisto y 290 (47.78%) del grupo 2. No se observaron diferencias estadísticamente signifi-

cativas en cuanto a los porcentajes de evolución a blastocisto entre los grupos ($p=0.4695$). Se estableció la probabilidad de obtener un blastocisto por cada 1.87 (IC95%: 0.79-1.16) embriones del grupo 1 y un blastocisto por cada 2.27 (IC95%: 0.97-1.22) embriones en el grupo 2. No se observó diferencia significativa en la tasa de embarazo entre las pacientes de ambos grupos ($p = 0.8358$). En el grupo 1 se observó una proporción similar de pacientes con resultados de prueba de embarazo positivos y negativos ($p 0.1391$); sin embargo en el grupo 2 se obtuvo una mayor proporción de pruebas de embarazo negativas ($p 0.0013$).

Conclusión: no se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto al porcentaje de evolución a blastocisto en las pacientes mayores de 35 años a cuyos embriones se les realizó EA en día 3. Sin embargo el número de óvulos necesarios para obtener un blastocisto es menor en pacientes del grupo 1 y los índices de embarazo fueron mas altos sugiriendo un efecto benéfico a las pacientes a las que se les realizó eclosión asistida.

74. Encefalocele de gemelo dos en embarazo bicoriónico biamniótico expuesto a tratamiento con Dotbal®

Borges DY, Mata-Mejía KE, Carballo-Contreras J, Costa-Larraga LD
Hospital Regional ISSSTE, Mérida, Yucatán, México.

Caso clínico: paciente de 33 años, trabajadora de área de la salud de más de 5 años, APPs de neumonía nosocomial en 2012 resuelta con internamiento y antibiotioterapia intrahospitalaria y posterior en domicilio con mejoría, AGOs G3C1A1, C1 electiva, A1 Tx con LUI, se realizó STORCH con memoria para CMV y toxoplasmosis, posterior a egreso hospitalario con

dx de neumonía nosocomial persistente no productiva que aumenta progresivamente hasta el mes de Marzo de 2017 donde se presenta fiebre y diaforesis de predominio nocturno, acudió a valoración médica, a la EF se evidencian estertores crepitantes en ambas bases de predominio derecho apical, tele de tórax con imagen de condensación apical derecha y zona sugestiva de imagen cavernosa, izquierdo zona de consolidación inicial, se le realizan exámenes de gabinete con resultado de BHC: con linfocitosis, TAC de tórax con patrón consolidativo difuso bilateral con presencia de broncograma aéreo además de imagen redondeada que mide 35x25mm localizada en el segmento apical posterior del lóbulo superior de pulmón derecho en relación a cavitación pulmonar con un área perilesionar de densidad líquida en relación a absceso hallazgos compatibles con TB pulmonar, se inicia tratamiento supervisado con DOTBAL® en Abril de 2016, con inicio de sostén en Octubre de 2016, presenta FUM el 16 de Noviembre de 2016 durante el tratamiento, se presenta a la consulta de obstetricia con diagnóstico de embarazo de 11 semanas de gestación por FUM, se le realiza BARR el cual resulta negativo, continua con tratamiento de sostén de antituberculoso con Dotbal que terminó en febrero de 2017 bajo supervisión del departamento de infectología, se realizan laboratorios de control prenatal encontrándolos con valores normales, US con reporte de embarazo gemelar bicoriónico biamniótico para G1 11.2 semanas de gestación, G2 12.6 semanas de gestación por LCC, ambos con FCF presente hematoma subcoriónico, el cual se resuelve con reposo y progesterona vía oral, continua CPN sin eventualidades, se realiza nuevo US encontrando embarazo



gemelar con gemelo 1 para 14. Sin alteraciones, gemelo 2 para 12 semanas de gestación con presencia de encefalocele occipital, con posterior a la semana 22 que reporta G1 para 21 semanas con FCF 132 lpm y 410 de peso, G2 para 15 semanas con FCF de 60 lpm, paciente asintomática, sin pérdidas transvaginales, se repite US a la semana 25 encontrando g1 de 24.1 semanas de gestación con FCF presente sin alteraciones, G2 para 15 semanas de gestación sin frecuencia cardíaca fetal presente, se continua control prenatal sin alteraciones, paciente con BAAR negativo hasta el momento, actualmente cursa embarazo gemelar de 37 semanas de gestación con muerte fetal temprana del gemelo 2.

Conclusiones: el régimen preferido para las mujeres embarazadas, VIH-negativas, la isoniazida se administra diariamente o dos veces por semana durante 9 o 6 meses, siempre complementado con piridoxina. Para las mujeres que corren el riesgo de progresión de la infección por la TB, especialmente aquellas que están infectadas con el VIH o que probablemente han sido infectadas recientemente, la iniciación de la terapia no debe retrasarse en base al embarazo solo, incluso durante el primer trimestre. Para las mujeres cuyo riesgo de TB activa es menor, algunos expertos recomiendan esperar hasta después del parto para iniciar el tratamiento. En infección de tuberculosis latente, la isoniazida y la rifampentina administradas una vez por semana durante tres meses no se recomiendan para las mujeres embarazadas ni para aquellas que prevén quedar embarazadas en los 3 meses siguientes. Estudios son necesarios para proporcionar información sobre el uso de nuevos regímenes para el tratamiento de la TB pulmonar en niños y mujeres embarazadas.

75. Comparación de apreciación de rendimiento de residentes de Ginecología y Obstetricia en guardias ABC contra ABCD

Dávila-Rivas JAG, Fraustro-Ávila ME, Ayala-Aguilera F, Durán-Luna JA

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León, México.

Antecedentes: se presentan los resultados de una encuesta aplicada a residentes de ginecología y obstetricia del Programa multicéntrico de Residencias Médicas de TecSalud y la Secretaría de Salud de Nuevo León sobre su percepción de su propio desempeño cuando realizan guardias ABC comparado con guardias ABCD. El esquema de guardias ABCD se implementó desde el mes de marzo 2017 en el Hospital Regional Maternoinfantil de Alta Especialidad. Se obtuvo la respuesta de 23 residentes. Al realizar guardias ABCD los residentes de primero y segundo grado dedican más tiempo a estudiar y perciben tener un mejor desempeño antes y después de la guardia comparado con guardias ABC. En guardias ABC los residentes de todos los grados reportan haber cometido más errores médicos. No se encontró diferencia en el uso de estimulantes durante la guardia en ambos esquemas. El estimulante más comúnmente utilizado es la cafeína.

76. Factores de riesgo y marcadores predictores maternos asociados con parto pretérmino en embarazo de alto riesgo

Ballesteros-González HI

Objetivo: analizar los factores de riesgo y marcadores predictores maternos asociados a parto pretérmino en pacientes con embarazo de alto riesgo.

Material y Método: estudio transversal analítico, se evaluaron

los factores de riesgo de PP y marcadores predictores maternos (antecedente de PP, cirugía cervical y longitud cervical) en dos grupos de pacientes, aquellas con embarazo de alto riesgo (cardiópatas, nefrópatas, con enfermedades reumatológicas o de la colágena, hipertensas, diabéticas, hipotiroideas, hipertiroides) y sin comorbilidades. Se determinaron y compararon los factores-marcadores de riesgo en cada grupo y luego se realizó un análisis de correlación para determinar la asociación con el embarazo de alto riesgo (EAR).

Resultados: se analizaron factores de riesgo maternos en 226 pacientes, 136 mujeres con embarazo de alto riesgo y 90 mujeres sin comorbilidades. Los factores de riesgo maternos se mostraron en un rango que va desde el 6 al 44%, el factor con mayor prevalencia fue el antecedente de ruptura prematura de membranas (RPM) y PP en ambos grupos. El principal factor de riesgo materno encontrado en las pacientes con EAR fue el antecedente de RPM, con un OR de 1.1 (0.6-1.7) [IC 95%]. No obstante, aunque el antecedente de PP solo se presentó en el 6% de las pacientes, tiene un OR de 1.2 (0.8-1.6) [IC 95%]. En las pacientes sin comorbilidades el antecedente de cirugía cervical y la cervicometría menor a 25 mm tienen un OR de 1.07 (0.6-1.7) y 1.2 (0.5-2.8) [IC 95%], respectivamente. Se encontró asociación significativa del EAR con factores de riesgo como antecedente de RPM, anomalías congénitas y el embarazo múltiple, siendo este último el que presenta mayor asociación en el modelo de regresión [link Logit] ($p < 0.05$).

Conclusiones: el antecedente de RPM y PP fue el factor de riesgo materno con mayor prevalencia en el grupo de pacientes con EAR. El antecedente de cirugía

cervical y cervicometría menor a 25 mm representan mayor riesgo en el grupo de mujeres sin comorbilidades., y el antecedente ó historia de RPM, las anomalías congénitas y el embarazo múltiple se asocian a PP en embarazo de alto riesgo.

78. El estudio COMSE: efectividad de dos estrategias para proveer consejería en anticoncepción durante la hospitalización para la atención del parto en Colombia

Muñoz-Fernández LF, Hersh AR, Tolosa JE

Departamento de Obstetricia y Ginecología; NACER, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia.

Objetivo: comparar la efectividad de dos modalidades de consejería en anticoncepción proveídas durante la hospitalización para la atención del parto, en la utilización de métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada (ARAP) en mujeres adolescentes.

Material y Método: estudio multicéntrico de cohorte realizado entre junio 2015 y octubre 2016 en dos hospitales públicos. Uno en la ciudad de Medellín y otro en la ciudad de Cartagena, en un grupo de mujeres asignado a recibir consejería en anticoncepción al ingreso al hospital, seguida por elección de uno de los métodos de planificación de su preferencia para ser iniciado antes del alta hospitalaria. Antes de recibir la consejería se completó un cuestionario acerca de preferencias en uso de los métodos de anticoncepción disponibles en el sector público, el cual se repitió luego de recibir la consejería. Se hizo una asignación aleatoria por sobres opacos sellados para recibir consejería anticonceptiva por medio de 1) Una conversación estructurada con una consejera entrenada o 2)

La visualización de un video de 14 minutos en un reproductor portátil, que mostraba la misma información, presentada por una enfermera joven y utilizando lenguaje culturalmente apropiado especialmente para adolescentes. Los dos grupos recibieron material escrito, una hoja modificada que presenta los métodos de manera gráfica con su efectividad y desarrollada por la OMS y tuvieron la oportunidad de realizar preguntas al personal entrenado. Se definieron las adolescentes como las mujeres entre 14-19 años y las mujeres adultas como más que 19 años. Se midieron los desenlaces: 1) Intención de usar anticoncepción definitiva, (ligadura de trompas) o método ARAP u otro antes y después de recibir consejería; 2) Uso de método ARAP antes del alta hospitalaria; 3) Comparación en la intención de anticoncepción entre las dos modalidades de consejería.

Resultados: antes de la consejería, 40/94 (42.6%) adolescentes y 49/140 (35%) de las mujeres adultas indicaron querer usar un método de ARAP inmediatamente posparto. Después de la consejería, 61/94 (64.9%) adolescentes y 67/140 (47.9%) mujeres adultas indicaron querer usar un método de ARAP inmediatamente posparto. La intención de usar un método permanente de anticoncepción (ligadura de trompas) en el posparto disminuyó de 37/140 (26.4%) a 20/140 (14.3%) en las mujeres adultas y 12/94 (12.8%) a ninguna de las adolescentes 0/94 (0%) después de la consejería. De las participantes quienes eligieron métodos no permanentes de anticoncepción, más mujeres prefirieron usar un método ARAP luego de recibir la consejería vía conversación estructurada con una consejera entrenada [adolescentes: 35/47 (74.5%) conversación vs 26/47 (55.3%); adultas: 36/71

(50.7%) conversación vs 31/69 (44.9%)]. Todas las mujeres adultas (140/140, 100%) y casi todas las adolescentes (92/94, 97.9%) afirmaron que sentían más confianza para elegir un método de anticoncepción adecuado para ellas después de la consejería.

Conclusiones: una grabación en video es un instrumento efectivo para proveer consejería en anticoncepción durante la hospitalización para la atención del parto. La consejería puede aumentar el uso de los métodos ARAP y disminuir la ligadura de trompas en la población adolescente.

78. El estudio COMSE: uso de consejería en anticoncepción en el hospital durante la atención del parto y acceso a métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada antes del alta hospitalaria

Muñoz-Fernández LF, Tolosa JE
Departamento de Obstetricia y Ginecología; NACER, Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia.

Objetivo: determinar si una estrategia novedosa que combina consejería en anticoncepción en el hospital durante la atención del parto y acceso a métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada (ARAP) antes del alta hospitalaria incrementa el uso de los métodos de ARAP, particularmente en adolescentes, vs tratamiento común antes del alta hospitalaria luego de la atención del parto.

Método: estudio multicéntrico de cohorte realizado entre junio 2015 y octubre 2016 en tres hospitales públicos, dos en la ciudad de Medellín y uno en la ciudad de Cartagena, Colombia, aprobado por los comité de ética en cada centro.



En una fase pre-intervención (grupo de control) coordinadoras de investigación entrenadas interrogaron a por lo menos 100 mujeres en cada centro al momento del alta hospitalaria, luego de obtener consentimiento informado: 1) Acerca de su preferencia en uso de los métodos de anticoncepción disponibles en el sector público; 2) Si habían recibido consejería en anticoncepción; 3) Si habían iniciado un método de anticoncepción antes del alta hospitalaria. En el grupo de intervención se capacitó a médicos y enfermeras en consejería en anticoncepción y en uso de los métodos ARAP, el dispositivo intrauterino (T de Cobre) e implante subdérmico de levonorgestrel) 100 mujeres como mínimo en cada centro, diferentes a las participantes del GC, luego de obtener consentimiento informado recibieron consejería en anticoncepción al ingreso al hospital y eligieron uno de los métodos de planificación de su preferencia para ser iniciado antes del alta hospitalaria. Se realizó seguimiento a las seis semanas y seis meses posteriores al alta hospitalaria, presencial y/o por teléfono. Todos los datos fueron recolectados en REDCap, una herramienta basada en Oregon Health & Science University, Portland, Oregon, Estados Unidos. REDCap (Research Electronic Data Capture) es una aplicación segura, basada en internet y diseñada para tratamiento de datos en investigación. Se definieron las adolescentes como las mujeres entre 14-19 años y las mujeres adultas como más de 19 años.

Resultados: en el grupo control (GC), 299 participantes completaron un cuestionario al alta hospitalaria. 38/79 (48.1%) adolescentes y 58/220 (26.4%) mujeres adultas indicaron que querían usar un método ARAP en el posparto inmediato; solamente

una adolescente (1.3%) obtuvo el método elegido; ninguna mujer adulta inició un método de ARAP antes de alta hospitalaria. A los seis meses posparto 6/65 adolescentes (9.2%) y 16/176 adultas (9.1%) habían iniciado uso de un método de ARAP. En el grupo de intervención (GI), 108/160 (67.5%) adolescentes y 122/234 (52.1%) de las mujeres adultas expresaron el deseo de usar un método de ARAP. 87/160 (54.4%) adolescentes y 80/234 (34.2%) adultas iniciaron uso de un método de ARAP antes de alta hospitalaria; en el seguimiento a los 6 meses 60/101 (59.4%) adolescentes y 60/171 (35.1%) adultas continuaron usando el método elegido. Entre las mujeres adultas, 22/220 (10%) al alta hospitalaria y 33/176 (18.8%) a los seis meses eligieron ligadura de trompas en el grupo de control, pero en el grupo de intervención luego de recibir consejería especializada en anticoncepción, 15/234 (6.4%) al alta y 7/171 (4.1%) a los seis meses usaron métodos quirúrgicos.

Conclusión: la consejería en anticoncepción durante la hospitalización materna para la atención del parto y el acceso inmediato a métodos de ARAP resultaron en una mayor preferencia y un aumento en el uso de los métodos de ARAP en especial por las mujeres adolescentes durante el posparto en Colombia. Esta estrategia se debe considerar como una prioridad en las normas y políticas para mejoramiento de la salud pública en Colombia y Latinoamérica.

79. Sobrepeso y su impacto en la tasa de nacido vivo en un programa de donación de óvulos

Valdés Martínez OH, Tejeida-Wong A, Morales-Martínez FA, Sordia-Hernández LH, Peña-Lizola SP, Vidal-Gutiérrez O

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad

Autónoma de Nuevo León, Monterrey Nuevo León, México.

Material y Método: revisión retrospectiva que incluye todas las pacientes en programa de donación de óvulos periodo 2012 a 2017, se registran características demográficas y clínicas, con resultados principales: tasa de embarazo bioquímico, tasa aborto, embarazo clínico, nacido vivo y su relación con IMC de la donadora dividido en cuartiles; se realizó análisis de varianza con un factor (ANOVA) para comparar las diferentes variables.

Resultados: se realizaron 147 ciclos de técnicas de reproducción asistida de alta complejidad en programa de donación. La edad media donador 21.76 años con un IMC 22.89, la edad media de las receptoras 40 años, con diagnóstico de factor masculino concomitante 11.56% (n = 17), factor uterino 1.3% (n = 2) con una tasa de fertilización de 72.47%, desarrollo embrionario 86.30%, embarazo bioquímico 5.4% (n = 8) tasa de implantación 27.7% tasa de aborto 12.22% (n = 18) embarazo ectópico 2.04%, tasa embarazo clínico 58.5 % (n = 86) tasa de nacido vivo 44.89% (n = 66/147) de los cuales 6.8 % embarazos gemelares (n = 10) embarazos triples 2.04% (n = 3), las unidades de gonadotropinas utilizadas fueron mayores con el aumento de IMC de las pacientes siendo mayores en el rango 22 a 25 kg/m² siendo estadísticamente significativa la diferencia comparado con IMC 17 a 21 kg/m². Se observó una diferencia estadística en el número de embriones transferidos de acuerdo al IMC siendo mayor en el grupo IMC 22 a 25 kg/m², la progresión a estadio embrionario temprano también se observó diferencia estadísticamente significativa entre IMC 17 a 21 vs 25 a 34 kg/m² no se mostraron

diferencias estadísticas en tasa de implantación, fertilización y número de óvulos recuperados entre los grupos. El porcentaje de nacido vivo dependiendo del IMC fue 24.40% , 39.39%, 30.30% y 6.06 % respectivamente.

80. Relación entre el aumento de peso menor al recomendado con el peso del recién nacido en pacientes con índice de masa corporal pregestacional normal

Núñez-Villegas AM, Aguilar-Galván IG, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, González García, Corona-Gutiérrez LL
División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Objetivo: determinar la relación que existe entre el aumento de peso materno gestacional menor al recomendado con el peso del recién nacido en pacientes con IMC normal pregestacional.

Material y Método: estudio de cohorte prospectivo realizado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca de 2015 a 2016.

Resultados: durante el año en estudio se dio seguimiento desde triage de control prenatal a aquellas pacientes con IMC normal y menos de 20 semanas de gestación (SDG) captándose la muestra requerida de 128 pacientes. Se realizaron dos grupos de 64 pacientes dependiendo de la ganancia total de peso en su embarazo (menor o mayor a 11.5 kg). La edad de las pacientes tuvo un promedio de 25 años (rango 18 a 43 años), la mayoría de ellas multiembarazos. La edad gestacional promedio para la captación de las pacientes fue de 13.2 SDG y el índice de masa corporal (IMC) de inicio en ambos grupos fue equiparable (media de 22.2 kg/m² en grupo de expuestos y 21.9 kg/m² en grupo de no expuestos).

Conclusiones: el aumento de peso en el embarazo menor al recomendado en mujeres con IMC normal no se relaciona con bajo peso al nacer; al disminuir el rango de peso aceptado internacionalmente se contribuiría de manera importante a evitar retención ponderal postparto en las mujeres y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

80. Cistadenofibroma seroso papilar como hallazgo durante laparatomía exploradora por embarazo ectópico. Reporte de caso

Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Aguilar-Galván IG, Robles-Vera JJ, González-Moreno J, Franco-Topete RA, Navarrete-Medina EM

Servicio de Tococirugía, División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Caso clínico: paciente de 21 años que acudió con prueba de embarazo positiva y sangrado transvaginal escaso. No cuenta con antecedentes patológicos de importancia. Se realiza exploración abdominal encontrando dolor localizado en fosa iliaca derecha sin datos claros de irritación peritoneal. Tacto vaginal con abombamiento de saco posterior y sangrado escaso. Se realiza ultrasonografía transvaginal encontrando plastrón en lado derecho con líquido libre en fondo de saco y útero sin presencia de gestación por lo que se realiza diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico roto organizado. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose embarazo ectópico en salpínge derecha el cual se resuelve sin complicación en técnica quirúrgica. Se realiza revisión de salpínge contralateral encontrando tumoración quística de 4x4x3cm parasalpiniaria en tercio distal

con aparentes vegetaciones internas por lo que se decide resección quirúrgica de la misma. Técnica realizada sin complicaciones aparentes. Cuenta con una evolución favorable por lo que se da de alta. El reporte histopatológico fue de embarazo ectópico roto en salpínge derecha y cistadenofibroma seroso papilar en salpínge izquierda.

Conclusiones: se cuenta con una subestimación en la incidencia de tumoraciones benignas o malignas de las trompas de Falopio, en su mayoría resultan ser hallazgos incidentales en eventos quirúrgicos diversos, por lo que es importante que ante estas tumoraciones se realice estudio histopatológico. La baja presencia de Cistadenofibromas reportados hace difícil su estudio y relación con probables neoplasias ováricas; teoría aceptada por la OMS en su última edición de Tumoraciones de mama y tracto genital femenino. La importancia del caso es que no hay uno previamente reportado en la bibliografía en asociación con embarazo ectópico.

80. Factor VII recombinante activado en hemorragia obstétrica

Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Jiménez-Jiménez G, Aguilar-Galván IG, García-Ruan K, Corona-Gutiérrez AA
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Casos clínicos: se registraron diez pacientes en las cuales se utilizó rFVIIa para el tratamiento de la hemorragia obstétrica masiva. El promedio de edad fue de 30 años, siete pacientes eran múltiparas. La mitad de las pacientes presentaron patologías en la gestación actual, siendo las más prevalentes trastornos hipertensivos y patología placentaria. La vía de nacimiento en seis pacientes fue cesárea y en



cuatro pacientes parto. La causa de sangrado fue atonía uterina, acretismo placentario, ruptura uterina y hematoma retroperitoneal. La mitad de las pacientes fueron derivadas de otras instituciones. El tratamiento médico inicial incluyó oxitocina en nueve pacientes y masaje uterino en siete pacientes. Además se utilizó carbetocina en tres pacientes y desmopresina en tres pacientes. En las diez pacientes la indicación para la administración de rFVIIa fue hemorragia obstétrica masiva (dosis promedio de 91 mcg/kg) con disminución del sangrado evidente en 8 pacientes tras la primera administración del fármaco. A nueve de ellas se les realizó histerectomía. La cuantificación del sangrado promedio previo a la administración de rFVIIa fue de 5,075 mL y posterior a la última dosis de rFVIIa de 928 mL. En promedio se administraron 7 concentrados eritrocitarios antes de la administración de rFVIIa y 3 después. Duración promedio de hospitalización en terapia intensiva fue de 9 días. Se confirmó un caso de tromboembolia pulmonar. Ninguna paciente falleció.

Conclusiones: en general, la experiencia que se tiene en Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca respecto al uso de factor VII recombinante activado para el tratamiento de la hemorragia obstétrica ha sido favorable, a pesar de que las guías nacionales del tratamiento de la misma no lo consideran. Ninguna paciente falleció debido a la pérdida sanguínea y a pesar de presentarse un evento de tromboembolismo pulmonar, éste no resultó fatal. Se sugiere continuar la administración de este hemostático para la disminución de la morbimortalidad materna y llevarse a cabo más investigaciones acerca de su utilidad, así como ventajas y desventajas.

81. Frecuencia de dislipidemia en pacientes con osteoporosis

Gómez del Ángel IF, Hidalgo-Ledezma J, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: es establecer la frecuencia de dislipidemia en pacientes con osteoporosis de la clínica de climaterio del Hospital Juárez de México de abril del 2016 a marzo del 2017 y determinar la frecuencia de cada parámetro del perfil lipídico, el sitio anatómico más frecuentemente afectado por osteoporosis, describir la frecuencia de cada parámetro lipídico en pacientes con osteoporosis en segmento lumbar y cadera izquierda.

Material y Método: estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo, con una muestra de 90 pacientes, calculada mediante la fórmula de población infinita, en las que se midió la densidad mineral ósea por medio de densitometría ósea central realizada con un densitómetro General Electric Healthcare Lunar Prodigy 14614 certificado por la fundación internacional de osteoporosis, haciendo el diagnóstico con -2.5 desviaciones estándar para osteoporosis. Además se midieron las concentraciones séricas de colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (c-HDL), colesterol de baja densidad (c-LDL) y triglicéridos (TG) basados en puntos de corte del ATPII.

Resultados: se obtuvo una frecuencia de dislipidemia de 65% (59 pacientes). De las cuales 35 tuvieron hipercolesterolemia (38.9% con media de 234 mg/dl), 49 con disminución de hipoalfalipoproteínemia (54.4% con media de 31 mg/dl), 59 con elevación de c-LDL (65.5% con media de 158 mg/dl) y 40 pacientes hipertrigliceridemia (44.4% con media de 173 mg/dl). El parámetro del perfil de lípidos más afectado fue la elevación de

c-LDL (65.5%), seguido de hipoalfalipoproteínemia, aumento de triglicéridos y colesterol total. El segmento más afectado para osteoporosis fue el segmento lumbar con 60% de los casos (54 pacientes), de los cuales 21 pacientes coinciden con elevación de c-LDL, 17 con hipoalfalipoproteínemia, 9 con CT aumentado y 7 con aumento de TG. El 40% restante de la población (36 pacientes), se encontró afectada en cadera izquierda, de los cuales 14 pacientes presentaron hipoalfalipoproteínemia, 9 con aumento de c-LDL, 7 con TG elevados y 6 con aumento de CT.

Conclusión: la dislipidemia en las pacientes con osteoporosis es una entidad común, en este caso se obtuvo una frecuencia del 65%. La alteración lipídica más frecuente fue la elevación de c-LDL. El segmento óseo más afectado fue el segmento lumbar, de estos, la dislipidemia asociada con mayor frecuencia fue la elevación de LDL, los pacientes con afección osteoporótica de cadera izquierda tuvieron mayor asociación con hipoalfalipoproteínemia. La importancia de este estudio radica en la elevada frecuencia en que se presentaron las alteraciones lipídicas en pacientes con osteoporosis. Por lo que es importante tomar en cuenta la dislipidemia no solo como factor de riesgo cardiovascular en las mujeres postmenopáusicas, sino también como un probable factor contribuyente para la génesis de osteoporosis.

82. Eficacia de la dehidroepiandrosterona en la función sexual de pacientes menopáusicas

Bedoya-Orsorio MA, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: evaluar la eficacia de la administración de 50 mg de DHEA

vía oral diariamente por 3 meses en pacientes menopáusicas con diagnóstico de disfunción sexual y observar el comportamiento del perfil metabólico.

Material y Método: estudio prospectivo-clínico del que se obtuvo un cálculo muestral de 29 pacientes mismas que fueron diagnosticadas con disfunción sexual mediante un IFSF ≤ 26 puntos. EL IFSF valora los 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dolor. Se realizaron cálculos de puntajes por dominio, perfil de lípidos, glucosa, insulina, HOMA (evaluación del modelo homeostático) y DHEA sérica antes y después del tratamiento. Se tabularon y graficaron los resultados por SPSS versión 22 y EXCEL. Se utilizó T de Student como herramienta para observar significación estadística.

Resultados: las pacientes tuvieron una media de edad de 53.03 años y una media de la edad de inicio de su menopausia de 48.3 años. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en el puntaje de todos los dominios y en el puntaje global del IFSF con ($p \leq 0.05$) posterior al tratamiento con mejorías porcentuales de: deseo sexual 57.2%, excitación 61.1%, lubricación 44.5%, orgasmo 59.2%, satisfacción sexual 49.7%, dolor 53.07% y en puntaje total de 69.2%, respecto a los puntajes iniciales. No hubo cambios estadísticamente significativos en el perfil metabólico pretratamiento y postratamiento enunciados respectivamente: colesterol HDL con una media previa de 53.67 mg/dL vs 53.62 mg/dL ($p \geq 0.05$), colesterol LDL 130.96 mg/dL vs 124.12 mg/dL ($p \geq 0.05$), colesterol total 209 mg/dL vs 192 mg/dL ($p \geq 0.05$), triglicéridos 159 mg/dL vs 147 mg/dL ($p \geq 0.05$), Glucosa en ayunas 84.61 mg/dL vs 84.61 mg/dL ($p \geq 0.05$), insulina 8.4 mUI/dL vs 8.5 mUI/dL ($p \geq 0.05$) y HOMA 1.74 vs 1.75 ($p \geq 0.05$) y

DHEA sérica 94.99 ng/dL vs 105.75 ng/dL ($p \geq 0.05$).

Conclusión: la administración diaria de 50 mg de DHEA vía oral durante 3 meses es eficaz en el tratamiento de la disfunción sexual en todos sus dominios. Aunque no parece afectar lípidos, glucosa e insulina en este grupo de estudio, no es posible concluir acerca de la seguridad del fármaco. Este estudio se desarrolló como reporte previo de un seguimiento que se está realizando a estas pacientes donde se utilizará el medicamento por un año con controles de somatometría, densidad mineral ósea, grosor endometrial, perfil metabólico, mastografía y citología cervical.

83. Concentraciones de vitamina D en embarazadas con y sin diabetes mellitus gestacional

Mora-González S, Núñez-Villegas AM, Camarena-Pulido EA, Aguilar-Galván IG, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S

División de Ginecología y Obstétrica Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara Jal., México.

Objetivo: comparar la frecuencia de deficiencia de vitamina D entre embarazadas con y sin diabetes mellitus gestacional.

Material y Método: estudio transversal efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca. Se obtuvieron muestras de sangre de 784 embarazadas con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional que contaron con prueba de tamizaje anormal y/o 2 valores alterados de la curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) con 100 gr bajo los criterios de Carpenter. Así mismo de embarazadas con prueba de tamizaje negativo y curva de tolerancia oral a la glucosa negativa conformaron el grupo control. Las muestras de sangre fueron procesadas con el

método automatizado de quimio-luminiscencia para determinar la concentración de 25 (OH) vitamina D total. Las cifras obtenidas se categorizaron como lo marca la Sociedad Americana de Endocrinología: concentraciones suficientes cuando las de 25 (OH) vitamina D se encontraron ≥ 30 ng/mL, niveles insuficientes entre 21 y 29 ng/mL y como concentraciones deficientes las menores a 20 ng/mL

Resultados: se estudiaron 784 pacientes de las que 390 tuvieron diagnóstico de diabetes gestacional y 394 pacientes sin diabetes gestacional. Los resultados obtenidos muestran concentraciones inferiores a 30 ng/dL en 88% en el grupo con diabetes gestacional vs 49% del grupo sin diabetes ($p < 0.05$ IC 95%: 0.003-0.06).

Conclusiones: las concentraciones de vitamina D en pacientes con DMG son menores a las pacientes que no cursan con DMG. La frecuencia de niveles insuficientes y deficientes de vitamina D son mayores en las pacientes que cursan con diabetes mellitus gestacional.

83. Tratamiento médico exitoso con metrotexate en embarazo ectópico cervical. Reporte de caso

Mora-González S, Núñez-Villegas AM, Aguilar-Galván IG, Nuño-Carbajal S, Corona-Gutiérrez AA, Fajardo-Dueñas S

Servicio de Puerperio de Alto Riesgo, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Caso clínico: paciente de 34 años de edad, primer embarazo, que acudió al servicio de urgencias del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca por embarazo confirmado con amenorrea de 7.2 semanas y sangrado transvaginal escaso de 4 horas de evolución. Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos no rele-



vantes para el caso, tampoco se encontraron factores de riesgo para embarazo ectópico. A la exploración física estable hemodinámicamente, sin datos de abdomen agudo. Especuloscopia en la cual se observa cérvix cerrado con escaso sangrado activo. Se realiza ultrasonido transvaginal reportando saco gestacional en región de orificio cervical, irregular 22.8 x 8.8 x 17.5 mm, con embrión visible con longitud coronilla-rabadilla 5.8 mm y ausencia de latido cardíaco. Se realiza diagnóstico de embarazo ectópico cervical. Hormona gonadotrofina coriónica humana (hGC) de ingreso de 64,717 unidades. Se toma la decisión junto a la paciente de tratamiento médico intrahospitalario. Se inicia MTX con esquema a 1 mg/kg intravenoso alternando con ácido fólico 0.1 mg/kg en total 4 dosis de cada fármaco sin presentar efectos adversos que requirieran la suspensión del tratamiento. Se reportan disminuciones paulatinas de hGC a partir del inicio de MTX. En dos ocasiones es hospitalizada por presentar sangrado transvaginal escaso sin inestabilidad clínica. Se realiza seguimiento por cuatro meses encontrando niveles inferiores a 5 UI de hGC a partir de la sexta semana postratamiento y resolución ultrasonográfica a los dos meses con ausencia de saco gestacional y cavidad uterina vacía.

Conclusiones: a pesar de solo contar con estudios anecdóticos sobre el tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical y factores pronósticos en contra para el tratamiento médico en nuestra paciente, se decide implementarse ya que no presentaba daño hemodinámico y no contaba con paridad satisfactoria. Por fortuna, con la administración de MTX y un adecuado seguimiento del caso se logra exitosamente conservar su capacidad

reproductiva, contemplándose la posibilidad de tomar esta conducta terapéutica con futuras pacientes.

84. Correlación del grosor y morfología endometrial con resultados de biopsia Mock y ERA para la evaluación de la receptividad endometrial

Godoy-Morales HS, Estrada-Maldonado MA, Sandoval-Travesí FA, Cázarez-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés-Durán JC, Mendiburu G IA, Mera-Mejía R

Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: comparar los hallazgos ultrasonográficos con el estudio histopatológico de la biopsia Mock y ERA, para evaluar la receptividad endometrial y ventana de implantación en pacientes con el diagnóstico de falla de implantación en el centro de reproducción asistida ART en el Hospital Ángeles del Pedregal.

Material y Método: se evaluaron 18 pacientes que estuvieron bajo protocolo de reproducción asistida de alta complejidad, se realizó preparación endometrial, seguimiento ultrasonográfico, y administración de progesterona previo a la toma de la biopsia, la biopsia Mock se envió al servicio de patología del Hospital Ángeles del Pedregal y la biopsia ERA se analizó forma externa.

Resultados: a 17 se les realizó preparación endometrial con Sandrena gel y solo 1 fue con ciclo natural, la edad de las pacientes fue de 26-47 años, peso de 54-72 kg, IMC de 19 a 30 kg/m², 6 pacientes con infertilidad primaria y 12 infertilidad secundaria. El 38.8% de las pacientes tuvo 4 ciclos previos no exitosos a la toma de Biopsia ERA. 9 pacientes obtuvieron resultado Receptivo, 8 pre-receptivo y 1 post-receptivo, se correlacionaron

los hallazgos ultrasonográficos con el resultado de la biopsia ERA evidenciando que en el 38% de las pacientes se observaron morfología A y AB con resultados receptivos en Biopsia ERA. Con respecto al grosor endometrial no se encontró relación significativa con los resultados de Biopsia ERA ya que hubo una variación en el grosor endometrial y solo 22.2% de las pacientes tuvieron 11 mm.

Conclusiones: se puede predecir una mayor receptividad endometrial cuando contamos con un patrón endometrial trilaminar (tipo A).

85. Úlcera de Lipschutz. Reporte de caso y revisión bibliográfica

Negrin-Pérez MC, Ramírez-Negrin A, Ortiz-Reyes H, Cervantes-Mondragón PJ

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 10 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que inicia cuadro clínico 5 días previos a la consulta con fiebre y cuadro gripal leve, sin otra sintomatología por lo que de inicio se realiza prueba para diagnóstico de Influenza, la cual se descarta. A los dos días presenta lesión vulvar eritematosa inespecífica acompañada de ardor, se indicó Dicloxacilina 500 mg c/6 h, baños de asiento sin mejoría clínica por lo que acudió a revisión ginecológica encontrándose lesión ulcerosa necrótica en labio mayor izquierdo muy dolorosa de 1.5 cm de diámetro aproximado, con secreción blanquecina, se indicó tratamiento con anestésicos locales. Sin adenopatías inguinales. Se cita a la semana, encontrando mejoría clínica importante, con remisión de la lesión a los 21 días.

Conclusiones: no existe algún criterio estricto para establecer el diagnóstico de úlcera de Lipschutz,

mas bien se considera un diagnóstico de exclusión. Múltiples etiologías han sido propuestas en esta patología, incluyendo primo infección por virus del Epstein Barr, aunque se desconocen los mecanismos fisiopatológicos. La aplicación de antibióticos tópicos y sistémicos y corticosteroides orales está indicada en el tratamiento; sin embargo, se sabe que es una condición que se autolimita.

85. Efecto del bromuro N-butilhioscina en la duración del primer periodo de trabajo de parto en primeros embarazos

Cervantes-Mondragón PJ, Ortiz-Reyes H, Ramírez-Negrín A
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Objetivo: describir el efecto del bromuro N-butilhioscina en la duración del primer periodo de trabajo de parto en primeros embarazos y comparar la duración del primer periodo de trabajo de parto en mujeres a quienes se les aplicó bromuro N-butilhioscina y en quienes no se les aplicó.

Material y Método: estudio retrospectivo, retrospectivo, analítico y transversal. De las pacientes que cumplieron criterios de inclusión, atendidas en el Hospital General Dr. Manuel Gea González del primero de enero de 2016 al primero de enero de 2017, se buscaron los expedientes y se identificaron aquellos donde se documentó la aplicación de bromuro N-butilhioscina en el primer periodo de trabajo de parto, se tomó en cuenta la curva de Friedman para evaluar la evolución de dilatación, se incluyeron en la base de datos las pacientes que ingresaron con dilatación menor o igual a 2 cm y se determinó trabajo de parto fase activa a partir de 4 cm. Se separaron en dos grupos, pacientes primembarazos en las

que no se administró bromuro N-butilhioscina y pacientes en donde sí se administró el medicamento. Una vez identificados estos expedientes se obtuvieron los datos que fueron vaciados en la base de datos para su posterior análisis.

Resultados: se estudiaron 322 mujeres de los expedientes clínicos, de las cuales a 168 pacientes se les aplicó BNB a su ingreso y a 144 no se les aplicó el fármaco; el promedio de edad en el grupo control fue de 20.7 años (DS 3.8), mientras que en el grupo en el que se usó BNB fue de 20.9 años (DS 4.8), edad gestacional promedio en grupo control de 39.3 semanas de gestación (DS1.09) vs 39.4 semanas de gestación (DS0.96), IMC promedio en grupo control de 26.5 Kg/m² (DS 3.07) vs 27.3 kg/m² (DS 3.6), se obtuvo una tasa de dilatación promedio en grupo control de 0.67 cm/h (DS 0.19,) vs 0.8 cm/h (DS 0.26) en grupo en el que se usó BNB, la duración del primer periodo de trabajo de parto en el grupo de BNB fue de 12.8 h (DS 3.4) contra 15.8 h (DS 3.5) en grupo control, con una duración promedio del trabajo de parto en fase activa de 9.4 h (DS 3.07) en grupo control contra 5.5 h (DS 2.14) en grupo con BNB, la duración de trabajo de parto fase latente en el grupo con BNB fue de 7.2 h (DS 2.6) contra 6.3 h (DS 1.5) en grupo sin BNB, en lo que respecta a la pérdida sanguínea durante el parto en el grupo control se promediaron 314.5 mL (DS 69.6) contra 315.7 mL (DS 81.1) del grupo con BNB.

Conclusiones: de acuerdo con lo reportado en estudios clínicos previos, se puede concluir que el uso de bromuro N-butilhioscina durante el trabajo de parto es un medicamento seguro y útil para acortar la duración del primer periodo de trabajo de parto en primembarazos, sin resultados

perinatales adversos. Sin embargo, hacen falta más estudios clínicos, prospectivos, en población latinoamericana, para evaluar de manera global los efectos de este medicamento en el trabajo de parto.

86. Infección fetal por citomegalovirus. Reporte de casos

Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Nuño-Cabral S, Barrios-Prieto E
Servicio de Medicina Materno Fetal, División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Material y Método: estudio de reporte de casos, analizando los registros clínicos de cinco pacientes a las que se les encontró alguna alteración morfológica fetal en el ultrasonido sugestivo de infección por CMV, en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca durante los años 2016-2017

Resultados: Caso 1. Paciente de 17 años, dos embarazos, un aborto, primer ultrasonido reporta feto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, FCF 146 lpm, placenta corporal posterior grado I, ILA 198mm (polihidramnios). Ventrículo lateral izquierdo 18.6mm (anormal), derecho 17.1mm (anormal), 3er ventrículo 9.5 mm (anormal), IPA.Umb. 1.46 (anormal). IDX: Embarazo de 20.6 semanas de gestación por DBP + ventriculomegalia triventricular más ascitis.

Segundo ultrasonido estructural reporta feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso derecho, FCF 146 lpm, placenta corporal posterior grado I, cordón umbilical 3 vasos, inserción central, DVM 50mm. Cabeza y cuello: manto cerebral 4.6 mm, ventrículos laterales asimétricos, imágenes compatibles de quistes porencefálicos que



comunican con los ventrículos laterales y distorsionan la anatomía, cisterna magna 16.5mm, pliegue nuchal 5.5mm, calcificaciones periventriculares. Tórax: índice cardiotorácico 0.33 mm, circunferencia torácica por arriba de percentil 90%. Abdomen: se identifica ascitis, calcificaciones hepáticas y periportales, intestino hiperecogénico, abdomen por arriba de percentil 98%. IDX: Embarazo de 25.2 semanas de gestación por fetometría, porencefalia, ascitis, cardiomegalia.

TORCH materno: positivo para CMV, IgG 248.4 UI/mL, IgM 1.93. Identificación de CMV en líquido amniótico: positivo.

Caso 2. Paciente de 26 años de edad, tres embarazos y dos partos. El primer ultrasonido reportó un feto único, vivo, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, FCF 140 lpm, placenta corporal posterior grado II, líquido amniótico con DVM de 34mm. Fetometría: DBP 91.3mm, CC 332.3mm, CA 318.2mm, LF 69.5mm, Ventrículo lateral izquierdo 18.5mm, derecho de 21mm, cavum, línea media y cuerpo calloso presente, 3er ventrículo 3.5mm, calcificaciones periventriculares, labio y paladar íntegro, columna íntegra, corazón 4 cámaras, tabique íntegro, trayectos de salida presentes normales, abdomen íntegro, intestino hiperecogénico. Peso fetal estimado 2846 g (P25%), fetometría para 36.4 semanas de gestación. IDX: Embarazo de 37.4 semanas de gestación por usg de las 14.3 semanas de gestación, ventriculomegalia triventricular. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 116.2 UI/mL, IgM 0.2

Caso 3. Paciente de 34 años de edad, Gesta 2, Aborto 1. Primer ultrasonido estructural reporta feto único, vivo, longitudinal, cefálico, FCF 156 lpm. Cabeza y cuello: normocefalo con diámetros craneales

entre una y dos semanas mayores que el resto de la fetometría; contorno óseo sin alteraciones, línea media íntegra, con presencia de ventriculomegalia bilateral severa, ventrículo derecho de 18mm e izquierdo de 19mm, plexos coroideos normales y dilatación del tercer ventrículo (4.3mm), cisterna magna de 3.8mm y pliegue nuchal de 2.9mm. Tórax sin alteraciones. Abdomen sin alteraciones. Columna y extremidades sin alteraciones. Fetometría para 19.6 semanas de gestación, peso fetal estimado 322grs. IDX: Embarazo de 19.6 semanas de gestación por fetometría, crecimiento fetal simétrico, ventriculomegalia triventricular, probable estenosis del acueducto de Silvio, placenta y líquido normales. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 102.9 UI/mL, IgM 0.17.

Caso 4. Paciente de 17 años de edad, un embarazo. El primer ultrasonido reportó: feto único, de situación variable, múltiples movimientos fetales, FCF 131 lpm, LCR 82.2mm, hueso nasal presente, translucencia nuchal no valorable a expensas de tumoración quística en región cervical posterior trisep-tada de 50 x 22mm, se aprecia hidrotórax, derrame pericárdico de 2.1mm, edema subcutáneo a nivel abdominal de 7 mm, columna íntegra, burbuja gástrica presente, vejiga presente, extremidades sin alteraciones aparentes, líquido amniótico cualitativamente normal. IDX: Feto con hidrops fetal e higroma quístico, fetometría promedio 14.1 semanas de gestación por LCR. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 145.8 UI/mL reactivo, IgM 0.15.

Caso 5. Paciente de 17 años de edad, un embarazo, captada a las 18 semanas de gestación por FUM, en usg de rutina se encuentra hidrops fetal y ventriculomegalia. Primer ultrasonido: feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso

izquierdo, FCF 150lpm, placenta corporal anterior grado I, ILA normal. Fetometría: DBP 47.5mm, CC 179.9 mm, CA 193.5 mm, LF 34.4 mm, húmero 31.2 mm, peso fetal estimado 493 g (P51%). Hallazgos: derrame pericárdico 7.4 mm, ascitis 6 mm, derrame pleural 2.9 mm, foco ecogénico intracardiaco, ventriculomegalia biventricular leve (derecho 11.6mm, izquierdo 11.3mm), intestino hiperecogénico. IDX: Embarazo de 20.6 semanas de gestación por fetometría, hidrops fetal, ventriculomegalia leve bilateral, intestino hiperecogénico. Segundo ultrasonido: feto único, vivo, longitudinal, pélvico, dorso izquierdo, FCF 130 lpm, placenta corporal anterior grado I, ILA 178 mm. Fetometría: DBP 53.2mm, CC 190.2 mm, CA 208.8 mm, LF 36.4 mm, peso fetal estimado 594 g (P50%). Hallazgos: ventrículo lateral derecho 12.3 mm, izquierdo 15.5 mm, derrame pericárdico 6.3 mm, edema subcutáneo cráneo 5.1 mm, edema subcutáneo abdomen 6.1 mm, ascitis, foco ecogénico intracardiaco. IDX: Embarazo de 23.6 semanas de gestación, ventriculomegalia biventricular, hidrops fetal, intestino hiperecogénico, foco ecogénico intracardiaco. TORCH materno: positivo para CMV, IgG 145 UI/mL reactivo.

Conclusiones: la identificación de alteraciones morfológicas fetales en el ultrasonido y correlacionarlas con la toma materna de TORCH y PCR en líquido amniótico mediante amniocentesis permite establecer un pronóstico fetal y a la vez, tomar medidas y estrategias de tratamiento las cuales se centran en medidas higiénicas para prevenir una infección materna por CMV, aplicación materna de inmunoglobulinas para evitar la transmisión materno-fetal en caso de seroconversión materna y terapia antiviral en caso de transmisión materno-fetal. Podemos observar en los casos revisados

que las alteraciones más comunes que se observaron fueron ventriculomegalia triventricular, ascitis, intestino hiperecogénico, derrame pericárdico e hidrops fetal y el promedio de IgG sérico materno fue de 151.6 UI/mL.

87. Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia. Reporte de casos

Suástegui-Navarro AG, Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Nuñez-Villegas AM, Panduro-Barón JP, Fajardo-Dueñas S
Servicio de Medicina Materno Fetal, División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Objetivo: describir los casos de secuencia acrania-exencefalia Anencefalia captados por el servicio de Medicina Materno Fetal en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca de los meses de enero a julio de 2017 y la asociación de los factores de riesgo que presentan en común para dicha patología.

Material y Método: se describen 5 casos de secuencia acrania-exencefalia-anencefalia derivados a la unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara de enero a julio de 2017

Resultados: se observa que 100% de las pacientes descritas pertenecen a etnia hispana, 80% de las pacientes descritas se encuentran en extremos de la edad reproductiva, el 80% consumió ácido fólico sin embargo ninguna lo consumió en el mes previo al embarazo o antes de la cuarta semana de gestación, 80% tienen carga genética para diabetes mellitus y 20% padecen obesidad previa al embarazo.

Caso 1: paciente mexicana de 28 años de edad, 4 embarazos, 2 cesáreas, 1 aborto captada a las 21.1 semanas de gestación, abuela materna con Diabetes Mellitus, grupo

O Rh positivo, inembarazo de ácido fólico desde las 5 semanas, peso de 69 kilogramos (kg), altura 1.60 metros (m), IMC 26.95 kg/m², ultrasonido de segundo nivel reporta feto único, longitudinal, pélvico, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal (FCF) de 136 latidos por minuto (lpm), acrania anencefalia, columna íntegra, interrumpido a las 38.1 semanas de gestación vía abdominal, muerte fetal anteparto.

Caso 2: paciente de 39 años, 3 embarazos, 2 abortos, captada a las 27.1 semanas de gestación, madre y padre con Hipertensión y Diabetes Mellitus, grupo O Rh positivo, inembarazo de polivitaminas desde la semana 7, peso 75.2 kg, altura 1.51 m, IMC 32.8 kg/m², ultrasonido de 2do nivel reporta feto único, longitudinal céfalico dorso izquierdo, FCF 130 lpm, defecto disruptivo izquierdo desde labios hasta órbita, acrania, ventrículo derecho de doble salida y comunicación periventricular perimembranosa.

Caso 3: paciente de 17 años de edad, un embarazo, captada a las 16 semanas de gestación, sin antecedentes familiares, grupo A Rh positivo, inembarazo de ácido fólico desde las 5 semanas, hierro y calcio, peso 51 kg, altura 1.54 m, IMC 21.5 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único, longitudinal, céfalico, dorso posterior, FCF 156 lpm, acrania exencefalia, columna íntegra, resuelto vía vaginal a las 17.1 semanas, muerte fetal anteparto.

Caso 4: paciente de 16 años de edad, 1 embarazo, captada a las 17.4 semanas de gestación, abuelo paterno con diabetes mellitus, grupo B Rh positivo, inembarazo de polivitaminas desde las 8 semanas, peso 60.6 kg, altura 1.60 m, IMC 23.44 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único transversal, polo céfalico derecho,

dorso anterior, FCF 148 lpm, acrania exencefalia, columna íntegra.

Caso 5: paciente de 41 años de edad, 4 embarazos y 3 partos captada a las 11 semanas de gestación, 2 tías maternas con diabetes mellitus, sin control prenatal, grupo O Rh positivo, no inembarazo de ácido fólico en el embarazo, peso 62 kg, talla 1.60 m, IMC 24.2 kg/m², en ultrasonido obstétrico se reporta feto único, vivo, longitudinal, pélvico dorso izquierdo, FCF de 149 lpm, LCR 57.3 mm, craneorraquisquis, resuelto espontáneamente vía vaginal a las 24.4 semanas de gestación, muerte fetal anteparto.

Conclusiones: la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico temprano de embarazos con fetos que presentan Secuencia Acrania-Exencefalia-Anencefalia permite, ante el mal pronóstico de los mismos y la posibilidad de recurrencia, aplicar medidas tales como suplementación con ácido fólico, asesoría genética y control preconcepcional de patologías maternas que protejan las futuras embarazos de la madre.

88. Neoplasia trofoblástica gestacional. Serie de casos

Aguilar-Galván IG, Núñez-Villegas AM, Mora-González S, Suástegui-Navarro AG, Corona-Gutiérrez AA, Fajardo-Dueñas S
Servicio de Puerperio de Alto Riesgo, División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal., México.

Objetivo: reportar una serie de casos de neoplasia trofoblástica gestacional, con diagnóstico y seguimiento por parte del servicio de Puerperio de Alto Riesgo del año 2012 al 2016.

Reporte clínico: durante el periodo de estudio fueron tratadas 175 pacientes por enfermedad trofoblástica gestacional, de estas



11 fueron diagnosticadas y tratadas por neoplasia trofoblástica gestacional (edad media al diagnóstico, 29 años), encontrando una incidencia de 6.2%.

Se reportan 7 de bajo riesgo y cuatro de alto riesgo; 8 pacientes se encuentran agrupadas en la etapa I, 2 en la etapa III y 1 en la etapa IV. La técnica para la evacuación fue legrado uterino instrumental para cuatro pacientes y aspiración manual endouterina para siete pacientes, seis de ellas requirieron más de una evacuación (rango 2-4, media 2.5), cuatro presentaron hemorragia, una terminó en histerectomía. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 11 semanas. Ocho pacientes contaban con embarazos previos, una tuvo un embarazo molar previo, solo una con antecedente de ETG en la familia. Ocho de las pacientes reportaron alto riesgo en los criterios de Berkowits con aplicación de Metrotexate (MTX) en 5 de ellas. El reporte histopatológico para seis de las pacientes fue mola completa, para 4 mola parcial y una de las pacientes no cuenta con reporte histopatológico. El tratamiento inicial para diez de las pacientes fue con la administración de metotrexate (una paciente con mola invasora no requirió quimioterapia pues posterior a la histerectomía la cuantificación de B-HGC fue en descenso), el rango de ciclos administrados fue de 1 a 5 con una media de 2.2 ciclos por cada paciente. Fue necesario en tres de ellas cambiar el esquema por EMA-CO y en una se brindó tratamiento con MTX y etopósido. Dentro del seguimiento (uno a cuatro años) diez pacientes presentan cuantificaciones negativas de fracción beta de HCG, con un solo caso donde persiste la elevación de la hormona. Ninguna paciente ha logrado el embarazo posterior al tratamiento.

Conclusiones: las pacientes con NTG de bajo y alto riesgo tienen pronóstico excelente si el tratamiento quimioterapéutico es administrado oportuna y adecuadamente, es por esto que la detección temprana es un punto decisivo.

89. Cirugía de control de daños en hemorragia obstétrica grave. Serie de casos

Jiménez-Jiménez G, Fajardo-Madrigal S, Suástegui-Navarro AG, Núñez-Villegas, López-Aceves LJ, Fajardo-Dueñas S

Servicio Medicina Crítica en Obstetricia; División de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. Guadalajara, Jalisco, México.

Objetivo: evaluar los resultados de la cirugía de control de daños en pacientes con hemorragia obstétrica grave atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo del 1 de enero de 2016 al 1 enero 2017.

Reporte clínico: 17 pacientes fueron objeto de cirugía de control de daños. La causa de la hemorragia obstétrica fue: atonía uterina en 8 casos, inserción placentaria anómala en 6 casos, ruptura uterina en 1 caso, hematoma retroperitoneal en 1 caso y sepsis puerperal secundaria a endometritis 1 caso.

En 11 casos se aplicó CCD en el primer evento quirúrgico, en el resto se aplicó en una re-intervención posterior. Todas las pacientes se empaquetaron con compresas húmedas dobladas directamente sobre el lecho quirúrgico. Se realizó ligadura de arterias hipogástricas en 82% de los casos. Se consiguió el control de la hemorragia en la primera cirugía en 16 casos, con necesidad de intervención quirúrgica por sangrado persistente únicamente en 1 caso. Se logró el tratamiento

quirúrgico definitivo en la segunda cirugía en 76% de casos, con necesidad de re-empaquetamiento y tercera intervención quirúrgica en 4 casos. La re-intervención se efectuó en un tiempo promedio de 43.8 horas (20-72 horas). Hubo complicaciones derivadas de la cirugía de control de daños en 42% de los casos, documentándose dos muertes maternas.

Conclusión: aunque los reportes de la cirugía de control de daños en hemorragia obstétrica se limitan a series pequeñas, lo que dificulta enormemente hacer una evaluación comparativa de los distintos abordajes y aun no se cuenta con criterios establecidos de manera uniforme, la cirugía de control de daños debe tenerse en cuenta y aplicarla lo más pronto posible si no se consigue el control definitivo del sangrado, así podrá corregirse la insuficiencia metabólica y resolverse definitivamente en la segunda intervención quirúrgica.

90. Comparación entre el índice de adiposidad corporal y el índice de masa corporal como métodos de detección temprana de síndrome metabólico en pacientes posmenopáusicas

Carranza-Escalera G, Hidalgo-Ledesma JJ, Villegas-Rodríguez CM, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: comparar la eficiencia del Índice de Adiposidad Corporal y del Índice de Masa Corporal, respecto a la detección temprana de alteraciones como el síndrome metabólico y así establecer medidas terapéuticas dirigidas a la mejoría del estado clínico y bioquímico de las pacientes.

Metodología: estudio ambispectivo, observacional, descriptivo, transversal. Se evaluaron pacientes en etapa de posmenopausia (STRAW+10,

+1a, +1b, +1c), atendidas en la Clínica de Climaterio del Hospital Juárez de México donde se calculó una muestra de 168 pacientes con IC95%, con un margen de error 5% por grupo y ajuste de pérdidas del 20%. Se recolectaron los datos clínicos de las pacientes y se realizó el cálculo de índice de adiposidad corporal e índice de masa corporal. Se realizó análisis inferencial para la determinación de la correlación de las variables.

Resultados: se evaluaron 168 expedientes, de los que solo 158 contaban con los datos necesarios para la evaluación del índice de adiposidad corporal e IMC. En estas pacientes se encontró una prevalencia de obesidad por cálculo de índice de masa corporal de 43.31% (n = 68), sobrepeso 42.67% (n = 67), peso normal 14.01% (n = 22). Cuando la obesidad fue calculada por medio del Índice de Adiposidad Corporal los reporte fueron: peso normal 23.63% (n = 39), sobrepeso 32.12% (n = 53), obesidad 40.60% (n = 67). Del grupo de pacientes posmenopáusicas evaluadas, el 39% tuvieron síndrome metabólico. Aunque no cuentan con el mismo porcentaje diagnóstico de obesidad, al realizar la prueba de correlación de Pearson, se reportó una $r=0.6$. Los componentes del síndrome metabólico no correlacionaron con la obesidad diagnosticada por medio de IAC ($r = 0.02$), sin embargo los criterios de síndrome metabólico (HDL-c, triglicéridos, glucosa y tensión arterial sistémica) correlacionaron débilmente con IMC ($r = 0.2$). Cuando se evaluó la correlación entre índice de adiposidad corporal y circunferencia de cintura (CC) este correlacionó fuertemente ($r = 0.499$). Sin embargo, existió mayor correlación entre el índice de masa corporal y CC ($r = 0.6711$) con intervalos de confianza de 0.5748 a 0.7490 y $p = 0.0001$.

Conclusiones: el índice de adiposidad corporal no permite predecir de manera independiente si va a existir alteración en los parámetros bioquímicos del síndrome metabólico, lo que nos indica que un peso corporal más alto (según IAC) correlaciona débilmente con alteraciones metabólicas, contrario a lo que ocurrió con IMC, el cual tuvo mayor correlación con dislipidemia y circunferencia de cintura alterado. El índice de adiposidad corporal ni el IMC sirven como pruebas predictoras de síndrome metabólico, sin embargo el IAC puede ser utilizada como tamizaje de SM, debido a que cuenta con mayor sensibilidad diagnóstica, contrario al IMC, que cuenta con mayor especificidad para el diagnóstico de SM. Se recomienda el uso de ambas pruebas como complemento del estudio de alteraciones cardiometabólicas, así como la medición de circunferencia de cintura que presenta mayor correlación con la adiposidad corporal.

90. Frecuencia de dislipidemia en las diferentes subetapas de Straw +10 en pacientes postmenopáusicas

Hidalgo-Ledesma JJ, Salazar-Romo AC, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: establecer la frecuencia de dislipidemia en las diferentes subetapas de Straw +10 en las pacientes postmenopáusicas.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, cohorte transversal, prospectivo, para evaluar la frecuencia de dislipidemia en los diferentes estadios de STRAW +10 de las pacientes posmenopáusicas. El tamaño de la muestra se determinó conforme a la fórmula de población infinita, con un rango de diferencia del 8% con

respecto a lo reportado por la bibliografía, con prevalencia del 70% y error alfa 0.05%, se midieron niveles séricos en ayuno de cLDL, TGL, CT y cHDL y se estadificó a las pacientes según la clasificación de STRAW +10.

Resultados: se demostró que la dislipidemia más frecuente en las pacientes postmenopáusicas estuvo determinada por la disminución de cHDL en un 47.5% de las pacientes, seguido de un aumento de TGL y CT en 45 y un 44% respectivamente, no existió diferencia estadísticamente significativa para la concentración promedio en las concentraciones de CT, c-HDL, c-LDL y TGL en las diferentes subetapas de STRAW +10, el mayor porcentaje de pacientes con alteraciones en las concentraciones de TG y CT fue determinado en la etapa +1b, con 63.3% y 59.1% respectivamente, siendo el mayor porcentaje de pacientes con alteraciones en las concentraciones de cLDL y cHDL fue determinado en etapa +2 con un 29.2% y 54.2% respectivamente.

Conclusión: no existen diferencias entre ningún lípido en suero en las pacientes en los diferentes estadios de STRAW +10, la frecuencia no siguió un patrón específico, presentando alteraciones de picos y descensos sin importar el estadio de Straw +10, sugiriendo así mismo que no existe correlación entre los factores. El mayor porcentaje de pacientes con alteraciones del cLDL y cHDL se encontró en el estadio +2 para ambos. La dislipidemia más común en general fue la disminución de cHDL. La importancia de este estudio radica en que la etapa postmenopáusica contribuye a un aumento en cambios metabólicos entre ellos la dislipidemia aterogénica caracterizada por una disminución de cHDL, elevación de cLDL, TGL y colesterol total lo que contribuye a un aumento en



el riesgo cardiometabólicos de las pacientes.

90. Osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos

Salazar-Romo AC, Hidalgo-Ledesma JJ, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: establecer la asociación entre la densidad mineral ósea baja-osteoporosis en pacientes posmenopáusicas con diversos grados de prolapso de órganos pélvicos.

Material y Método: estudio no experimental, transversal, prospectivo, observacional, se seleccionaron a 77 pacientes en etapa posmenopáusica temprana o tardía. Se agruparon según el grado clínico del prolapso de órganos pélvicos (POP) en cuatro grupos (0, 1, 2, 3, 4) según la clasificación de Baden-Walker. En los cuatro grupos se realizaron densitometrías óseas, tomando como referencia la clasificación de la Organización Mundial de la Salud según el T-score. Se realizó una encuesta sobre factores de riesgo ya conocidos que disminuyen la densidad mineral ósea y se calculó riesgo de fractura mayor o de cadera a 10 años con las herramientas FRAX y Q-fracture.

Resultados: la prevalencia de incontinencia urinaria fue de 75%, y de incontinencia fecal 16% en mujeres con diagnóstico de osteoporosis; 36 pacientes tuvieron un diagnóstico de POP grado II o mayor, mientras que 41 tuvieron ausencia o mínimo descenso de órganos pélvicos. El promedio de edad de todas las pacientes correspondió a la sexta y séptima décadas de la vida. El promedio de índice de masa corporal, por grupo, fue siempre superior a 25. En el grupo de POP grado 0, I Y II correspondieron a sobrepeso,

mientras que el grupo con POP III-IV presentaron obesidad grado 1. De las 14 pacientes con ausencia de POP, 6 presentaron hallazgo densitométrico dentro de parámetros normales, 7 osteopenia y solo una paciente hallazgos de osteoporosis. Mientras que de las 63 pacientes que tuvieron POP grado I o mayor, sólo 3 tuvieron densidad mineral ósea dentro de parámetros normales, 23 tuvieron osteopenia y 37 osteoporosis.

Conclusión: según el análisis estadístico se logró corroborar la existencia de asociación inversamente proporcional entre el grado de prolapso de órganos pélvicos y disminución de la DMO. Esto contribuye a que ambas patologías pueden tener fisiopatología en común, por lo que debe de haber sospecha clínica de alteración en la DMO ante el diagnóstico de POP. Calcular el riesgo de fractura mayor o de cadera en pacientes posmenopáusicas representa un reto en la práctica médica diaria por lo que se necesitan más estudios que confirmen estos hallazgos, y en ese caso, valorar el peso estadístico del POP como factor de riesgo, y que incluso se ingrese dentro de calculadoras de riesgo para fractura.

90. Asociación de terapia hormonal menopáusica y diabetes mellitus tipo 2

Hernández-Marín I, García-Salgado A, Bedoya-Osorio MA
Servicio de Biología de la Reproducción Humana, Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Material y Método: estudio retrospectivo, descriptivo, donde por medio del expediente clínico se obtendrán los datos necesarios. Se dividieron a las pacientes en dos grupos: el primero, pacientes con diabetes mellitus y que reciben terapia hormonal menopáusica; y el segundo, paciente con diabetes

mellitus que no reciben terapia hormonal menopáusica. se analizaron los datos con la prueba T de Student y se obtuvo posteriormente el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: se obtuvieron 144 pacientes con diabetes mellitus, de las cuales, 72 pacientes tenían tratamiento con terapia hormonal menopáusica y 72 de ellas no lo tenían. La edad promedio de las pacientes fue de 53.1 años, con edad por grupo de 53.2 años para pacientes sin terapia hormonal menopáusica y de 53.09 años para pacientes sin terapia hormona menopáusica. Los resultados medidos del control glucémico por medio de la hemoglobina glucosilada fueron: 6.53 para el grupo con sin terapia hormonal menopáusica y de 6.37 para el grupo con terapia hormonal menopáusica, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.914, e IC95%: 5.3-7.2.

Conclusiones: existe controversia en la relación que tiene la terapia hormonal menopáusica y su efecto en el control de la diabetes mellitus, sin embargo, se sabe que la terapia podría ayudar a mejorar los controles de glucemia y mejora la sensibilidad a la insulina en pacientes portadoras de la enfermedad.

91. Fístula vesicovaginal

Rodríguez-Cabral CA, Ramos-Ayala M, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC

Objetivo: evaluar la efectividad de la histerectomía total abdominal con fistulectomía en un solo tiempo quirúrgico para el tratamiento de fístulas vesicovaginales.

Caso clínico: paciente de 29 años portadora de obesidad GIII (IMC= 40kg/m²), con antecedente de tres cesáreas previas, la segunda hace 10 años complicada con lesión advertida de vejiga con uso posterior de sonda Foley por un mes, posteriormente inicia con escape

de orina transvaginal insensible la cual aumenta con los esfuerzos, misma que refiere hasta la actualidad, a la exploración física se identifica fistula vesicovagino-cervical con orificio fistuloso de 3cm a nivel del labio cervical anterior, con franca salida de orina hacia la vagina. Se corroboró el defecto vesical a través de cistoscopia con pérdida de la continuidad de aproximadamente 3cm retrotrigonal a un centímetro de ambos meatos ureterales aproximadamente.

Resolución del caso: se efectuó la histerectomía total extrafacial con fistulectomía y colocación de prótesis biológica con cateterización ureteral transquirúrgica. Durante el procedimiento quirúrgico se identifica fistula compleja vesicovagino-cervical de 4x2cm. Una vez realizada la histerectomía extrafacial se disecciona fascia vesicovaginal, se disecciona trayecto fistuloso en su totalidad quedando bordes libres de tensión, cierre vesical en 3 planos con aplicación de sellador de fibrina (tissuclo) sobre el defecto quirúrgico y colocación de prótesis biológica (biodesign), cierre completo de cúpula vaginal. Se retiran catéteres Open End en posquirúrgico inmediato, permanece en reposo durante 72h, uso de sonda Foley por 5 semanas posteriores, encontrando cúpula íntegra sin pérdidas de orina transvaginales.

Conclusiones: reconocimiento temprano de la lesión vesical y la reparación durante la cirugía primaria con mayor frecuencia resultan en menos morbilidad para el paciente, un resultado más exitoso y mayor facilidad de reparación, si esto falla el abordaje abdominal con resección quirúrgica y cierre de la misma acompañada de histerectomía constituye una alternativa eficaz para su tratamiento definitivo.

91. Incidencia de fístulas genitourinarias en pacientes operadas en el Hospital de la Mujer Zacatecana

Rodríguez-Cabral CA, Ruvalcaba-Rivera E, Palacios-Arroyo Y, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Ramos-Ayala M

Material y Método: estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y analítico, en el Hospital de la Mujer Zacatecana en el periodo marzo 2012 a octubre 2016 en 61 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos ginecológicos y obstétricos tales como cesárea o histerectomía las cuales presentaron pérdida urinaria en los días posteriores a su intervención quirúrgica. De la muestra inicial cumplieron con los criterios de inclusión 27 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: expediente clínico completo, pacientes sometidas a intervención quirúrgica en dicho hospital, pérdida urinaria, cirugía obstétrica o ginecológica, pacientes que no se identificó lesión durante el procedimiento quirúrgico. Los criterios de exclusión fueron: expediente clínico incompleto, pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico en otro hospital. La valoración de estas pacientes fue realizada mediante realización de especuloscopia y cistoscopia

Resultados: durante el periodo de estudio sólo 27 pacientes reunieron los criterios de inclusión, la muestra fue dividida en 2 grupos (20 casos y 7 controles), en los cuales la edad media fue 36.2 años, los tipos de fístulas encontrados en la población de estudio fueron vesicovaginales y uretero-vaginales, el tipo de fistula más frecuente fue la vesicovaginal con 18 casos (66.6%), 2 de los casos (7.4%) fueron ureterovaginales, en el 25.9% de las pacientes no se documentó fístula. En 51.84% de los casos de formación de fístula no se identificó

lesión vesical, en estos casos se reportó una tasa de fístula vesicovaginal del 22.21%, así mismo en el 25.92% de los casos se reportó lesión advertida a vejiga no se reportó formación de fístula. En estas pacientes se realizó reparación durante el evento quirúrgico de la lesión y se otorgó tratamiento postoperatorio lo que se asocia con una disminución en la incidencia de fístula $p=0.001$. El sitio anatómico de la lesión se asocia con el tamaño, encontrando fístulas mayores de 1 cm más frecuentemente vesicovaginales y menor de 1 cm en fístulas uretero-vaginales, $p=0.001$. La histerectomía total abdominal se asocia con una incidencia de fístula de 1.4X100.

Conclusiones: la identificación oportuna, la reparación intraoperatoria de la lesión y el tratamiento postoperatorio adecuado se relacionan con una disminución estadísticamente significativa en la formación de fístulas. Son necesarias técnicas eficaces que permitan realizar el diagnóstico oportuno de las lesiones incidentales.

91. Cierre de fístula compleja vesicovaginal con prótesis biológica y fistulectomía con abordaje vaginal

Rodríguez-Cabral CA, Lemus-Ramos BY, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Villareal-Sosa CO

Caso clínico: paciente de 45 años de edad, con hipotiroidismo y antecedente de tres cesáreas, último evento obstétrico en 2007; posteriormente intervenida en octubre del 2017 realizando Histerectomía abdominal con salpingooforectomía derecha por diagnóstico de miomatosis uterina posteriormente durante la primera semana de postquirúrgico acudió a valoración por referir salida de orina a través de vagina se realizó cistoscopia encontrándose defecto fistuloso



de aproximadamente 4 x 2 cm de diámetro sobre el techo vesical, se recoloca sonda Foley y se programa reintervención en 3 meses.

Resolución del caso: se efectuó la cateterización de ambos meatos ureterales con catéter open- end posteriormente se localiza trayecto fistuloso y se fija con pinza de allis se da punto trasfictivo para fijar los planos y se retiran los bordes de la fistula se realiza disección de la vejiga de pared vagina y se procede a cierre vesical en dos planos con vycril 3-0 se prueba integridad del cierre instilando azul de metileno en vejiga posteriormente se aplica prótesis biológica y se fija con sellador de fibrina y se realiza cierre de vagina en sentido perpendicular a la vejiga. Permaneció en reposo durante 72 horas posteriormente se retiran catéteres ureterales y se egresa con sonda Foley la cual se retira posterior a 5 semanas encontrándose cúpula íntegra sin pérdidas trasvaginales.

Conclusiones: la fístula vesico-vaginal sigue siendo una de las complicaciones más significativas siendo la histerectomía total abdominal el procedimiento ginecoobstétrico que con mayor frecuencia predispone a su aparición. En los últimos años las mallas biológicas para corrección de las fistulas vesico vaginales complejas han reportado resultados satisfactorios, de tal manera se convierte en una nueva alternativa para la corrección de este tipo de complicaciones.

91. Histerectomía abdominal con sacrocolpopexia, colpoperinoplastia y culdoplastia de Mckall para tratamiento de POP Q III Cx y profilaxis para prolapso recidivante
Rodríguez-Cabral CA, Ortega-Guerrero I, Vázquez-Castro R, Olivas-Chavez JC, Lemus-Ramos BY

Caso clínico: paciente de 46 años, G5P5, con antecedente personal de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II en control, portadora de POP Q III Cx, por lo que se proyecta tratamiento quirúrgico con sacrocolpopexia, histerectomía abdominal y colpoperinoplastia. Se realiza Urodinamia con reducción del prolapso con gasas: flujo espontáneo con tiempos y flujos normales, eficacia de vaciamiento de 92%, perfilometría estática con PMCU (presión máxima de cierre uretral) 40 cm H₂O. Cistometría de llenado con puntos de pérdida negativos en 200mL y en capacidad cistométrica máxima. Flujo-presión con flujos y tiempos normales, PmaxDet de 35 cm H₂O, eficacia de vaciamiento del 58%. FP EV 58%.

Se realizó la histerectomía total extrafacial con cierre total de la cúpula vaginal, se da punto de Aldridge bilateral, se procede a realizar puntos invaginantes sobre la cúpula, se ingresa a retroperitoneo con disección roma en dirección a la superficie del promontorio sacro hasta encontrar ligamento sacro anterior, se identifica arteria sacra media y se dan tres puntos mediales para evitar el vaso, con prolene del 1 sobre ligamento sacro anterior, donde se fija la malla de polipropileno monofilamento macroporo sobre la fascia pubocervical y rectovaginal, se fija el otro extremo con la sutura sobre el ligamento sacro anterior, se anudan y se cubre con retroperitoneo, se procede a segundo tiempo vaginal donde se realiza colpoperinoplastia posterior. En el posquirúrgico a las 48 h se retira sonda vesical encontrando eficacia del vaciamiento del 86.7%, a las 4 semanas posquirúrgicas se encuentra cúpula íntegra, Incontinencia de urgencia y de esfuerzo negada.

Conclusiones: existe mayor riesgo que posterior a la histerectomía, se

presente prolapso residual de la en pacientes que tienen antecedente de prolapso de órganos pélvicos como indicación para la histerectomía, por lo que la suspensión profiláctica de la cúpula vaginal en el momento de la histerectomía se ha recomendado como una alternativa de disminuir el prolapso recidivante. El abordaje abdominal a demostrado superioridad estadística en la profilaxis de esto respecto a la vía vaginal; acompañado de incorporación de los ligamentos uterosacros, suspensión ligamentaria alta o sacrocolpopexia y culdoplastia. Por el momento no existe evidencia que recomiende una técnica quirúrgica para la profilaxis de la patología antes descrita.

92. Correlación entre la evaluación de la composición corporal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico mediante absorciometría de rayos X de energía dual (Dexa) y análisis por impedancia bioeléctrica (AIB)

Villegas-Rodríguez CM, Villavicencio-Delgado, Hernández-Marín I
Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México.

Objetivo: correlacionar la evaluación de la composición corporal en pacientes con SOP mediante análisis por impedancia bioeléctrica (AIB) y absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA).

Material y Método: estudio prospectivo, transversal y analítico, que evaluó 42 pacientes con SOP, atendidas en la consulta externa de la clínica de Ginecoendocrinología del Hospital Juárez de México, de Abril a Julio de 2017. Se incluyeron pacientes de nuevo ingreso, de 20 a 35 años con diagnóstico de SOP según criterios de Rotterdam 2003. Se excluyeron pacientes que no cumplieran con los criterios de Rotterdam y aquellas con uso de mediación con influencia en el per-

fil endocrino metabólico. Se realizó calculo muestral mediante formula estadística con un nivel de error tipo I de 5% y poder estadístico de 80%. Para mejorar la precisión de la muestra se incrementó 20 % de tamaño muestral para ajuste de perdidas. La composición corporal se evaluó mediante la medición de parámetros antropométricos, análisis de impedancia bioeléctrica (TANITA BC 601) y absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA) de baja energía, mediante un densitómetro GE LUNAR de cuerpo entero.

Resultados: la media de edad de la población estudiada fue de 27,69 años (DS 4.4, rango de 20 a 35), la media de peso 82,7 kg (DS 15.08 rango de 58 a 113), la media de IMC 32.6 Kg/m² (DS 5.8 rango de 24 a 49) que coincide con el incremento en el perímetro abdominal que resultó en una media de 99.2 cm (DS 13.7, rango 79 a 135). La estimación del porcentaje de grasa corporal total evaluada por AIB generó una media de 48.27%, mientras que DEXA una media 47,62%, sin diferencias estadísticas significativas con una correlación positiva fuerte ($r = 0.81$ IC95% $P < 0.005$). Masa magra y grasa visceral o androide no se correlacionaron. La grasa corporal total evaluada por AIB tuvo una correlación positiva con peso ($r = 0.86$ IC95% $p < 0.005$), índice de masa corporal ($r = 0.85$ IC95% $p < 0.005$), perímetro abdominal ($r = 0.59$ IC95% $p < 0.005$), grasa androide por DEXA ($r = 0.64$ IC95% $P < 0.005$), y grasa visceral por AIB ($r = 0.7$ IC95% $p < 0.005$). Perímetro abdominal además tuvo una correlación positiva con grasa visceral de AIB ($r = 0.36$; $p < 0.01$) y grasa androide de DEXA ($r = 0.48$ IC 95% $p < 0.001$)

Conclusión: el análisis de impedancia bioeléctrica AIB, en este estudio mostró fuerte correlación

con DEXA para la evaluación de grasa corporal, no obstante la distribución de grasa visceral o androide y la proporción de tejido magro no se correlacionaron. Aunque los parámetros antropométricos (peso, IMC y perímetro abdominal) mostraron una correlación positiva con los resultados de AIB en función de porcentaje de grasa corporal; solo perímetro abdominal fue útil para la estimación de adiposidad visceral, con una correlación débil que es reflejo de sus limitaciones. AIB es un método simple, fácil de ejecutar, no invasivo, de muy bajo costo que ofrece validez comparado con los métodos estándar de oro de alta tecnología.

93. Síndrome de hiperestimulación ovárica: tromboembolismo pulmonar en el embarazo

Becerril-Rodríguez PR, Fragoso-Sandoval F
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 37 años, 4 embarazos, 3 cesáreas con antecedente de fertilización in vitro (FIV); con un padecimiento de 15 días de evolución caracterizado por dolor en miembro pélvico derecho EVA 7/10, ultrasonido doppler documento trombosis de vena poplítea, y flujo parcial; se agrega disnea leve ocasional. Posterior a 4 horas de estancia tuvo disnea súbita New York Heart Association (NYHA) IV, clase D, oliguria y paro cardiorrespiratorio.

Conclusiones: prevenir, reconocer a tiempo y adoptar las medidas terapéuticas o preventivas descritas marcan la diferencia para conservar la salud de la paciente, la forma más grave del OHSS puede complicarse con trastornos sistémicos múltiples, las pacientes con estas manifestaciones deben ser vigiladas en una unidad de cuidados intensivos.

140. Reparación de fístula vesico vaginal con técnica de Latsko

Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Martínez-Cabrales F, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI, Medina-Gálvez O
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Pemex, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Caso clínico: paciente de 38 años de edad enviada por salida de orina, sin antecedentes crónico degenerativos de importancia, como antecedentes quirúrgicos: histerectomía abdominal total el 16 de noviembre de 2016 por sangrado uterino anormal categoría L en hospital Galeana, Nuevo León, re intervenida en diciembre del mismo año por absceso de cúpula vaginal con lesión vaginal. Antecedentes ginecoobstétricos: embarazo 5, aborto 1, cesáreas 4, menopausia quirúrgica a los 38 años de edad.

Se advierte lesión vesical durante el drenaje de absceso de cúpula vaginal, por lo que permanece con sonda Foley hasta el 8 de enero posterior a ejercicios vesicales. Al retirar sonda refiere presentar salida de orina vía vaginal (febrero de 2017). A la exploración física se observa vagina elástica, cúpula normal, se visualiza a las 12 h del reloj lesión de aproximadamente 5mm con abundante salida de orina, resto de exploración física normal. En urotomografía (12/06/17) se observa paso del medio de contraste hacia la región vaginal. Hallazgos: a considerar datos de fístula vesico-vaginal. Se decide realizar reparación de fístula vesico vaginal con técnica de Latsko: se colocan valvas de Sims y se observa solución de continuidad en cúpula vaginal de aproximadamente 5mm con salida franca de orina. Se toman bordes con pinza Allis, se realiza hidrodissección de



bordes con epinefrina con xilocaína, se coloca sonda Foley no. 14 en trayecto fistuloso, se cortan los bordes con tijera de pott y se procede a cerrar con vicryl 3-0 surgete continuo de forma horizontal anudándose en cada extremo previo retiro de sonda foley del trayecto, se realiza cierre de un segundo plano con misma sutura, posteriormente se instila solución con azul de metileno sin observarse fuga del mismo, se procede a cerrar mucosa vaginal con vicryl del 2-0 surgete continuo anclado de forma vertical, se corrobora hemostasia y se da por terminado evento quirúrgico, con un tiempo de 65 minutos. Continúa con sonda por 21 días, se egresa con adecuada evolución clínica sin percibir pérdidas urinarias vía vaginal.

140. Embarazo de alto riesgo, preeclampsia con datos de severidad-eclampsia y síndrome de HELLP: éxito del ERIO

Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Mejía-Nava A, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Pemex, Cd. Madero, Tamaulipas, México.

Caso clínico: paciente de 40 años de edad, embarazo 2, cesárea 1, con embarazo de 38 semanas de gestación por amenorrea tipo 1 e hipotiroidismo, quien acudió a Urgencias del Hospital Regional de Pemex, Ciudad Madero por dolor abdominal, al ser trasladada al área de triage obstétrico la paciente presenta crisis convulsiva, se activa código mater, sistema de llamado de alerta sonora, el cual permite la comunicación de la emergencia a todo el equipo multidisciplinario; llegando en un tiempo menor a 3 minutos los servicios de terapia intensiva, anestesiología y pediatría, se estabiliza con anticonvulsivos

por el servicio de urgencias. Signos vitales: frecuencia cardíaca 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, tensión arterial 150-90 mmHg, temperatura 36.4°C

Paciente en crisis convulsiva tónico-clónica, con apoyo ventilatorio con bolsa mascarilla, se canaliza doble vía, abdomen globoso por útero gestante, frecuencia cardíaca fetal de 90 latidos por minuto, genitales íntegros, sin pérdidas transvaginales, extremidades íntegras sin edema, adecuado llenado capilar, reflejos osteotendinosos presentes y normales.

Pasa a quirófano de manera urgente para interrupción del embarazo vía abdominal, se activa ERIO y Código Mater, diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad-Eclampsia y posterior a obtener reportes de perfil bioquímico se agrega Síndrome de HELLP clase 1, se obtiene producto vivo, masculino, Apgar 5/7/9, con peso de 2540 gramos, como hallazgos transoperatorios se documenta desprendimiento placentario del 10%, egresa paciente con signos vitales estables, intubada, se reporta recién nacido estable por parte de pediatría. Durante su estancia con tratamiento multidisciplinario la paciente mostró mejoría progresiva por lo cual se decidió darla de alta del área de terapia intensiva y posterior a 4 días de estancia en área de internamiento de Ginecología y Obstetricia se decide egreso hospitalario con seguimiento estrecho en la consulta externa durante puerperio.

Conclusión: se reportó un caso de activación del ERIO, en donde en base a la implementación y apego a múltiples guías y lineamientos se proporciona atención médica oportuna, integral y de calidad a mujeres derechohabientes y no derechohabientes, con emergencia obstétrica, por equipos multidisciplinarios de alta competencia y con

criterios uniformes, que coadyuven a la disminución de la complicación de la morbilidad obstétrica y a la reducción de la mortalidad materna.

140. Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos (SAF). De la pérdida gestacional al síndrome catastrófico. Reporte de dos casos

Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarreal J, Mejía-Nava Armando, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Pemex, Cd. Madero, Tamaulipas, México.

Caso clínico 1: paciente de 37 años de edad con embarazo de 31.3 semanas de gestación (SDG); antecedente de tres pérdidas gestacionales; en una de ellas se documentó trombosis placentaria; se inició un mes antes de la implantación enoxaparina 40 mg SC; posterior al ello tuvo implantación embrionaria exitosa. La exploración física: el abdomen sin datos de irritación peritoneal. Útero grávido, fondo uterino de 30 cm; Extremidades: sin alteraciones. Exámenes del laboratorio: aCL: 12.8, IgG 3.37. aB2GP1: IgM 17.6 U/mL, IgG 0.10. aL, negativo; los anticuerpos antinucleares(AAN) y especificidades negativas.

Caso clínico 2: paciente de 34 años de edad con embarazo de 36.5 SDG; ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por puerperio patológico inmediato; fue posoperada de cesárea más histerectomía subtotal; en UCI, se documentó trombosis venosa profunda; tromboembolia pulmonar(TEP), fracaso renal; el interrogatorio reumatológico de forma indirecta reveló: un año previo al evento TTP de 70; migraña con aura de 13 años de evolución, depresión, caída de cabello, historia de úlceras orales; 2 pérdidas gestacionales entre la

semana 16 y 24; dolor generalizado que se clasificó como fibromialgia. La exploración física: T/A 136/65 con inotrópicos; FC 130 lpm, SO_2 70%, en estado crítico orointubado; se encontró artritis en carpos, segunda a cuarta IFP bilateral, rodilla derecha. El diagnóstico de ingreso a UCI fue choque obstructivo secundario a TEP. Cardiología intervencionista la considera no candidata a fragmentación de trombo. La trombolisis se contraindicó por evento quirúrgico reciente. Hematología determinó pérdida de actividad de TTP; indicó heparina no fraccionada heparina (HNF) Bolo 80 UI/Kg (4800 UI), Mantenimiento 18 UI/kg/h (1000 UI/h), se solicita valoración reumatológica; se determinó aL positivo; AAN títulos 1:160 patrón homogéneo. Se concluyó SAF catastrófico; se indicó bolos de metiprednisolona; el desenlace fue adverso.

Conclusión: hubo dos casos de mujeres embarazadas con espectros distintos de presentación de SAF, resultados obstétricos y de morbi-mortalidad distintas.

140. Influenza A H1N1 en obstetricia. Reporte de caso

Treviño-Rodríguez A, Nieto-Villarrreal J, Mejía-Nava A, Cruz-Lozano C, Llanes-Castillo A, Infante-Meléndez CI, Medina-Galvez O
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Pemex, Cd. Madero, Tamaulipas, México.

Caso clínico: paciente embarazada, 29 años de edad, con embarazo de 29 semanas hospitalizada por tos productiva, odinofagia y fiebre no cuantificada de 5 días de evolución. Los síntomas persistieron a pesar del tratamiento con paracetamol, ambroxol y loratadina prescrito por su médico tratante en el Hospital General de Ébano, SLP. La paciente no tenía antecedentes de enfermedades médicas ni con-

sumo de algún otro medicamento. Negó aplicación de inmunización para Influenza; sin embargo, negó que hubiera tenido contacto con alguna persona enferma. El embarazo hasta el momento no había presentado ninguna complicación. En el momento del ingreso la paciente se refirió con disnea leve a moderada acompañada de tos productiva con secreciones hemoptoicas. Se encontraba taquicárdica (122 latidos por minuto), aquipneica (30 respiraciones por minuto), normotensa (144/70 mmHg) y tenía 38.5°C de temperatura corporal, por lo que se activa el código ERIO. Al examen físico se encontró intranquila, aumento del trabajo respiratorio (mascarilla de oxígeno), estertores roncantes leves difusos con desaturación de oxígeno hasta 75% y gasometría arterial con datos de insuficiencia respiratoria aguda grave (pH 7.43, pO_2 85 mmHg, pCO_2 30 mm de Hg, FiO_2 75%, índice de Kirby 113 mmHg, presión positiva al final de la espiración (PEEP) 11 centímetros de agua y SO_2 97%) por lo que se inicia tratamiento avanzado de vía aérea y se solicita prueba rápida de influenza. La radiografía de tórax mostró radiopacidad bibasal sugestiva de proceso neumónico. El abdomen con abundante panículo adiposo se encontraba blando y no doloroso. La frecuencia cardíaca fetal era de 145 latidos por minuto. Los valores de laboratorio fueron: hemoglobina 9.3 g/dL, cuenta blanca de 5,200 $\times$ mm³ y diferencial con leucopenia.

141. Relación entre las manifestaciones clínicas y de laboratorio con la concentración sérica de endoglina soluble en la preeclampsia

Villar-Torres LN, Chinolla-Arellano ZL, Leaños-Miranda A
Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza,

IMSS y Hospital Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la asociación entre las concentraciones circulantes de endoglina soluble y las manifestaciones clínicas y de laboratorio de la severidad de la preeclampsia de acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

Material y Método: estudio transversal comparativo efectuado en mujeres embarazadas con edad gestacional mayor de 20 semanas con el diagnóstico de preeclampsia con una toma de muestra de sangre de vena periférica para la determinación de la endoglina soluble y una muestra de orina aleatoria para la determinación de la relación proteína-creatinina. Se estudiaron a 172 pacientes con preeclampsia (86 sin y 86 con hallazgos o criterios de severidad) y se compararon entre sí.

Resultados: se observó diferencia estadísticamente significativa en las concentraciones de plaquetas y ácido úrico, donde el grupo de PES tuvo niveles menores de plaquetas así como niveles mayores de ácido úrico respecto a las pacientes PE. En cuanto a las concentraciones del índice de proteinuria – creatinina (PCR) las pacientes con PES mostraron índice superior (0.69 Rango 0.13-15.92), en relación con el grupo de pacientes sin criterios severidad PE (0.38 rango 0.34-3.34) con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El grupo de pacientes con PES presentaron niveles mayores de endoglina soluble (sEng) respecto a las pacientes PE con una contundente diferencia estadísticamente significativa (15.2 ± 4.2 Vs 8.7 ± 3.0 $p < 0.001$). En relación con las cifras tensionales (tanto diastólica como sistólica) y las concentraciones de sEng se encontró una relación directa positiva con diferencia estadísticamente



significativa (Rs0.24, $p < 0.012$). Entre menor edad gestacional tuvieron las pacientes o menor peso del recién nacido, las mujeres presentaron mayores concentraciones séricas de sEng. (Rs -0.23, $p < 0.012$ y Rs -0.22, $p < 0.018$ respectivamente). La relación proteína-creatinina (RCP) fue el dato paraclínico que mostró una diferencia estadística con mayor fuerza, donde la relación con las concentraciones de sEng es directamente proporcional (Rs 0.41, R^2 , $p < 0.001$).

Conclusiones: los resultados muestran que las concentraciones de endoglina soluble son mayores en pacientes clasificadas con preeclampsia con criterios de severidad y que existe una relación entre las concentraciones séricas de endoglina soluble en mujeres con preeclampsia y una tendencia inversamente proporcional con los resultados perinatales. La relación estadísticamente significativa se encuentra entre las concentraciones de endoglina soluble y la proteinuria (relación proteína-creatinina).

141. Resultados perinatales y alteraciones placentarias en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Chinolla-Arellano ZL, Lacarriere-Mejía D, Vázquez-Rodríguez JG *Unidad de Ciudades Intensivas, Hospital Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México.*

Objetivo: conocer resultados perinatales y alteraciones placentarias en pacientes con LES tratadas en una unidad médica de tercer nivel.

Material y Métodos: estudio observacional, transversal, comparativo y analítico. Se estudiaron los resultados perinatales y alteraciones placentarias por histopatología en 31 pacientes embarazadas con diagnóstico establecido de LES las cuales fueron atendidas en

el periodo comprendido del 30 enero del 2014 al 30 de enero del 2015. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar, rango).

Resultados: edad materna 28.1 ± 4.71 años, paridad 2.0 y edad gestacional al momento de la interrupción fue de 33.66 ± 7.18 semanas. Se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 51.61%, parto pretérmino 38.7% y nefritis lúpica 19.35%. No hubo casos de muerte materna en este grupo de pacientes. Se obtuvieron 31 productos mediante operación cesárea en el 67.8%, peso del recién nacido $2,068 \pm 435$ g, con prematuridad 38.7%, bajo peso para la edad gestacional en el 35.4%, restricción del crecimiento 9.6%, lupus neonatal 0% y mortalidad 12.90% (4 casos). Placentas: peso 389.68 ± 125.82 g, diámetro 16.38 ± 2.8 cm y grosor 2.13 ± 2.15 cm. Se reportaron alteraciones patológicas en 58.6% (18 placentas), la distribución fue: coriangiosis 38.7%, depósitos de fibrina 35.4%, infartos 32.2%, aterosclerosis 32.2%, hemorragia 9.6%, hipotrofia 9.6%, villitis 6.4% y funisitis 6.4%.

Conclusiones: los resultados maternos y perinatales fueron adversos respecto a lo reportado en población sin lupus. Las alteraciones placentarias reportadas fueron muy graves y variadas, donde el denominador común del resultado puede ser la isquemia e hipoxia fetal, debido a la mala calidad del tejido placentario en pacientes lúpicas.

141. Correlación clínica, ultrasonográfica y de laboratorio en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino

Chinolla-Arellano ZL, Ñíguez-Gutiérrez GC, Arce-Herrera RM *Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México.*

Objetivo: conocer la relación entre los datos clínicos, ultrasonográficos y de laboratorio en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Material y Método: se incluyeron pacientes con edad gestacional entre 23 y 36.6 semanas en los diferentes servicios del hospital UMAE: Hospital de Gineco-Obstetricia 3. A su ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se realizó en las pacientes que firmaron consentimiento informado: cultivo vaginal, urocultivo y longitud cervical. El análisis estadístico entre las variables se realizó a través de una correlación de bivariada Pearson y medidas de tendencia central. Se determinó si existe relación entre los datos clínicos referidos, resultados de laboratorio y hallazgos ultrasonográficos de amenaza de parto pretérmino.

Resultados: el total de pacientes estudiadas fueron 169 ingresadas con amenaza de parto pretérmino, 77% ($n = 130$) con morbilidad asociada, actividad uterina en 97% ($n = 164$) con acortamiento cervical menor de 25 mm en 14% ($n = 23$), cérvico vaginitis clínica en 56.2% ($n = 95$), exudado positivo solo en 5% ($n = 9$), longitud cervical menor a 25 mm en 12.2% ($n = 9$) vs 87.5% ($n = 65$) sin modificaciones. Infección de vías urinarias con datos clínicos al ingreso 155 ($n = 29$), urocultivo positivo 21% ($n = 35$) del total de las pacientes, de las 169, 86.4% de las pacientes ($n = 146$) no manifestaron cambios en la longitud cervical, y solo en 13.6% ($n = 23$) si mostraron acortamiento del cuello uterino.

Conclusiones: la infección de vías urinarias con acortamiento del cérvix fue menor a 20% del total de las pacientes. No encontramos relación entre infección vaginal y urinaria con acortamiento cervical. Las de modificaciones cervicales por ultrasonido endovaginal para

la morfología y longitud cervical, se observó relación directa con la morfología en U y V que en más de 75% mostraron LC menor a 25 mm. Por lo que los días de hospitalización y gastos innecesarios en relación a infecciones urinarias y vaginales sin mostrar beneficios en el pronóstico materno perinatal en este estudio.

141. Factores bioquímicos asociados con preeclampsia y su relación con la estancia hospitalaria materna

Chinolla-Arellano ZL, Martínez-Portilla RJ, Álvarez-Ponce P
Hospital de Gineco Obstetricia 3, Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.

Objetivo: determinar la relación de los factores bioquímicos con la estancia hospitalaria en pacientes con preeclampsia del Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN La Raza.

Material y Método: estudio observacional transversal-analítico, retrospectivo que se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN La Raza; mediante el análisis retrospectivo de expedientes de pacientes que fueron atendidas por preeclampsia en el periodo marzo 2012 a enero 2016. Se obtuvo información sobre los resultados de pruebas bioquímicas de las pacientes y se evaluó su asociación con la estancia hospitalaria. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial (media, DS, porcentajes; Kruskal Wallis). Se dividieron los pacientes por cuartiles de tiempo de estancia hospitalaria y se compararon los parámetros bioquímicos por cuartiles. Se realizaron correlaciones bivariadas de Spearman para determinar la correlación entre la estancia hospitalaria y los parámetros bioquímicos.

Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: se incluyeron 170 pacientes con preeclampsia con una edad promedio de 31.4 ± 6.2 años. Los síntomas asociados fueron cefalea 61.2%, acúfenos 7.6%, fosfenos 7.6%, epigastralgia 31.2% y edema 51.8%. Las cifras promedio de PAS y PAD fueron 157.7 ± 12.6 mmHg y 100.7 ± 9.1 mmHg, respectivamente. El 90.3% de los embarazos se interrumpieron en las primeras 24 horas, el 6.8% entre las 24 y 48 horas posteriores al ingreso hospitalario y el 2.3% después de las 48 horas. El tiempo promedio de estancia hospitalaria de las pacientes fue de 7.0 ± 3.3 días. Las pacientes con estancia hospitalaria ≥ 8 días tuvieron concentraciones sanguíneas menores de plaquetas y albúmina, así como mayores niveles séricos de creatinina, ácido úrico, DHL, TGO y TGP que los pacientes con ≤ 5 días de estancia hospitalaria ($p < 0.01$). Se encontró una correlación negativa de los días de estancia hospitalaria con hemoglobina, plaquetas y albúmina ($p < 0.01$), así como una correlación positiva del tiempo de estancia con las concentraciones séricas de LDH, TGO, TGP y creatinina ($p < 0.01$).

Conclusiones: a mayores concentraciones de LDH, TGO, TGP y creatinina es mayor la estancia hospitalaria y a menores concentraciones de hemoglobina, plaquetas y albúmina, mayor es la estancia hospitalaria. Es decir, los parámetros bioquímicos si se asocian con el tiempo de estancia hospitalaria.

141. Utilidad diagnóstica de la relación proteína:creatinina urinaria en una muestra de orina al azar para estimar la proteinuria en 24 horas en pacientes embarazadas con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia

Mendoza-Rivera J, Leaños-Miranda A, Díaz-Velázquez MF, Chinolla-Arellano ZL

Hospital Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico La Raza, Ciudad de México. Hospital Ginecología y Obstetricia 4, IMSS, Ciudad de México.

Objetivos: evaluar la utilidad diagnóstica de la relación proteína: creatinina urinaria en una muestra de orina al azar para determinar la presencia de proteinuria significativa (≥ 300 mg/día) de acuerdo a la excreción de proteínas en orina de 24 horas en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia.

Material y Método: estudio transversal comparativo para evaluar una prueba diagnóstica se estudiaron a 207 mujeres embarazadas con más de 20 semanas de gestación que cursaban con enfermedad hipertensiva del embarazo y sospecha de preeclampsia. A todas las pacientes se les recolectó orina de 24 horas para la determinación de proteinuria, al cabo de la cual y posterior a 6 horas, una muestra de orina al azar fue obtenida para determinar la relación proteína: creatinina urinaria. Mediante el uso de curvas características operantes del receptor, se determinó el mejor punto de corte de la relación proteína: creatinina urinaria para calcular su sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos, tasas de verosimilitud y sus respectivos IC95% para el diagnóstico de proteinuria significativa.

Resultados: en 101 mujeres (48.8%) la excreción urinaria de proteínas fue ≥ 300 mg/día, la mediana fue de 1,580.4 mg/día (amplitud de 312.9-27,835.2 mg/día). En 63 (62.4%) mujeres la proteinuria fue ≥ 1 g/día, en 36 (35.6%) mujeres ≥ 2 g/día y en 5 (5.0%) mujeres ≥ 5 g/día. La relación proteína: creatinina urinaria tuvo una



correlación positiva y significativa con la proteinuria en orina de 24 horas ($r = 0.97$, $p < 0.001$). El punto de corte ideal de la relación proteína: creatinina urinaria fue ≥ 0.3 mg/mg. La sensibilidad y especificidad fueron de 97.0% (IC95%: 91.6-99.4) y 94.3% (IC 95%: 88.1-97.8), respectivamente, el valor predictivo positivo y negativo fueron de 94.2% (IC 95%: 88.9-97.8) y 97.1% (IC 95%: 91.7-99.4), respectivamente, y la tasa de verosimilitud positiva y negativa fueron de 17.1 y 0.03, respectivamente.

Conclusiones: la relación proteína:creatinina urinaria en una muestra de orina al azar es una prueba confiable de proteinuria significativa (≥ 300 m/día) en mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo. La relación proteína:creatinina urinaria puede ser usado como una alternativa al método de la recolección en orina de 24 horas.

142. Corrección de síndrome de Mayer Rokitansky con vaginoplastia tipo Vecchietti

Carmona-Librado R
México

Material y Método: se incluyeron 4 pacientes entre 13 y 19 años, con diagnóstico de síndrome de Mayer Rokitansky atendidas en un centro de tercer nivel, a quienes se realizó una vaginoplastia tipo Vecchietti por laparoscopia. Una paciente contaba con antecedente de malformación anorrectal tipo rectovestibular, corregida en los primeros meses de vida. Las otras 3 pacientes, sin antecedentes quirúrgicos.

Técnica quirúrgica: mediante visión laparoscópica se punciona la vulva, pasando por el espacio rectovesical hasta llegar a la cavidad abdominal. Se pasan 2 suturas que salen hacia ambos flancos de la paciente de forma extraperitoneal. En

la vulva se coloca un conformador vaginal, que es desplazado hacia el espacio rectovesical, por la suturas que son traccionadas por un dispositivo abdominal colocado sobre la piel de la paciente. Transoperatoriamente se realiza cistoscopia y rectoscopia para descartar lesión rectal o vesical. La tracción se inicia a las 72 h, realizando de forma ambulatoria el proceso de elongación vaginal, en un lapso entre 10 y 14 días.

Resultados: en las 4 pacientes se realizó la elongación vaginal con éxito (vaginoplastia). En todas, la longitud obtenida fue de 10 cm por 22mm de diámetro. En 2 pacientes la elongación se realizó en 10 días, y las 2 restantes en 14 días. Solo una paciente permaneció hospitalizada por 11 días por infección de vías urinarias, completando su elongación en este periodo (elongación 10 días). Actualmente dos pacientes cuentan con 13 meses de seguimiento, y las dos restantes 10 y 6 meses. Las 4 pacientes se calibran con Hegar de 22 mm; las pacientes que cuentan con 13 meses de seguimiento se calibran una vez por mes; las otras dos pacientes se calibran dos veces por mes. La longitud vaginal actual es de 10 cm en 2 pacientes y 2 es de 9 cm. Solo una paciente ha iniciado vida sexual sin problema.

Conclusión: en pacientes bien seleccionados y con apego al seguimiento, esta técnica es una opción útil, con la ventaja de utilizar tejido genital nativo, eliminando los inconvenientes y potenciales riesgos implícitos por la utilización de tejidos diferentes al genital.

143. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. Reporte de caso

Gamarra-Aguilar DG, Ochoa-Yahari RJ, Britéz-Sosa HL, Duarte-Barrios FA, Salgueiro-Riquelme DA

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Luque, Ciudad de Luque, República del Paraguay.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad, con dos años de amenorrea (G2C2), Ingresa al hospital, con un cuadro de 48 horas de dolor en hipogastrio tipo cólico y sangrado transvaginal en escasa cantidad, negruzco. En admisión, la paciente se encontraba en buen estado general, lúcida, con hemodinamia estable, afebril. Palpación abdominal, doloroso en hipogastrio y a la descompresión. El examen con espejito se observa sangrado negruzco escaso. Al tacto vaginal y vagino abdominal útero en retroversión, doloroso en todos los fondos de saco vaginales, cuello uterino sin modificación. Se realiza laboratorio de urgencia que informa, B hCG positivo 23. 619 m UI/mL y resto de los parámetros normales. La ecografía transvaginal informa: solución de continuidad en miometrio anterior con presencia de imagen heterogénea de aproximadamente de 31 x 19 x 24 mm, la cual se ve limitada en su porción anterior por lo que impresiona corresponder al peritoneo visceral, con probable dehiscencia parcial de la cicatriz de cesárea. Anexos sin imágenes patológicas. Fondo de saco posterior vaginal libre. Se realiza laparotomía exploradora donde se constata dehiscencia total e incompleta de cicatriz anterior, ocupada por tumoración violácea contenida por peritoneo, se procede a apertura del mismo, drena secreción hemática achocolatada, identificación y rafia de los bordes del miometrio, hemostasia dificultosa por lo que se procede a histerectomía. Finaliza cirugía sin complicaciones. Paciente egresa en buenas condiciones.

Conclusión: el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea sigue siendo

la forma más rara de embarazo ectópico, su incidencia está en aumento debido a las altas tasas de cesáreas. Si el diagnóstico se retrasa, existe un alto riesgo de hemorragia grave y muerte. Se reporta un caso exitoso debido al diagnóstico precoz con una concordancia diagnóstica: clínico-laboratorial-ecográfico y tratamiento quirúrgico sin complicaciones, corroborado con el resultado histopatológico.

144. Comparación de densidad mineral ósea central vs periférica para el diagnóstico de osteoporosis
Pineda-Baltazar R, Hernández-González CM, Arellano-Eguiluz A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer sensibilidad, especificidad de DXA de antebrazo para diagnóstico de osteopenia y osteoporosis

Material y Método: estudio observacional transversal retrospectivo, se revisó expediente clínico de mujeres del Instituto Nacional de Perinatología del 2015-2017. Incluyeron mujeres postmenopáusicas > 50 años, expediente clínico completo, DXA de columna cadera y antebrazo. Excluyeron mujeres menores de 50 años, con insuficiencia ovárica, expediente incompleto, sin DXA central o periférica. Se analizaron 383 mujeres. Con SPSS se analizó medidas de tendencia central y dispersión, tablas 2x2, comparando los resultados de DXA periférica vs central, obteniendo sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo de DXA periférica.

Resultados: 383 mujeres con DXA central y periférica, 196 sanas y 187 con DXA alterada. La edad de las mujeres fue de 50 a 87 años, media 61 años; con una media de años de menopausia de 12.27 años. El peso en promedio de

la población 65 kg, con un IMC promedio 28.1 kg/m². Con DXA de antebrazo se obtuvo un total de 383 mujeres, 165 mujeres sanas (43.1%), 118 con osteopenia (30.8%) y 100 con osteoporosis (26.1%). Sensibilidad de DXA periférica de 90.4% (IC95% 86.4-94.39), especificidad 75% (IC 95% 68.9-81); valor predictivo positivo 77.5%, valor predictivo negativo 89.1%.

Conclusiones: el estudio DXA de antebrazo es una herramienta de tamizaje para el diagnóstico de osteopenia y osteoporosis en mujeres mexicanas posmenopáusicas

144. Grosor endometrial y resultados reproductivos en pacientes con infertilidad tratadas con FIVTE
Pineda-Baltazar R, Reyes-Torrez GC, Arellano-Eguiluz A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Material y Método: estudio de mujeres con infertilidad sometidas a fertilización in vitro entre noviembre-2012 a diciembre-2014. Se analizaron 528 ciclos de FIVTE, de pacientes con factor endocrino-ovárico, factor uterino, factor masculino, factor mixto, inexplicable y factor tubo peritoneal, con un subgrupo: endometriosis III- IV. Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, retrolectivo; se calcularon medias de desviación estándar y tendencia central, T-test; p estadísticamente significativa con valor < 0.05.

Resultados: existe una relación entre la tasa de embarazo en relación al grosor endometrial, el valor de corte estadísticamente significativo para lograr el embarazo: 10.9 mm±2.23, para no lograrlo fue de 10.48 mm ± 2.2 (p = 0.04). En las mujeres con factor tubo-peritoneal se encontró que el GE fue estadísticamente significativo para lograr el

embarazo: 11.05 ± 2.32, para no hacerlo de: 10.16 ± 2.08mm (p = 0.004). La edad es estadísticamente significativa para lograr el embarazo: 33 ± 3.43 años, para no hacerlo: 33.74 ± 3.83 años, (p = 0.03).

Conclusiones: existe una relación entre la tasa de embarazo logrado por FIVTE, en relación al grosor endometrial.

144. Maduración cervical farmacológica y mecánica en un embarazo de 28 semanas con comorbilidades materno fetales.
Reporte de caso
Pineda-Baltazar R, Cerecedo-Ponce V, Espino y Sosa S
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 43 años, 2 embarazos, 1 aborto, embarazo de 28.1 semanas por ultrasonido, paciente monorrenna, feto con onfalocela restricción del crecimiento intrauterino, probable trisomía 18, preeclampsia con datos de severidad. Diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad por presentar cifras de tensión arterial en 158/85 y 164/95 mmHg, relación proteína-creatinina 6.69 control hipertensivo con alfametildopa 500 mg vo cada 8 h, nifedipino retard 20 mg via oral cada 12 h, hidralazina 50 mg via oral cada 6 h, se administra neuroprotección con sulfato de magnesio. Cuenta con Ultrasonido de medicina materno fetal reporta fetometría 25.3 semanas de gestación con peso fetal estimado de 841 ± 123 gr. ILA de 35.45 cm, pool máximo de 11.98cm. Placenta corporal anterior grado II. a la exploración alteraciones estructurales en relación a trisomía 18 sin vitalidad. Se inicia inducto conducción de trabajo de parto feto óbito con misoprostol recibiendo dosis total de 3700 mcg. Se coloca balón con



sonda foley para dilatación mecánica, se insunfla globo con 40 mL de solución con contrapeso (850 g) se fija a cama de paciente y se revaloran condiciones cervicales con 2 cm dilatación, bomba de oxitocina 50 UI en 500 cc de solución fisiológica para 3 h. Se obtiene producto masculino, talla 34 cm peso de 950 grs. sangrado 500 cc, sin complicaciones, dificultades técnicas: extracción de placenta, cavidad hipertermica, fétida. Paciente con hipotensión y fiebre posterior a la resolución del embarazo, por lo que aunado a paraclínicos donde se reporta el 17.07.17 leucocitos de 16.7 miles y el 18.07.17 29.9 miles/mm³ con bandemia de 14% a expensas de neutrófilos 28.1 se integra diagnóstico de sepsis secundario a probable corioamnioitis. Tratamiento antibiótico a base de ceftriaxona y clindamicina, con lesión renal aguda akin 1. paciente que cuenta con antecedente de anuria en el puerperio inmediato con elevación de creatinina de 1.0 (previa del 17.07.17 0.6 mg/dL). con lactato de 1.6 con un previo de 4.7 que respondió favorablemente a fluidoterapia, flujos urinarios que responden favorablemente a fluido con datos sugerentes también de lesión aguda prerrenal. Posteriormente, cursa con adecuada evolución, recuperando función renal, remite sepsis, se inhibe lactancia y se egresa a domicilio normotensa asintomática.

Conclusiones: la paciente ameritó tres métodos de dilatación cervical, farmacológicos y mecánicos, se desencadenaron efectos adversos como fiebre, náuseas, intolerancia a vía oral; sin embargo, otras relacionadas con su padecimiento como lesión renal aguda, así como 4 días de inductoconducción, dosis total de 3700 mcg misoprostol, posteriormente complicándose con probable corioamnioitis, el reporte de patología no encontró datos de

corioamnioitis. Es importante el tratamiento de inducción de trabajo de parto e individualizar los tratamientos, así como poder hacer uso de los diversos tratamientos con los que se cuenta actualmente.

145. Programa de tamizaje prenatal para preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad en la red de atención León del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato

Bermúdez RM, Delgado FJ, Varela BJ, Botello HD, Díaz M, Magos VFJ *Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, México.*

Material y Método: de enero del 2014 a Abril del 2017 en la red León, ISAPEG del Estado de Guanajuato (municipios de León, Manuel Doblado, Purísima y San Francisco del Rincón), cuyos nacimientos anuales oscilan entre un total de 14 a 18,000 se realizó un programa de tamizaje para preeclampsia, RCIU, prematuridad y defectos al nacimiento a través del software de la FMF un total de 8,645 tamizajes ultrasonográficos con equipos Voluson P8 y E6 marca General Electric, transductor tranvaginal 7.5 y convexo 3.5; a través de médicos generales capacitados, certificados y recertificados por la FMF en longitud cervical, arterias uterinas y TN. A su vez, fueron capacitados teórica y prácticamente.

Resultados: del total de los nacimientos reportados en el SYNAT de esos años, se tamizaron al 21.87% de León, el 20.17% de Manuel Doblado; mientras que de Purísima y San Francisco del Rincón el 74.28 y 39.52% respectivamente. Por año, se logró una proporción en el 2015 del 15.07% tamizada, del 2016 un 21.87% y del parcialmente cuatro meses del 2017 el 22.02%, con un acumulativo en años de 15.14%. Los resultados emitidos por los médicos fueron auditados de ma-

nera interna. Del total de tamizajes efectuados, el porcentaje de tamizajes positivos fue un 28.7%; de ellos, en el caso de Preeclampsia fue del 9.7%; para RCIU el 3.9%, prematuridad 7.8% y para DAN 7.3% p. Específicamente en el caso del cálculo para Preeclampsia por el Municipio de León representó el 53.6% de sus tamizajes, mientras que para los pueblos del Rincón fueron del 5.2%. Para RCIU de 13.9% en León y 10% en pueblos del Rincón. Mientras que para Prematuridad del 27.7% para el primero y del 20.7% para los segundos. Finalmente, en el caso de Defectos al Nacimiento para León del 30.9% y 23.7% para los otros.

146. Agenesia congénita de vagina: tratamiento laparoscópico (neovagina) con técnica de Davidov. Evaluación de la función vaginal y satisfacción sexual con seguimiento a un año

García-Elías MR, Cedillo-Díaz FJ, Castillo-Marín-Ruiz JC *Hospital General de Especialidades de Campeche, México y Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.*

Casos clínicos: las tres pacientes fueron intervenidas por vía laparoscópica y perineal con técnica de Davidov en el año 2016 y con seguimiento a 1 año con longitud de vagina de 9-11 cms y se mantienen en dilatación con pareja sexual y conformadores y ha existido hasta una transición del epitelio similar al de la vagina. Para la evaluación de la satisfacción sexual se utiliza el formato del cuestionario de Función Sexual de la Mujer: (FSM). Se trata de un cuestionario de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a re-

conocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, existencia de pareja) y en algunas esenciales para el diagnóstico de disfunción sexual en la encuestada o su pareja sexual.

146. Tumoración de células de la granulosa de tipo adulto. Reporte de un caso

García-Elías MR, Cedillo-Díaz FJ
Hospital General de Especialidades de Campeche, México y Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México.

Caso clínico: paciente de 39 años, originaria y residente de la Ciudad de México, soltera, con escolaridad de licenciatura. Antecedentes familiares: hermana con cáncer de mama y tía con cáncer cervicouterino. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 11 años, ciclos regulares 28 x 7, dismenorrea, IVSA 18 años. Un embarazo, una cesárea hace 9 años. Método de planificación familiar: DIU. DocMa: Nunca. Papanicolau: hace 2 años, negativo a malignidad. Acudió a valoración médica por presentar amenorrea de 18 meses de evolución, acompañándose de bochornos. Estudios de laboratorio y gabinete con los siguientes.

Resultados: FSH 3, LH 17, progesterona 4, E2 43, AFP 2.2, ACE 1.7, Ca125 16. TSH 3.0. Cortisol 5.1, PRL 4.2, androstendiona 1.6. Se realiza ultrasonido ginecológico encontrándose útero sin alteraciones, endometrio trilaminar de 6 mm. Ovario izquierdo morfológicamente normal. Ovario derecho con tumoración sólida, tabicada, de 4.05 x 2.85 centímetros. A la aplicación de doppler con vascularización peritumoral, característica del tumor ovárico de la granulosa. Se decide programar para LAPE y la intervención quirúrgica se realiza en conjunto con ginecología oncológica. Se realiza salpingo

oferectomía derecha, con evidencia de tumoración sólida en ovario derecho. Se decide complementar protocolo de histerectomía radical, se toman muestras de líquido peritoneal y epiplón mayor. Se envían piezas para su estudio histopatológico.

El estudio histopatológico confirmó una tumoración de células de la granulosa de 4.4 cms, bien diferenciado de tipo adulto, invasor a la capsula del ovario derecho. Tejido ovárico residual con folículos primordiales, quísticos y cuerpos blancos. Trompa uterina derecha sin alteraciones. Útero morfológicamente normal de 75 gramos, endometrio proliferativo, trompa uterina izquierda con quiste seroso de 0.4 cm y ovario izquierdo de 3.5 cm con folículos en maduración, atrésicos, quísticos y cuerpos blancos. Biopsia de epiplón mayor y la citología del líquido peritoneal, negativas a malignidad.

Conclusión: gracias al avance en las técnicas de imagenología se ha mejorado el proceso diagnóstico de este tipo de tumores. El pronóstico en general es bueno y son infrecuentes las recurrencias después del tratamiento, cuando se diagnostican en estadios poco avanzados.

147. Cráneo en trébol o síndrome de Kleeblattschadel

Ibarra-Peña S, Rodríguez-Méndez EA
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Caso clínico: paciente de 37 años, embarazada, sin antecedentes heredo-familiares de interés, con un hijo sano previo, con padre de 39 sin más patologías agregadas, con gestación con adecuado control prenatal, con cribado del primer trimestre de bajo riesgo y próximo control ecográfico en la SG

35+4, donde se visualiza cráneo en trébol, por lo que se deriva a control prenatal de alto riesgo ante la sospecha de la malformación craneal, visualizando Feto cefálico con forma craneal en trébol, a expensas del lóbulo frontal, con fusión de múltiples suturas. El cerebelo se encuentra con desplazamiento caudal. Columna fetal y extremidades normales, acordes a edad gestacional. Estructuras cerebrales normales, sin visualizar ventriculomegalia; cuerpo calloso visible. Resto de exploración fetal sin hallazgos, confirmando el diagnóstico de sospecha de craneosinostosis, desplazamiento caudal de cerebelo, hipotelorismo y resto sin hallazgos, visualizando movimientos deglutorios y de miembros normales. Ante los, se informa a la gestante que el pronóstico y la pareja decide continuar con la gestación, se deciden controles ecográficos bisemanales sin más hallazgos adicionales con crecimiento acorde a la edad gestacional y con una dilatación de los ventrículos laterales de 12 mm. Se pone el caso en conocimiento del servicio de Neonatología y también se consulta con Neurocirugía y ante los hallazgos y el tamaño del defecto se decide conjuntamente la realización de una cesárea electiva en la semana de gestación 38 que cursa sin incidencias en la unidad de tococirugía del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde con el nacimiento de un producto femenino de 3145gr, APGAR 7/8, Capurro 38 semanas, Silverman 2, talla 52cm. Al nacimiento ingresa en la UCIP, con buena evolución clínica, durante el ingreso, sin maniobras necesarias, se mantiene en vigilancia por 8 días y se da de alta posteriormente con cita para el servicio de neurocirugía, se realiza TC craneal informado como: cráneo de morfología en trébol



(*cloverleaf skull*) con marcadas prominencias temporales y en el vértice del cráneo. Se aprecian las suturas temporo -parietales, mientras que la coronal y la lambdoidea no se definen en toda su longitud. En vértice del cráneo, encuentran la prominencia antes descrita, con presencia de hueso lacunar y apertura superior en la que protuyen de forma leve, meninges y encéfalo. Así concluyen cráneo en trébol por probable craneosinostosis mixta, síndrome de Apert sin más hallazgos de interés, con cariotipo normal 46 XX. En la evolución posterior fue valorada por Neurocirugía con indicación quirúrgica, y a los 8 meses, presentada para craneoplastia y posterior colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal. Actualmente pendiente de nueva valoración por Neurocirugía para evaluar posible intervención o corrección ortopédica.

148. Impacto del retículo endoplásmico liso en ovocitos para ciclos de ICSI

Ruvalcaba-Ortega L, González-Ortega C, Cancino-Villarreal P, Osorio-Pérez AI, Gutiérrez-Gutiérrez AM

Instituto de Ciencias en Reproducción Humana Vida, León, Guanajuato, México.

Objetivo: describir la incidencia, los resultados clínicos y de laboratorio en ciclos de ICSI cuando se utilizan ovocitos con la presencia de REL comparados con ciclos sin este dismorfismo.

Material y Método: se analizaron 511 ciclos de ICSI con transferencias en fresco. Se dividieron 3 grupos de estudio, en el grupo A se reunieron las pacientes que tuvieron por lo menos un ovocito REL positivo dentro de su cohorte, sin embargo, los embriones resultantes de éstos ovocitos no fueron transferidos. En el grupo B se agruparon

las pacientes que se les transfirió por lo menos un embrión proveniente de un ovocito REL positivo y el grupo C fue grupo control y corresponde a los ovocitos REL negativos.

Resultados: la conformación de grupos fue: A 18 pacientes, 5 pacientes en el grupo B y en el grupo C 488 pacientes. La incidencia de ciclos con REL + fue de 4.5%. No se realizó ninguna transferencia con embriones originados exclusivamente de ovocitos REL +. Los principales orígenes de infertilidad en ambos grupos fueron las causas múltiples y la baja reserva ovárica, sin embargo, no encontramos diferencias estadísticas. No se observaron diferencias en edad, dosis de gonadotropinas, número de ovocitos, ovocitos maduros, división embrionaria, embriones transferidos y congelados, implantación y tasas de embarazo clínico, aborto y bebé en casa. Se encontraron diferencias con significación estadística a favor del grupo control en: días de estimulación (A 9.8 ± 1.4 ; B 10 ± 1.6 ; C 8.3 ± 1.6) y tasas de fertilización (A 22%; B 30%; C 84%).

Conclusiones: consideramos que los pacientes deben estar informados de éste hallazgo para decidir en conjunto si sus ovocitos deben ser fertilizados y valorar su posterior transferencia solo en caso de no existir más embriones disponibles.

149. Masas vaginales benignas: tratamiento y resultados quirúrgicos

Castillo-Luna R, Rodríguez-Collo ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: reportar la experiencia institucional en el tratamiento de esta patología.

Método: revisión retrospectiva de casos de pacientes con tumora-

ciones vaginales que recibieron tratamiento quirúrgico en el Instituto Nacional de Perinatología de junio-2014 a marzo-2017. Se revisaron variables demográficas, sintomatología, estudios de imagen para la caracterización de la tumoración, tratamiento quirúrgico, complicaciones y seguimiento postquirúrgico. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: se incluyeron 17 pacientes, con edad promedio de 39 años (rango 20-56 años), que consultaron por masa palpable a nivel vaginal, además de dolor a la palpación y dispareunia (52%), trastorno de vaciamiento (23%). El diagnóstico fue bartholinitis 29.4%, quiste de Bartholin y quiste suburetral 17.6%, divertículo uretral 11.7%, quiste de inclusión y masas supraclitoridea 5.8%. El tratamiento quirúrgico fue en 76.4% de las pacientes resección de la masa vaginal y marsupialización en 23.5%. Se presentó lesión rectal de la paciente a quien se resecó quiste de inclusión de pared vaginal posterior. El diagnóstico histopatológico en todas las pacientes fue negativo a malignidad, con reporte de: quiste de la glándula de Bartholin 58.8% (n = 10), quiste de inclusión 17.6% (n = 3), divertículo uretral 11.7% (n = 2), quiste para uretral 5.8 (n = 1) y quiste epidermoide de clítoris 5.8% (n = 1). El seguimiento post quirúrgico tuvo una media de 10 meses (rango de 2-30 meses), durante el cual se detectó infección de vías urinarias en 4 (23.5%) de las pacientes. Se observó remisión de la sintomatología y no hubo recidiva de la tumoración vaginal en el 100% de las pacientes.

Conclusiones: la caracterización adecuada de las tumoraciones vaginales previo al tratamiento quirúrgico tiene el objetivo de identificar sus relaciones anatómicas y descartar anomalías anatómicas

relacionadas en situaciones específicas (agenesia o displasia renal en el caso de quiste de Gartner). La resonancia magnética provee información adicional con el beneficio de delimitar el tejido y observar estas anomalías. Las opciones quirúrgicas de elección para las tumoraciones vaginales sintomáticas son resección quirúrgica completa o marsupialización, con la ventaja de que son procedimientos de mínima invasión, con pocas complicaciones y bajas tasas de recurrencias.

149. Litiasis en las vías urinarias en mujeres embarazadas: complicaciones y resultados perinatales

Merodio-Angüiano RV, Castillo-Luna R, Rodríguez-Colorado ES, Gorbea-Chávez V, Torres-Valdez E
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar las complicaciones y resultados perinatales en mujeres embarazadas con urolitiasis.

Material y Método: serie de casos retrospectiva, donde se incluyeron mujeres embarazadas con urolitiasis. Los resultados analizados fueron: complicaciones durante el embarazo, tipo de tratamiento para urolitiasis y resultados perinatales.

Resultados: se incluyeron 35 pacientes con edad promedio de 30 años, el 71.4% (n = 25) fueron multíparas, el diagnóstico de urolitiasis se realizó en el 51.4% (n = 18) previo al embarazo. El 25.7% de las pacientes presentaron sintomatología en el primer trimestre, 51.4% en el segundo trimestre, 17.1% en el 3er trimestre y 5.7% cursaron asintomáticas. Para tratar la urolitiasis durante el embarazo 6 pacientes requirieron tratamiento intervencionista con colocación de catéter doble J. Una paciente

requirió nefrostomía por intento fallida de colocación de catéter. Las complicaciones más frecuentes fueron: infección de vías urinarias recurrentes en 42.8% (n = 15), parto pretérmino en 22.8% (n = 8), ruptura prematura de membranas en 11.4% (n = 4), pielonefritis en 11.4% e hidronefrosis en 5.7% (n = 2). El 20% (n = 7) de las pacientes con IVU tuvieron urocultivo positivo a *E. coli*.

Conclusión: la urolitiasis en el embarazo, conlleva a riesgo de complicaciones que aumentan la morbilidad materno-fetal, las cuales deben prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados. A pesar de que el tratamiento estándar es el tratamiento conservador, el advenimiento de nuevas técnicas de imagen diagnóstico-terapéuticas, ha mejorado la evolución clínica de estas pacientes.

150. Acceso quirúrgico para disminuir la morbilidad materna por acretismo placentario: estudio comparativo entre dos técnicas quirúrgicas

Luna-Ramírez E, Bohórquez-Serrano A
Hospital General Ecatepec Las Américas, Estado de México, México.

Objetivo: dar a conocer un abordaje quirúrgico para la placenta acreta y comparar la morbilidad materna en los casos de placenta acreta tratados con la técnica cesárea histerectomía convencional y los tratados con una técnica innovadora.

Método: estudio retrospectivo transversal y analítico en el Hospital General Ecatepec las Américas en el periodo de enero del 2013 a junio del 2017 comparando el uso de la técnica tradicional de cesárea histerectomía vs la técnica innovadora propuesta que se reali-

za en nuestro hospital desde 2016. Comparado sangrado estimado, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea en porcentaje de acuerdo al volumen circulante, días de estancia intrahospitalaria posterior al evento quirúrgico, transfusión de: paquetes globulares (PG), plasma fresco congelado (PFC), plaquetas y crioprecipitados.

Resultados: se realizaron 26,868 ingresos para resolución obstétrica de las cuales a 69 pacientes se les realizó histerectomía obstétrica, de estas pacientes se identificaron 25 con acretismo placentario por diagnóstico histopatológico: 1 posparto y 1 que se realizó histerectomía en bloque en un embarazo de 23 semanas de gestación y 23 pacientes a quienes se les realizó cesárea histerectomía. Las mujeres a las que se les realizó la técnica innovadora presentaron en promedio menor cantidad de sangrado estimado (1026.75 mL comparado con 4654.55 mL, $p < 0.001$), menor transfusión de 4 o más paquetes globulares (0% comparado con 54.6%, $p = 0.005$), menor días de estancia intrahospitalaria (2.43 comparado con 7.36 días, $p = 0.003$), menor porcentaje de pérdida sanguínea de acuerdo al volumen circulante (17.50% comparado con 79.64% $p < 0.001$) y menor morbilidad en general (0% comparado 72.7%, $p = 0.001$) comparado con las pacientes tratadas con la técnica convencional. No hubo diferencia significativa en el tiempo quirúrgico entre las dos técnicas.

Conclusión: el estudio muestra que la morbilidad materna se redujo en las mujeres con acretismo placentario con el uso de la técnica innovadora propuesta.

151. Resonancia magnética en el diagnóstico prenatal de malformaciones del sistema nervioso central: feto con hidrocefalia tri-ventricular. Reporte de un caso



Garduño-García G, Juárez-Cabrera MC, Márquez-Sandoval JM
Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 26 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, primigesta, en control prenatal regular en nuestra unidad, con sospecha diagnóstica tras ultrasonido a las 22 semanas de malformación del sistema nervioso central por revelar ventriculomegalia ligeramente asimétrica. Sin lograr visualizar cuerpo calloso, tampoco cavum del septum y probable estenosis del acueducto de Silvio, se solicitó resonancia magnética la cual se realiza a las 32.1 semanas encontrando como hallazgos: hidrocefalia supratentorial, se observa imagen puntiforme-isointensa de líquido en topografía del acueducto de Silvio; corroborando diagnóstico. Posterior a esto paciente continuó seguimiento en centro especializado.

151. Enfermedad de células falciformes y embarazo. Reporte de un caso

Garduño-García G, Hernández-Denis JA, Herrera-Ortiz A, González-Bravo R, Sánchez-López MY
Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 28 años, dos embarazos, un parto y el embarazo actual en la semana 25, originaria y residente de Juchitan, Oaxaca. Ingresó a terapia intensiva con diagnóstico de envío de embarazo del segundo trimestre, choque séptico y anemia hemolítica severa, no hay alteraciones de daño obstétrico. Durante hospitalización bajo el servicio de Ginecología remite foco infeccioso micótico a nivel pulmonar, se mantiene con cifras de hemoglobina con tendencia a la disminución, llegando a cifras de hasta 6.5 mg/dL (leve

leucopenia tras efecto colateral de carbapenémicos, que remite tras suspensión del mismo, no muestra ninguna otra línea celular alterada en la biometría hemática), laboratoriales sugestivos de hemólisis con deshidrogenasa entre 1194 a 1880 así como bilirrubina indirecta de 2.2. Muestra 3 episodios dolorosos a nivel hepático, que remiten con analgésicos intravenosos, sin embargo se solicitan estudios de imagen por servicio de Cirugía para descartar patología hepatobiliar; servicio de Hematología apoya con el diagnóstico definitivo de enfermedad de células falciformes, continuando con tratamiento a base de atención intravenosa ante crisis de dolor con analgésicos convencionales, esquema de madurez pulmonar, transfusión de paquetes globulares (22) y revisiones seriadas de bienestar fetal, en base a las cuales y a indicación obstétrica se decidirá momento adecuado para la resolución de la gestación.

151. Malformaciones mullerianas y embarazo: síndrome de Ohvira. Reporte de un caso

Garduño-García G, Jonguitud-Vargas F, Ramírez-San Juan OA, Pedraza-González AA, Castillo-Córdoba F
Poza Rica, Veracruz, México.

Caso clínico: paciente de 34 años que cursó con embarazo de 34.2 semanas de gestación y trabajo de parto pretérmino en fase latente, contaba con los antecedentes y diagnósticos de útero didelfo (Diagnosticado vía laparoscópica a los 13 años, con presencia de piocolpo y tabique vaginal, requiriendo drenaje con colocación de catéter vaginal permeabilizando la cavidad uterina hacia canal vaginal), agenesia renal derecha y cesárea previa por trabajo de parto pretérmino, así como paridad satisfactoria; se decidió resolución de la gestación

vía abdominal por antecedentes mencionados; encontrando como hallazgos quirúrgicos, útero didelfo (previamente conocido), extrayendo producto sin complicaciones de útero izquierdo, el cual se observó sin evidencia de cirugías previas; del mismo modo se visualizó útero derecho con presencia de plica vesical alta y proceso adherencial entre vejiga y peritoneo visceral de útero a nivel de su cara anterior, traduciendo la presencia de un probable procedimiento quirúrgico previo sobre dicha área, específicamente histerotomía de cesárea previa. Se concluye cirugía sin complicaciones.

152. Transferencia de embriones en día 3 y día 5 en los centros de fertilidad del Instituto Vida Querétaro e Instituto Vida León. Resultados del desarrollo embrionario y tasa de embarazo

Aguilar-Hernández A, González-Ortega C, Guémez-Ceballos A, Chávez-Vega HA, Chavarría-Noriega LR, Gutiérrez-Gutiérrez AM
Instituto Vida Querétaro e Instituto Vida León, Guanajuato, México.

Material y Método: estudio comparativo de los primeros resultados con los del Instituto Vida León (IVL) quienes llevan 25 años laborando en el área de reproducción asistida utilizando, los datos del año 2016.

Resultados: se analizaron 25 pacientes de IVQ y 466 de IVL, en la cuales se utilizó protocolo con antagonista (protocolo flexible) en transferencia en fresco y ciclo sustituido en transferencia de congelados. La base de IVL solo abarcó las pacientes que se transfirieron en 2016 (466 pacientes). De un total de 224 óvulos de IVQ se obtuvo un porcentaje de fertilización del 56.7% (127), con clivaje del 95.05% (97), vitrificados un 38.14% (37) y obteniendo 50% (7 pacientes) de embarazos. Los

resultados general de IVL fueron de un total de 5,612 ovocitos el 65.43% (3,672) de ovocitos fertilizados, con clivaje 97.34% (3,510), vitrificación 41.51% (1,457) y obtención de 59.31% (277 pacientes) de embarazos. En IVQ se realizan transferencia de embriones en día 3 con un 66.67% (20), En día 5 con el 33.33% (10), se vitrifican en día 3 el 21.62% (8) y en día 5 el 75.68% (28). Transfiriendo un porcentaje de pacientes en día 3 (71.43% (10) y en día 5 28.57% (4). En IVL estos resultados de embriones transferidos en día 3 son del 93.33% (1,050), en día 5 6.67% (75), vitrificando en día 3 87.85% (1280) y en día 5 12.15% (75). Transfiriendo un porcentaje de pacientes en día 3 un 93.13% (434) y en día 5 un 7.08% (33).

Conclusión: el porcentaje de fertilización se ve mermado debido a la técnica de fertilización ya que en IVQ aún se realiza Fertilización In-vitro convencional y en IVL solo se realiza inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI). Los porcentajes generales de división y transferencia no tienen diferencias significativas, sin embargo en cuanto al total de vitrificación en IVQ tiene menor cantidad de embriones vitrificados esto es debido a que en su mayoría los embriones sobrantes son cultivados a día 5 para su vitrificación.

154. Factores de riesgo materno asociados con ruptura de membranas pretérmino

Villanueva-Calvillo A, Álvarez-Mercado RL
Hospital de Ginecoobstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Objetivo: conocer los factores de riesgo maternos asociados a ruptura de membranas pretérmino en nuestra población y mejorar nuestra conducta médico-obstétrica

para disminuir la morbilidad perinatal.

Material y Método: estudio descriptivo y retrospectivo efectuado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia de IMIEM en el periodo de enero de 2016 a abril del 2017. Se estudiaron gestantes con ruptura prematura de membrana pretérmino, durante el período señalado. Se revisó los expedientes clínicos a los que se les aplicó un formulario confeccionado al respecto y se procesó la información recogida mediante el análisis estadístico. Los resultados se reflejan en tablas.

Resultados: el mayor número de casos de rotura de membrana sucedió entre los 18 y 30 años con 24 embarazos, para 84.3%; seguido por el grupo de 31-40 años, con 21 embarazos para 15.7%.

Conclusiones: la rotura prematura de membrana, en particular en una gestación de menos de 36 semanas, provoca una considerable morbilidad, aunque por sí solo el parto prematuro implica un resultado neonatal no satisfactorio.

155. Ruptura uterina a la semana 19 en primeros embarazos con útero bicornue: reporte de caso

Montoya E, Granados C, Castillo M, Suárez D
Universidad del Rosario y Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

Caso clínico: paciente de 27 años de edad, con embarazo de 19 semanas, 1 día con dolor abdominal agudo, severo, en fosa iliaca derecha. Al examen físico presentaba taquicardia, palidez mucocutanea, hipotensión y signos de irritación peritoneal. La ecografía evidenció feto vivo, fetocardia de 89 latidos y placenta corporal anterior, tras menos de 4 horas de observación la paciente presento dolor abdominal severo, taquicardia, hipotensión y abdomen en tabla, además de au-

sencia de fetocardia; con evidencia de desprendimiento placentario en ecografía. Se llevó a laparotomía exploratoria de urgencia. En el procedimiento quirúrgico se evidencio protrusión de membranas fetales a través de lesión de ruptura uterina, feto muerto, hemiutero izquierdo adherido en segmento inferior a ligamento ancho con ruptura completa en fondo uterino, placenta inserta corporal posterior y hemiutero derecho sano. Evidencia de cérvix único comunicante a vagina. Se realizó hemihisterectomía y vigilancia. Ecografía tranvaginal 3 días posteriores a procedimiento con endometrio homogéneo funcional de 11mm en hemiutero derecho. Paciente egresó en buen estado.

Conclusión: se demuestra la necesidad del tamizaje ecográfico a temprana edad gestacional para el diagnóstico precoz y la sospecha diagnóstica temprana, así como el tratamiento oportuno, de complicaciones como la ruptura uterina.

156. Evaluación de resultados en pacientes con pobre respuesta ovárica: comparativo de protocolo convencional vs media estimulación

Félix-Atondo JA, García Amador MI, Díaz-González R, Castro-Hernández W, Barba-Gómez CA, Sánchez-Ávalos, Lozada-Plascencia, Martínez-Villa F, Martínez-Gutiérrez O, Buenrostro-López A, Ruvalcaba-Castellón LA.
Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI). Guadalajara, Jalisco. Y Unidad de Medicina Familiar 17 IMSS, Benito Juárez, Sonora.

Objetivo: comparar los resultados obtenidos en pacientes con BRO tratadas con protocolo de mínima estimulación y convencional.

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional realizado en el Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI) de enero del 2012 a diciembre



de 2016. Incluye pacientes con baja respuesta ovárica que cumplen con los criterios de Bologna y se estimularon con protocolo convencional y de media estimulación ovárica.

Resultados: la diferencia observada en las tasas de embarazo con la terapia de mínima estimulación tuvo significación estadística ($p: 0.05$).

Conclusiones: la terapia de media estimulación en pacientes con BRO es más eficaz que la terapia convencional con significación estadística en la tasa de embarazo.

157. Síndrome genitourinario de la menopausia, posterior a cirugía reconstructiva de prolapso órganos pélvicos

Maldonado-Guerrero EEA, Valdez-Torres E, Gorbea-Chávez V, Rodríguez-Colorado SE

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México, México.

Objetivo: evaluar cambios en los síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia posterior a reparación de prolapso de órganos pélvicos.

Material y Métodos: estudio de cohorte simple retrospectiva, se incluyeron mujeres con SGM que se sometieron a cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos con seguimiento a 1 año en la clínica de urología ginecológica del instituto nacional de perinatología. Se obtuvieron datos de la historia clínica estandarizada por la Sociedad de Continencia Internacional (ICS), síntomas genitourinarios y sexuales del síndrome genitourinario de la menopausia. Se definió mejoría como las pacientes que no presentaron algún síntoma asociado al síndrome genitourinario de la menopausia sexual o genitourinario en el postquirúrgico. Se realizó estadística descriptiva y prueba de McNemar; se utilizó programa SPSS versión

23.0, se determinó significancia estadística a una $p < 0.05$.

Resultados: se revisaron 196 expedientes, se incluyeron 151 mujeres: 55 (34.6%) tuvieron síndrome genitourinario de la menopausia, de las que 3 (5.5%) eran premenopáusicas y 52 (94.5%) postmenopáusicas, de estas 39 pacientes (71%) utilizaron estrógenos locales. La frecuencia de síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia disminuyeron y mejoraron significativamente ($p < 0.05$) excepto la irritación vaginal, nicturia, disuria e infecciones urinarias de repetición.

Conclusión: la cirugía reconstructiva de prolapso de órganos pélvicos mejora los síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia.

158. Transfusión feto-feto asociada a inserción velamentosa de cordón. Reporte de un caso

García-Montaña CD, Rodríguez-Méndez EA, García-Cataño JM, *Universidad de Guadalajara, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.*

Caso clínico: paciente de 19 años de edad, con embarazo gemelar pretérmino, de 34 semanas de gestación con control prenatal no adecuado se presenta al servicio de nuestro hospital con amenaza de parto pretérmino, tras útero-inhibición fallida, paciente se pasa a sala de expulsivo obteniendo feto A con un peso de 715 gramos, en mal estado general, se entrega a pediatría y se ingresa a UCIN. Feto B se obtiene en presentación cefálica tras evacuación de aproximadamente 1,500 mL, con un peso de 1730 g, se entrega a pediatría y se ingresa a UTIP. Tras 22 días de hospitalización se egresa feto B por mejoría, feto A muere horas después del nacimiento.

Hallazgos macroscópicos reportan placentación monocoriónica biamniótica, con inserción central de feto receptor e inserción velamentosa de feto donante. Histopatológicos reportan placenta monocoriónica biamniótica de 776 g con cambios morfológicos macro y microscópicos consistentes con transfusión gemelo-gemelo y signos de maduración del tercer trimestre. Negativo para microorganismos.

Conclusión: el caso reportado coincide con la bibliografía y conocimiento actual sobre la transfusión feto-feto. Con frecuencia existe retraso de crecimiento en el feto donante. Se ha sugerido que la escasez de anastomosis vasculares puede ser una causa de este desequilibrio hemodinámico (casi siempre en las placentas con múltiples anastomosis ocurre un fenómeno de compensación que mantiene el equilibrio hemodinámico). Las alteraciones en la inserción placentaria del cordón umbilical (con frecuencia marginales o velamentosas en gestaciones múltiples) pueden ser asimismo un factor etiopatogénico agravante de la severidad y del pronóstico.

157. Síndrome genitourinario de la menopausia posterior a cirugía de reconstructiva de prolapso órganos pélvicos

Maldonado-Guerrero EEA, Valdez-Torres E, Gorbea-Chávez V, Rodríguez-Colorado SE

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México, México.

Objetivo: evaluar cambios en los síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia posterior a reparación de POP.

Material y Método: estudio de cohorte simple retrospectiva, se incluyeron mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia

que se sometieron a cirugía reconstructiva de POP con seguimiento a 1 año en la clínica de urología ginecológica del instituto nacional de perinatología. Se obtuvieron datos de la historia clínica estandarizada por la Sociedad de Continencia Internacional (ICS), síntomas genitourinarios y sexuales del síndrome genitourinario de la menopausia. Se definió mejoría como las pacientes que no presentaron algún síntoma asociado al síndrome genitourinario de la menopausia sexual o genitourinario en el postquirúrgico. Se realizó estadística descriptiva y prueba de McNemar; se utilizó programa SPSS versión 23.0, se determinó significación estadística a una $p < 0.05$.

Resultados: se revisaron 196 expedientes, se incluyeron 151 mujeres: 55 (34.6%) tuvieron SGM, de las cuales 3 (5.5%) fueron premenopáusicas y 52 (94.5%) postmenopáusicas, de estas 39 pacientes (71%) utilizaron estrógenos locales. La frecuencia de síntomas sexuales y genitourinarios del síndrome genitourinario de la menopausia disminuyeron y mejoraron significativamente ($p < 0.05$) excepto la irritación vaginal, nicturia, disuria e infecciones urinarias de repetición.

Conclusión: la cirugía reconstructiva de POP mejora los síntomas sexuales y genitourinarios del SGM.

158. Cáncer de mama asociado al embarazo. Reporte de un caso.

García Montaña CD, Díaz-Vargas DG, Rodríguez Méndez EA
Universidad de Guadalajara, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco. México.

Antecedentes: el diagnóstico y estadificación del cáncer de mama supone mayor dificultad en la

paciente embarazada debido a los cambios fisiológicos y al intento por limitar la exposición de radiación al feto.

Caso clínico: paciente de 25 años edad, 5 embarazos: 3 partos, 1 aborto. Cursaba las 18 semanas de gestación, sin antecedentes de relevancia; presenta escozor en pezón derecho. Adenomegalias grandes con pérdida de la morfología BIRADS 4C.

Resolución del caso: mastectomía radical modificada de Patey derecha. Diagnóstico histopatológico: adenocarcinoma ductal infiltrante poco diferenciado con metástasis en 16 de 23 ganglios, región axilar sin infiltración capsular, bordes cutáneos libres. Se dio de alta sin complicaciones, pero reingresó al hospital con adyuvante con docetaxel (4 ciclos) y tras obtención de Marcador HER2 positivo se agrega trastuzumab. La paciente sigue en tratamiento por parte del servicio de oncología médica de nuestro Hospital.

Conclusión: el caso reportado coincide en gran magnitud con la casuística actualizada. En gestantes que inician con cáncer de mama, a pesar de la dificultad en el diagnóstico y abordaje terapéutico, con quimioterapia seleccionada y controles periódicos adecuados el feto tiene mejor pronóstico.

159. Recuperación ovocitaria en pacientes donadoras que recibieron estimulación ovárica controlada con menopropinas

Hernández-Mendieta B, Ronquillo-Valverde AC, Pérez-Luna E, Ledezma-Kahiry C, Pérez-Peña E
Instituto de Ciencias en Reproducción Humana, Instituto Vida Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México.

Antecedentes: las tendencias de la vida moderna han orillado a las parejas a postergar sus planes

reproductivos. En mujeres con alteraciones genéticas o fallas en los procedimientos de reproducción, su mejor opción para lograr un embarazo es la ovodonación.

Objetivo: determinar el radio de ovocitos maduros en relación con los recuperados en pacientes donadoras con el uso de menopropinas.

Material y Método: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, transversal. Se incluyeron donadoras del Instituto Vida Guadalajara que cumplieron con los requerimientos necesarios (18-25 años, estudios infecciosos y hormonales negativos, evaluación psicológica y genética favorable, IMC menor a 26 y deseo de pertenecer al programa) el estudio comprendió 12 meses de duración, se incluyeron sólo ciclos de estimulación ovárica con antagonistas utilizando menopropinas a dosis normales a bajas (150-225 UI/día)

Resultados: del número total de ovocitos recuperados más del 90% son ovocitos maduros (metafase II) que fueron utilizados para FIV en pacientes receptoras de ovodonación o bien, fueron vitrificados para banco de ovocitos.

Conclusiones: de los procedimientos de reproducción asistida disponibles en la actualidad, la donación de ovocitos es la técnica que arroja mejores resultados reproductivos. El porcentaje de ovocitos maduros en pacientes jóvenes utilizando esquemas con menopropinas es alto, lo cual ha demostrado ser una opción económica y eficaz para programas de ovodonación, debidamente seleccionados, alrededor del mundo.

159. Frecuencia de hipotiroidismo subclínico como parte del estudio de infertilidad

Hernández-Mendieta B, Calvo-Lugo GE
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Ginecoobstetricia



4 Luis Castelazo Ayala. Ciudad de México.

Objetivo: determinar la frecuencia de hipotiroidismo subclínico de pacientes con infertilidad primaria y secundaria.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Revisión de expedientes de pacientes con infertilidad primaria y secundaria vistas en la consulta durante el un año. Realizando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: se determinó el número de pacientes que presentaron tanto infertilidad primaria como secundaria. Se descartaron otros factores de riesgo que pudiesen contribuir al diagnóstico (infecciones, hiperprolactinemia, factor útero-cervical, tuboperitoneal, masculino). Se determinó la frecuencia de hipotiroidismo de manera total y por cada tipo de infertilidad. Los resultados se relacionaron con datos antropométricos y edad de presentación. Se describe el número de embarazos y su evolución.

Conclusiones: la población estudiada no presentó características antropométricas sugestivas de enfermedad, quedando la infertilidad como única manifestación de hipotiroidismo subclínico en las pacientes diagnosticadas. Es necesario continuar el estudio y relación de factores que alteren la capacidad de concepción en mujeres con esta patología.

159. Malformación arteriovenosa uterina: una alternativa de tratamiento conservador. Reporte de caso y revisión bibliográfica

Fugarolas-Marín J, Hernández-Mendieta B, Olguín-Cruces VA, Rosales-Ortiz S

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

Objetivo: describir una técnica quirúrgica conservadora para el tratamiento de las malformaciones arteriovenosas uterinas.

Caso clínico: paciente de 22 años en la que se establece el diagnóstico a través de ultrasonido e histeroscopia. Debido al deseo de embarazo recibió inicialmente tratamiento con hormonales orales y parenterales, así como con un modulador selectivo de receptores de progestágenos sin adecuada respuesta. Finalmente se realizó una fistulectomía transabdominal con una técnica innovadora que incluye ultrasonido Doppler transoperatorio para la delimitación del área que involucra la MAV y así lograr su resección quirúrgica respetando la mayor cantidad de tejido sano posible, logrando en este caso un resultado exitoso.

159. Patógenos más frecuentes en espermocultivos y su relación con parámetros seminales en pacientes infértiles

Hernández-Mendieta B, Ronquillo-Valverde AC, Pérez-Luna E, Ledezma-Kahiry C, Pérez-Peña E Instituto de Ciencias en Reproducción Humana Instituto Vida Guadalajara, Zapopan, Jalisco, México.

Objetivo: determinar los patógenos bacterianos más frecuentes mediante espermocultivos efectuados a pacientes con infertilidad y su asociación con alteraciones seminales.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se analizaron espermocultivos positivos en pacientes con infertilidad y sus parámetros seminales evaluados por espermatobioscopia directa (OMS 2010: concentración, motilidad y morfología), en un periodo de 18 meses. Se determinaron los agentes patógenos más frecuentes, así como su relación

con las alteraciones seminales más representativas. Se descartaron pacientes con factores de riesgo para alteraciones espermáticas como uso de anabólicos, traumatismo testicular, varicocele, cirugías genitales previas, toxicomanías o enfermedades sistémicas crónicas. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, así como comparación mediante la prueba de Kruskal Wallis.

Resultados: se aislaron cinco patógenos diferentes: *Escherichia coli* fue el patógeno aislado más frecuente seguido de *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella oxytoca*. La alteración seminal más frecuente fue la teratozoospermia en todos los grupos de patógenos. La prueba de Kruskal Wallis para comparar parámetros con los cinco patógenos no encontró significación estadística, sólo disminución de la media para morfología espermática en los 5 grupos.

Conclusiones: a pesar de no encontrar relevancia estadística en el análisis, se observa una tendencia de alteraciones en la morfología espermática por la presencia de bacterias como único factor de riesgo presente en pacientes infértiles.

160. Tratamiento con pesario vaginal del prolapso uterino durante el embarazo: reporte de un caso

De la Torre-Arroyo MI, Zaragoza-Torres RM, Cruz-Cortes M, Grover-Baltazar AH, Hernández-Ramírez E, Figueroa-Pérez I, Castellanos-Cuencas KI Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jal., México.

Antecedentes: el prolapso uterino durante el embarazo sobreviene en 1 de cada 10,000-15,000 partos. Las complicaciones de este padecimiento son ulceración y

sangrado cervical, Infecciones de vías urinarias, retención aguda de orina, aborto, parto pretérmino, sepsis materno-fetal y muerte. El primer pesario utilizado en el prolapso durante el embarazo fue en el año de 1949 y existen varios tipos de pesario para el tratamiento del prolapso.

Caso clínico: paciente de 41 años de edad, gestas 5, partos 2, abortos 2, acude de manera espontánea por sangrado transvaginal, sensación de cuerpo extraño y actividad uterina. Al interrogatorio sin antecedente de prolapso uterino antes del embarazo, a la exploración con prolapso de órganos pélvicos IIIC, cuello uterino edematoso, sangrado escaso, sin dilatación cervical. En el ultrasonido obstétrico se encontró un feto vivo, fetometría de 30 semanas, crecimiento armónico, placenta normo-inserta, líquido amniótico normal, se inició tratamiento con pesario vaginal Gelhorn 6, control dos veces por mes hasta la semana 34 y semanalmente hasta la semana 37. La paciente tuvo parto vaginal espontáneo a la semana 37, con un recién nacido masculino, de 2585 gramos y talla de 48 centímetros, y calificación Apgar de 8/9.

Conclusión: el tratamiento del prolapso en el embarazo debe individualizarse en este caso se obtuvo un resultado exitoso con tratamiento conservador con pesario Gelhorn y sin complicaciones, otros tratamientos pueden incluir solo terapia conductual, reposo relativo con descanso en posición de Trendelenburg y cesárea histerectomía con sacrocolpopexia.

161. Hiperreacción luteínica en embarazo gemelar espontáneo: reporte de caso y revisión bibliográfica

Sauceda-González DA, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco, Mexico.

Caso clínico: paciente de 23 años, en el primer embarazo, gemelar, monocorial biamniótico, previamente sana, control prenatal adecuado en centro de salud, a las 34,4 semanas de gestación acude a urgencias gineco obstétricas con dinámica uterina y dilatación cervical por lo que se decide ingreso y culminación del embarazo vía cesárea. Se obtiene recién nacido 1 femenino apgar 8/9, peso 1700 g, recién nacido 2 femenino apgar 7/9 peso 1900 g, placenta única, sin alteraciones aparentes, revisión de anexos con hallazgo de ovarios multiquísticos derecho con diámetro mayor 16 cm e izquierdo 8 cm, se realiza anexectomía derecha y drenaje de quistes en ovario izquierdo, se envía muestra a patología con reporte: ovario con quistes foliculares con prominente luteinización de la teca interna, estroma ovárico con áreas edematosas con células luteinizadas, correspondientes a hiperreacción luteínica, estudio negativo a malignidad.

Conclusiones: la hiperreacción luteínica es un padecimiento benigno de causa desconocida que se asocia con concentraciones elevadas de BHGC y aumento en la sensibilidad ovárica a la misma. En este caso se asoció a embarazo múltiple, que cursa asintomática con hallazgo incidental durante cesárea. Realizamos anexectomía unilateral para establecer histopatológico ya que no se contaba con diagnóstico y seguimiento ultrasonográfico durante control prenatal ni concentraciones de BHGC, e imposibilidad técnica de biopsia durante la cesárea. Es importante conocer esta entidad, ya que no amerita tratamiento específico por su carácter benigno y autolimitado, de esta manera evitar tratamientos quirúrgicos innecesarios, se requiere hacer diagnóstico diferencial con patología maligna del ovario

y en el caso de diagnóstico antes del tercer trimestre seguimiento ultrasonográfico. La paciente amerita seguimiento para confirmar la regresión.

162. Indicaciones de histerectomía obstétrica

Rodríguez-Méndez EA, García-Montaña CD, Ibarra-Peña S Universidad de Guadalajara, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jal., México.

Antecedentes: se desconoce la incidencia exacta de la histerectomía periparto de urgencia. Varios autores han comunicado incidencia de 7 a 13 por cada 10,000 a nivel mundial. La más frecuente es en la poscesárea, que casi siempre se origina por anomalías en la placentación o atonía uterina de los cuales alcanza la cantidad de 30 al 50 % de histerectomía periparto. Así mismo se podrá realizar una histerectomía obstétrica en pacientes con diagnóstico de acretismo o carcinomas en estadio IA2 y IB1. El diagnóstico oportuno de hemorragia obstétrica es decisivo para la toma de decisiones y disminuir el riesgo de muerte, ya que se llega a presentar del 1 al 5 % de la atención del trabajo de parto. La vía de finalización influirá en gran parte los riesgos de hemorragia obstétrica, sin embargo se ha observado en estudios de asociación de factores que hay mayor prevalencia de histerectomía en las pacientes con problemas de la placentación que en aquellas con multiparidad o intervenciones previas, observándose en dichas pacientes sometidas a histerectomía postparto presencia de complicaciones infecciosas y hemorragia. En nuestra unidad hospitalaria del año 2015 a la fecha se han llevado a cabo 40 histerectomías posteriores al nacimiento, de las cuales las indicaciones son:



hemorragia obstétrica 12.5%, atonía 30%, placenta previa 15%, acretismo placentario 37.5%, otros 5%; de las que 2 fueron histerectomías totales, y las otras 38 subtotales, con tan solo 2 ingresos a terapia intensiva y 3 pacientes que requirieron transfusión, con reporte y seguimiento posterior de lesión vesical en 1 paciente, sin reporte o reingreso por infección o re intervención por sangrado posterior a histerectomía en ninguna de las pacientes reportadas.

Conclusión: las pacientes recibieron el procedimiento con las debidas precauciones y preparación necesaria, a pesar de considerarse cirugías de urgencia, en su mayoría secundarias a trastornos de la placentación y atonía. Fue así como se evitaron las complicaciones o reintervenciones y con un buen pronóstico a largo plazo en dichas intervenciones de nuestra unidad hospitalaria.

163. Neovagina por laparoscopia mediante la técnica de Vecchietti en paciente con síndrome de Rokitansky-Kuster-Hausser tipo II, asociación MURCS, agenesia renal con riñón único pélvico

García-Hernández GG, Salazar-Jiménez C

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, y Hospital Regional de Alta Especialidad. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco, México.

Caso clínico: paciente de 20 años de edad, originaria y residente de Huimanguillo, Tabasco. Escolaridad: preparatoria, ama de casa, soltera. Antecedentes heredofamiliares: padre diabético e hipertenso, abuela materna hipertensa. No informó toxicomanías. APP: refiere soplo cardíaco en la infancia, sin tratamiento previo o actual, niega sintomatología cardiovas-

cular. No alérgicos, quirúrgicos, transfusionales. Antecedentes ginecoobstétricos: telarca a los 13 años, pubarca a los 13 años, amenorrea primaria. IVS: nunca. G0. No hay antecedentes de consanguinidad en familiares de primer grado o antecedentes de familiar similar afectado. Acudió a la consulta por amenorrea primaria. Peso 57 kg, talla 1.47 m. TA 80/60 mmHg, FC 72 lpm, FR 18 rpm. La valoración cardiológica reportó: dextrocardia con concordancia AV y VA, insuficiencia mitral leve, asintomática y sin otras alteraciones. Reporte de los estudios de laboratorio: Hb 12.7, Hto 39.5, plaquetas 217,000, grupo O+, TP 11.4, TTP 29.4, INR 1.08, glucosa 99, BUN 8.91, creatinina 0.48, urea 19.07. El ultrasonido pélvico: útero no visible, canal cérvicovaginal no visible, OD 16x14 mm, OI 21x16 mm. Riñón pélvico (único) en fosa iliaca derecha de 117x56x63 mm, morfología normal. La TAC de cráneo 2012: fusión de espacios vertebrales C2, C3 y C4. Estradiol 61.1 pg/ml, testosterona 0.298 ng/ml, FSH 2.76 mIU/ml, LH 1.33 mIU/ml, PRL 10.6 ng/ml, progesterona 0.307 ng/ml. Cariotipo 46 XX.

Se conformó una neovagina con técnica de Vecchietti asistida por laparoscopia, la que se encontró riñón único pélvico. Cinco meses después, acude la paciente a consulta subsecuente, indicando el inicio de vida sexual, la cual refiere como satisfactoria.

Conclusión: no existe hoy en día un tratamiento estándar, sino algunas técnicas para crear una nueva vagina que permita a la paciente tener una vida sexual normal. Existen casos de la creación de una neovagina mediante la técnica de Vecchietti asistida por laparoscopia, pero no así bibliografía disponible de pacientes con riñón pélvico.

164. Seguimiento y resolución transcesárea de un tumor anexial durante la gestación, una alternativa de tratamiento en tumores de características benignas: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Jiménez LE, Mora-Galván JA, Tobón-Delgado SR

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 32 años, con 12.6 semanas de embarazo, con diagnóstico de masa anexial derecha. Marcadores tumorales negativos, diagnóstico por ultrasonido de quiste complejo de ovario derecho de 9.4 x 6.2 x 6.4 cm. Con tratamiento multidisciplinario por parte de obstetricia y oncología ginecológica, quienes decidieron que el tratamiento fuera expectante durante todo el embarazo. Al término se efectuó una laparotomía, cesárea y exéresis del tumor en un segundo tiempo quirúrgico, con reporte histopatológico de cistoadenoma mucinoso negativo a malignidad. Con resultados perinatales favorables.

Conclusiones: la mayor parte de las masas anexiales que surgen durante el embarazo son funcionales y asintomáticas y desaparecen espontáneamente. Las masas anexiales persistentes tienen un bajo riesgo de malignidad y el ultrasonido es el método preferido para evaluar este riesgo. El tratamiento expectante es una opción adecuada en pacientes asintomáticas con bajo riesgo de complicaciones sin datos sugerentes de malignidad. El tratamiento quirúrgico oportuno deberá reservarse para pacientes con alta sospecha de malignidad o con datos de abdomen agudo.

164. Nacimiento vaginal de gemelos unidos toraco-onfalopagos en el segundo trimestre tardío: una opción para evitar la histerotomía

Ortiz MA, Jiménez-Alfonso LE, Tobón-Delgado SR, Romero-Vaca P *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 26 años, antecedente de dos embarazos, 1 cesárea, sana, sin otros antecedentes. Ingresó al INPer con un embarazo gemelar monocorial monoamniótico de 25.5 semanas establecido por ultrasonido, referida por médico particular por tener fetos unidos. La evaluación del caso fue multidisciplinaria; en el análisis se determinó que se trataba de un embarazo gemelar con fetos toraco-onfalopagos, con mal pronóstico, por lo que la paciente solicitó interrupción del embarazo, con base en el diámetro conjunto de ambos tórax se optó por el nacimiento vaginal. A las 26.1 semanas se inició inductoconducción del trabajo de parto con mifepristona, misoprostol, dilatación mecánica y bomba de oxitocina, finalmente se alcanzó el periodo expulsivo y se logró el parto vaginal de ambos fetos con éxito, sin lesiones maternas graves.

Conclusiones: el nacimiento vaginal de estos casos de interrupción de embarazo de fetos unidos evita los riesgos que implica una laparotomía e histerotomía. Para esto deben cumplirse ciertas condiciones previamente evaluadas, con una participación multidisciplinaria.

Desenlaces clínicos en una paciente con anemia aplásica durante el embarazo: reporte de caso y revisión bibliográfica

Sepúlveda-Rivera CM, Jiménez-Alfonso LE, Vargas-Trujillo SV, Hernández-González M, Nava-Barahona MD, Ramírez-Santes VH *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 22 años, con embarazo de 27.0 semanas, con diagnóstico de síndrome linfoproliferativo e infección urinaria por *E. coli*. Se descartaron otros padecimientos infecciosos e inmunarios. La biopsia de médula ósea determinó el diagnóstico de anemia aplásica. El inmunofenotipo se reportó negativo amalignidad. Durante la gestación el tratamiento fue de soporte transfusional (5 en total). El embarazo finalizó a las 35 semanas, por vía vaginal. Dos meses después acudió por síndrome anémico: se transfundió, estabilizó y envió a la unidad de trasplante de médula ósea.

Conclusiones: la mortalidad de la anemia aplásica asociada al embarazo es de 20-60%. Los mayores riesgos son: hemorragia, infección, restricción de crecimiento intrauterino y óbito. No existe una estrategia de tratamiento durante el embarazo, la terapia de elección en la mujer no gestante es el trasplante de médula ósea; sin embargo, durante el embarazo no está indicado y solo se ofrece soporte transfusional.

Embarazo ectópico cornual. Reporte de caso

Aquino-Vargas JR, Rivas-Penilla LF, Hernández-López LA, Jiménez-Alfonso LE *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 41 años, con antecedentes ginecoobstétricos de 3 gestaciones, 2 ectópicos y uno cornual (actual). Resto de antecedentes sin importancia. El padecimiento se inició con hipérémesis como único síntoma; la prueba de embarazo fue positiva. El ultrasonido transvaginal reportó: útero en anteversión con mioma subseroso lateral izquierdo de 62 mm de diámetro. Se identificó un

saco gestacional con producto único vivo, localizado en el cuerno lateral izquierdo, con longitud cráneo cauda de 40 mm. Edad gestacional de 11.3 semanas. Se decidió la histerectomía total abdominal, con reporte de sangrado de 350 cc; con reporte de patología de útero de 365 gramos de 14 X 10 X 7 cm.

Conclusiones: el embarazo ectópico cornual puede repercutir en la fertilidad de la paciente. Durante su estudio deben buscarse factores de riesgo: embarazo ectópico previo, salpingectomía, legrado, tabaquismo, enfermedad pélvica inflamatoria, miomatosis uterina, entre otros.

165. Abordaje laparoscópico de teratoma maduro gigante con aspiración manual endoquística

Hidalgo-Pajuelo C *Hospital II Essalud Huaraz, Perú.*

Antecedentes: el teratoma quístico maduro es un tumor benigno que deriva de tres líneas celulares embrionarias, pueden contener tejido sebáceo, cartílago o huesos, pelos, etc. Habitualmente se encuentra en mujeres fértiles, representando un 15% aprox de todos los tumores de ovario. El tratamiento laparoscópico en este tipo de pacientes es el indicado. Se describe el caso de una mujer de 37 años, con tumoración anexial de 20 x 17 cm, con marcadores tumorales negativos, la cual se aborda por vía laparoscópica, durante la cual se extirpo el tumor que contenía tejido adiposo espeso (800 mL), dicho tejido era imposible aspirarla con el aspirador convencional, por lo cual con la ayuda de la Jeringa de vacío(usada en el AMEU) y la cánula del 12 y visión directa del tumor ovárico por vía laparoscópica pudo ser extraída en corto tiempo y sin la necesidad de convertir la cirugía, técnica que denominamos como aspiración manual endoquística.



166. Hematoma subcapsular hepático

Sánchez-Tinoco PM, Mendoza-Baranda K, Cortés-Hernández K, Córdova-Portillo R
Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, Ciudad de México, México.

Caso clínico: paciente de 33 años de edad, primigesta, con embarazo de 34.4 semanas que acudió a urgencias por cefalea y dolor en el epigastrio.

Antecedentes: carga genética para diabetes mellitus. Alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías interrogados y negados. Electrofulguración en 2013 secundario a LIEBG crónico-degenerativos, alérgicos, transfusionales, interrogados y negados. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 23 años, ritmo regular 28 x 5 días, dismenorrea no incapacitante: usa preservativo como método anticonceptivo, citología exfoliativa negativa a proceso oncológico. Posterior al control de las cifras tensionales se realizó cesárea Kerr, nacimiento único, vivo, masculino, de 1980 g, 46 cm, Apgar 3/6/6. Posteriormente se trasladó a la unidad de cuidados intensivos donde, conjuntamente al soporte hemodinámico (transfusión de plaquetas, concentrados eritrocitarios y plasma fresco congelado) en su evolución comenzó con descenso súbito de la hemoglobina.

Conclusiones: en pacientes con síndrome de HELLP debe sospecharse y buscar, intencionadamente, un hematoma subcapsular apoyándose en estudios de imagen porque el retraso en el diagnóstico puede resultar fatal para la paciente. El tratamiento oportuno disminuye la incidencia de mortalidad por lo que deben tomarse las acciones necesarias.

166. Acretismo placentario. Serie de casos

Mendoza-Baranda K, Cortés-Hernández K, Córdova-Portillo R
Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, Ciudad de México, México.

Antecedentes: la placenta acreta es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente posparto inmediato. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas.

En los tres primeros casos con diagnóstico de placenta previa que iniciaron con sangrado incoercible por lo que se decidió interrumpir el embarazo vía abdominal y el último caso interrumpido por presentar síndrome de HELLP, al momento de ingresar a quirófano se desconocía que tenían accretismo placentario, sin embargo, al diagnosticarlo se realizó histerectomía obstétrica.

Conclusiones: el diagnóstico prenatal es fundamental para evitar complicaciones relacionadas con el accretismo placentario. Se debe tener en cuenta que a pesar de ser procedimientos de menor magnitud en cuanto a la lesión miometrial el antecedente de curetaje y procedimientos histeroscópicos se consideran factores de riesgo para accretismo placentario. En el caso de pacientes con diagnóstico de placenta previa existe una mayor incidencia de accretismo por lo cual se debe mantener una alta sospecha ante este antecedente.

167. Loxocelismo cutáneo. Reporte de un caso en Obstetricia

García-Ochoa ED, Briones. Garduño JC, De León-Ponce M
Cruz Roja Mexicana Pachuca Sur, México. Hospital General de México, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 17 años, ama de casa, con embarazo de

20 semanas. Le picó una araña violinista el 7 mayo 15 en Xicoteppec, Veracruz, con lesión papular, dolorosa, de 1 cm en la región anterior del pie derecho. Se realizó desbridamiento y la trataron con antibiótico y vacuna anti-arácnidos. Doce horas posteriores tuvo edema hasta el tobillo, disminución de la sensibilidad y reflejos osteotendinosos. La lesión se incrementó a 15 cm con profundidad de 3 cm. Se le realizó debridación, biometría hemática, química sanguínea, toma de cultivos, ELISA, impregnación de antibiótico, aplicación de antitoxina tetánica.

El servicio de toxicología indicó que se trataba de loxocelismo cutáneo, diagnóstico fundamentado en el aspecto livedoide de la placa periférica a la dermofasciotomía en la cara anterior y lateral de pie derecho de 15 cm de longitud y profundidad de 3 cm, en la que el tejido celular subcutáneo estaba expuesto así como el tejido muscular.

No existen antecedentes respecto al comportamiento del loxoscelismo viscerocutáneo en la mujer embarazada ni de la respuesta clínica de esta al antiveneno, aunque se ha documentado que el antídoto no atraviesa la barrera placentaria y puede aplicarse en cualquier etapa del embarazo. Existen antecedentes del uso de antiveneno en Perú, pero no elabora uno para la especie *Loxosceles laeta*, pero no se ha publicado la experiencia con su uso en mujeres embarazadas.

Conclusión: la mayor parte de las mordeduras por arañas se resuelven sin complicaciones, cuando se realiza una intervención oportuna de ellas. Sin embargo, en el loxocelismo local por araña reclusa, la necrosis de la piel puede ser grave y requiere de un exhaustivo tratamiento de la herida, hasta tratamiento quirúrgico y de penediendo del miembro afectado. Las

lesiones necrotizantes en loxo-celismo cutáneo, se curan en un promedio de 8 semanas con 10 a 15 % de incidencia de mayor cicatrización.

167. Monitoreo hemodinámico no invasivo en hemorragia obstétrica aguda

García-Ochoa ED, Briones-Garduño JC, De León-Ponce M
Cruz Roja Mexicana Pachuca Sur, Hospital General De México, Ciudad de México.

Objetivo: describir el comportamiento hemodinámico y el impacto hipóxico-isquémico en las pacientes con hemorragia obstétrica.

Material y Método: se incluyeron 25 pacientes, con diagnóstico de hemorragia obstétrica aguda, en el periodo comprendido 01 de abril 2013 al 31 de octubre de 2013. Las pacientes recibieron el tratamiento médico de la hemorragia obstétrica, se utilizó equipo de bioimpedancia torácica modelo Bene View T5 de la marca Mindray, para monitoreo hemodinámico.

Resultados: hemorragia de $2,532 \pm 1,368$ mL ($47.1 \pm 17.7\%$), lactato de 3.1 ± 1.6 , déficit de base de 10.0 ± 1.4 , gasto cardiaco de 3.8 ± 2.0 , resistencias vasculares periféricas de $1,310 \pm 259$, presión arterial media de 72.8 ± 11.0 , presión coloidsmótica de 12.8 ± 3.0 e índice de Briones de 0.17 ± 0.04 , reposición de volumen; $6,138 \pm 3,486$: cristaloides 60%, coloides 19%, y hemocomponentes 18%, todas las pacientes requirieron algún procedimiento quirúrgico-hemostático, origen del sangrado: la hipotonía uterina 48%, acretismo placentario 32%, desgarros vaginales, aborto incompleto y embarazo ectópico roto 20%, tratamiento quirúrgico: 74% cesárea-histerectomía y 16%, ligadura bilateral de arterias hipogástricas. Mostramos que no existe

correlación entre gasto cardiaco y resistencias vasculares sistémicas, por lo que es evidente la falta de volumen.

Conclusión: el choque hemorrágico es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardio-respiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en diversos órganos, por incapacidad para mantener la función celular. Es conocido que la hemorragia obstétrica es la primera causa de morbilidad materna grave; identificar los factores de riesgo para esta emergencia es de primordial importancia, resulta elemental la cuantificación adecuada de las pérdidas sanguíneas y la identificación de los primeros síntomas y signos, lo cual se logra con el cuidado personalizado de pacientes, un diagnóstico precoz y una intervención temprana con el tratamiento médico y procedimientos quirúrgicos.

168. Métodos reversibles de larga duración: opción anticonceptiva posterior al evento obstétrico en adolescentes

Aguilar-Roa PD, Velázquez-Ramírez N, Saravia-Cruz P, Ruíz-Huerta MC, Lira-Plascencia J, Rosas-Balán A
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la aceptación de métodos reversibles de larga duración en población adolescente (≤ 17 años) en el periodo enero-diciembre 2016.

Método: estudio retrospectivo, observacional donde se recabaron los datos de los expedientes correspondientes a los registros obtenidos por el servicio de Planificación Familiar de la institución.

Resultados: se atendieron 328 adolescentes, de las cuales 234 (71.3%)

aceptaron un método reversible de larga duración (implante, dispositivo de cobre, sistema intrauterino liberador de levonogestrel, acetato de medroxiprogesterona). Anticonceptivos menos efectivos o no reversibles representaron el 11.8% de aceptación, con lo que se alcanza una cobertura del 83.1%. Entre el grupo de los LARCs, el 81.1% aceptó anticoncepción intrauterina, en 16.6% se colocó implante subdérmico y 2.1% acetato de medroxiprogesterona. El 14.2% de la población tenía ≤ 14 años, y sólo el 11% no aceptó método de anticoncepción.

Conclusión: la anticoncepción intrauterina es el método más utilizado como anticoncepción reversible de acción prolongada debido a su alta eficacia y seguridad, facilidad de uso y bajo costo. El implante es una excelente opción que están experimentando las adolescentes y que se espera vaya incrementando. La anticoncepción posterior a un evento obstétrico se mantiene como un reto, en el que se trabaja firmemente para elevar la cobertura con este tipo de anticonceptivos en población vulnerable, como son adolescentes.

169. Análisis de resistencia, sensibilidad y etiología más frecuente en cultivos de orina

Rivera-Ruiz JR, Rincón-Álvarez B, Basurto-Estrada M, Castillo-Trejo BG
Hospital General Regional 1, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: determinar los agentes etiológicos más frecuentes en las infecciones de vías urinarias, así como su susceptibilidad antimicrobiana y su sensibilidad in vitro a antibióticos en pacientes que se les realizó cultivo de orina en el Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Material y Método: estudio retrospectivo consistente en el análisis de los urocultivos de pacientes realizados en el periodo del 1 de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017; se analizaron los uropatógenos más frecuentes por género y grupo etario, sensibilidad y resistencia antimicrobiana.

Resultados: se efectuó el reporte parcial analizando los cultivos de orina del 1 de noviembre de 2016 hasta el 31 de febrero de 2017; encontrando 675 cultivos de orina; de los cuales fueron positivos un total de 133, representando el 19.7 %. Se encontró un porcentaje de infección del 17.6% en hombres y del 20.39 % en mujeres. El agente más frecuente en hombres fue *Escherichia coli* con 66.6 %; mientras en mujeres fue de 65%, seguido de *Klebsiella pneumoniae* con 6.79%. De los gérmenes más frecuentes se encontró que la sensibilidad microbiana más frecuente fue a piperacilina, tazobactam, eritapenem, meropenem y amikacina. La resistencia antimicrobiana más frecuente a antibióticos como ampicilina, sulbactam, cefazolina, ciprofloxacina.

Conclusiones: en el reporte parcial se encontró que el germen más frecuente en ambos sexos fue *Escherichia coli* en un rango aproximado de 65% menor al reportado en otras bibliografías, se encuentra cada vez mayor resistencia a los antibióticos

171. Características clínico-bioquímicas en una cohorte de 12 años de mujeres mexicanas con insuficiencia ovárica primaria

Sánchez-González CM, Martínez-Cruz N, Aguayo-González P, Campos-Cañas JA, Hinojosa-Rodríguez KA, Recio-López Y, López-Rioja MJ
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar las características clínicas y bioquímicas de pacientes con insuficiencia ovárica e identificar las principales etiologías en el Instituto Nacional de Perinatología.

Material y Método: estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Se incluyeron mujeres mexicanas con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología durante el periodo 2005-2017. Se excluyeron a mujeres con diagnóstico de síndrome de Turner. Las participantes se clasificaron en 4 grupos de estudio de acuerdo a la etiología de la IOP como: Grupo 1: autoinmune órgano específica, Grupo 2: cromosómica, Grupo 3: quirúrgica y Grupo 4: idiopática.

Resultados: excluyendo la causa quirúrgica (n = 52), 71.1% se clasificaron como idiopáticas, 17.3% cromosómicas y 11.5% como autoinmune órgano-específica. Dentro de las características clínicas se observó que las pacientes con IOP de causa cromosómica tuvieron una fecha de última menstruación espontánea antes de los 30 años en el 80% de los casos, mientras que en el grupo de IOP quirúrgica el 53.8% tuvieron la última menstruación espontánea después de los 30 años. En relación a la densidad mineral ósea se encontró que las mujeres con IOP de origen cromosómica tenían menor densidad mineral ósea al momento del diagnóstico comparado con las demás categorías de IOP y la zona mayormente afectada era la columna lumbar de L1 a L4.

Conclusión: la principal causa de insuficiencia ovárica espontánea en el INPer es de origen idiopático (71.1%), seguido de la etiología cromosómica (17.3%) y autoinmune órgano específica (11.5%). El 10% de las mujeres con IOP espontánea no cuentan con un estudio de cariotipo en

sangre periférica y hasta el 11.5% tienen el antecedente familiar en primer grado de IOP, por lo que se debe hacer énfasis en protocolizar el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes para ofrecer una asesoría genética y reproductiva individualizada.

171. Intervalos de referencia de hemoglobina glucosilada durante el embarazo en mujeres mexicanas sanas

Sánchez-González CM, Reyes-Muñoz E, Loyo-Guiot M
Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer los intervalos de referencia de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en cada trimestre del embarazo en mujeres mexicanas embarazadas sanas.

Material y Método: se incluyeron mujeres embarazadas sanas con edad mayor de 18 años, índice de masa corporal (IMC) pregestacional entre 18.5- 24.9 kg/m².

Las cuales se dividieron por trimestre de embarazo. Se excluyeron a las pacientes que tuvieron diabetes gestacional diagnosticada con CTOG 75 g-2h realizada al mismo tiempo que la medición de HbA1c, también se excluyó a las mujeres con diabetes pregestacional, IMC pregestacional 18.5 o ≥ 25 kg/m², embarazo múltiple, así como cualquier enfermedad hematológica, hepática, inmunológica, renal o cardíaca. La HbA1c se determinó en nuestro laboratorio por cromatografía líquida de alto rendimiento de acuerdo a las recomendaciones del estudio de control de diabetes y complicaciones (DCCT). Los intervalos de referencia para HbA1c se expresaron como mediana y percentil (2.5 y 97.5) en cada trimestre.

Resultados: se incluyeron un total de 767 mujeres, se integraron 3 grupos: T1: 6-

13.6 semanas de gestación SDG (n = 86), T2: 14-27.6 SDG (n = 474) y T3: 28-36 SDG (n = 207). Los intervalos de referencia para HbA1c en cada trimestre fueron: T1: 5.1 (4.5- 5.5 %), T2: 5.0 (4.4-5.5 %) T3: 5.1 (4.5-5.7 %).

Conclusión: el intervalo de referencia de HbA1C en las mujeres embarazadas mexicanas sanas es de 4.4 a 5.7 %, el valor de HbA1c para un buen control de la glucemia debe ser $\leq 5.7\%$ en cualquier trimestre del embarazo.

172. Embarazo gemelar bicorial de mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. A propósito de un caso

Escudero-Olave GS, Zorita de Arenas I

Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, Ciudad de David-Chiriquí, Panamá.

Caso clínico: paciente múltipara de 37 años de edad, originaria de la Comarca indígena Ngäbe Bugle, sin antecedentes médico-quirúrgicos conocidos, grávida 10, partos 8, abortos 1 con historia de sangrado transvaginal moderado de 2 semanas de evolución asociado a dolor tipo cólico en bajo vientre. Tenía conocimiento de su embarazo, sin embargo, no había iniciado control prenatal. Debido a la sintomatología consulta un hospital de segundo nivel de atención y al realizar la ecografía transvaginal revela intraútero, imagen de masa heterogénea con múltiples áreas anecoicas tipo vesículas y la presencia de un feto vivo con medida céfalo-caudal de 7.10 cm que corresponde a 13 semanas con 2 días. Con dichos hallazgos la sospecha diagnóstica inicial fue mola hidatiforme parcial. Es trasladada a nuestra institución y a su ingreso, en cuarto de urgencias de maternidad presenta signos vitales normales, útero gestante de 17cm

de altura, huellas de sangrado en fondo de saco vaginal, cérvix cerrado y no se palpan masas anexiales. En sala de hospitalización de ginecología se realiza nueva valoración ecográfica con hallazgos de embarazo bicorial biamniótico en donde uno de los sacos estaba ocupado por un feto de 13 semanas con 5 días, con frecuencia cardiaca, movimientos espontáneos, anomalías estructurales visibles al momento del estudio, con placenta grado cero insertada en cara anterior del útero y con líquido amniótico que impresiona de cantidad normal. Además, adyacentemente imagen heterogénea similar a "copos de nieve" que ocupa la totalidad del segundo saco gestacional, sin flujo central mediante ultrasonido Doppler color. Es entonces cuando surge la sospecha diagnóstica de embarazo gemelar bicorial de mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. Las pruebas de laboratorio revelan bHCG $>225,000$; hemoglobina = 9.6 g/dL.

Resultados: se evidencia una de las complicaciones que ocurren con mayor frecuencia en esta patología ya que en sus primeras horas post-operatorias, presenta crisis hipertensiva de 164/88 mmHg en dos ocasiones, asociado a hiperreflexia, aumento de las enzimas hepáticas (AST= 110.4 U/L ALT=74.4 U/L), aumento de bilirrubina total a 1.84 mg/dL a expensas de la bilirrubina indirecta, con plaquetas normales 198,000, sin otros hallazgos patológicos. Tomando en consideración el diagnóstico de preeclampsia severa atípica, se inicia protocolo de sulfato de magnesio que se suspendió luego de 24 h, tiempo en el que mantuvo presiones arteriales entre 115/85-155/95 mmHg, asintomática, pruebas de función hepática en disminución y mejoría de las pruebas de función tiroidea.

Conclusiones: el tratamiento de un embarazo gemelar de mola

hidatiforme completa con feto vivo resulta complejo y controversial. La bibliografía sugiere que existe una posibilidad del 25% para un nacimiento a término y un 35% de desarrollar una enfermedad trofoblástica persistente después del parto. Además, por lo menos 20% de riesgo para desarrollar una preeclampsia de inicio temprano, 29% de riesgo para abortos tardíos u óbito y riesgo aumentado para hemorragia obstétrica.

173. Antioxidantes en pacientes infértiles con alteraciones en la espermátobioscopía directa y en el índice de fragmentación de ADN espermático

Flores-Aguirre I, Lezama-Ruvalcaba JL, Téllez-Velasco S

Clínica de Reproducción Asistida HISPAREP, Hospital Español, Ciudad de México.

Objetivo: identificar el efecto de los antioxidantes en pacientes infértiles en los parámetros de la espermátobioscopía directa y el ADN espermático.

Material y Método: estudio prospectivo, longitudinal efectuado en pacientes con infertilidad que acuden a la clínica de reproducción asistida HISPAREP, que cuentan con alteraciones en la espermátobioscopía directa y un elevado índice de fragmentación de ADN espermático, a quienes se les inició tratamiento con antioxidantes de la marca AMS.

Resultados: ingresaron al protocolo 4 pacientes, con los siguientes parámetros seminales previo y posterior al tratamiento de 3 meses con antioxidantes.

Conclusiones: nuestros resultados concuerdan con lo descrito en la literatura consultada, sobre el efecto benéfico de la suplementación con antioxidantes en pacientes infértiles principalmente en el ADN espermático, sin embargo nosotros



también observamos mejoría en la concentración espermática. Debido a que se trata de un estudio prospectivo la muestra es pequeña, pero nos parece de importancia dar a conocer el impacto que hemos observado en nuestros pacientes, se continuarán ingresando más al protocolo para poder realizar estudios con significación estadística.

174. Atención de mujeres en situación de aborto en cinco hospitales públicos de Bolivia

Asport-Terán S, Flores-Ayllon H, Enríquez-Nava M, Morales M *Ipas-Bolivia, Ministerio de Salud, Bolivia*. Hospital Municipal Boliviano Holandés.

Objetivos: describir las características demográficas, sociales y médicas de las mujeres atendidas en situación de aborto. Analizar las características de la atención brindada durante la admisión por aborto, el pre-procedimiento y el tratamiento. Analizar la calidad de la atención brindada a esas mujeres en el pos-procedimiento.

Método: estudio retrospectivo, observacional, serie de casos, basado en la información contenida en las historias clínicas de mujeres en situación de aborto correspondientes a cinco hospitales públicos. El aprovechamiento de la base de datos se hizo a partir de las opciones que ofrece el menú del programa computacional.

Resultados: si el principal propósito de la historia clínica es orientar la toma de decisiones durante la atención médica, no es aceptable cerrar casos con expedientes incompletos. Los hospitales que aplican la historia clínica SIP-A tienen que realizar lo que había quedado establecido y aceptado: un flujo para la historia clínica antes de su llegada a la etapa de digitación, y la supervisión de su llenado antes de cerrar el caso.

Conclusiones: las bases de datos constituyen insumo para la investigación, a cargo del personal del hospital, incluidos los residentes, por lo que debe estimularse su utilización. Además, Investigar acudiendo a las bases de datos del SIP-A, permitirá demostrar lo inconveniente que resulta cerrar casos con expedientes incompletos.

175. Hepatitis viral fulminante y embarazo. Notificación de un caso y revisión bibliográfica

Prado-Garibay DM, Rodríguez-Chávez JL *Hospital General de Occidente, Zapopan, México*.

Caso clínico: primigesta de 33 años con embarazo de 28 semanas, fiebre y dolor faríngeo de más de una semana de evolución, sin respuesta a tratamiento antibiótico y paracetamol. Se diagnosticó sepsis grave multifactorial y hepatitis de origen a determinar iniciando tratamiento con fluidoterapia, meropenem y vitamina K. El ultrasonido de hígado y vías biliares con hepatoesplenomegalia. Serologías para VHA, VHB y VHC negativas, anticuerpos antimúsculo liso y antinucleares negativos. TORCH negativo. Biopsia hepática: hepatocitos con degeneración balonzante y cambios intracelulares que son compatibles con lesión viral secundaria a citomegalovirus o Epstein-Barr. Evolución tórpida con deterioro clínico y metabólico (datos francos de encefalopatía, hb 8.4, plaq 180, leuc 4, creat 1.6, urea 76, acu rico 12, BT 7.13 a expensas de directa, TGO 1135, TGP 594, DHL 1638, proca 7.7) por lo cual se decide interrupción del embarazo vía abdominal obteniendo masculino de 970rs. Una semana posterior a su ingreso deceso por falla orgánica múltiple.

Conclusiones: la insuficiencia hepática fulminante es un síndrome complejo con deterioro orgánico grave. El reconocimiento temprano del síndrome es determinante para proporcionar el tratamiento multidisciplinario mas agresivo incluyendo el transplante de hígado. Es infrecuente que la infección por los virus antes mencionados cursen con insuficiencia hepática ya que la gran mayoría de los casos son asintomáticos o se curan espontáneamente.

176. Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre: reporte de caso

Minjarez-Corral M, Madrigal V *Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jal., México*

Caso clínico: paciente en el tercer embarazo, con antecedente de uno molar y un aborto; sin control prenatal previo, en embarazo molar pasado, refiere adecuado control de gonadotrofinas coriónicas, hasta su negativización. Acudió por primera vez al Servicio de control prenatal del Hospital General de Occidente, por hallazgo ultrasonográfico de embarazo molar parcial, cursa con amenorrea de 15 semanas confiable. La ecografía obstétrica reporta embarazo molar con cambios quísticos del espesor del parénquima placentario, compatibles con mola hidatiforme asociada con feto vivo, con fetometría de 14 semanas.

Conclusiones: es importante determinar el grado de hiperplasia trofoblástica en el estudio histológico de la placenta con degeneración hidrópica, porque dependiendo de este hallazgo y de su estudio genético, se puede realizar el diagnóstico diferencial entre una mola completa y una mola parcial, aun cuando sean observadas células sanguíneas dentro de las vellosidades coriales. La resolución

de la mola embrionada por huevo dispermico será la interrupción del embarazo espontánea o provocada, con seguimiento seriado de subunidad beta HCG hasta su negativización.

177. Embarazo abdominal. Reporte de caso y revisión bibliográfica
Cantú-Yruegas CF, Hernández-Castro F
Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México.

Caso clínico: paciente primigesta de 39 años cursando embarazo de 17.3 semanas, quien acude a urgencias por dolor abdominal en región lumbar, tipo cólico, de intensidad 10/10 con TA 80/60 y datos de abdomen agudo. El ultrasonido abdominal reportó un embarazo extrauterino de 17 semanas con frecuencia cardíaca. La laparotomía exploradora confirmó los hallazgos del ultrasonido. Además, se encontró placenta adherida al recto sigmoides y cara posterior del útero, y adherencias firmes de epiplón a útero y recto sigmoides. Por sangrado persistente se realizó empaquetamiento con 2 compresas en cara anterior del útero y fondo de saco de Douglas. Se interviene 2 días después para retiro de compresas. Evolucionó adecuadamente.

Conclusiones: el embarazo abdominal requiere de una alta sospecha para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Para realizarlo, aparte de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas complementarias que nos pueden ayudar a confirmar o descartar el cuadro, como la ecografía, ya que puede permitir la visualización de la implantación extrauterino.

178. Epidemiología del tamizaje preimplantacional en México

Godoy-Morales HS, Gutiérrez-Frusch JA, Cázarez-Pérez K, Sandoval-García Travesí FA, Estrada-Maldonado MA, Mendiburu-Cantón IA

Objetivo: reportar la experiencia de PGS en población latinoamericana en un centro de reproducción asistida en México.

Método: se revisaron todos los ciclos de enero 2015 a julio 2016. Los embriones fueron biopsiados en día 3 con láser pulsado. Se analizaron los cromosomas 1, 13, 16, 17, 18, 21, 22 y sexuales mediante FISH. Los datos fueron analizados utilizando SPSS v.23. Se reportaron medias y desviación estándar si los datos estaban normalmente distribuidos. Se usó estadística descriptiva para tasas de éxito y correlación de Pearson para comparar datos (significación $p = < 0.05$).

Resultados: se incluyeron 18 ciclos con PGS de edades entre 27 y 46 años (media 38). De todos los embriones fertilizados en el programa de PGS, a 128 (64.2%) se le tomó una biopsia en el tercer día de desarrollo. Los no biopsiados fueron por arresto o morfología mala de acuerdo con la clasificación de Estambul. Setenta y ocho embriones llegaron a blastocisto de los que 69% ($n = 54$) fueron euploides. La tasa de blastocistos euploides por evaluación morfológica fue la siguiente: excelente 100%, buena 71%, regular 65% y mala 47%. De todos los embriones que se arrestaron entre el tercer y quinto día solo 20% fue euploide. La tasa de blastocistos euploides por edad fue: más de 40 años 25%, 35-39 años 28%, 30-34 años 47%, menos de 30 años 57% y donación de ovocitos 66%. El 22% de los ciclos fueron cancelados debido que todos los embriones fueron aneuploides.

Conclusiones: se describieron los resultados crudos respecto a una de

las primeras experiencias de PGS en América Latina; este estudio nos puede orientar para entender el comportamiento genético en los ciclos de reproducción asistida en la población latina.

178. Efecto de la expresión de claudina-1 en la membrana espermática sobre la tasa de blastulación en embriones euploides

Godoy-Morales HS, Gutiérrez-Frusch JA, Cázarez-Pérez K, Sandoval-García Travesí FA, Estrada-Maldonado MA, Avilés-Durán JC

Objetivo: mostrar qué embriones euploides fertilizados con esperma que expresa la proteína de membrana Claudina 1 tiene mejor tasa de llegar a blastocisto.

Material y Método: se realizaron ciclos de fertilización in vitro de acuerdo a las políticas establecidas del centro y del médico tratante. Las muestras de semen fueron obtenidas por masturbación. El 90% de la muestra fue utilizada para terapia de reproducción asistida y 10% se marcó en búsqueda de Claudina 1. La muestra espermática se fijó y permeabilizó con BD Cytotfix/Cytosperm™ y se marcó con anticuerpos monoclonales secundarios reactivos a Claudina 1. La muestra se analizó mediante citometría de flujo y la zona de expresión se visualizó utilizando fluoroscopia. Se utilizó Kologrov utilizando SPSS v-23 para el análisis estadístico, estadística descriptiva y normalización de la muestra.

Resultados: se consideraron resultados significativos con $p < 0.05$. Los embriones se dividieron en un grupo control con 107 embriones fertilizados con esperma que no expresaba Claudina-1 y el grupo estudio con 56 embriones fertilizados con esperma que sí la



expresaba. Todos los embriones fueron biopsiados en día 3 con láser pulsado y se realizó FISH para los cromosomas 1, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22 y sexuales.

Conclusiones: la expresión de uniones estrechas aumenta la tasa de blastocisto en embriones euploides.

179. Corrección quirúrgica de malformaciones müllerianas: resultados perinatales y resultados en tratamiento de reproducción asistida

Martínez-Alvarado AP, Aguayo-González P, Campos-Cañas J, Hinojosa-Rodríguez KA, Jiménez-Esquivel RM

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: estimar la correlación entre la intervención quirúrgica y las técnicas de reproducción asistida para lograr un recién nacido vivo.

Material y Método: estudio observacional, longitudinal, retrolectivo, que evaluó 148 pacientes con malformaciones müllerianas que fueron atendidas entre los meses de enero 2002 a abril 2015.

Resultados: se clasificó el tipo de malformación mülleriana acorde a la clasificación de la ASRM; encontrándose 2.7% con hipoplasia/agenesia, 6.8% con útero unicornes, 6.8% con útero didelfo, 11.5% con útero bicornes, 53.3% con útero septado, 14.9% con útero arcuato y 4.2% no clasificables. El diagnóstico inicial se estableció con ultrasonido 2D y comparado con laparoscopia e histeroscopia se encontró una sensibilidad del 37.2% y especificidad de 54, 6%, según datos reportados en estudios previos realizados por nuestro servicio. El 58.8% (n = 87) de las pacientes presentaron al menos una cirugía correctiva de septo. Posterior a la intervención

quirúrgica el 48.3% (n = 42) no recibió tratamiento de reproducción asistida y fueron propuestas a embarazo espontáneo, 29% (n = 26) para inducción de la ovulación, 13.7% (n = 12) a inseminaciones intrauterinas y 8% (n = 7) para FIVTE. De estas pacientes 38% (n = 33) logro un recién nacido vivo; 45% (n = 15) de manera espontánea, 18.1% (n = 6) con inducción a la ovulación más coito programado, 18.1% (n = 6) con inseminación intrauterina, 18.1% (n = 6) por FIVTE y 62% (n = 54) no logro embarazo.

Conclusión: las pacientes que presentaron una intervención quirúrgica para corrección de malformaciones müllerianas, presenta tasas de recién nacido similares a la población general lo que sugiere búsqueda del embarazo espontáneo posterior a la cirugía correctiva de septo cuando el factor uterino este asociado a infertilidad y en ausencia de otros factores.

180. Tratamiento expectante y desenlace en obstrucción urinaria baja (LUTO)

Moreno-Hernández V, Pineda-Alemán HF

Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia IMSS, Monterrey NL, México.

Objetivo: plantear varias opciones terapéuticas disponibles en nuestro país, esto dentro del contexto ético de asesoría que adquirimos al realizar un diagnóstico prenatal.

Caso clínico: paciente de 32 años, 5 embarazos, 1 cesárea, 2 abortos, 1 parto, sin otros antecedentes de interés, en servicio de urgencias de la UMAE 23 se evaluó por Residente de Medicina Fetal un probable caso de LUTO con hallazgo del signo de Keyhole y género masculino en el ultrasonido a las 13 SDG, se envió al servicio de medicina fetal para corroborar diagnóstico.

La paciente consulto en medio privado donde se le realizó un cariotipo, el resultado reporto un feto de género masculino XY sin ningún dato de aneuploidía y se le ofreció una cistoscopia fetal diagnóstica terapéutica, esta última no fue realizada. De igual modo continuó sus consultas prenatales en esta unidad.

Conclusión: en países desarrollados, como primera opción, se ofrece a los fetos masculinos con valvas uretrales posteriores y cariotipo normal la cistoscopia fetal ya que ha demostrado ser superior al shunt vesico-amniótico. La interrupción legal del embarazo puede ser una opción que decidan los padres, sin embargo, legalmente no se contempla en el estado al que pertenece nuestra unidad. En este caso en particular un feto no tratado complico el desenlace obstétrico que pudo haber concluido en desenlace fatal materno. Hasta el momento, en nuestro país, solo existe un reporte en la literatura donde se realizó terapia fetal avanzada de este tipo (Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro). En muchos casos la presencia de hidronefrosis fetal es transitoria y desaparece en los primeros meses postnatales, pero en otros, la obstrucción de la vía urinaria provoca rápidamente una dilatación retrógrada y un daño renal progresivo. La obstrucción severa del tracto urinario inferior o la agenesia renal bilateral producirá un oligoamnios severo o incluso un anhidramnios. Ambas entidades mantenidas de forma prolongada impiden un adecuado desarrollo pulmonar. La capacidad de diagnóstico prenatal ha aumentado las detecciones de LUTO que puedan ser candidatos a una terapia fetal. El objetivo de evidenciar este caso es que en un futuro se deberá llegar a un consenso en el cual el tratamiento expectante

podiera no ser el más adecuado. La intervención prenatal está basada en la preservación de la función renal. Las opciones de seguimiento incluyen el control ecográfico intraútero (tamaño vesical, presencia de hidronefrosis y oligoamnios), descompresión vesical y finalización temprana de la gestación con seguimiento postnatal y eventual cirugía.

181. Lesión renal aguda durante el embarazo que requiere hemodiálisis: resultados maternos, fetales y de la función renal

Benítez-Castro KL, Borbolla-Ramos M

*Instituto Nacional de Perinatología
Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.*

Objetivo: describir las características de la lesión renal aguda durante el embarazo y el puerperio en nuestra población.

Material y Método: estudio descriptivo retrospectivo al que se incluyeron todas las mujeres embarazadas o durante el puerperio con diagnóstico de lesión renal aguda en el Instituto Nacional de Perinatología de la Ciudad de México de 2014-2016. Todas se clasificaron AKIN 3 y recibieron hemodiálisis. Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central, con frecuencias y porcentajes para variables discretas y para variables continuas se usaron medianas, con valores mínimos y máximos; y medias con desviaciones estándar y rangos de acuerdo al tipo y distribución de cada variable.

Resultados: se incluyeron 18 pacientes con diagnóstico de lesión renal aguda en el embarazo y que por lo menos recibieron una sesión de hemodiálisis. Entre las características demográficas el 94.4% de las paciente tenían como factor común el bajo nivel

socioeconómico, se encontró una edad con un rango de 16 años hasta 32 años con una media de 24.8 ± 5 años. En cuanto a la paridad 12 paciente eran primigestas y 6 pacientes multigestas (66.6 % vs 33.3%). De las 18 pacientes, 17 ingresaron con edad gestacional desde 5.5 semanas de gestación (sdg) hasta 33 sdg con una media de 20.5 ± 7.4 sdg, una paciente fue referida de otra institución en el puerperio inmediato. Las causas de referencia a esta institución las más frecuentes fueron preeclampsia (22.2%), DM1, HASC, ERC (16.6% respectivamente), síndrome urémico (11.1%), Acidosis metabólica por intoxicación a tolueno, choque séptico y LES (5.5% respectivamente). Las comorbilidades asociadas las más frecuentes se encontraron la hipertensión arterial sistémica crónica (38.8 %), DM1 (33.3%), DM2, LES (16.6%, respectivamente), toxicomanías, cardiopatías, pancitopenia, púrpura de Henoch-Schonlein (5.5 % respectivamente), 16.6 % de pacientes eran previamente sanas. Se encontró que 2 paciente tenían antecedente de preeclampsia (33.3% vs 66.6%). Entre las causas de LRA se encontró preeclampsia (22.2%), acidosis metabólica por diarrea o hiperemesis (16.6 %), glomerulonefritis, ERC (11.1% respectivamente) síndrome de HELLP, intoxicación por toluenos y sobrecarga hídrica (5.5 % respectivamente).

Conclusiones: el grado actual de evidencia de los estudios de lesión renal aguda en embarazadas es relativamente bajo; por lo tanto, el conocimiento es limitado sobre esta condición. Aunque no se ha llegado a un consenso en cuanto a la definición de LRA en el embarazo, creemos que la derivación oportuna a una Institución de tercer nivel y con el uso de servicios de nefrología, obstetricia y neonatología a tiempo, así como

la disponibilidad de TRS puede mejorar el pronóstico tanto materno como fetal. Debido a que la LRA en el embarazo es ahora rara, la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento es extremadamente limitada, No hay informes disponibles para guiar a una TRS y por lo tanto Los principios de tratamiento tienden a seguir a los de pacientes no embarazadas con lesión renal aguda, por lo que se debe hacer un consenso para unificar criterios de acuerdo con la población para mejorar la atención oportuna y el desenlace.

182. Principales causas indirectas de mortalidad materna

Hernández-Aldana F, Méndez-Sánchez JF, Astudillo-Ibarrondo J
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivos: determinar cuáles son las principales causas indirectas de mortalidad materna en el Hospital Juárez de México durante el periodo 2014-2017. Definir el rango de edad de las pacientes al momento de la defunción. Describir el estado civil y escolaridad de las pacientes al momento de la defunción. Identificar el número de gestas. Determinar los días de estancia intrahospitalaria. Establecer causa básica de defunción. Determinar el número de consultas de control prenatal en caso de haberlo tenido.

Material y Método: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo efectuado con base en el análisis de los expedientes de pacientes obstétricas críticamente enfermas que ingresaron al Hospital Juárez de México y reportaron defunción en el hospital en aérea de choque o en la unidad de cuidados intensivos, etc., del 1 de enero del 2013 al 31 de junio del 2017.

Resultados: se registraron 26 muertes maternas: 5 muertes en el 2014, lo que representa el 19%, 9 muertes



en el 2015, lo que representa 35%, 9 muertes en el 2016, lo que representa 35%, 3 muertes en el 2017, lo que representa 12%. Entre las principales causas de mortalidad materna reportadas en el Hospital se encuentran la hipertensión Intracraneana con 5 casos que corresponde al 19%; septicemia con 4 casos que da 15%; coriocarcinoma con 3 casos da 12%; CaCu e insuficiencia renal con 2 casos dando 8%; el choque cardiogenico y la TEP masiva con 8% de 2 casos; VIH y Neumonía con 2 casos de 8%; otras complicaciones con 8 casos que da el 31%. El rango de edad de mayor prevalencia en las pacientes con mortalidad materna fue de 20-29 años reportando 14 casos lo que representa 54%, seguido de los 30-39 años con 9 casos con un porcentaje establecido de 35%.

Conclusiones: las principales causas de muerte materna en el Hospital Juárez de México del 2014 a 2017 fueron indirectas. Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo fue la principal causa de forma Directa, la cual coincide con lo reportado por el observatorio de muerte materna a nivel nacional. El rango de edad de mayor prevalencia en las pacientes con mortalidad materna en este estudio fue menor de 30 años, representan 50% de la población, lo que representa alta susceptibilidad de estas pacientes en este rango de edad. Se requiere elevar el nivel de desempeño del personal de salud, en especial el médico que tiene contacto directo con la paciente embarazada, mediante una capacitación dirigida a través de cursos de diplomado específicos con reconocimiento universitario sobre preeclampsia-eclampsia y hemorragia obstétrica.

183. Factores asociados con preeclampsia severa
Mock-Gutiérrez AM

Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, CA.

Objetivo: determinar la relación entre los factores de riesgo y su asociación a la aparición de preeclampsia severa en mujeres embarazadas hospitalizadas en el Hospital Santo Tomás.

Material y Método: estudio de casos y controles, desde Enero 2015 a Diciembre 2015. Nuestro universo constó de 10 973 pacientes, con una muestra de 300 casos y 627 controles. Se utilizaron como variables: edad, abortos previos, cesáreas previas, paridad, número de controles prenatales y antecedente de preeclampsia.

Resultados: en las pacientes con preeclampsia hubo un predominio de mujeres entre 20-35 años (83.08%), 10% con antecedentes de aborto, 8.33% con cesárea anterior y 6.33% de preeclampsia en embarazos previos, primiparidad de 55% y con una tendencia de 74% de controles prenatales inadecuados.

Conclusiones: los resultados aportaron como factores de riesgo a las siguientes variables: edad menores de 20 años, antecedentes de preeclampsia y ser primíparas. Entre los factores protectores pudimos obtener: antecedentes de abortos y cesáreas previas, y como factor no asociado, la edad mayor de 35 años y presencia de controles prenatales.

184. Divertículo uretral en mujer con infección de vías urinarias de repetición. Reporte de caso y revisión bibliográfica

Mendoza-Hernández KG, Gutiérrez-Isordia J, Igoa-Muñoz JC
Clínica de Urología Ginecológica, División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jalisco, México.

Caso clínico: paciente de 44 años, remitida por el servicio de Dis-

plasias debido a una tumoración vaginal durante el seguimiento por infecciones de las vías urinarias de repetición, síntomas irritativos urinarios de 2 años de evolución, tumoración vaginal palpable desde 3 meses previos a su valoración, refiere hace 6 meses presentar pérdidas urinarias involuntarias. Valorada previamente por el servicio de displasias quienes sugieren valoración por el servicio de urología ginecológica debido que a la exploración de la tumoración vaginal referida en tercio medio, se reconoce que esta no es dependiente de la mucosa vaginal, además refieren colposcopia satisfactoria sin anomalías. En la valoración inicial se reconoce tumoración vaginal palpable en tercio medio de 4 x 3cms, se realiza POP-Q con clasificación IIAa, pruebas de continencia urinaria con pérdidas por esfuerzo leves y a la expresión de la tumoración se obtiene secreción transuretral.

Resolución del caso: se realizó una uretroscopia rígida donde se visualizó un saco diverticular sin poder dimensionar el mismo por el exceso de secreción. La TAC pélvica reportó en cavidad vaginal anterior sobre pared anterior en proximidad a pared uretral posterior, se identifica masa de predominio hipodenso con valores atenuados 3HU que mide 5.2x4.6x5.5cms y que a la aplicación de medio de contraste no presenta realce periférico, se recaba cultivo de secreción transuretral positiva para *E. coli*. Aún pendiente la resolución quirúrgica de su caso con plan de diverticulectomía transvaginal y colocación de cinta de polipropileno con técnica transobturador.

Conclusión: se recomienda establecer el diagnóstico diferencial con cuadros con síntomas similares como abscesos de glándula de Skene, carcinomas uretrales o uréter ectópico entre otros. El tratamiento

quirúrgico recomendado es la diverticulectomía transvaginal, se recomienda el seguimiento continuo a fin de detectar y prevenir complicaciones.

185. Percepción del personal de salud acerca de la atención de pacientes adolescentes en consulta

Castañeda-Tenorio, Payen-Padilla J, Amaya-Guel Y, Tobón-Delgado R, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México, México

Objetivo: evaluar el grado de satisfacción y autopercepción de los trabajadores de la salud en México, sobre los diferentes ámbitos relacionados con el cuidado de la paciente adolescente.

Material y Método: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, evaluar por medio de la escala de Likert el grado de satisfacción y autopercepción de distintas áreas de atención incluidas en la NOM 047. Análisis estadístico descriptivo, se incluyeron medidas de resumen y porcentajes para describir las características epidemiológicas y de los resultados obtenidos.

Resultados: 261 encuestas de junio del 2016 a junio del 2017, se excluyen 6 encuestas incompletas, obteniendo un total de 255. Al 93% les agrada atender a pacientes adolescentes y el 66.7% les gustaría aumentar el porcentaje en su consulta. Los profesionales de la salud con mayor número de encuestados fueron: ginecólogos, médicos generales, pediatras y enfermeras. Las áreas donde los profesionales de la salud no se sienten con las competencias necesarias son abuso de sustancias 52.5%, trastornos psicológicos 50.1% y trastornos alimentarios 39.6%. El área donde se sienten con la mejor competen-

cia es desarrollo fisiológico con el 81.9% e infecciones de transmisión sexual 81.5%.

Conclusiones: los profesionales de la salud encuestados, no se perciben con las competencias necesarias para brindar la atención integral de los adolescentes de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 047.

185. Análisis de la morbilidad extrema en adolescentes en un instituto de tercer nivel de atención

Ibargüengoitia-Ochoa F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Payen-Padilla J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México.

Antecedentes: una situación que potencialmente compromete la vida es una categoría extensa de condiciones clínicas incluyendo padecimientos que pueden afectar la vida de la mujer durante el embarazo, parto y después de la terminación del embarazo. La morbilidad obstétrica secundaria es una condición que resulta de una enfermedad preexistente o de reciente desarrollo en el embarazo y no causada por condición directa de la gestación.

Material y Método: revisión de pacientes adolescentes embarazadas que cursaron con una condición que potencialmente afecta su vida tomando como criterio único de inclusión el ingreso a la unidad e cuidados intensivos. Periodo de estudio enero de 2015 a diciembre de 2016.

Resultados: ocurrieron 975 nacimientos en mujeres adolescentes que representaron el 17% de todos los nacimientos. El grupo de estudio estuvo conformado por 77 pacientes. La edad promedio 16.8 $\pm$ 1.5 años. En relación a la morbilidad secundaria hubo: cardiopatía 16 casos, nefropatía 7 casos, dia-

betes 4 casos, hipertensión 2 casos, lupus 2 casos; epilepsia, linfangioma y tuberculosis peritoneal en 1 caso cada uno. De la morbilidad obstétrica resultaron con preeclampsia 37 casos, eclampsia 3 casos, corioamnionitis 3 casos, colestasis intra-hepática 2 casos, desprendimiento de placenta 2 casos, hígado graso 1 caso y placenta previa 1 caso. Hubo 1 caso de muerte materna. Las mujeres con una causa indirecta subyacente tienen un riesgo incrementado de complicaciones obstétricas.

185. Nudos verdaderos múltiples en el cordón umbilical

Ibargüengoitia-Ochoa F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Payen-Padilla J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 29 años. Madre diabética. Soltera. Médico veterinaria. Primigesta. En estudio de ultrasonido realizado en la semana 16 se reportó la existencia de un feto con onfalocele. La paciente asistió a nuestra institución en la semana 17, el estudio de ultrasonido estructural no reportó otras malformaciones. El cariotipo mostró resultado 46 XY normal. En la semana 22 se diagnosticó diabetes gestacional que se trató con dieta y metformina teniendo adecuado control de las glucemias. A las 37/6 semanas se obtuvo, mediante cesárea, un recién nacido con peso de 3390 g, el onfalocele de 5 x 5 cm; el cordón umbilical con 2 nudos verdaderos. Las anomalías del cordón umbilical incluyen a la inserción velamentosa, cordón corto, asas del cordón, torsión del cordón, arteria única y nudos. El nudo verdadero es infrecuente con una presentación de 0.04 a 3% de los nacimientos. La mortalidad fetal ante-parto puede ser de 4



a 10 veces mayor si se compara con la población obstétrica normal. Los nudos verdaderos se han asociado con edad materna avanzada, historia de abortos, obesidad, hipertensión crónica, diabetes gestacional, polihidramnios, longitud de cordón mayor de 80 cm, feto con bajo peso, género masculino y gemelos monoaminóticos.

185. Prevalencia de malformaciones mullerianas en mujeres adolescentes. Experiencia en un centro de tercer nivel de atención

Payen-Padilla J, Molina-Huicochea DM, Hidalgo-Alfonzo E, Castañeda-Tenorio M, Rosas-Balan A, Lira-Plascencia J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: conocer la prevalencia de malformaciones mullerianas en pacientes que acuden a un centro de tercer nivel de atención.

Material y Método: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron 589 expedientes de pacientes menores de 19 años. Se incluyeron 36 mujeres con diagnóstico de MM entre 2007 y 2017. Se calculó la prevalencia global de malformaciones mullerianas, posteriormente se estimó la prevalencia para cada tipo de malformación mulleriana según la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (SAMR).

Resultados: la edad promedio de atención fue 16.5 años. La causa de atención fue amenorrea primaria en 24 adolescentes (66.6%). 23 pacientes (63.8%) refirieron dolor pélvico crónico. Se encontró una prevalencia de 6.1% de malformaciones mullerianas. Las malformaciones mullerianas reportadas son agenesia-hipoplasia 20 (55.5%) de las cuales 12 (60%) fueron síndrome de Rokitansky, 7

úteros bicornes (19.4%), 5 úteros didelfos (13.8%), 4 malformación compuestas (11.1%). 21 adolescentes (58.3%) recibieron tratamiento conservador (3 con dilatadores y 18 expectante) y 15 (41.6%) quirúrgico, (6 hemihisterectomías, 2 histerectomías, 4 neovaginas, 2 drenajes laparoscópicos, 1 resecciones de tabiques).

185. Percepción de la consejería anticonceptiva para adolescentes: un estudio comparativo entre ginecólogos y médicos generales

Payen-Padilla J, Brito-Sandoval F, Lira-Plascencia J, Rosas-Balan A, Velázquez-Ramírez N, Ruiz-Huerta M, Ibargüengoitia-Ochoa F
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Objetivo: documentar la percepción de la consejería anticonceptiva para los adolescentes con base a la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar (PF) (NOM-005-SSA2-1993), entre ginecólogos y médicos generales de México.

Material y Método: estudio transversal, comparativo y descriptivo en 1119 médicos encuestados. Se evalúa la percepción de los médicos en la consejería anticonceptiva, conocimiento de norma oficial de PF, la influencia de la sociedad y los padres de familia en esta actividad.

Resultados: más de 70% de los médicos refiere conocer la NOM 005 de PF. El 28.6% ve adolescentes en su consulta. 54-65% de los adolescentes preguntan sobre métodos de PF. El principal problema de la consejería fue que "los padres no permiten que se traten estos temas" (55.6%). La NOM 005 en el tema de anticoncepción para adolescentes "no es clara y necesita cambios" (47%). Finalmente, si la NOM 005 fuera más explícita en

este tópico "sería más fácil abordar estos temas" (47.4%) y "habría más libertad para que los adolescentes busquen consejería" (47.7%).

185. Síndrome de Klippel-Trenaunay asociado con linfangioma quístico esplénico y embarazo

Ibargüengoitia-Ochoa F, Lira-Plascencia J, Payen-Padilla J
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 22 años. Soltera. Diagnóstico del síndrome de K-T a los 3 años de edad. Inició de la vida sexual activa a los 17 años. Control de fertilidad con preservativo. Primigesta. En la semana 11 se realizó estudio de ultrasonido confirmando embarazo y encontrando neoformación heterogénea grande con componente quístico. En la semana 15 se efectuó estudio de resonancia el cual reportó asimetría de partes blandas, glúteo y muslo izquierdos con imágenes vasculares tortuosas relacionadas con malformación hemangiomatosa además de lesión multiquística de contorno lobular dependiente del bazo con dimensiones de 44 x 18 cm siendo la impresión diagnóstica de linfangioma esplénico gigante asociado al síndrome de K-T. Se presentó en nuestra institución cuando cursaba embarazo de 25 semanas de gestación. En la semana 26, con anestesia general y laparotomía abierta se efectuó esplenectomía; se obtuvo una pieza quirúrgica de 42 x 25 cm con peso de 5.5 kg. El estudio de anatomía patológica reportó un linfangioma cavernoso del bazo.

186. Melanoma maligno vulvar

Cortés-Martínez G, Río de la Loza-Jiménez F, Fragozo-Hernández M, Vázquez-Díaz Arriaga A
Institución Gineco Obstétrica y de Perinatología, Estado de México.

Caso clínico: paciente de 76 años, raza blanca, profesionista, viuda, con antecedente de melanosis generalizada e hipertensión arterial sistémica en control, resección de tumor en piel en región frontal. Citología cervical hace 1 año sin referir lesión vulvar, la cual la detecta de manera incidental por prurito y lesión pigmentada vulvar de tiempo no determinado. A la exploración física lesión pigmentada heterogénea con bordes irregulares, sin pliegues de 3.5 x 2.5 cm en región de clítoris, no se palpan adenopatías. Se realiza biopsia incisional la cual reporta melanoma maligno, motivo por el cual se realiza vulvectomía anterior y linfadenectomía bilateral, con diagnóstico en el reporte transoperatorio y definitivo de patología, melanoma maligno de la vulva, tumor con Breslow de 0.25 mm, con todos los bordes de sección y el lecho quirúrgico, libres de tumor, 9 ganglios linfáticos negativos. Se estadifica como melanoma vulvar etapa 1. Ocho meses después, sin evidencia de recurrencia, continúa en vigilancia con ultrasonido abdominal y radiografía de tórax normales.

Conclusiones: el melanoma vulvar es una enfermedad propia de mujeres de edad avanzada, presenta una mayor frecuencia entre mujeres de raza blanca. Los síntomas principales son el prurito y sangrando vulvar y una lesión pigmentada. La mayoría se localiza en labios mayores y clítoris. Se han empleado distintos sistemas de microestadificación entre los que destacan el sistema de Clark y Breslow para melanomas cutáneos y la clasificación de Chung para melanoma vulvar.

187. Recién nacido proveniente de madre con glaucoma congénito bilateral y padre con síndrome de Marfan

Cifrián-Pichardo MT

El síndrome de Marfan es una enfermedad sistémica del tejido conectivo, caracterizada por una combinación variable de manifestaciones cardiovasculares, músculo-esqueléticas, oftalmológicas y pulmonares.

El glaucoma diagnosticado en niños menores de 2 años de edad se clasifica en dos grupos: glaucoma infantil primario, que resulta de un desarrollo anormal aislado de las estructuras del ángulo de la cámara anterior, y el glaucoma infantil secundario, asociado con síndromes oculares o sistémicos y con cirugías por afaquia.

Caso clínico: paciente de 17 años, originaria y residente de la Ciudad de México, masoterapeuta, con escolaridad máxima de secundaria. Pareja: masculino de 17 años con síndrome de Marfan. Abuela materna con diabetes mellitus, tío materno con cáncer de esófago. Glaucoma congénito bilateral diagnóstico a los 7 años, lo operaron y tuvo mejoría leve de la visión. Hepatitis A a los 6 años de edad. Menarquia a los 10 años. Patrón menstrual: 30 x 3. Inicio de la vida sexual activa a los 15 años, dos parejas sexuales, sin embarazos previos y el actual en las 39 semanas, valorada por el servicio de genética de Instituto el día 26.05.2017 mencionando herencia del síndrome de Marfan de tipo autosómica dominante con riesgo de recurrencia en el hijo del 50%, y referente a glaucoma congénito de la mamá se comenta que en caso de ser origen genético todos los hijos presentarían riesgo de ser portadores de la enfermedad.

Resolución del caso: recién nacido masculino de 3366 g, talla 51 cm, apgar 8/9, Silverman de 1, capurro 39.2 sdg. Con limitación en la extensiones de miembro pélvico derecho y miembro torácico iz-

quierdo, con aracnodactilia. Sin lesiones oculares aparentes ni alteraciones cardíacas. Genética pendiente resultado.

188. Útero unicorn con cuerno rudimentario no comunicante izquierdo en paciente con infertilidad. Reporte de un caso

Flores-Villalobos MJ
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco, Mexico.

Caso clínico: paciente de 32 años de edad, que acudió a consulta por deseo de fertilidad desde hacía dos años, nuligesta, con ciclos menstruales regulares de 30 x 5 días y sin otros padecimientos relevantes. Se estableció el diagnóstico de infertilidad primaria y se inició el protocolo de estudio para determinar las causas e iniciar el tratamiento. La exploración física no aportó datos concluyentes: genitales externos acordes para la edad y género, sin alteraciones. Los exámenes sanguíneos generales se reportaron dentro de la normalidad, el perfil tiroideo también en rangos normales, lo mismo que el ovárico. Exudado vaginal normal. Análisis de semen de la pareja sin alteraciones. La histerosalpingografía reportó: útero unicorn derecho con cavidad normal y trompa permeable. El urograma excretor: riñón único derecho, con doble sistema colector.

Ante la premisa diagnóstica de malformación mülleriana, se realizó una laparotomía exploradora y, efectivamente, se encontró el útero unicorn derecho con cuerno rudimentario izquierdo, no comunicante, con múltiples focos endometriósicos en ambos ovarios y cavidad pélvica, obstrucción tubaria bilateral corroborada mediante prueba de permeabilidad tubárica con cromotubación. Se efectuó la cauterización de los focos endometriósicos y *drilling* ovárico.



Conclusiones: las malformaciones müllerianas son infrecuentes; el útero unicorn con cuerno rudimentario, representan la incidencia más baja y en este caso, la presentación más atípica, acompañado de un cuadro de complicaciones (endometriosis) que disminuyen aún más la tasa de éxito en la fertilidad de nuestra paciente, representando un reto muy importante ante el deseo de la paciente de ser madre.

189. Análisis del Informe conjunto de la Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) / Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) de la terminología de la disfunción del suelo pélvico. Informe del 2016

Cordero-Sánchez GY

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.

Antecedentes: actualmente no existe un documento que englobe todos los elementos requeridos para el diagnóstico de POP. Un reporte así requeriría de una extensa definición de los síntomas, signos, hallazgos clínicos, investigación del POP, imágenes asociadas, diagnósticos más comunes y tratamientos tanto quirúrgicos como conservadores. Este documento es un informe de consenso con un enfoque específico, basado en la clínica y que permite actualizar la terminología de la disfunción del suelo pélvico en la mujer.

Método: este informe aúna los Comités de Estandarización y Terminología de dos organizaciones internacionales, la International Urogynecological Association (IUGA) y la International Continence Society (ICS), ayudados por otros consultores externos. Se han elaborado las categorías clínicas principales y las subclasificaciones apropiadas para

ofrecer definiciones basadas en los diagnósticos más comunes. Se elaboró un extenso proceso de revisiones internas y externas para examinar cada definición exhaustivamente, tomando las decisiones por opinión colectiva (consenso).

Resultados: se elaboró un informe de terminología de la disfunción del suelo pélvico femenino, abarcando más de 230 definiciones separadas en comparación con las 250 que se habían publicado en el 2010, claridad y facilidad de uso han sido los objetivos clave para hacerlo interpretable por los médicos y residentes-estudiantes de los diferentes grupos de especialidades involucrados en las disfunciones del suelo pélvico. Terminología más específica. Estudios imágenes (ecografía, resonancia magnética). Tratamiento conservador, quirúrgico. Se incluyeron tres apéndices (conceptos y mediciones disponibles en espera de una mayor validación). La mayor aportación han sido las técnicas de imagen específicas femeninas (ecografía, radiología y RNM) mientras que se han incluido figuras apropiadas para suplementar y ayudar a clarificar el texto. Lo que se esperaba no es sólo la revisión en curso, sino que requerirá mantener el documento actualizado y lo más ampliamente aceptado posible.

Conclusión: se creó un informe de terminología basado en consenso sobre disfunción del suelo pélvico femenino con el objetivo de que sea una ayuda importante en la práctica clínica y un estímulo para la investigación.

190. Carcinoide apendicular en el embarazo. Reporte de un caso

Cordero-Sánchez GY, Velázquez-Castellanos PI, Rentería-Concesión B, García-Lezama RA, Carrillo-Núñez C, Vital-Miranda SN

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.

Caso clínico: paciente de 20 años de edad, Gesta IV, Para III con embarazo de 36.1 semanas y placenta previa total confirmado por ultrasonido. Ingresa al servicio de urgencias con sangrado transvaginal más trabajo de parto en fase activa. Pasa a la unidad Tocoquirúrgica realizándose cesárea sin complicaciones. Evolución tórpida, manifestando a las 48 horas datos clínicos y bioquímicos que integran diagnóstico de choque séptico, se realiza ultrasonido pélvico con datos sugestivos de deciduo-endometritis. Se reintervino para cirugía de control de daños con histerectomía total abdominal, salpingooforectomía izquierda y apendicetomía, ya que ésta última se encontraba eritematosa, con edema y friable al tacto. Permaneció tres días en unidad de cuidados intensivos, con evolución tendiente a la mejoría, egresándose a su domicilio sin complicaciones una semana después. Reporte histopatológico del apéndice con diagnóstico de carcinoide apendicular, localizado en el vértice, que infiltra hasta la serosa de la misma. Con los diagnósticos anteriores, se refiere al Hospital General de México para tratamiento complementario.

Conclusión: el carcinoide apendicular no tiene síntomas clínicos característicos, la mayoría de los casos son diagnosticados incidentalmente durante una cirugía. Su coexistencia con el embarazo hace el diagnóstico aun más difícil. Durante el primer trimestre el dolor abdominal y los síntomas digestivos suelen ser atribuidos al embarazo, por otra parte durante el segundo y tercer trimestre la examinación clínica abdominal es casi imposible.

191. Percreetismo placentario.**Reporte de caso**

Fernández del Campo A, Ramírez-Agonizante M

Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 42 años de edad, con antecedentes de 4 embarazos, 3 cesáreas, y el embarazo actual en las 37.6 semanas por amenorrea confiable, programada para cesárea en clínica privada, llevó control prenatal en la misma de embarazo aparentemente de evolución normal. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia. menarquia a los 13 años, ritmo 28 x 3, eumenorreica, inicio de vida sexual a los 21 años, 2 parejas sexuales. Ultrasonidos abdominales sin alteración. El día de su ingreso a la clínica se procede a interrupción abdominal encontrando invasión placentaria en segmento uterino y domo vesical, se procede a histerotomía Kerr con extracción de producto femenino que respira y llora al nacer, APGAR 8/9, se observa sangrado abundante con placenta acreta en su totalidad con infiltración vesical y parametrio derecho, se procede a histerectomía obstétrica, se diseca espacio vesicouterino hasta porción profunda de espacio de Okabayashi, se extrae pieza con sección de domo afectado se verifica hemostasia y se cierra laceración de vejiga, se cierra cavidad abdominal. Durante transoperatorio se maneja con expansores de volumen, bicarbonato, gluconato de calcio, dicinone, metilprednisolona, dopamina en infusión, efedrina, se transfunde 1 paquete globular (no se cuenta con banco de sangre), paciente grave que se traslada para tratamiento y tratamiento, signos vitales TA 50/30, FC 128x, FR 13x. Sangrado quirúrgico: 3500 cc EF: bajo sedación y analgesia con RASS de-5,

pupilas mióticas con poca respuesta, PAM de 43.3 con infusión de Norepinefrina, gasto urinario 20 cc en 3 h, acidosis metabólica moderada compensada, con presencia de hiperlactemia secundaria a hipoxia por hipovolemia grado IV. A su llegada al HGZ sin signos vitales.

Conclusión: la atención adecuada de las pacientes con acretismo placentario radica no en los medios disponibles sino en el diagnóstico oportuno con las herramientas universales al alcance del obstetra. El ultrasonido es el principal medio diagnóstico para esta entidad, sin embargo al ser operador dependiente cuenta con un sesgo importante en los resultados obtenidos, el tratamiento definitivo e ideal para estas pacientes debe brindarse en una unidad médica de tercer nivel.

192. Resultados perinatales en enfermedad renal crónica avanzada
Borbolla-Ramos M, Benítez-Castro K

Objetivo: comparar los resultados perinatales en mujeres embarazadas con enfermedad renal crónica (ERC) en etapa 4-5 tratadas con y sin hemodiálisis.

Material y Método: estudio de cohorte comparativa retrospectiva. Incluyó 42 mujeres con embarazo y ERC en estadio K/DOQI 4-5. Se integraron dos grupos y se subdividieron, a su vez, en dos subgrupos según la TFG calculada por depuración. Se describieron las semanas de ingreso al Instituto, comorbilidades, complicaciones maternas, fetales, laboratorios basales y finales; y se analizaron la semanas de resolución, peso al nacer, muerte neonatal, complicaciones neonatales e ingreso a terapia intensiva.

Resultados: las pacientes sin hemodiálisis en etapa K/DOQI 4-5 registraron

mayor ingreso a terapia intensiva (OR 0,22 IC95%: 0.57-0.87; p=0,026). Se encontró una tasa mayor de nacidos vivos 100% versus 67.9%; (OR: 0,68 con un IC95%: 0.53-0.89; p = 0.017) con edad gestacional promedio de 33.89 semanas y peso al nacer de 1820.71 g comparado con 29.74 SDG y 1548.68 g. El porcentaje de pacientes con hemodiálisis que alcanzaron una edad gestacional mayor a 34 semanas fue del 57,1% en comparación con 42.9% (OR de 0,75 con un IC95%: 0.4-1.34; p=0,38), neonatos con peso mayor a 1800 g en pacientes con tratamiento con OR 0.52 IC95%: 0.268-0.98; p=0.05.

Conclusión: las pacientes en tratamiento con hemodiálisis tuvieron mejores resultados perinatales incluyendo mayor peso al nacer, resoluciones más tardías y menor ingreso a terapia intensiva, al igual que menores complicaciones neonatales.

193. Embarazadas con VIH positivo en tratamiento antirretroviral: frecuencia de complicaciones obstétricas

Aboytes-Cardena I,
Hospital General, Nicolás San Juan Toluca, Estado de México.

Material y Método: estudio transversal, retrospectivo, observacional consistente en la revisión de 52 expedientes clínicos de embarazadas con VIH, en tratamiento antirretroviral atendidas en el Hospital General Nicolás San Juan en Toluca, Estado de México, del año 2012 a marzo del 2017. Se evaluó el inicio del tratamiento antirretroviral, carga viral al inicio y final de la gestación, y las complicaciones obstétricas. Se excluyeron las pacientes con expedientes incompletos para la variable estudiada, o bien, la resolución del embarazo se llevó en otro hospital.



Resultados: se incluyeron 35 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para este estudio. Con los datos de estas pacientes se realizaron todos los análisis. Todas las pacientes fueron tratadas con agentes antirretrovirales en diferente trimestre en el tiempo en que acudieron a su primera consulta de control prenatal. El 51.51% de las pacientes contaban con el diagnóstico de VIH previo al embarazo, que fue analizado con concentraciones de carga viral menores a 40 copias/mL. En la Figura 2 se muestran las pacientes que presentaron incremento (3.03%), no presentaron cambio (48.49%) y aquellas que presentaron decremento (48.49%).

Conclusiones: no existe diferencia en la presencia de complicaciones de acuerdo al tiempo en que se inició el tratamiento antirretroviral; no se puede comparar con un grupo control puesto que los embarazos de pacientes sanas no son sometidos a esta clase de tratamiento; sin embargo, los hallazgos reflejan un incremento en la frecuencia de estos padecimientos.

194. Gran mioma uterino: tratamiento prequirúrgico con embolización de arterias hipogástricas. Presentación de un caso
García-Pérez IF, Rivero-Corona J, Flores-Méndez VM, Hernández-Aldana FJ
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 44 años de edad, 5 embarazos, 5 partos, con diagnóstico de miomatosis uterina y que durante dos años tuvo alteraciones del ciclo menstrual con hiperpolimenorrea, aumento de peso, distensión abdominal, pirosis, sensación de plenitud, ashenia y dificultad respiratoria. EF: mal estado general, palidez de tegumentos y datos de dificultad

respiratoria, peso de 77 kg, tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 77 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto. Exploración abdominal con hallazgo de tumor abdominal ocupando toda la cavidad, móvil, de bordes definidos, consistencia dura, no fija a planos profundos, dolorosa a la movilización. Difícil delimitación a la palpación bimanual fondo abdominal de 45 cm.

Se efectuó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral el día 06.06.17 con hallazgos de tumor uterino que, en conjunto, medía 30 x 30 x 22 cm con peso 9800 g, la cual ejercía presión en el diafragma y la vejiga. Con sangrado total de 1300 cc. Evolución posoperatoria favorable con alta 6 días posteriores.

195. El debate legislativo sobre el ejercicio de la objeción de conciencia y despenalización del aborto en Chile

Montero-Vega A
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Objetivo: identificar y analizar los principales discursos presentes durante el debate parlamentario acerca del ejercicio de la objeción de conciencia (OC) y despenalización del aborto en Chile.

Material y Método: estudio cualitativo efectuado mediante búsqueda y análisis documental, desde el inicio de la tramitación del actual proyecto de ley, acontecida en enero del 2015, se identificaron en los documentos oficiales los textos vinculados con la OC, categorizando los principales discursos presentes en el debate durante las sesiones del Parlamento chileno.

Resultados: la versión inicial del proyecto considera el derecho

del médico a la OC, debiendo expresarla previamente por escrito al director del establecimiento. Establece el deber de derivación a otro profesional no objetor, cautelando que no sea un obstáculo en situaciones de interrupción inmediata e imposterizable. Estas consideraciones fueron conservadas por la Cámara de Diputados, agregándose en el Senado la imposibilidad de aplicarla frente al requerimiento de atención médica inmediata e imposterizable. Desde marzo del 2017, se están analizando y votando indicaciones vinculadas principalmente con: imposibilidad de objetar en conciencia por las instituciones; extensión al resto del personal que intervenga directa o indirectamente; obligación de asegurar la atención con equipo médico mínimo o proveedores externos; no discriminación del objetor.

196. Frecuencia de éxito y seguridad del balón de Bakri trans y poscesárea para el control de la hemorragia obstétrica

Villegas-Arias MA, Esparza-Valencia DM, Ling-García JP, Castro-Grespan S, Vizcarra-Ugalde SH, Salvador de la Maza L, Fernández-Lara JA
Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP., México.

Objetivo: determinar la frecuencia de éxito y seguridad del balón de Bakri transcesárea y postcesárea para el control de la hemorragia obstétrica.

Material y Método: estudio de cohorte ambispectivo que incluyó a mujeres que se les colocó balón de Bakri transcesárea y postcesárea como tratamiento conservador para control de la hemorragia obstétrica. El estudio fue de diciembre del 2012 a junio del 2016. Se consideró porcentaje de éxito si se producía cese inmediato del

sangrado y sin necesidad de otra estrategia para control de la hemorragia, seguridad le llamamos el no presentar complicaciones derivadas de la aplicación del Balón.

Resultados: hubo 19 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 8 en el grupo del balón de Bakri transcesárea (grupo 1), y 11 en el grupo postcesárea (grupo 2). Para el grupo 1, hubo una tasa de éxito del 87%, sin complicaciones descritas. La mediana de sangrado fue 1100 cc. Todas requirieron uterotónicos sin respuesta. La mediana del tiempo quirúrgico fue 110 minutos. Para el grupo 2 hubo una tasa de éxito del 63% y la mediana de sangrado fue de 1900cc, el 30% de las pacientes requirió otra intervención y retraso en el diagnóstico

Conclusiones: el balón de Bakri transcesárea tiene una eficacia y seguridad de 87% para el control de la Hemorragia postparto secundaria a sangrado del lecho placentario y a atonía uterina en nuestra serie. Por el contrario en las pacientes postcesárea solo hay efectividad del 63% tiene una alta tasa de falla, por lo que parece cuestionable su utilización en este grupo de pacientes.

197. Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso

Caballero-Carrillo SM, Adame-Alcaraz D, Ortega-Barrios S
Hospital General de Acapulco, Acapulco, Gro., México.

Caso clínico: paciente de 21 años de edad, originaria y residente de Las cruces, San Marcos, Guerrero, primaria incompleta, dedicada al hogar, casada, zoonosis positiva. Antecedentes patológicos: malformaciones congénitas, personales y familiares negados. No hay antecedentes de consanguinidad. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 14 años, ritmo: irre-

gular; FUM: 06/09/2017, IVSA: 15 años, PS: 1, MPF: ninguno, G:2 P:1 (G1 el 30.12.2012, vivo, sin alteraciones, peso 2700 gr, 40 SDG). Inició con amenorrea y síntomas neurovegetativos, prueba inmunológica de embarazo con resultado positivo. Control prenatal en su centro de salud en el primer trimestre de gestación, recibiendo 5 consultas, ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso, aplicación de toxoide tetánico a los 2 y 4 meses. La ecografía reportó escoliosis toracolumbar importante, abdomen con defecto de cierre de pared abdominal anterior, con protrusión de saco intestinal de 4.38 cm x 3.01 cm (onfalocele).

A la exploración física se encontró alerta, afebril, orientada, con adecuada coloración e hidratación de mucosas y tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas con cambios propios del embarazo, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, longitudinal, cefálico, dorso a la izquierda, con movimientos fetales presentes, FU 25 cm, con producto libre, al tacto vaginal cérvix con 1 cm de dilatación, 0% borramiento, posterior, firme, Valsalva y Tarnier +, con salida de líquido claro transvaginal. Ultrasonido obstétrico con columna vertebral con escoliosis de predominio dorsolumbar, silueta cardíaca expuesta al líquido amniótico en un 80%, placenta corporal grado II, líquido amniótico 26.1 cc, pared abdominal con defecto de cierre en su totalidad, con asas intestinales expuestas (intestino delgado y grueso), vesícula biliar, bazo e hígado, ambos riñones expuestos, no se observaron costillas, cara con defecto de labio y paladar superior. Posteriormente el día 08 de abril, con 30 semanas de gestación se solicita nuevo control ecográfico que reportó corazón ectópico, eventración de hígado,

vesícula biliar e intestinos, líquido amniótico con un índice de Phelan de 18 mm, placenta grado I de acuerdo a la escala de Grannum. Ante la presencia de datos clínicos de corioamnionitis (fiebre materna y fetidez), se decide interrumpir el embarazo por vía abdominal obteniéndose producto único vivo de género masculino, peso 1400 gr, talla 33 cm, Apgar 2/1, Silverman-Anderson no valorable, Capurro 32 semanas de gestación, a las 15:25 horas, con múltiples malformaciones congénitas complejas destacando: labio y paladar hendido bilateral, hemitórax derecho con hendidura esternal de 4 cm de longitud, con protrusión de corazón el cual muestra hipoplasia auricular derecha con ritmo y frecuencia normales. En cuanto a la pared abdominal, se aprecia onfalocele de 11 x 7 cm, que incluye hígado, vesícula biliar, intestino delgado y grueso y cordón umbilical. Anomalía a nivel de miembro pélvico, pie equinovaro. Por las múltiples malformaciones fallece una hora después.

Conclusión: además de evisceración de hígado, intestino delgado y grueso, bazo se le hizo diagnóstico prenatal. Es una entidad patológica muy rara, en la que son patentes una serie de hallazgos malformativos relacionados con un defecto de fusión a nivel de la línea media en diversas áreas del embrión que se producen en un estadio muy precoz del desarrollo.

198. Choque séptico en embarazo de término. Caso clínico

Moreno-Santillán A, De la Rosa M, Abrego-Solís ID
Unidad Médica de Alta Especialidad 4, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente primigesta de 29 años de edad, que acudió con embarazo de 42 semanas por fecha de la última menstruación y



con el antecedente de haber tenido, desde cinco días previos, salida de líquido transvaginal, así como ausencia de movimientos fetales de dos días de evolución. A su ingreso se encontró somnolienta, cianótica, diaforética, sin poder responder al interrogatorio dirigido. Los signos vitales a su ingreso fueron frecuencia cardíaca de 65 lpm, frecuencia respiratoria de 16 rpm, tensión arterial de 60/43 mmHg, temperatura de 36.3 C. Además, se documentó glucometría capilar 28 mg/dl y saturación de oxígeno de 74%. En la exploración obstétrica no se logró auscultar la frecuencia cardíaca fetal, ni se percibieron movimientos fetales, al tacto vaginal se encontró cervix central reblandecido con 8 cm de dilatación, 80% de borramiento y presencia de meconio espeso y fétido.

Dada la condición de extrema gravedad de la paciente se decidió su ingreso a quirófano, donde se le practicó histerectomía obstétrica en bloque, salpingooforectomía bilateral, cultivos de secreción purulenta, lavado de cavidad abdominal, empaquetamiento pélvico tipo Mikulicz y cierre temporal de pared abdominal con bolsa de Bogotá.

La paciente reingresó a la UCI, donde se continuó el tratamiento médico previamente establecido y se añadió apoyo mecánico ventilatorio con *peep* 7, *FiO2* 50, *FR* 18, *IK* de 128, saturando 95%, gasométricamente con *pO2* 64, *pCO2* 36, con midazolam a dosis 0.26 mg/kg/h, norepinefrina a dosis de 1 mcg/kg/min, dobutamina a dosis de 2.4 mcg/kg/min. Dos días después se realizó desempaquetamiento y lavado abdominal con 28 litros de solución fisiológica. Después de su reingreso a la UCI la paciente continuó con hipotensión y temperatura de 39°C, por lo que se continuó con uso de aminas a dosis altas y se añadió amikacina 500mg IV cada

12 horas al esquema antibiótico previo. Un día después la paciente presentó piel marmórea en palpas y plantas, equimosis en extremidades inferiores y en región torácica y llenado capilar 3 segundos.

198. Síndrome nefrótico asociado con preeclampsia: es factible y posible

Ábrego-Solís ID, Álvarez-Cabrera MC, Caldiño-Soto F, García-Espinosa M

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Acudió a valoración con embarazo de 32 semanas, con hipomotilidad fetal acompañada de cefalea holocraneal de moderada intensidad, y edema de miembros pélvicos y superiores de dos semanas de evolución. Se agregó edema bipalpebral dos días antes. Un día después del ingreso al hospital cumplió los criterios para hipertensión gestacional por tensión arterial de 140/90 mmHg sin ameritar tratamiento antihipertensivo.

El Doppler de las arterias uterinas fue inferior a P95 y laboratorios en parámetros normales. Factores angiogénicos sFLT1 23262/ PIGF 41.3 con un cociente de 563.2, anasarca. Se estableció el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad por proteinuria, con edema generalizado, y factores angiogénicos alterados, motivo por el que ingresó a la unidad de cuidados intensivos.

Se inició tratamiento intensivo y 24 horas después, ultrasonido de control evidencia oligohidramnios con pool único de 34 cm, motivo por el cual se programa para interrupción vía abdominal de la gestación, con los siguientes hallazgos: recién

nacido femenino con peso 1465 g, talla. 41 cm, *apgar* 8/9, Capurro 31 semanas, líquido amniótico claro escaso, placenta pequeña, calcificada, ascitis 1500 cc, se dejó *penrose* en tejido celular subcutáneo, sangrado: 300 cc *uresis*: 100 cc. Durante el puerperio la evolución de la paciente fue satisfactoria; la presión arterial retornó a la normalidad sin ameritar de antihipertensivos, hubo disminución significativa de la proteinuria desde las primeras horas del puerperio.

Conclusión: la preeclampsia se puede manifestar con proteinuria en rango nefrótico, lo cual se asocia con un incremento de la repercusión de múltiples órganos y sistemas y los riñones no están exentos de esos cambios. El crecimiento de un útero grávido y el desequilibrio normal producido durante la gestación actúan en las diferentes funciones renales y crean alteraciones en el riñón o agravan la función de un riñón previamente dañado.

199. Síndrome antifosfolípido y preeclampsia atípica: reporte de un caso

Madrigal-García I, Varela-Ortiz S, Caamal-Velázquez ME, Torres-Maldonado TJ

Hospital Regional PEMEX Salamanca, Guanajuato, México.

Caso clínico: paciente de 43 años de edad gesta 6, aborto 4, cesárea 1, curso con embarazo de embarazo de 39.5 semanas de gestación por fecha de última menstruación del 24/10/16, atendido como alto riesgo por síndrome anti fosfolípidos en tratamiento con aspirina y heparina de bajo peso molecular desde el primer trimestre, edad materna de riesgo, hipotiroidismo subclínica, cuenta con los siguientes antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 14 años, ciclos menstruales 28 x 5-6 días ,

inicio de vida sexual activa a los 29 años, con 1 pareja sexual sin circuncisión, niega método de planificación familiar, Papanicolaou 2016: negativo a cáncer, gesta 6, aborto 4 cesárea 1. Acude al servicio de urgencias por epigastalgia, cifras tensionales normales 120/76 mmHg, se realizan laboratorios de control los cuales reportan hemoglobina 14.5, hematocrito 42.6, leucocitos 7., plaquetas 100 mil, glucosa 79, urea 12.8, creatinina: 0.33 ácido úrico de 3.4, transaminasa Glutámico oxalacética 102, transaminasa glutámico pirúvica 145, deshidrogenasa láctica 191, fosfatasa alcalina 121, bilirrubina total 1.23, bilirrubina directa 0.34, bilirrubina indirecta 0.89, proteínas totales 6.1, albumina 3.5, examen general de orina con proteinuria de 25 mg/dL, tiempo de protrombina 13.2, tiempo de tromboplastina activado 33.2 segundos, por la clínica y los laboratorios alterados se decide ingreso a terapia intensiva con diagnóstico de preeclampsia atípica severa, se decide resolución del embarazo vía abdominal sin complicaciones, y se continua con doble antihipertensiva así como anticoagulante en el puerperio.

Conclusión: el síndrome antifosfolipídico es una enfermedad que en la medida de lo posible debe llevar un asesoramiento preconcepcional y programar los cuidados oportunos e informar a la paciente sobre las complicaciones maternas y fetales, una de las complicaciones es la preeclampsia en el caso de esta paciente fue atípica con datos de severidad por lo que el tratamiento de la paciente va dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad, así como la estabilización hemodinámica, seguida de la interrupción del embarazo.

200. Placenta acreta a las 15 semanas y tratamiento con histerectomía en bloque. Caso clínico

Castillo-Reyther RA, Enríquez-López R, Esparza-Valencia DM, Castro-Grespan S

Hospital Central Ignacio Morones Prieto.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad, antecedentes de tres embarazos y dos cesáreas. El tercer embarazo transcurre las 15.6 semanas, sin antecedentes crónicos aparentes. Tiene antecedente de tres internamientos previos por sangrado transvaginal y anemia a un centro de segundo nivel de atención médica, en donde se encuentra en una ecografía limitada datos sugestivos de acretismo placentario. Al ingreso con sangrado escaso transvaginal, sin evidencia de actividad uterina, hemodinámicamente estable, con hemoglobina de 10 g. El ultrasonido encontró una placenta previa total, con gran laguna placentaria, que ocupaba el centro de la placenta. En su interior había flujo turbulento. Se evidenció abundante vascularización de la zona ístmico corporal con pérdida de la interfase placento miometrial, datos altamente sugerentes de acretismo. Además, hematoma subcorial anterior desde borde superior de placenta hasta fondo, longitud cervical de 29mm; durante su vigilancia presenta ruptura prematura de membranas, además de sangrado transvaginal abundante por lo que se realiza laparotomía exploradora de urgencia, en donde se realiza histerectomía subtotal con preservación de anexos, sangrado total de 600 ml, se transfundió 1 paquete globular con hemoglobina de control de 9.7g. El reporte de histopatológico demostró datos de placenta acreta.

Conclusiones: el acretismo placentario es un padecimiento con alta morbilidad y mortalidad materna, su incidencia ha aumentado a la par con el aumento de la tasa de operación cesárea, y la presencia

de esta patología dentro de las variantes del aborto durante el primer y segundo trimestre, es algo nuevo que genera las mismas complicaciones que durante el tercer trimestre. El diagnóstico prenatal es de vital importancia para planificar un tratamiento multidisciplinario y evitar complicaciones fatales como hemorragia masiva y muerte materna.

200. Embarazo ectópico intersticial: reporte de un caso

Esparza-Valencia DM, Enríquez-López R, Castro-Grespan S, Rendón-Hernández E

División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Ignacio Morones Prieto.

Caso clínico: paciente de 39 años, con tres embarazos, dos abortos previos, amenorrea de 13.3 semanas de gestación; sin antecedentes crónicos relevantes. Acudió a urgencias por dolor abdominal cólico en el hipogastrio, de intensidad moderada, sangrado transvaginal escaso, no activo, con prueba de embarazo positivo y sin evidencia de embarazo intrauterino en una ecografía limitada.

De los estudios de laboratorio destacó la cuantificación de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana de 32600 mui. El ultrasonido endovaginal encontró una masa hipoecoica de parénquima, heterogénea, de 92 x 53 x 69 mm, volumen 181 cm³ situada adyacente al útero entre éste y la vejiga, con flujo de predominio periférico a la aplicación Doppler color. No hubo evidencia de saco gestacional ni esbozo embrionario. Ante estos hallazgos y datos de abdomen agudo se decide pasar a Laparotomía Exploradora encontrando embarazo ectópico intersticial izquierdo con afección transmural sin posibilidades de preservar el útero por



lo que se realiza histerectomía total abdominal y salpingooforectomía izquierda, sangrado transquirúrgico de 250 mL. El reporte histopatológico confirma el diagnóstico como un embarazo de tipo intersticial con involucro de la pared uterina y endometrio.

Conclusiones: el embarazo ectópico de localización intersticial es poco frecuente con dificultades en la sospecha clínica, que puede tener consecuencias devastadoras; por lo que la clave en el diagnóstico está en la búsqueda de factores de riesgo y apoyo en métodos de imagen como la ecografía endovaginal. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico dependiendo de las condiciones de cada caso en particular.

201. Concordancia del PadTest con el índice de Sandvick para valorar la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Carrillo-Núñez C, Velázquez-Castellanos PI, Godoy-Rodríguez N *Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.*

Objetivo: determinar la concordancia del PadTest con el Índice de Sandvick para valorar la severidad de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en pacientes de Uroginecología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, Jalisco.

Material y Método: estudio observacional, analítico, correlacional. Se incluyeron pacientes mujeres con IUE, mayores de 18 años. Se excluyeron pacientes con incontinencia urinaria mixta o con cirugía antiincontinencia previa. Se obtuvieron antecedentes gineco-obstétricos. Se les aplicó el índice de Sandvick y PadTest a todas. Se realizó análisis descriptivo e inferencial. Se utilizó índice de concordancia Kappa para correlación entre grados de severidad.

Resultados: se obtuvieron 33 pacientes con IUE, una edad promedio de 52 años (DS $\pm$ 10), número promedio de 4 gestas. El 75.6% tenían prolapso de pared vaginal anterior. Por el PadTest se clasifica 39% IUE leve, 48.8% moderada y 12.2% severa. Mientras que con el índice de Sandvick el 68.3% con IUE severa, el 22% moderada y el 9.8% leve. Se aplican a ambas pruebas el índice de KAPPA, prueba de McNemar y ji al cuadrado corregida de Yates obteniendo una diferencia real con una $p < 0.001$; por lo tanto, la relación no fue lineal. Así las pacientes al ser evaluadas con Sandvick se clasificaron con mayor severidad que en lo representado por las pérdidas urinarias en el peso de la toalla.

Conclusión: no se encontró una relación lineal del peso de la toalla con el Índice de Sandvick para valorar severidad. Establecer el PadTest como herramienta de clasificación diagnóstica permitirá a la paciente el beneficio de tratamientos menos invasivos en comparación con el índice de Sandvick.

202. Neoplasia gigante de cola de páncreas durante el embarazo. Reporte de un caso

Orduña-Rosas VG, Arellano-Cornejo KJ, Moreno-Urbe MN *Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, Ciudad de México.*

Caso clínico: paciente de 31 años de edad, que acudió a valoración por dolor en hipogastrio transfixivo, 7/10 puntos en escala análoga, de 3 semanas de evolución, actualmente con embarazo de 28 semanas de gestación. Sin alteración en parámetros bioquímicos. En la resonancia magnética se observó, a nivel de la cola del páncreas, una lesión quística de contenido líquido homogéneo,

con septos finos en su interior, con pseudopared que perdía la interfase hacia el parénquima.

Conclusión: el segundo trimestre del embarazo sigue siendo el momento más favorable para la intervención quirúrgica. El conocimiento de los tumores pancreáticos durante el embarazo se limita a pequeños estudios e informes de casos; por lo tanto, es indispensable su reporte y conocimiento para diagnóstico y tratamiento óptimos.

203. Incidencia de heterocigocidad y homocigocidad en pacientes con trombofilias hereditarias y pérdida gestacional recurrente. Panorama a 10 años.

Flores-Alatraste D, Stern-Colin J *Hospital Juárez de México, Ciudad de México.*

Objetivo: obtener la incidencia de pacientes heterocigotos y homocigotos para cada una de las siguientes alteraciones genéticas, relacionadas directamente a trombofilias hereditarias: G1619A, H1299R (R2), C677T, A1298C, G20210A, V34L, 455G>A, 4G/5G y a/b(L33P).

Material y Método: estudio retrospectivo, lineal y descriptivo donde se revisaron 189 expedientes de la Clínica de Reproducción IMMUNOREP desde enero 2007 a diciembre 2017. Se incluyeron pacientes con el diagnóstico de PGR y de trombofilia hereditaria, que contaran con un panel laboratorial para trombofilias.

Resultados: la alteración del gen 4G/5G, el cual codifica para el inhibidor del activador del plasminógeno, fue de 63.4% y 22.4% para heterocigotos y homocigotos respectivamente. Esta anomalía se encontró presente en el 85.8% del total de la población estudiada.

Conclusiones: el valor clínico del estudio de la homocigocidad o heterocigocidad de estos pacien-

tes radica en que los individuos homocigotos presentaran una enfermedad muy severa, mientras que los individuos heterocigotos la presentaran en una forma más tardía y más leve, dependiendo del número y gravedad de alteraciones que se presenten en los genes específicos. Por lo que se debe individualizar cada uno de los tratamientos que recibirán estos pacientes.

203. Porcentaje de presentación de infección por VPH en población rural

Flores-Alatríste D, Flores-Navarro H, Stern-Colin J
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: obtener estadísticas claras sobre la proporción de IVPH en una población rural, así como la frecuencia de factores de riesgo.
Material y Método: se realizaron especuloscopías con ácido acético al 5% en 214 pacientes de 3 diferentes comunidades en extrema pobreza de Chiapas. Se verificó presencia de lesiones acetoblancas sugerentes de IVPH, además de realizar una historia clínica para obtener la incidencia de factores de riesgo.

Resultados: los límites de edad de esta población fueron 19 y 78 años, con una media de edad de 38.4 años. El 31% (66) presentó lesiones acetoblancas al momento de la especuloscopia. El 20.5% (44) de las pacientes tuvieron antecedente de una especuloscopia previa con lesiones acetoblancas, de estas 36 habían recibido tratamiento previo.

Conclusiones: la IVPH se encuentra una proporción del 31% dentro de la población en estudio, sin embargo por las condiciones sociales de estas pacientes es difícil que tengan acceso a métodos diagnósticos y atención médica oportuna, haciéndolos más susceptibles a desarrollar complicaciones. Pruebas

diagnósticas como la visualización simple con ácido acético son ideales para poblaciones como esta.

203. Sarcomas uterinos: incidencia, factores demográficos y características histopatológicas

Flores-Alatríste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jiménez-Villanueva X
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: reportar los factores demográficos, la incidencia y las características histopatológicas en los pacientes con SU durante el período de Enero 2012 a Diciembre 2016.

Material y Método: estudio descriptivo, lineal, retrospectivo que incluyó 28 pacientes con el diagnóstico de SU en el período comprendido de enero 2012 a diciembre 2016. Donde se analizaron diversas variables, como estirpe histológica, grado de diferenciación, tamaño tumoral, edad de presentación, estadio clínico entre otras.

Resultados: se analizaron 28 pacientes con el diagnóstico de SU, con un rango de edad de presentación de 26 a 80 años, con una media de 48 años. De los 28 pacientes estudiados 10 pacientes presentaron Leiomioma, 10 Carcinosarcoma, 8 Sarcomas del estroma endometrial. Cabe destacar que el 62% de las pacientes no contaron con un abordaje oncológico primario, si no que fueron protocolizadas por sangrados uterinos secundarios principalmente a miomas.

Conclusiones: debido a la rareza de esta patología es difícil precisar con exactitud la incidencia exacta de presentación, por otro lado existe una falta de consenso en cuanto a los mejores algoritmos para tratamiento. En este estudio los porcentajes de presentación respecto

a la estirpe histológica difirieron al poner al Leiomioma en primer lugar. Cabe resaltar la importancia de una adecuada protocolización de esta patología con respecto a las enfermedades benignas.

203. Cáncer cervicouterino in situ. Prevalencia y factores de riesgo asociados

Flores-Alatríste JD, Adame-Caballero JE, Castañeda-Luna CG, Jimenez-Villanueva X
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Objetivo: describir el porcentaje de presentación del CaCu In situ respecto al carcinoma invasor, así como describir los factores de riesgo asociados en esta población.

Material y Método: estudio descriptivo, lineal, retrospectivo comprendido entre los meses de enero 2012 a diciembre 2016, donde se registraron 741 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Se realizaron análisis para diversas variables como edad, tabaquismo, inicio de vida sexual, gestas, numero de citologías cervicales previas entre otras.

Resultados: de los 741 pacientes incluidos en el estudio 661, es decir el 89.3%, tuvieron cáncer cervicouterino invasor, mientras que 10.7% (80) resultaron con diagnóstico de cáncer cervicouterino in situ, con un rango de edad de presentación de 24-81 años, con una media de 47 años. El 34% de estas presentaban hábito tabáquico importante. La edad media de inicio de vida sexual fue 21.3 años, mientras que 36% de ellas nunca se habían realizado citología cervical. El 52% de estas pacientes fueron tratadas con Histerectomía extrafascial, al momento de este estudio ninguna paciente había presentado recurrencia.

Conclusiones: el cáncer cervicouterino in situ representa el estadio



mas temprano de esta entidad patológica con tasas de curación cercanas al 100%, y con recurrencias casi nulas, por lo que es importante captar a las pacientes en esta situación clínica. La falta de acceso a servicios de salud y la desinformación hacen difícil encontrar a los pacientes en este estadio.

204. Enfermedad trofoblástica gestacional de tipo epiteloide. Caso clínico

Núñez-Alonso MA, Navarro E, Adorno R, Núñez M, Battaglia V
Hospital Central Dr. Emilio Cubas, Instituto de Previsión Social, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Asunción, Paraguay.

Caso clínico: paciente de 27 años, acude a la urgencia por dolor de tipo puntada en fosa iliaca derecha de una semana de evolución que se intensifica 24 h antes del ingreso, sumándose al cuadro sangrado vaginal en moderada cantidad. Al examen físico genital (especuloscopia), se constata tumoración irregular en cérvix de 2 cm aproximadamente friable y sangrante, se toma biopsia + LEC, la ecografía transvaginal informa en anexo derecho imagen para ovárica de 48 x 38 mm que podría corresponder quiste hemorrágico derecho con proyección a fondo de saco de Douglas, resultado laboratorial informa BHCG positivo, se le realiza una laparotomía exploradora (salpinguectomía derecha) cuyo hallazgo operatoria fue tumoración en anexo derecho de aproximadamente 5 cm de diámetro adherido a trompa, ligamento ancho y borde de ovario envuelto por proceso inflamatorio (plastron) Diagnóstico post operatorio: embarazo ectópico complicado. Al mes de la cirugía acude con resultado de anatomía patológica Biopsia de cuello uterino: Tumoración de cérvix uterino:

proliferación neoplásica epitelial infiltrando mucosa del cuello uterino. Las células tumorales presentan marcada atipia y pleomorfismo nuclear con numerosas mitosis.

Conclusión: como este padecimiento es poco frecuente, y en la bibliografía existe poca evidencia para su tratamiento, es importante establecer una estrategia de tratamiento individualizada a cada paciente, de forma multidisciplinaria entre ginecólogos, patólogos, y oncólogos. Además realizar el diagnóstico precoz de esta patología, ya que la cirugía indicada en el momento correcto aumenta considerablemente la oportunidad de cura en estas pacientes quimio resistentes.

204. Embolización de la arteria uterina en mioma submucoso tipo 0. A propósito de un caso

Barrientos B, Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Adorno R, Núñez M, Battaglia V
Hospital Central Dr. Emilio Cubas, Instituto de Previsión Social, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Asunción, Paraguay.

Caso clínico: paciente de 25 años, nuligesta, con miomas uterinos sintomáticos, con anemia severa ferropénica, secundaria a hipermenorrea. Además, dismenorrea, con antecedente de internaciones previas. La evaluación por ecografía ginecológica transvaginal informa útero aumentado de tamaño de 115 x 82 x 108 mm con múltiples imágenes en fondo y cara anterior la de mayor diámetro 75 x 55 mm submucoso que desplaza línea endometrial, la resonancia magnética (RM) de pelvis mostró un útero de grandes dimensiones 107 x 84 x 117 mm, cavidad endometrial ocupada por masa de 87 x 71 x 87 mm estimado en volumen de 290 gramos, pudiendo tratarse de un mioma submucoso gigante

dependiente del borde izquierdo.

Conclusión: la bibliografía señala que la embolización de arterias uterina es una excelente alternativa a los tratamientos clásicos y una opción terapéutica para las pacientes portadoras de miomas uterinos sintomáticos, presentando alto éxito técnico y seguridad. Sería de primera elección en las pacientes que desean conservar el útero, con anemia y afectación del estado general. En el caso expuesto, se obtuvo una respuesta óptima al tratamiento planteado, ya que la paciente presento remisión completa de los síntomas, mejor calidad de vida y pronta reinserción a sus actividades cotidianas.

204. Accidente cerebrovascular hemorrágico más embarazo. A propósito de un caso

Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Barrientos B, Correa M, Navarro E, Adorno R, Núñez M, Sosa Rogelio, Battaglia V
Hospital Central Dr. Emilio Cubas, Instituto de Previsión Social, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Asunción, Paraguay.

Caso clínico: paciente de 36 años de edad, nulípara, con cesárea previa, en las 22 semanas de embarazo, por fecha de la última menstruación, sin antecedentes patológicos personales. Ingresó por cefalea y vómitos. Cuadro de 72 horas de evolución de cefalea intensa holocraneana acompañada de náuseas y vómitos de contenido líquido en varias oportunidades, además de visión borrosa, en la urgencia se comprueban cifras tensionales elevadas. Fue medicada con al-fametildopa y antieméticos. Tuvo un episodio de síncope, acompañado de palidez y sudoración profusa, se realiza tomografía computada (TC) de cráneo simple constatándose accidente cerebro

vascular (ACV) hemorrágico de hemisferio cerebeloso izquierdo, compresión del cuarto ventrículo, de aproximadamente 26 mm. No Hidrocefalia. Glasgow 15/15 sin déficit motor. Se toman medidas de cerebro agudo, se repite TC en 24 horas, manitol 200 cc cada 4 horas. En la TC de control se aprecia mejoría relativa que la anterior.

Conclusiones: las complicaciones neurológicas del embarazo suelen ser graves pero con evolución benigna si se benefician con un tratamiento multidisciplinario en un centro de tercer nivel. Algunas de estas complicaciones son más desfavorables y pueden poner en peligro el pronóstico vital de la madre y el feto. Es por eso que deben ser detectadas tempranamente y tratadas en tiempo. En consecuencia, ciertas terapéuticas deben ser interrumpidas y otras adaptadas.

204. Embarazo ectópico abdominal. A propósito de un caso

Núñez-Alonso MA, Martínez A, Burgos S, Barrientos B, Adorno R, Núñez M, Sosa R, Battaglia V
Hospital Central Dr. Emilio Cubas, Instituto de Previsión Social, servicio de Ginecología y Obstetricia, Asunción, Paraguay.

Caso clínico: paciente de 22 años, trae resultado de ecografía se ingresó al servicio con diagnóstico de nulípara gestante de 23 semanas con malformación fetal múltiple y oligomanios severo; sin patología de base conocida. Durante su internación se realiza ecografía morfológica que informa: feto único de localización extrauterina con vitalidad conservada. Polo cefálico se encuentra en zona infrahepática, peso estimado de 467 gramos, placenta en zona suprafúndica y pegado a la pared uterina, no se visualiza la línea anecoica retroplacentaria en toda su extensión, líquido anmniótico no se visualiza

bolsón libre, feto en posición de iniencefalia extrema, con xifoescoliosis contactando la región dorsal con la pélvica, no se observa cámara gástrica, se observa vejiga, útero de aspecto normal. Diagnóstico posoperatorio: embarazo ectópico abdominal secundario.

205. Expresión de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en el testículo

Godoy-Morales HS, Sandoval-García-Travesí FA

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: demostrar la existencia de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en TESE en muestras humanas de parejas infértiles. Determinar la localización de la expresión y su correlación con el diagnóstico de patología.

Métodos: las biopsias testiculares fueron obtenidas por TESE, con diagnóstico previo de azoospermia, las causas genéticas fueron excluidas. La expresión de la familia de las claudinas se evaluó mediante inmunohistoquímica en colaboración con la UNAM. Se dividió la muestra en dos grupos (con células germinales y sin células germinales) para detectar la expresión de la familia de las claudinas en el estroma y los túbulos.

Resultados: se estudiaron 20 biopsias de testículos con diagnóstico previo de azoospermia; Se dividieron en dos grupos: grupo 1: 7 pacientes con azoospermia y grupo 2: 13 con espermatogénesis, el análisis inmunohistoquímico de las biopsias se realizó con anticuerpos monoclonales y policlonales reactivos a claudinas 1,3,4 y 6. Los resultados mostraron que la claudina 1 se expresa nuclear en células de Sertoli, y es positiva en células espermáticas en el grupo 2. La claudina 3 tuvo marca nuclear positiva en las células de Sertoli y células germinales.

Conclusiones: la familia de las claudinas se expresa positiva en las células espermáticas humanas, en específico la claudina 1, esta es la primera descripción de su hallazgo descrito en la literatura. Se encuentra en proceso en este momento un estudio prospectivo evaluando los resultados reproductivos en pacientes donde esta proteína se encuentra positiva en el líquido seminal humano.

205. Expresión de la familia de las claudinas 1,3,4 y 6 en las biopsias testiculares; un comportamiento dinámico de la espermatogénesis en pacientes con infertilidad

Sandoval-García-Travesí FA

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Objetivos: demostrar la presencia de la familia de las claudinas en el TESE de biopsias testiculares humanas de parejas infértiles.

Métodos: las biopsias testiculares fueron obtenidas por TESE, con diagnóstico previo de azoospermia, las causas genéticas fueron excluidas. La expresión de la familia de las claudinas se evaluó mediante inmunohistoquímica. La evaluación de la expresión se dividió en dos grupos (con las células germinales y sin células germinales) para evaluar la expresión de la familia de las claudinas en el estroma y túbulos realizados por el servicio de patología.

Resultados: se analizaron 41 biopsias de las cuales contaron con los criterios de inclusión veinte biopsias de testículos de parejas con infertilidad en TESE; Dividiéndose en dos grupos: Grupo 1: 7 pacientes con azoospermia y grupo 2: 13 con la presencia de la espermatogénesis, el análisis inmunohistoquímico de las biopsias fue realizado con anticuerpos monoclonales y policlonales reactivos a claudinas 1,3,4 y 6. Los resultados



mostraron que la expresión de Claudina 1 fue nuclear en las células de Sertoli y positivo en células espermáticas.

Conclusiones: la biopsia testicular es un elemento diagnóstico para pacientes con infertilidad, la presencia las proteínas de unión celular (familia de las claudinas) nos orienta a que existe una interacción entre la célula germinal y célula de Sertoli en el proceso de maduración. Esta interacción implica la presencia de: claudina 3 y 4 en las células de Sertoli y Leydig en la barrera hematotesticular como traducción de una integridad de la misma, y en los espermatozoides solo se identificó la claudina 1 en estadios haploides. La claudina 6 fue negativa ya que se asocia a procesos oncológicos testiculares que ninguno de nuestros pacientes presentó. Las uniones celulares estrechas modifican la membrana de los espermatozoides durante su proceso de maduración en el túbulo seminal interactuando dinámicamente y cambiando la expresión proteica dejando abierta una línea de investigación de segundos mensajeros de transcripción nuclear.

205. Resultados de FIV-ICSI en TESE

Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázares-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés-Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiburu GIA, Mera-Mejía R
Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: evaluar la eficacia de TESE en un programa de FIV mediante ICSI en varones con azoospermia.

Material y Método: estudio descriptivo, retroprolectivo de TESE en varones con diagnóstico de azoospermia que van a FIV en ART

(*Advanced Research and Treatment*) Reproducción del Hospital Ángeles del Pedregal del periodo de enero del 2010 a julio del 2016.

Resultados: durante el periodo de estudio se incluyeron a 37 pacientes. Se realizó ICSI al 40% (n= 15), el 86% (n = 13) tuvo desarrollo embrionario y 13% (n= 2) no lo tuvieron. Presentó embarazo el 61% (n = 8) de las parejas, los resultados se muestran en la tabla 1. No se realizó ICSI al 60% (n = 22) de las muestras por TESE, los motivos se resumen en la tabla 2. El 54% (n=20) de las biopsias se enviaron a patología, presentando alteraciones histológicas el 35% (n = 7), siendo el Síndrome de solo células de Sertoli el más frecuente con 25% (n = 5), le sigue la hialinosis tubular en 5% (n = 1) y el arresto en la maduración 5% (n = 1).

Conclusiones: la FIV mediante ICSI por TESE es una alternativa adecuada en parejas con factor masculino alterado por azoospermia que buscan embarazo.

205. Histología de la biopsia testicular en varones con azoospermia

Godoy-Morales HS, Sandoval-Travesí FA, Cázares-Pérez K, Gutiérrez-Frusch JA, Avilés-Durán JC, Estrada-Maldonado MA, Mendiburu GIA

Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Objetivo: identificar los resultados histológicos obtenidos en las biopsias testiculares realizadas en varones con diagnóstico de infertilidad secundaria a azoospermia.

Material y Método: estudio descriptivo, retroprolectivo de las biopsias testiculares realizadas en varones con diagnóstico de azoospermia en la unidad de Reproducción del Hospital Ángeles del Pedregal del periodo de Enero del 2010 a Julio del 2016.

Resultados: se incluyeron un total de 37 pacientes. El 54% (n=20) de las biopsias se enviaron a patología, se resumen resultados histológicos en tabla 1. La media de edad de los pacientes fue de 38 años. Los diagnósticos principales por lo que se indicó la biopsia testicular se describen en la tabla 2. No se reportaron complicaciones en el seguimiento postquirúrgico.

Conclusiones: la histología testicular nos permite un diagnóstico certero de la etiología de la azoospermia para proponer un tratamiento individualizado. Nuestro estudio muestra que el Síndrome de células de solo Sertoli fue la causa más común de azoospermia en pacientes sin antecedente de vasectomía.

205. Hígado graso agudo del embarazo asociado a preeclampsia con datos de severidad. Reporte de un caso.

Vargas-Luna L, Sandoval-García-Travesí FA, Coral-López V
Unidad Médica de Alta Especialidad. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Caso clínico: paciente de 17 años, primigesta, con embarazo de 36.1 semanas, por fecha de la última menstruación y cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizado por malestar general, náusea, vómito, perfil bioquímico y sintomatología compatible con hígado graso agudo del embarazo, cumpliendo con >6 ítems de los criterios de Swansea para su diagnóstico (sensibilidad de 57%, con especificidad del 100%). Además de un ultrasonido que revela restricción del crecimiento intrauterino tardío y registro cardiotocográfico categoría III. Debido a lo antes comentado, se decide interrupción de la gestación por vía abdominal de forma urgente.

Conclusión: el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta entidad, junto con la activación del equipo multidisciplinario a través del "código 100" en una unidad de tercer nivel se ve reflejado directamente sobre la morbilidad del binomio.

206. Malformación adenomatoides quística: regresión en la vida fetal

Rodríguez-Sibaja MJ, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Ramírez-Calvo JA, Velázquez-Torres B

Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México.

Material y Método: revisión de todos los casos con diagnóstico prenatal de MAQ que presentaron regresión ultrasonográfica parcial (disminución igual o mayor al 50% respecto a la medición inicial) o completa en el departamento de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en el periodo de 1995-2017.

En cada caso se realizó una evaluación ultrasonográfica inicial en la que se realizó el diagnóstico y clasificación de MAQ, realizándose posteriormente otras evaluaciones de seguimiento. La resolución del embarazo y atención del recién nacido se realizaron también en esta Institución.

Resultados: se identificaron nueve casos con diagnóstico prenatal de MAQ que presentaron regresión ultrasonográfica, cinco correspondieron a regresión completa y cuatro a regresión parcial. La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 24.5 SDG. El 66.6% de los casos tuvo al menos cuatro evaluaciones.

La mayoría de las lesiones se localizaron en el hemitórax derecho (55.5%), de acuerdo a la clasificación de Stocker el mayor

porcentaje correspondió al tipo 3 (55.5%).

Conclusiones: la MAQ es una anomalía congénita pulmonar poco común que puede ser diagnosticada de manera precisa mediante ultrasonido prenatal y manejada generalmente de manera expectante con un buen pronóstico, pudiéndose observar regresión hasta en un tercio de los casos.

207. Rotura prematura de membranas: caracterización de pacientes y complicaciones asociadas. Experiencia de 125 casos

Maisto A, Araya M, Gálvez F, Barrientos J

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile.

Material y Método: estudio de cohorte retrospectivo de 125 casos de RPM entre 24 a 34 + 5 semanas de gestación ocurridos en el Hospital San Juan de la Serena, Chile en enero 2015 a mayo 2017 (28 meses).

Resultados: de 125 casos analizados, el promedio de edad de las pacientes fue de 28.4 años (DS 7.1), en cuanto a la paridad el 49, 6 % fueron primigestas (62), el 28 % fueron multíparas de 1 (35) y el 22.4% fueron multíparas de 2 (28). El promedio de peso fetal al nacer fue de 2.000 g (DS 652) con una media de edad gestacional de 31 semanas (DS 3.1). En cuanto a las complicaciones asociadas: en 4 casos se presentaron Apgar bajo 7 a los 5 minutos (3.2%), en 7 casos se presentó corioamnionitis clínica (5.6%) y en 8 casos desprendimiento prematuro placenta normoinsera (DPPNI) (6.4%).

Conclusión: es importante conocer las características de las pacientes que presentaran esta complicación; nuestros resultados demuestran una mayor prevalencia de casos en pacientes primigestas (por tanto sin antecedentes), menores de 30

años y con edades gestacionales al nacimiento mayor a 30 semanas y alrededor de 2.000 grs de peso al nacer con muy buena sobrevida, lo cual concuerda con la literatura internacional cuando se asocia al tratamiento previamente comentado.

207. Ectopia cordis, a propósito de un caso

Araya M, Maisto A, Barrientos J, Gálvez F

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital de La Serena, Chile.

Caso clínico: paciente primigesta de 22 años, antecedente de obesidad mórbida. Derivada del Hospital de Illapel a las 21+3 semanas para estudio debido a diagnóstico previo de ectopia cordis. En el Hospital de La Serena (centro de referencia) se realiza ultrasonografía obstétrica en donde se corrobora corazón latiendo fuera de cavidad torácica, asociado a defecto de 16 mm en pared anterior del tórax e impresiona corazón univentricular, dichos defectos asociados a labio leporino lateral izquierdo. Se decide tratamiento expectante en su ciudad de origen. Parto se lleva a cabo sin incidentes, recién nacido fallece a las 2 horas.

Conclusiones: mediante el análisis del caso presentado queda en evidencia nuevamente que ectopia cordis es una patología que puede tener diagnóstico prenatal mediante USG, en gran parte de los casos asociada con otras malformaciones, presenta pronóstico ominoso y escasa sobrevida.

208. Conductas sexuales y anticonceptivas en alumnas de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional

Plascencia-Nieto ES, García-Trejo E, Espindola-Viveros KA *Salud Femenina, MSD, Ciudad de México*



Objetivo: determinar las conductas sexuales y anticonceptivas en las alumnas de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Metodología: estudio-observacional, analítico, transversal. Tamaño de muestra obtenido por fórmula para dos proporciones, significación de 95%, poder 90%, factor de error 3%, con ajuste a población finita. Se levantaron 419 encuestas, previo consentimiento informado de las alumnas de medicina de 1 a 6 año, en instrumentos individuales.

Resultados: 84% tiene vida sexual activa, edad a la primera relación sexual 15.81 ± 1.64 años, parejas sexuales 5.8 ± 1.37 , entre las que tienen vida sexual activa el 27.7% se ha realizado Papanicolaou en los últimos 3 años, 10.5% ha estado embarazada, resolviéndose el 86.4% mediante aborto, ya que 81.8% de los embarazos fueron no planeados o no deseados, 98.3% no desea embarazarse durante la carrera, edad promedio deseada para embarazarse después de la carrera es de 30.24 ± 0.23 años y de 27.5 ± 1.27 años durante la carrera ($p < 0.05$). En las que desean embarazarse en la carrera el método más usado es el preservativo en 71.4 vs 57.10% las que no desean embarazarse ($p < 0.05$); sólo 28.6% de las alumnas que desean embarazarse llevan preservativos por si los requiere vs 42.2% que no desean embarazarse ($p < 0.05$). Sólo el 31.3% ha ocupado el preservativo todas las veces, siendo el principal motivo de no uso las relaciones imprevistas. 61.3% ha usado la píldora de emergencia pues no desea embarazarse en la carrera vs 57.1% que si desea embarazarse ($p < 0.05$).

Conclusiones: la salud sexual en las alumnas de medicina tiene diversos factores de riesgo como número de parejas sexuales, falta

de tamizaje para cáncer cervicouterino, embarazos no deseados y no planeados que han culminado en abortos y uso preferente de métodos de corta acción con pobre apego. Por lo que esta población del área de la salud está en riesgo elevado.

209. Inducción de la maduración de ovocitos en ciclos de donantes con protocolo de antagonistas

Vara-Miranda B, Badillo-Barradas C, Sandoval-Trejo RM
Centro Médico de Toluca, Metepec, Estado de México.

Objetivo: evaluar el disparo de la maduración final de ovocitos en donantes con protocolo de antagonistas y uso de 1000UI de choragon vs 1/3 de choragon y gonapeptyl daily.

Material y Método: se analizaron 30 ciclos de donantes en un ciclo de estimulación, todas estimuladas con dosis de 150 a 300UI de merapur, con disparo 10000 UI choragon y uso de gonapeptyl daily con 1/3 de choragon.

Resultados: las receptoras tenían como condición endometrio trilaminar. Las pruebas de embarazo positivas fueron similares con el uso de ambos esquemas, (83% y 82% respectivamente) obviamente la cantidad de ovocitos se consideró una variable.

209. Desarterialización de arterias uterinas en pacientes con hemorragia obstétrica

Badillo-Barradas C, Vara-Miranda B, Sandoval-Trejo RM
FERTIL T

Objetivo: evaluar la eficacia de la desarterialización selectiva de arterias uterinas, como la troncular en arterias hipogástricas para control de la hemorragia obstétrica en pacientes que no responden a la farmacológica.

Material y Método: cuantificamos 10 casos de hipotonía uterina transoperatoria durante la cesárea de pacientes atendidas por infertilidad tanto primaria como secundaria que recibieron tratamiento de alta complejidad durante el periodo comprendido entre Junio del 2015 a Mayo del 2017. Los diagnósticos implicaron la interrupción del embarazo entre la semana 33 y la 37.2 de gestación por diversas causas. Durante el evento quirúrgico se presentó hipotonía uterina que no remitió con tratamiento farmacológico, por lo que se decidió realizar la ligadura de la circulación uterina a nivel del segmento (arteria uterina) y ligadura de arterias ilíacas internas.

Resultados: el 100% de los casos revisados en el periodo tuvieron resultado favorable, cabe mencionar que este trabajo es continuidad de un protocolo que se inició en 2015, ya con un total de 23 pacientes que no tuvieron complicaciones en el transquirúrgico ni en el puerperio.

Conclusiones: la desarterialización es un evento útil en la hemorragia obstétrica que no responde a tratamiento farmacológico. Se requiere habilidad y experiencia quirúrgica, cabe mencionar que todas las pacientes de este estudio se sometieron a tratamiento de alta complejidad.

210. Tratamiento de la disfunción de vaciado en paciente con mielitis transversa

Vital-Miranda N

Caso clínico: paciente de 41 años de edad, con inicio agudo de retención urinaria, disminución de la sensibilidad y de la fuerza en las extremidades inferiores. La resonancia magnética evidenció una lesión en D12-L1 sugerente de mielitis transversa idiopática. Posteriormente tuvo urgencia urinaria, frecuencia con nictamero

20/0, chorro miccional débil, sensación de vaciado incompleto, estreñimiento y dispareunia. Durante la exploración física: genitales sin evidencia de alteraciones anatómicas o lesiones, sin defectos de soporte pélvico, sensibilidad disminuida, reflejos osteotendinosos normales, Babinski negativo y aumento del tono muscular de piso pélvico 5/5 en escala de Oxford, orina residual 580ml.

Para complemento diagnóstico se realizó una uroflujometría patrón de flujo continuo, tiempo de flujo y tiempo de vaciamiento disminuido, flujo máximo y flujo promedio disminuido, volumen residual 100ml. Perfilometría, PCUM de 100 cm H₂O (normal), Cistometría de llenado: actividad de detrusor hiperactivo fásico. Flujo- Presión : presión de detrusor a la micción de 67 cm H₂O, actividad de esfínter sinérgica, volumen miccionado 157 mL, volumen residual 40 mL, actividad electromiográfica de piso pélvico disinérgica. Impresión diagnóstica disfunción de vaciado de origen a determinar, vejiga hiperactiva seca, trastorno obstructivo de vaciamiento por disinergia de músculos del piso pélvico.

Resultado del cuestionario AUA-SS: 25/35. Se inició tratamiento con autocateterismo limpio intermitente, electroestimulación inhibitoria vaginal en 12 sesiones con retroalimentación. Refiriendo mejoría significativa con una puntuación de AUA-SS: 11/35 chorro miccional fuerte y continuo, evacuaciones no dolorosas sin dispareunia, OR 100 mL, reflejándose positivamente en la salud y calidad de vida.

Conclusiones: la mielitis transversa y sus implicaciones urológicas son una entidad aun por entender, es por ello que ante la incapacidad de prevenir se deben investigar nuevas líneas de tratamientos con el fin de lograr en lo posible la recuperación neurológica de tal manera que las

pacientes experimenten menor número de secuelas. A pesar de la controversia sobre el método de biofeedback y el número de sesiones necesarias de electroestimulación, nuestro estudio confirma que es eficaz y parece razonable utilizar esta técnica como tratamiento.

213. Abordaje abdominal como alternativa de tratamiento en síndrome de Herlyn Werner Wunderlich. Reporte de caso

Juárez-Santacruz HJ, Danilop-Hernández M, González-Ortega C, Ruvalcaba-Ortega L, Lanuza-López C, Gutiérrez-Gutiérrez AM Instituto de Ciencias de Reproducción Humana Vida, León, Guanajuato, México.

Caso clínico: paciente de 20 años con antecedente de artrogriposis múltiple congénita, agenesia de riñón derecho, luxación congénita de cadera y antecedente de múltiples intervenciones de liberación de tendones en extremidades, laparotomía 3 años antes con drenaje de hematometra. Ciclos irregulares desde menarca caracterizados por sangrado continuo intermenstrual. Acudió a consulta por dismenorrea severa posterior a drenaje de hematometra y descarga de material purulento transvaginal.

Se realizó ultrasonido transvaginal encontrando útero didelfo con una colección de aspecto homogéneo de distinta ecogenicidad a la de las paredes miometriales lateral a hemiútero derecho. Se solicita Tomografía Axial Computarizada abdominopélvica que corrobora la ausencia de riñón derecho y describe útero didelfo con imagen quística con líquido en su interior en la cara lateral del hemiútero derecho a nivel del istmo rodeada de tejido isodenso al miometrio, sin ascitis.

Conclusiones: se propone el abordaje abdominal para la apertura de

la hemivagina obstruida como tratamiento alternativo a la corrección vía vaginal, en caso de que esta no pueda realizarse, obteniendo resultados satisfactorios.

214. Rendimiento diagnóstico del índice ultrasonográfico de acretismo placentario en pacientes con inserción anómala de placenta

Guerrero-Guillén AJ, Moreno-Uribe MN, Reyes-Hernández MU, Mendoza-Reyes E, Mendoza-Ramírez E

Servicio de Medicina Materno Fetal, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3 Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México, México.

Material y Método: estudio de cohorte prospectiva que incluyó 124 pacientes con embarazo de tercer trimestre y con factores de riesgo de acretismo placentario. A todas las mujeres participantes se les realizó ultrasonido endovaginal y se midieron los siguientes parámetros: espesor del miometrio retroplacentario, lagunas placentarias y puentes vasculares vésico-placentarios, además del número de partos por cesárea y la ubicación de la placenta. Se otorgó una puntuación de 0-9 lo que según el índice de acretismo placentario proporciona una probabilidad de invasión que varía de 2-96%, respectivamente.

Resultados: 124 mujeres con edad promedio de 32 años con IC95%: 31.1-33.1, con al menos una cesárea, fueron diagnosticadas con placenta previa o placenta de inserción baja durante el tercer trimestre por ecografía y estos embarazos se resolvieron en nuestro hospital. De estas 124 mujeres: 31 (25%) tuvieron confirmación histológica de invasión placentaria anómala, de las cuales: 16 (52%) fueron ácretas,



9 (29%) fueron íncretas y 6 (19%) fueron percretas. Los parámetros más altamente asociados con la invasión placentaria del modelo de índice de ácretismo placentario así como la sensibilidad, la especificidad, VPP, VPN y RR para placenta ácreta, íncrета y percreta.

Conclusiones: este estudio prospectivo demostró que una puntuación >4 del índice de ácretismo placentario es altamente predictiva de invasión placentaria anormal entre embarazos de alto riesgo. 5 puntos (72% de predicción), 6 puntos (88% de predicción), 7, 8 y 9 puntos (100% de predicción).

215. Resultados favorables en paciente preecláptica y feto con arteria única con enoxaparina y coadyuvantes. Reporte de caso

García-Amador MI, Díaz-González R, Moreno-Palacio V, Castro-Hernández W, Barba-Gómez CA, Sánchez-Ávalos E, Félix-Atondo JA, Lozada-Plascencia L, Ruvalcaba-Castellón LA

Instituto Mexicano de Infertilidad, Guadalajara, Jalisco, México.

Caso clínico: paciente de 31 años de edad, 1.64 m, 58 kg, IMC 21.64. Ciclos menstruales irregulares. Dos embarazos, una cesárea, embarazo previo sin complicaciones. Al primer eco con dos semanas menos según LCR. En la consulta, luego de cifras tensionales basales 110-70 mmHg. Se inició tratamiento antihipertensivo con aldomet 500mg cada 6 horas. Una semana posterior presenta edema importante y puntillero rojo en piel de miembros inferiores hasta ingles. Se evalúa una semana posterior y se observa un incremento del edema. Se agregó furosemida 10mg diario, prednisona 20mg diario por 7 días, luego 10mg diario, enoxaparina 20mg SC días alternos, Isopure dos cucharadas diluidas diario y Fabrovén una cápsula oral cada

12 horas. Aplicamos esquema de maduración pulmonar en semana 26. Dosis refuerzo en semana 35/FUM, 32.5 por ecografía.

Resultados: edema resuelto en tercera semana de tratamiento. P/A se mantuvo estable. Interrumpimos el embarazo mediante cesárea 72 horas posterior a dosis de betametasona. Nació BB masculino, APGAR 9/10, 2100gr. Sin alteraciones estructurales.

Conclusión: la enoxaparina y resto de coadyuvantes en esta paciente con diagnóstico de preeclampsia resultó en evolución favorable.

216. Importancia del diagnóstico prenatal de placenta acreta para disminuir la morbilidad y mortalidad materno fetal: estrategia equipo multidisciplinario obstétrico

García GAG

Hospital Regional Valentín Gómez Farias, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del estado, Zapopan Jalisco México.

Material y Método: en el HRVGF se programaron nueve pacientes con diagnóstico prenatal de placenta acreta. Se interrumpió el embarazo con histerectomía obstétrica, con la técnica institucional secuencial para reducción de complicaciones, a la semana 34 de gestación.

Resultados: se realizaron nueve histerectomías obstétricas con la técnica institucional secuencial para reducción de complicaciones. Sangrado de 1000 cc, sin complicaciones. Sin ingreso a terapia intensiva. Egresadas del hospital una semana posterior a intervención quirúrgica.

Conclusiones: el diagnóstico prenatal de placenta acreta es esencial para la programación de pacientes a la semana 34 y planeación de estrategias quirúrgicas. Reduciendo así la morbi-mortalidad materno

fetal y complicaciones quirúrgicas de la placenta acreta.

216. Diagnóstico prenatal de corioangioma placentario

García G AG

Hospital Regional Valentín Gómez Farias, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, Zapopan Jalisco México.

Material y Método: en el servicio de materno-fetal del HRVGF se detectaron en consulta prenatal dos pacientes con datos ultrasonográficos de corioangioma placentario. Se observa en ultrasonido placentas de implantación corporal anterior, ambas con tumoración central, con presencia de vascularización en su interior y en la periferia con el doppler color. Ambos embarazos llegan al término. Únicamente un feto presenta estado fetal no tranquilizante, con taquicardia fetal. Se realizan cesáreas sin complicaciones y se envían placentas a patología. Recién nacidos no presentan ninguna complicación.

Resultados: se recaban resultados anatomopatológicos: 1) placenta con tumoración excéntrica de 6.5x6 cm, indurada, con diagnóstico de corioangioma. 2) placenta con tumoración de 3.5 cm con traslucidos vasculares, con diagnóstico de corioangiomas microscópicos y múltiples.

Conclusiones: es de gran importancia la valoración por medio de ultrasonografía en el tercer trimestre del embarazo, para poder detectar anomalías placentarias y realizar un tratamiento oportuno de las mismas. Y de esta forma disminuir la morbi-mortalidad fetal en tercer trimestre.

217. Embolia de líquido amniótico. Reporte de caso clínico

Acosta-Alcalde I, Velázquez-Tarcila A

Hospital Regional Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Caso clínico: paciente de 29 años, G2 C1, con embarazo de 33 semanas de gestación más trabajo de parto en fase activa. Sin antecedentes de importancia. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Se pasa a sala para cesárea; de manera súbita presenta disnea, convulsión tónica, coagulopatía e hipoxemia con posterior paro cardiorrespiratorio en tres ocasiones, por lo que se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada con retorno a la circulación espontánea y pasa a UCI.

Conclusiones: la embolia de líquido amniótico es una condición infrecuente y generalmente catastrófica, debido a que es difícil distinguirla de otras entidades, por lo que es importante realizar el diagnóstico y tratamiento temprano y en nuestro caso se llegó al diagnóstico por medio de cuadro clínico y estudios de laboratorio.

217. Valores de referencia de marcadores ecosonográficos del primer trimestre: translucencia nuchal

Acosta-Alcalde I
Hospital Regional Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Objetivo: conocer y describir los valores de referencia de los marcadores ecográficos de primer trimestre.

Material y Método: estudio transversal, realizado en pacientes embarazadas que se les realizó ultrasonido en la unidad de Perinatología del Hospital Regional Valentín Gómez Farías, centro privado de medicina materno fetal en Guadalajara y Unidad de

Medicina Materno Fetal del OPD Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca.

Resultados: valores de referencia por mm de 45 a 84 de longitud céfalo caudal de translucencia nuchal.

Conclusiones: los marcadores ecográficos de primer trimestre, tiene un papel preponderante en el cribado prenatal de aneuploidia fetal. El más relevante es la translucencia nuchal, cuya efectividad ha sido validada en amplios estudios.

218. Dermatitis autoinmune por progesterona: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Hernández-González H, Iga-Canavati G

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, NL México.

Antecedentes: la dermatitis autoinmune por progesterona es un padecimiento infrecuente, que resulta un verdadero reto diagnóstico. Las manifestaciones clínicas de la DAP se caracterizan por síntomas predominantemente dermatológicos, como: eritema, urticaria, eczema, angioedema y, en casos extremos, anafilaxia.

Caso clínico: paciente de 29 años de edad, nuligesta, con ciclos menstruales irregulares (15-21 x 3 días). Presenta manifestaciones caracterizadas por una dermatosis multifórmica generalizada. Estos síntomas comenzaron junto con su menarca, a los 19 años de edad, los cuales aparecieron de manera cíclica, siempre 1 semana previa a su menstruación. A la exploración física se encuentra dermatosis generalizada, mostrando eritema, pápulas y vesículas que coexisten con liquenificación y costras hemáticas, formando placas.

Conclusiones: es un caso de dermatitis autoinmune a la progesterona con sus manifestaciones típicas, caracterizándose por la fuerte

asociación de su ciclo menstrual con los síntomas dermatológicos. Es necesario descartar previamente otras entidades alérgicas y sistémicas para realizar el diagnóstico de DAP. La supresión de la ovulación es la piedra angular del tratamiento, lo cual reduce la secreción de progesterona y, consecuentemente, sus síntomas. A pesar de los escasos estudios con respecto al tratamiento de la DAP, aún existen otras alternativas como la desensibilización con progesterona y como último recurso ooforectomía bilateral. Es necesario un amplio asesoramiento preconcepcional en caso de que la paciente desee embarazarse.

219. Epidemiología del cáncer de endometrio en una cohorte de pacientes del noreste y centro de México

Domínguez-Vigil I,
Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Objetivo: analizar las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados al CE en una cohorte de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital Universitario José E. González y compararlas con las características a nivel mundial.

Métodos: análisis de las características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo asociados con CE (n=130), tales como: histología, clasificación de FIGO, edad al diagnóstico, IMC, edad de menarquia, presencia de menopausia, comorbilidad de diabetes mellitus, consumo de tabaco y alcohol.

Resultados: la histología más frecuente fue adenocarcinoma endometrioide en el 79% de la población de estudio, el estadio FIGO más frecuente fue el I (60%) y la edad promedio al diagnóstico



fue de 55 años, el IMC promedio fue de 31 (asociado con obesidad), la edad promedio de menarquia fue de 12 años, mientras que 79 % eran posmenopáusicas; respecto a las comorbilidades, 22 % presenta diabetes mellitus tipo 2, 96 y 90% no consume alcohol o tabaco, respectivamente.

Conclusiones: las características estudiadas en la cohorte de pacientes presentan concordancia con las estadísticas establecidas a nivel mundial, tales como el tipo histológico (adenocarcinoma endometrioide), el estadio (FIGO I), la edad y su estatus de menopausia al momento del diagnóstico (≥ 50 años), y acentuadamente, la obesidad como una comorbilidad asociada al CE. En este sentido, los profesionales de salud podrán enfatizar las características epidemiológicas antes mencionadas en el diagnóstico clínico del CE. Financiamiento: Este trabajo fue sustentado por CONACYT en la categoría Problemas Nacionales (#247850).

220. Niveles placentarios y mitocondriales de coenzima Q10 posterior a la suplementación con coenzima Q10 durante el embarazo

Molina G, Hernández I, Vivero S, Racines-Orbe M, Calle A, Terán E *Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.*

Antecedentes: la preeclampsia es una alteración relativamente común durante el embarazo (cerca del 7% de todos los embarazos) en la cual la respuesta hemodinámica normal del embarazo se encuentra alterada. En el año 2009, nuestro grupo demostró que la suplementación con coenzima Q10 reduce significativamente el riesgo de desarrollar preeclampsia en mujeres con alto riesgo para esta patología. De esas mujeres, se midieron los

concentraciones placentarios y mitocondriales de Q10, tanto en las mujeres que recibieron placebo o 200 mg al día de coenzima Q10. Los resultados demostraron que antes de la suplementación, a la semana 20 de gestación, los concentraciones plasmáticos de CoQ10 no fueron diferentes entre el grupo control (0.134 ± 0.05 umol/L) y el suplementado (0.139 ± 0.06 umol/L). Interesantemente, al parto, el tejido placentario no mostro diferencias en el grupo placebo entre las mujeres con embarazo normal y aquellas con preeclampsia, pero en el grupo que recibió CoQ10, las mujeres con preeclampsia tuvieron concentraciones significativamente más altas (0.31 ± 0.20 ug/mg de proteína) en comparación a las embarazadas normales (0.18 ± 0.08 ug/mg de proteína $p < 0.005$). Sin embargo, los concentraciones mitocondriales de CoQ10 en la placenta de las mujeres con preeclampsia que recibieron placebo, no fueron diferentes a las que recibieron suplemento de CoQ10 (0.82 ± 0.41 vs. 0.77 ± 0.42 ug/mg de proteína). Estos resultados sugieren que a pesar de que las mujeres con preeclampsia tienen bajos concentraciones plasmáticas de CoQ10 y concentraciones placentarias altas de CoQ10, no logran incrementar los concentraciones mitocondriales de CoQ10 como si sucede en las embarazadas normales.

221. Resultados de desvitrificación de óvulos en mujeres mayores de 35 años

Rangel-Puente KI, Ángeles-Zatarain V, Rosales de León JC *Instituto para el Estudio de la Concepción Humana (IECH) Monterrey, N.L., México.*

Objetivos: valorar si la desvitrificación de óvulos en el IECH, es una técnica con buena supervivencia,

cuáles son los resultados clínicos y el pronóstico de recién nacido vivo, valorando la edad como factor de impacto en el éxito.

Material y metodo: estudio replicativo, retrospectivo, observacional, comparativo. Se incluyeron pacientes entre 2012-2015 en los que se utilizó la técnica de vitrificación de óvulos por diferentes razones (médicas o electivas) con el fin de postergación de la fertilidad. Se dividieron en dos grupos (G), G1: < 35 (N = 72), G2: > 35 años (N = 33). Un total de 704 ovocitos fueron vitrificados, los resultados reproductivos se estudiaron posterior a la desvitrificación, de estos supervivieron 691 (98.15%).

Resultados: el total de ovocitos desvitrificados se agrupó por edad, G1 = 210 ($p = 0.1242$, OD 0.374) y G2 = 481 (98.77%), dando un total de 691 ovocitos, no hubo diferencias en el número de ovocitos obtenidos en función de la edad ($p = 0.635$). Se realizó FIV/ICSI y de los fertilizados se realizó transferencia embrionaria en día 3 en el 82.23% de los casos y en día 5 en 17.77%.

Conclusiones: con el advenimiento de la técnica de vitrificación en la última década, se demostró la supervivencia y resultados clínicos similares a los de los ovocitos frescos en FIV en comparación con la técnica de congelación utilizada con anterioridad desde la época de los 80. Los estudios señalan buen pronóstico para preservación de la fertilidad. La técnica de vitrificación en el IECH, ofrece similares resultados reproductivos en comparación con artículos publicados a nivel mundial, ofreciendo buen pronóstico en la preservación ovocitaria con fines médicos o electivos de postergación de la fertilidad, sin embargo al dividirlo por grupos, en pacientes mayores de 35 años los resultados no son prometedores.

221. ¿Mejora la hormona de crecimiento (GH) los resultados reproductivos? Análisis comparativo con dos protocolos de estimulación con antagonista para los ciclos de FIV Rangel-Puente KI, Dávila-Garza A *Instituto para el Estudio de la Concepción Humana (IECH), Monterrey, Nuevo León. México.*

Objetivo: evaluar si la adición de GH en los protocolos estándar de antagonistas mejora el resultado reproductivo.

Material y Método: estudio prospectivo y comparativo efectuado en mujeres mayores de 35 años, con indicaciones para FIV sin diferencia significativa entre la edad, concentraciones de HAM y E2 por grupos, haciendo estos grupos comparativos entre sí. Se formaron tres grupos de pacientes para ART. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS V20 para Mac, los resultados se expresaron como media y desviación estándar.

Resultados: se analizaron un total de 127 ciclos. Se dividieron en 3 grupos como se definió con anterioridad, Grupo 1 n = 21, Grupo 2 n = 76, Grupo 3 n = 30. Los porcentajes de embarazo fueron de 39%, 50% y 32% y de embarazo clínico entre grupos de 33%, 44% y 27%.

Conclusiones: la adición de LH ha mostrado incrementos positivos en los resultados reproductivos en los tratamientos de FIV. El incremento de la dosis de Gonadotropinas no muestra una mejora sobre los resultados finales de los tratamientos. La adición de GH en protocolo con antagonista no mostró mejoría significativa en los resultados ART. Sin embargo, se observa una tendencia favorable de los porcentajes de embarazo en el grupo con suplementación de GH, lo cual puede sugerir una mejora en las condiciones ovocitarias para mejorar la calidad del embrión. Se necesitan

más estudios para corroborar los resultados vistos.

222. Evolución clínica materno perinatal en gestaciones de 24 a 33 semanas y 6 días, más preeclampsia grave en tratamiento conservador o expedito

Guevara-Gómez YP, Herrera-Rodríguez EA
San Salvador, CA

Antecedentes: los trastornos hipertensivos del embarazo, pueden aparecer hasta en el

Material y Método: estudio analítico, observacional de tipo cohorte. Pacientes con embarazos de 24 a 33 semanas 6 días con preeclampsia grave ingresadas en el Hospital 1° de Mayo en el periodo de enero 2013 a junio 2016.

Resultados: con los resultados obtenidos en nuestra investigación se espera brindar un mejor tratamiento a estas pacientes y así disminuir la morbilidad materna y neonatal, y optimizar los recursos hospitalarios.

Conclusión: los resultados obtenidos en esta investigación son acordes a lo demostrado a nivel internacional, se ha demostrado que el tratamiento conservador no aporta beneficios en pacientes con edad gestacional menor de 34 semanas, ya que no reduce morbilidad perinatal, si incrementa mortalidad perinatal y complicaciones maternas, por lo que es recomendable el tratamiento expedito.

Influencia del consumo de ácido fólico y sus marcadores metabólicos sobre la diabetes mellitus gestacional en una cohorte de pacientes del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Autor responsable: César David Nieto Rufino
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

Coautores: Isela Juliana Barrita Domínguez, Paola Vázquez Cárdenas, Fidel Narváez Martínez
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México.

Antecedentes: La diabetes gestacional (DG) es una alteración común del embarazo, caracterizada por la resistencia a la insulina y la incapacidad de las células beta pancreáticas para compensar dicha resistencia (Buchanan, 2007). La adaptación funcional al embarazo podría estar regulada por mecanismos epigenéticos. El ácido fólico (AF) es esencial para uno de estos mecanismos, conocido como metilación del DNA (Anderson, 2012). En México, tanto la ingesta de alimentos fortificados como la suplementación temprana con AF es escasa (Bourges, 2005). Los valores séricos de homocisteína, vitamina B12 y AF, pueden ser marcadores válidos para el establecimiento de medidas preventivas y correctivas con la finalidad de evitar el posterior desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y disminuir el riesgo de complicaciones posteriores tanto en la madre como en el feto.

Objetivo: Identificar la asociación entre los niveles de los biomarcadores del metabolismo de folatos y la presencia de diabetes mellitus gestacional en una población de mujeres mestizas mexicanas.

Material y métodos: Se incluyeron 705 mujeres con 24 a 28 semanas de gestación. Para el diagnóstico de DG, se realizó una CTOG (75 g) siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Diabetes. Se analizaron los biomarcadores del metabolismo de folatos (AF, homocisteína y B12). Se ajustaron modelos de regresión, considerando a la obesidad, edad materna, y paridad como confusores.

Resultados: La DG tuvo una frecuencia de 16%. La dosis promedio



de suplementación con AF fue de 1000 mcg. Resalta que 30.2% de las mujeres consume una dosis inferior a la recomendada (400 mcg) y 28.6% consume dosis excesivas (5000 mcg) de AF en suplementos. El 13% de las mujeres no se suplementó durante el primer trimestre del embarazo.

La suplementación tardía se asoció con parámetros glucémicos relacionados con DG: mayor concentración de glucosa e insulina (β 0.08 p 0.045, y β 0.46 p 0.039, respectivamente), mayor índice de resistencia a la insulina, mayor índice de secreción y menor índice de sensibilidad a la insulina (β 1.6942, p 0.029; β 83.29, p 0.048; y B -42.56, p 0.04; respectivamente).

Existe una asociación significativa entre los tres biomarcadores de la vía metabólica y las concentraciones de insulina en ayuno. A mayor concentración de AF y vitamina B12, menores niveles de insulina en ayuno (p 0.001 y p 0.005, respectivamente). A mayores niveles de homocisteína, mayor concentración de insulina en ayuno (p 0.008). Las asociaciones entre los biomarcadores y la concentración de glucosa no

resultaron significativas. Se analizó la asociación existente con los valores de HOMA-IR para evaluar la resistencia a la insulina. Ante una concentración mayor de AF existe un valor menor de HOMA-IR (p 0.010), mientras que a mayor concentración de homocisteína se presenta también un valor superior de HOMA-IR (p 0.010). La probabilidad de padecer DG aumenta si la paciente tiene edad materna avanzada, obesidad o una alta paridad con un OR de 5.22 (p<0.0001). Si a estos factores se les aumenta una deficiencia de AF el riesgo aumenta hasta un 6.2 (p<0.0001) y si se relaciona con una concentración elevada de homocisteína el riesgo aumenta aún más, con un OR de 6.38 (p<0.0001).

Conclusión: Concentraciones óptimas de AF y vitamina B12 se relacionan con una menor concentración de insulina y por lo tanto una mejor interacción entre glucosa e insulina; mientras que la concentración de homocisteína a consecuencia de deficiencia de AF predice mayores concentraciones de insulina, mayor puntaje en el modelo HOMA-IR y riesgo de DG. La suplementación temprana y en dosis adecuadas de AF podría ser

fundamental en la susceptibilidad a anomalías metabólicas en la madre y en el feto.

Referencias bibliográficas

- Buchanan, T. A., Xiang, A., Kjos, S. L., & Watanabe, R. (2007). What is gestational diabetes? *Diabetes Care*, 30 Suppl 2, S105-111. doi:10.2337/dc07-s201.
- Anderson, O. S., Sant, K. E., & Dolinoy, D. C. (2012). Nutrition and epigenetics: an interplay of dietary methyl donors, one-carbon metabolism and DNA methylation. *J Nutr Biochem*, 23(8), 853-859. doi:10.1016/j.jnutbio.2012.03.003.
- Bourges, H., Casanueva, E., & Rosado, J. L. (2005). *Recomendaciones de Ingestión de Nutrientes para la Población Mexicana. Bases Fisiológicas. Tomo I*. México: Editorial Medica Panamericana.
- Liang, S., Zhou, Y., Wang, H., Qian, Y., et al. (2014). The effect of multiple single nucleotide polymorphisms in the folic acid pathway genes on homocysteine metabolism. *Biomed Res Int*, 2014, 560183. doi:10.1155/2014/560183.
- Wernimont, S. M., Clark, A. G., Stover, P. J., et al. (2011). Folate network genetic variation, plasma homocysteine, and global genomic methylation content: a genetic association study. *BMC Med Genet*, 12, 150. doi:10.1186/1471-2350-12-150.



**FEDERACIÓN MEXICANA
DE COLEGIOS
DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA, A.C.**

Congresos 2017

Región I

XXII

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

27 a 30 de junio de 2017
Ciudad de México.



Región II

XXIV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

23 a 25 de febrero de 2017
Mexicali, Baja California.



Región III

XXV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

11 a 13 de mayo de 2017
Chihuahua, Chihuahua.



Región IV

XXV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

2 a 4 de marzo de 2017
San Luis Potosí, S.L.P.



Región V

XXIV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

29 de marzo a 1° de abril de 2017
Salamanca, Guanajuato.



Región VI

XXIV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

25 a 27 de mayo de 2017
Acapulco, Gro.



Región VII

XXIV

**Congreso Regional de
Ginecología y Obstetricia**

1 a 3 de junio de 2017
Villahermosa, Tabasco



Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG.

XXII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia

5 a 9 de noviembre de 2017
Cancún, Quintana Roo.
México.

