



Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Colombia

TRABAJOS GANADORES PRESENTADOS EN EL XXIX CONGRESO NACIONAL DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA REALIZADO DEL 28 AL 31 DE MAYO DE 2014 EN MEDELLÍN  
(COLOMBIA)

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 65, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 361-363

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195235717011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## RESÚMENES DE TRABAJOS GANADORES

# TRABAJOS GANADORES PRESENTADOS EN EL XXIX CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA REALIZADO DEL 28 AL 31 DE MAYO DE 2014 EN MEDELLÍN (COLOMBIA)

Prize-winning work presented at the 29th National Obstetrics and Gynecology Congress held between the 28th and 31st of May 2014 in Medellín (Colombia)

## CATEGORÍA PRESENTACIÓN ORAL:

### EFICACIA DE LA DEXAMETASONA EN SÍNDROME HELLP

*Javier Fonseca Pérez, Clara Messa, Juan Carlos Otero Pinto. Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle, Hospital General de Medellín y Universidad CES, Universidad Industrial de Santander y Hospital Universitario de Santander. Correo electrónico: jaenfo@gmail.com*

**Introducción:** el objetivo del estudio fue determinar la eficacia de la dexametasona en el manejo del síndrome HELLP clase 1, definido como plaquetas  $\leq 50000/\text{ml}$ , transaminasa pirúvica  $\geq 70\text{U}/\text{ml}$  y LDH  $\geq 600\text{U}/\text{ml}$  en pacientes con trastorno hipertensivo después de la semana 20 de gestación.

**Materiales y métodos:** ensayo clínico controlado, multicéntrico (3 instituciones) con doble enmascaramiento, realizado con 87 pacientes (66 púrpas y 21 embarazadas), con asignación aleatoria (aleatorización por bloques de tamaño 4 y 6, estratificado por centro y estado al ingreso, embarazada o púrpas) a manejo con dexametasona o placebo. Las embarazadas recibieron 10 mg de dexametasona ev cada 12 horas hasta

el parto, y luego 3 dosis adicionales en igual esquema. Las púrpas recibieron 3 dosis de 10 mg cada 12 horas. El placebo se administró forma idéntica. Las variables resultado principales fueron: tiempo de hospitalización y morbilidad materna compuesta (muerte materna, falla renal, edema pulmonar, infecciones, accidente cerebrovascular y ruptura hepática). Los resultados secundarios fueron: tiempo a recuperación de plaquetas, transaminasa y LDH. El cálculo de tamaño de muestra basado en error alfa 0,05; beta 0,2 y hazard ratio (HR) de 2,56 para estancia hospitalaria fue 120 pacientes, solo se incluyeron 87 por vencimiento del medicamento. Se obtuvo aval del comité de ética de todas las instituciones participantes; por ser una investigación con riesgo mayor al mínimo se obtuvo consentimiento informado escrito. Los análisis se realizaron de acuerdo con la intención de tratamiento y se realizó un análisis interino según los criterios de O'Brien-Fleming con resultados similares a los finales.

**Resultados:** entre octubre de 2009 a octubre de 2012, 45 pacientes recibieron placebo y 42 dexametasona. La mediana (RIQ) de hospitalización fue idéntica en ambos grupos (3; RIQ 3-5 días), y el promedio fue menor en las expuestas a dexametasona (4,28 vs. 4,14 días), sin diferencias significativas con un (HR = 1,16; IC 95 %: 0,69-1,99); 21,95 y 13,89 %

de pacientes con placebo y dexametasona, respectivamente, desarrollaron alguna morbilidad (OR = 0,57; IC 95 %: 0,17-1,90), diferencias no significativas. Hubo 2 muertes en el grupo placebo en las primeras 12 horas de ingreso al estudio. No hubo diferencias en el tiempo de recuperación de plaquetas (HR = 0,98; IC 95 % 0,60-1,64), LDH (HR = 1,22; IC 95 %: 0,67-2,23) y transaminasa (HR = 1,38; IC 95 %: 0,75-2,53). No hubo diferencias en requerimiento de transfusiones sanguíneas entre los grupos, ni en complicaciones incluidas en la variable morbilidad, una vez se analizaron estas en forma individual (infecciones, falla renal y edema pulmonar).

**Conclusiones:** hasta nuestro conocimiento, este es el primer ECC que evalúa la eficacia de la dexametasona en el manejo del síndrome HELLP 1. No se encontró benéfico del uso de dexametasona en ninguno de los resultados. Nuestros hallazgos son consistentes pues se encontró similar efecto en el análisis global y por subgrupos (embarazadas y púerperas). No se alcanzó el tamaño de muestra planeado, lo cual pudo afectar el poder del estudio.

**Palabras clave:** HELLP clase 1, dexametasona, eficacia, ensayo clínico aleatorizado.

## CATEGORÍA PÓSTER:

### TROMBOLISIS ENDOVENOSA DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL PUERPERIO

*José Luis Bustos Sánchez, Nadesha Tatiana Bonilla, Julio Alberto Velandia Escobar, Paula Roza, Nelson Torres, Hospital San Rafael de Tunja, Boyacá.*  
Correo electrónico: jose.bustos@uptc.edu.co

**Introducción:** la terapia trombolítica con activador tisular del plasminógeno recombinante (rTPA) es el tratamiento de primera elección en el manejo de fase aguda del ataque cerebrovascular (ACV) de tipo isquémico. Sin embargo, su uso durante el embarazo no está plenamente establecido. Presentamos un caso

exitoso de trombolisis endovenosa con rTPA en una paciente con ACV quien lo presentó en el puerperio inmediato.

**Materiales y métodos:** descriptivo, caso clínico. Mujer de 37 años, G4P4V4, sin antecedentes patológicos maternos de importancia, quien en puerperio inmediato 18 horas presentó pérdida súbita de emisión y compresión del lenguaje junto a déficit motor en hemicuerpo derecho. A las 3 horas de evolución es activado el Código de ACV; al examen físico presentó: TA 130/80, FC 66, FR 16, T 36.5, se encuentra alerta, con afasia mixta, hemiparesia 3/5 derecha. Tomografía simple de cráneo sin lesiones evidentes, NIHSS de 6, se toman paraclínicos según protocolo. Neurología considera que la paciente se encuentra en ventana para trombolisis y tras obtención de consentimiento informado se inicia el procedimiento a las 4,5 horas del inicio de los síntomas. Recibió TPA 61 mg IV (6 mg en bolo y 54 mg para pasar en la hora siguiente). Obstetricia previno la complicación de una hemorragia uterina posparto por lo que se activó profilácticamente el protocolo farmacológico de código rojo y el uso del balón Bakri.

**Resultados:** evolucionó sin complicaciones mayores, choque hemorrágico leve compensado y con reversión total de los síntomas neurológicos al cabo de 14 horas posttrombolisis, la tomografía de cráneo de control a las 24 horas fue normal.

**Conclusiones:** el éxito del presente caso obedece a la sospecha en la activación del código de ACV y al manejo conjunto de Ginecología, Neurología y Cuidado Intensivo anticipándonos a la complicación mayor que se pudiera presentar (que de hecho se dio) como lo es la hemorragia obstétrica.

Las guías de la (AHA) y American Stroke Association no hacen referencia a la trombolisis del ACV en el embarazo, tampoco hay una contraindicación a este respecto.

En PubMed no se registran casos publicados de trombolisis en ACV isquémico agudo en puerperio (búsqueda: Puerperium AND stroke AND Trombolysis).

Los casos comunicados de trombolisis de ACV en embarazo están descritos con gestaciones activas

identificando claramente los siguientes riesgos: hemorragias de tercer trimestre y hemorragia posparto (este último es el que nos interesa para nuestro caso).

**Palabras clave:** trombolisis, puerperio, ataque cerebrovascular.

## CATEGORÍA VIDEO:

### USO DE LÁSER THULIUM EN HISTEROSCOPIA

*Fernando Gómez Corredor, Sandra Gómez Ramos, Ivonne Díaz Yamal, Jimmy Castañeda Castañeda, Camila Giraldo Parra, Fundación Universitaria Sanitas/ Unidad Medicina Reproductiva, Procreación Médicamente Asistida – Clínica de Marly Bogotá.*

Correo electrónico: fergomezmd@hotmail.com

**Introducción:** evaluar el uso de láser Thulium a través del histeroscopio de Bettocchi para el manejo de patología endometrial benigna.

**Materiales y métodos:** el propósito del video es mostrar algunos de los procedimientos que se pueden hacer por histeroscopia con la aplicación de la tec-

nología láser Thulium, con una fibra de 600 micras que pueden pasar a través del canal operativo del histeroscopio diagnóstico.

Debido a su baja penetración del tejido (0,2 mm), este láser proporciona al cirujano un corte más preciso evitando lesiones a los tejidos circundantes y un efecto quirúrgico observable debido a su longitud de onda de 2010 nm.

Se puso a prueba en diferentes patologías, incluyendo miomas submucosos, septos uterinos, hemorragia uterina anormal y pólipo endocervical, con buenos resultados en todos los casos. El tiempo medio de la cirugía fue de 15 minutos, con cirugías que duraron solo 1 minuto y otra que duró 40 minutos; la potencia media utilizada fue de 20 vatios.

**Resultados:** durante la valoración de cavidad uterina con el histeroscopio de Bettocchi se logró realizar manejo exitoso de las cuatro patologías halladas, mediante el uso del láser Thulium.

**Conclusiones:** el uso de la tecnología láser Thulium podría ser una opción quirúrgica en el tratamiento de la patología endometrial benigna proporcionando la hemostasia y la precisión necesarias en estos procedimientos

**Palabras clave:** histeroscopia, láser Thulium.