

7^{ma} Jornada de Obstetricia y Ginecología CARIBE-GYN 2011



AUGUST 5-7, 2011
HILTON PONCE GOLF & CASINO RESORT



PRELIMINARY PROGRAM

Friday AM, August 5, 2011

- 7:00 - 8:00 AM Breakfast & Registration for the Hands-On Course
Golf Tournament at Costa Caribe Golf Club
- 8:00 - 12:00 M Hands-On Course: **Subdermal Single Rod Insertion / Removal & Replacement**
Implant Hands-On Techniques
(100 spaces available - Early Registration)
- 9:00 - 9:30 AM Coffee Break
- 10:00 AM Guest Registration for the Convention Will Begin
At Gran Salon A-B-C
- 12:00 M Lunch for the physicians register in the Hands-On Course
Exhibitors Opening

Friday PM, August 5, 2011

- Moderator: Miguel A. Vega Gilormini MD, FACOG
- 1:00 - 1:35 PM Theme: **"Dengue Infection During Pregnancy"**
By: Ivonne Galarza, MD
- 1:40 - 2:15 PM Theme: **"Fisiopatología y Tratamiento del Sangrado Irregular con el Uso de Métodos Anticonceptivos Hormonales de Largo Plazo"**
By: Pablo Lavin, MD
- 2:20 - 2:55 PM Theme: **"Impact of Non-Compliance Among Users of a Combined Hormonal Contraceptive Method"**
By: Luis I. Lete-Lasa, MD
- 3:00 - 3:35 PM Theme: **"Genetic Ultrasonography in Second Trimester"**
By: Ray Bahado-Sing, MD
- 3:40 - 4:15 PM Theme: **"The Perils and Pitfalls of Laparoscopy"**
By: Mike Putnam, MD
- 4:20 - 4:55 PM Theme: **"Human Papilloma Virus is a Necessary Cause of Invasive Cervical Cancer Worldwide Prevalence of HPV in Cervical Cancer a Worldwide Perspective"**
By: Xavier Bosch, MD
- 5:00 - 5:35 PM Theme: **"Alternatives to Hysterectomy"**
By: John Sciarra, MD
- 5:40 - 6:20 PM **"BOOTHS ENCOUNTER"**
Music / Cocktails / Socialize with Sponsors
- 8:00pm **WELCOME RECEPTION- COWBOY PARTY**
At: Pavilion Expo Center
Cowboy Dress Suggested
Activity for Adults Only

Saturday AM, August 6, 2011

- 7:00 AM Registration & Continental Breakfast
At Gran Salon A-B
Moderator: Joaquín Laboy Torres MD, FACOG
- 8:00 - 8:35 AM Theme: **"Pregnancy After Breast Cancer"**
By: Jorge A. Toro, MD
- 8:40 - 9:15 AM Theme: **"Surgical Incisions - Where to Make, How to Close and Management if Infected"**
By: Manuel Peñalver, MD
- 9:20 - 9:55 AM Theme: **"Post Operative Vesico-Vaginal Fistula: A Medical and Social Problem"**
By: Jesús Rodríguez Arroyo, MD
- 9:30 AM Abstracts Evaluation
- 10:00 - 12:00 M Spouse/Companion Social Activity
Theme: **"ageLOC: Tecnología Anti-Envejecimiento: La Diferencia Demostrada"**

- 10:00 - 10:35 AM Theme: **"Diabetes in Pregnancy Update"**
By: Edilberto Martínez, MD
- 10:40 - 11:15 AM Theme: **"New HPV Preventive Options: Second Generation Screening and Vaccines"**
By: Xavier Bosch, MD
- 11:20 - 11:55 AM Theme: **"Evolution of Surgical Treatment for Female Stress Urinary Incontinence Where We're Today and Heading Tomorrow"**
By: Hilary Cholhan, MD
- 12:00 M **LUNCH BUFFET**
Only Registered Physicians

Saturday PM, August 6, 2011

- Moderator: Yolanda González- Zamora MD, FACOG
- 2:00 - 2:35 PM Theme: **"Tips to Help My Overactive Bladder. What's New?"**
By: Jimmy J. Juliá, MD
- 2:40 - 3:15 PM Theme: **"Neonates Born With Congenital Malformations: Pre-Op Evaluation and Parents Pre-Op Orientation"**
By: Juan I. Camps, MD
- 3:20 - 3:55 PM Theme: **"More Than Basic Ovulation Induction"**
By: Pedro Beauchamp, MD
- 4:00 - 4:35 PM Theme: **"Operative Hysteroscopy"**
By: Mike Putnam, MD
- 4:40 - 5:15 PM Theme: **"Global Issues in Reproductive Health"**
By: John Sciarra, MD
- 5:20 - 6:20 PM **"BOOTHS ENCOUNTER"**
Music / Cocktails / Socialize with Sponsors
- 8:00 PM **"SPANISH NIGHT"**
Music : Joseph Fonseca
Andy Montañez y Su Orquesta
Spanish Dress Suggested
Activity for Adults Only

Sunday, August 7, 2011

- 8:00 AM Registration & Continental Breakfast
At Gran Salon A-B
Moderator: Alexandra Ortiz Orama MD, FACOG
- 8:30 - 9:05 AM Theme: **"Robotic Gynecologic/Single-Port Applications From Research to Clinical Practice"**
By: Pedro Escobar, MD
- 9:10 - 9:45 AM Theme: **"Novel Approaches to Avoiding Managing Surgical Bleeding"**
By: Chad Michener, MD
- 9:50 - 10:25 AM Theme: **"Doppler Ultrasound in the Management of Fetal Growth Restriction"**
By: Ray Bahado-Sing, MD
- 10:30 - 11:05 AM Theme: **"Update on Vulvar Lesions - What's New in Detection and Treatment?"**
By: Manuel Peñalver, MD
- 11:10 - 11:45 AM Theme: **"One Type of Upper Vaginal Prolapse Repair Surgeries vs. Another- Comparison Also Between Surgery, Expectant and Devices"**
By: Hilary Cholhan, MD
- 11:50 - 12:25 PM Theme: **"Behavior in Women at Risk for Hereditary Gyn Cancer"**
By: Luis Santos Reyes, MD
- 12:25 PM **CERTIFICATES TO BE GIVEN**
- 12:30 PM Family Activity
At: Beach and Pool Garden Area
Lunch Buffet
Raffle for Registered Physicians

La crisis en la prestación de servicios obstétricos en los Estados Unidos y Puerto Rico



Joaquín Laboy-Torres, MD

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Director Programa de Residencia Hospital San Lucas, Ponce

Director Departamento, Escuela de Medicina de Ponce

La población de Estados Unidos ha aumentado en 80 millones desde 1980 y se estima que la población femenina aumentará un 36% en los próximos 40 años. A pesar de esto, el número de posiciones para residentes de primer año en Obstetricia y Ginecología casi no ha variado en los últimos 30 años (1200 residentes de post grado 1).

Programas de residencia en Puerto Rico

El número de programas de residencias en Obstetricia y Ginecología ha declinado gradualmente de 306 en 1979 a 246 en 2010. En este mismo periodo cerraron cincuenta programas. En Puerto Rico perdimos las residencias de Caguas y Mayagüez.

En el pasado graduábamos anualmente 22 obstetras y ginecólogos. Hoy en día, este número se ha reducido a solamente 12 especialistas.

Especialistas por edad y género

Actualmente, el 50% de los obstetras ginecólogos en Estados Unidos son mujeres. Este número irá en aumento ya que el 80% de los residentes son mujeres.

La edad promedio de los obstetras activos es de 51 años. Según una encuesta reciente, los obstetras dejan de atender partos en promedio a la edad de 48 años. Sin embargo las mujeres especialistas por razones muy válidas, dejan de hacerlo en promedio a los 43 años.

La preocupación por problemas relacionados a la responsabilidad profesional, lleva a practicar una medicina defensiva. Esto puede hacer que el médico evite tratar pacientes de alto riesgo y las cirugías complejas, y que la tasa de cesáreas continúe en aumento.

En la actualidad, a nivel nacional y en Puerto Rico no se han dado leyes que atiendan esta problemática. Solamente la Ley de los Centros Médicos Académicos Universitarios (CEMAR) de 2006, creada para ayudar a desarrollar talleres de enseñanza cobijados por las

escuelas de Medicina, ayuda en forma parcial. Esta Ley impone topes en la cuantía de las reclamaciones, pero los médicos especialista tienen que costear sus propias pólizas de responsabilidad profesional.

Resumiendo

Se identifican los siguientes problemas:

1. Pocas plazas para el entrenamiento de residentes.
2. Un ambiente médico-legal negativo y hostil.
3. Compañías aseguradoras que dan a los médicos un reembolso que no es justo ni razonable.

En la medida en que no se atiendan estos tres problemas mayores, nuestros obstetras jóvenes se marcharán a aquellos lugares en los que se les reembolse adecuadamente y donde las leyes favorezcan el ejercicio de una práctica médica digna sin presiones, muchas veces injustas.

Así, se podría anticipar una crisis aún mayor en la disponibilidad de servicios médicos para el cuidado de nuestras mujeres, generada por un lado por el aumento en la demanda de estos servicios debido al incremento poblacional, y por otro lado por el envejecimiento de la fuerza laboral médica. Esto se sumaría a la insatisfacción de los médicos con las condiciones en que deben ejercer su profesión por los problemas que generan los casos de impericia y los costos de los seguros de responsabilidad y por la cada vez mayor injerencia de terceros, administradores y aseguradoras, en el reembolso de los servicios médicos. Es por ello cada vez más imperioso actuar pronto para defender en última instancia los intereses de las pacientes. **G**

Edad y fertilidad:

¿Hasta que edad puede una mujer salir embarazada?



Pedro J. Beauchamp, MD, FACOG, FACS

Especialista en Endocrinología Reproductiva e Infertilidad
División de Endocrinología Reproductiva.

Pionero de Fertilización in Vitro en Puerto Rico.

Óvulos y cifras

Una mujer nace con todos los óvulos que va a tener en su vida, cerca de un millón de huevos. Para la edad de su primera menstruación, quedan cerca de 400 mil a 500 mil de ellos. El cuerpo humano utiliza mil huevos al mes, aunque se ovule uno (como suele ocurrir durante un ciclo menstrual), muchos (como en ciclos de estimulación de fertilidad) o ninguno (si se está embarazada o utilizando pastillas anticonceptivas). Luego de muchos años y de haber ocurrido 400 a 500 menstruaciones, se terminan los óvulos y ocurre la menopausia.

No todos los óvulos tienen el mismo potencial de fertilidad. El cuerpo utiliza los óvulos más fértiles primero, dejando los menos efectivos para la última parte de la etapa de reproducción.

Disminución en la fertilidad

La fertilidad humana se mantiene igual y constante hasta los 34 años. A esta edad, comienza un descenso linear. La fertilidad humana se reduce al 50% hacia los 40 años de edad, y al 25% a los 43 años. La probabilidad de conseguir un embarazo resultante en el nacimiento de un bebé es minúscula una vez que la paciente tiene 46 años de edad.


Los pacientes preguntan con frecuencia: ¿Hasta qué edad puede una persona salir embarazada? ¿Estoy muy tarde? ¿Se me pasó la oportunidad? La respuesta a estas preguntas se basa en tres consideraciones: efecto en la fertilidad, efecto en el bebé y efecto en el embarazo.

Efecto en la fertilidad: Como se ha mencionado, la fertilidad se reduce progresivamente después de los 34 años. Esto significa que, a partir de esa edad, un menor número de pacientes va a lograr un embarazo y le va a tomar más tiempo conseguirlo. Así por ejemplo, si en promedio toma tres meses para que un tratamiento resulte en embarazo, a los 40 años le tomaría 6 meses a la mitad de los pacientes. La reserva ovárica se puede estimar midiendo los niveles de la hormona folículo-estimulante (FSH) durante el tercer día del ciclo menstrual o los niveles de la hormona Anti-Mülleriana en cualquier día del ciclo menstrual.

Efecto en el bebé: A mayor edad de la mujer, mayor riesgo de anomalía cromosómica. La incidencia aumenta de un 1% a los 35 años a 3% a los 40 años y a 7% a los 45 años. Una de cada tres anomalías es el síndrome de Down.

Efecto en el embarazo: Todas las complicaciones médicas del embarazo ocurren con mayor frecuencia después de los 40 años. Por eso, es recomendable que estos embarazos sean atendidos por un médico con adiestramiento en embarazos de alto riesgo.

Opinión

Por lo tanto, con cuidado médico apropiado y una expectativa realista, una mujer puede intentar salir embarazada hasta que se agote su reserva de óvulos fértiles, independientemente de la edad. Inclusive, aquellas mujeres que hayan agotado su reserva ovárica tienen la esperanza de poder quedar embarazadas mediante tratamientos de donación de óvulos. 

Vivir: Pensamientos sobre el cáncer y la vida



**Jesús Rodríguez Arroyo, MD, FAOG,
FACS**

Especialista en Ginecología Oncológica
Profesor Asistente, Escuela de Medicina, UPR
Profesor Asistente, Ponce School of Medicine

Muchos de nosotros hemos tenido la oportunidad de ser participes en la vida de pacientes diagnosticados con cáncer, pudiéndose tratar inclusive de amigos, familiares o conocidos.

Actitud y valorar la vida

Es nuestra actitud, comprensión y ayuda a estas personas lo que marcará el resto de sus vidas. Es importante hacerles comprender que la vida es un regalo que se debe apreciar en el día a día, una experiencia única y personal. Muchos viven día y noche con miedo, con inseguridad o incertidumbre sobre su futuro. En aquellos que comparten esta experiencia como pareja, aun un argumento, una discusión pueden hacer que se sientan normales. Sobre esto, Gilda Wilder expresó “es bueno discutir, pues no lo haría si pensara que estuviera muriendo”.

Recordemos que para el paciente de cáncer es difícil que su familia y amigos reconozcan que es la misma persona que era antes del diagnóstico. El paciente desea vivir su vida y que esta continúe. Tener cáncer es un proceso educativo continuo e intenso, por el cual se aprende cada día a través de los tratamientos y las experiencias relacionadas.

Diagnóstico e información

Un diagnóstico de cáncer conlleva que la persona pueda sentir que pierde el control de su vida. Es sumamente importante que el paciente obtenga la información más exacta con relación al tumor o enfermedad que la aqueja. Esta información incluye las opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios y, especialmente, la expectativa de vida. Para muchos, este diagnóstico

inicialmente parece ser un sueño, pero luego se entiende que es una realidad, en la que el paciente se enfrenta a tomar decisiones rápidas, sobre todo para iniciar un tratamiento.

Tratamiento y trabajo en equipo

Durante el tratamiento, el paciente entrará en contacto con varios profesionales de la salud incluyendo ginecólogos oncológicos, cirujanos oncológicos, oncólogos médicos y radioterapeutas. Además, tendrá el apoyo de enfermeras oncológicas, trabajadores sociales y soporte religioso. Ellos formarán su equipo de tratamiento.

La experiencia de tener un diagnóstico de cáncer afectará el sentir y el aprecio por el propio cuerpo, así como la manera de vivir. Sin importar el tratamiento prescrito, el paciente sentirá efectos de fatiga, también por las múltiples y frecuentes citas médicas que a veces le imposibilitarán realizar las tareas rutinarias en su hogar. Probablemente tenga que aceptar un plan real para modificar su retorno al trabajo, recordando que este debe ser flexible, dependiendo de los cambios que puedan surgir durante su tratamiento.

Comprensión y esperanza

Mientras vaya recibiendo tratamiento, el paciente deberá entender y aceptar que el retorno a su vida plena tomará tiempo. Es el paciente quien tomará el control de sus reacciones y de su vida según vaya enfrentando las incertidumbres frente a lo desconocido. La esperanza le ayudará a ver los aspectos positivos de la vida. Si tiene creencias religiosas, deberá buscar en su comunidad religiosa un apoyo adicional en el día a día y el vivir. **G**

Uroginecología: Medicina pélvica femenina y cirugía reconstructiva



Jimmy J. Juliá Martínez, MD

Especialista en Obstetricia y Ginecología;
subespecialista en Uroginecología
San Patricio y La Torre de Plaza

La Uroginecología es una subespecialidad acreditada dentro de la Obstetricia y Ginecología, dedicada a tratar mujeres con problemas del piso pélvico como incontinencia urinaria/fecal y prolapso de los órganos pélvicos: vejiga, vagina, útero y recto. Estas condiciones comunes, en especial la incontinencia urinaria y el prolapso, se presentan en algunas mujeres con el paso de los años. Esta subespecialidad conlleva un entrenamiento completo en problemas que afectan el sistema reproductivo femenino y desórdenes del tracto urinario bajo.

El prolapso vaginal

Existen 4 tipos de prolapsos

- Prolapso uterino o vaginal: causado por la debilidad del soporte al útero/vagina.
- Cystocele: cuando cae la vejiga por debilidad en las paredes del frente de la vagina.
- Rectocele: debilidad en las paredes traseras de la vagina.
- Enterocel: debilidad en la parte superior de la vagina, que puede causar una hernia.

Los prolapsos deben ser atendidos desde el principio, pues con el tiempo comúnmente empeoran. Cuando el prolapso causa un impacto negativo en la vida de la mujer, se debe buscar ayuda y no esperar que los síntomas sean cada vez más incómodos: “No hay que aprender a vivir con el prolapso.”

La incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es la pérdida accidental de orina, que suele ocurrir cuando la persona tose, se ríe, estornuda o tiene el deseo urgente de vaciar la vejiga y no le da tiempo de llegar al baño. No es una enfermedad sino es un síntoma de un problema del tracto urinario bajo, común en la mujer adulta y envejeciente. Usualmente no causa mayor problema para la salud,

pero puede ser muy vergonzoso y afectar la autoestima y la calidad de vida de la mujer.

Los tipos de incontinencia urinaria más comunes son:

- Incontinencia de esfuerzo: Ocurre al toser, estornudar, reírse, brincar o levantar un objeto pesado. Estos actos aumentan la presión a la vejiga, lo que lleva a la pérdida de orina. Este tipo de incontinencia urinaria es el más común en mujeres.
- Incontinencia de urgencia (o vejiga hiperactiva): Ocurre cuando hay un deseo urgente de vaciar la vejiga y no da tiempo de llegar al baño. También puede ocurrir sin sentir deseo de ir al baño sino ante el sonido de agua corriendo o al mojarse las manos.
- Incontinencia mixta: Es la combinación de diferentes tipos de incontinencia, usualmente incontinencia de esfuerzo e incontinencia de urgencia. Usualmente se presentan juntas en mujeres de avanzada edad. **G**

Problemas atendidos por el uroginecólogo:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (pérdida de orina al toser, estornudar o reírse).
- Incontinencia urinaria de urgencia (pérdida de orina antes de llegar al baño).
- Prolapso vaginal de los órganos pélvicos (vejiga, útero, vagina o recto).
- Vejiga hiperactiva.
- Cistitis intersticial (condición inflamatoria crónica de la pared de la vejiga).
- Infecciones genitourinarias recurrentes.
- Dolor pélvico crónico.
- Hematuria (sangre en la orina).
- Trastornos de llenado o vaciado vesical.
- Síndrome uretral (dolor o ardor crónico al orinar).
- Trastornos de la evacuación anorrectal.
- Fístulas genitourinarias.