

Suplemento Especial



Nos sentimos muy entusiasmados con la oportunidad de contribuir en Galenus con este suplemento sobre Obstetricia y Ginecología, en el que damos un vistazo a algunos de los temas que estaremos discutiendo en detalle durante el Sunshine Seminar: Recent Advances in Obstetrics & Gynecology. Esta 31ª edición de Sunshine Seminar se llevará a cabo del 2 al 5 de Agosto en el Hotel Gran Meliá en Río Grande (www.progyn.org).

Los esperamos en Agosto en Río Grande.

Nabal José Bracero, MD, FACOG
Co-Director Científico "Sunshine Seminar"

SUNSHINE SEMINAR
GRAN MELIÁ HOTEL GOLF RESORT
RIO GRANDE PUERTO RICO
AGOSTO 2 AL 5, 2012

SUNSHINE SEMINAR XXXI RECENT ADVANCES IN OBGYN

www.progyn.org 787.781.0027 imbiproductions@gmail.com

SCIENTIFIC PROGRAM

Thursday, Aug 2, 2012

PRE-CONGRESS COURSES

10:00 am *Current Issues in the Management of Cervical Disease and Colposcopy Pattern Recognition
2:00 pm Dr. Romaguera, Dr. Malaret, Dr. Santos Reyes
(Limited to 50 physicians)

*Laparoscopic Intracorporeal Suturing in the Vertical Zone
Dr. Koh & Dr. Avellanet
(Limited to 30 physicians)

4 credits requested for each course

Friday, Aug 3, 2012

MODERATOR: Dr. Hawayek

7:30 am SATELLITE SYMPOSIUM:
Financial Advice for the Physician

8:00 am Cost Analysis of GYN Cancer Management
Dr. Teresa Diaz

8:40 am Fertility Preservation Options
Dr. Jairo Garcia

9:20 am Endometrial Cancer Update
Dr. Pedro Escobar

10:30 am Leadership Development for the Physician-Executive: A Primer
Dr. Ricardo Azziz

11:10 am Pelvic Surgical Anatomy
Dr. T. Falcone

11:50 am Fertility after Forty
Dr. Jairo Garcia

12:30 pm Hyperandrogenism in Women
Dr. Ricardo Azziz

Afternoon Program

MODERATOR: Dr. Schwarz

2:00 pm Imaging in Endometriosis
Dr. Juan Salgado

2:45 pm Laparoscopic Frozen Pelvis
Dr. Charles Koh

3:30 pm Endometriosis Update
Dr. T. Falcone

4:15 pm Ovarian Cancer in Young Women
Dr. Teresa Diaz

Saturday, Aug 4, 2012

MODERATOR: Dr. J. Rivera Viñas

7:30 am SATELLITE SYMPOSIUM:
Hepatitis C: Burden of Disease

8:00 am HIV Management in Pregnancy
Dr. Vivian Tamayo

8:40 am Recurrent Pregnancy Loss Update
Dr. Charles Lockwood

9:20 am Genetics in Obstetrics
Dr. Lauren Lynch

10:30 am Obstetrical Thromboembolic Events
Dr. Charles Lockwood

11:10 am The Role of Subclinical Infections and Neuroinflammation in Cerebral Palsy: Addressing the Challenge using Molecular Imaging & Nanotechnology
Dr. Roberto Romero

11:50 am Twin Pregnancy Management Update
Dr. Lauren Lynch

12:30 pm Live Telesurgery
Dr. T. Falcone & Dr. C. Koh

Afternoon Program

Moderator: Dr. Burgos

2:00 pm New Insights into the Cause of Preeclampsia
Dr. Charles Lockwood

2:45 pm Cervical Ultrasound and Vaginal Progesterone to Prevent Early Preterm Birth
Dr. Roberto Romero

3:30 pm Premature Delivery in Puerto Rico
Dr. Jose Cordero

4:15 pm OB Management of Short Cervix
Dr. Alberto de la Vega

Continues in next page

Continued from prev. page

Sunday, Aug 5, 2012

MODERATOR: Dr. Muñiz

8:00 am	Cesarean Section Status in Puerto Rico	Dr. Juana Rivera
8:40 am	Early Menopause Management	Dr. Josefina Romaguera
9:20 am	Pelvic Organ Prolapse Management	Dr. Sara Diaz
10:00 am	Clinical Issues in Family Planning	Dr. Ann E. Burke
11:10 am	Hormonal Contraception Update	Dr. Ann E. Burke
11:50 am	Respiratory Disorders in OB	Dr. Edilberto Martinez
12:30 pm	Breast Imaging: Tomosynthesis	Dr. Mary Hayes
1:10 pm	Urinary Incontinence: Surgery or NOT!	Dr. Sara Diaz

MBI
Medical Bionics, Inc.

Presenta su nueva línea de ultrasonido:



Para más información comuníquese al 787-740-5600 o escribanos a sales@med-bio.com



Dra. Cristina Nery • Dr. Eliast López Vélez | Patólogos
Calidad, Compromiso, Puntualidad y Confiablez (CCPC)

Pap Smear • Thin Prep / imaging • Citología de Orina y Fluidos Corporales
Biopsias de Tejidos • Biopsias Quirúrgicas • Biopsias por Aspiración de Agujas Fines
Inmunohistoquímicas / Breast Profile, RN-4 • Inmunoperoxidasas FH-Blyler • Tintes Especiales
GC Chlamydia • GBS • HPV • Herpes • Ultra-Screen • Multi-Screen

Coord. El Centro || Suro 212, Ave. Muñoz Rivera #500, San Juan, PR 00918 • Tel. 787.758.7822 | Fax 787.758.2887

inform@ccpc.com

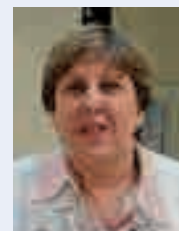
787-200-7199 | finase-edie@centrocito.com | www.centrocito.com

La realidad de las cesáreas en Puerto Rico:

La incidencia de cesáreas en Puerto Rico es alta, pero hay alternativas para lograr bajarla

Juana I. Rivera Viñas, MD, MHSA, FACOG

Profesora y Directora, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico
Miembro, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Adultos y del
Hospital de la Universidad de Puerto Rico en Carolina
Directora Programa de Residencia Obstetricia y Ginecología,
Universidad de Puerto Rico



En Puerto Rico, la incidencia de cesáreas es de las más altas en el mundo y las cifras han ido en aumento: en 2008 el porcentaje de partos por cesárea en los Estados Unidos fue de 32,3% y, en Puerto Rico, de 48,5%, habiendo sido en 1996 de 14,6% y 31,5%, respectivamente.

Si bien, la mortalidad materna ha seguido bajando en Puerto Rico a 20 por 100 mil partos en 2010 (de 33 por 100 mil en 1990) y es equiparable ahora con la de los Estados Unidos (21 de 100 mil partos), esto no necesariamente va en paralelo con el número de cesáreas. Así, países con mortalidad materna bajo el 10%, como Japón o Alemania, tienen porcentajes de cesáreas cercanos al 20% o países que también tienen porcentajes de cesáreas sobre el 40%, como Brasil o República Dominicana, tienen mortalidad materna más alta (56 y 160 por 100 mil partos).

Factores vinculados a las cesáreas

Hay muchos factores que han contribuido a elevar el número porcentual de cesáreas: el uso del monitoreo fetal intraparto, la pérdida de habilidades para realizar algunos procedimientos como el empleo del fórceps o la atención de partos vaginales no cefálicos, así como los cambios que se han dado en las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en cuanto al parto vaginal en bebés con presentación de nalgas y en los requisitos para poder hacer partos vaginales luego de cesáreas, la práctica de la inducción electiva de parto y la práctica defensiva de la medicina, entre muchas otras razones.

Importancia de estar bien informados

Es necesario que conozcamos y estemos informados sobre esta realidad, ya que las pacientes pueden pedir la


opinión sobre una cesárea a cualquiera de sus médicos y no solo a su obstetra. Es importante que señalemos a toda embarazada, que lo más importante es que tenga una muy buena comunicación con su obstetra y que le pueda manifestar cualquier duda, incluyendo aquellas sobre las probabilidades de que su embarazo termine en una cesárea y sobre las alternativas que pudiera tener para el parto.

Opciones a considerar

Hay muchas iniciativas que podemos adoptar para tratar de evitar que una gestación termine en una cesárea. Una de ellas es evitar hacer inducciones electivas ya que estas aumentan en cinco veces o más la probabilidad de hacer una cesárea, además de incrementar los riesgos de complicaciones para el bebé.

Otra opción importante es poder orientar a las pacientes que hayan tenido cesáreas previas a que le pregunten a su médico sobre la posibilidad de un parto vaginal luego de una cesárea anterior. En aquellas pacientes que reúnen los criterios para tratar de dar a luz por vía vaginal, luego de una cesárea, alrededor del 70% pueden lograr un parto normal. Es importante también que todos los obstetras y las salas de partos en Puerto Rico reúnan los requisitos establecidos para ofrecer la alternativa de un parto normal en estos casos.

Comentario

En resumen, la problemática de la alta incidencia de cesáreas es una realidad que podemos mejorar. Puede contribuir el hecho de que informemos a las pacientes adecuadamente y que ellas tengan una buena comunicación con su médico obstetra. Como médicos, generales o especialistas, todos podemos ayudar a que esto ocurra. 

La preservación de la fertilidad en pacientes de cáncer



Nabal José Bracero, MD, FACOG

Sub-Especialista en Endocrinología Reproductiva y Fertilidad

Vice-Chairman, *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Puerto Rico Section*

Catedrático Auxiliar, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

Director Médico, *GENES Fertility Institute*

Co-Director Científico, *Sunshine Seminar*

Los adelantos en los tratamientos oncológicos y la efectividad de los programas de detección temprana han contribuido a mejorar las tasas de curación y supervivencia de muchas enfermedades malignas. En específico, en pacientes tratados por algunos tumores, como el cáncer de seno, los estudios no han demostrado que el embarazo aumente la recurrencia. La mayor expectativa de vida y el buen pronóstico de muchos pacientes de cáncer, nos llevan a reenfocar la posibilidad, para estos pacientes, de tener familia luego de quimio y/o radioterapia.

Evaluación de la reserva ovárica

Aunque muchas pacientes tratadas con quimioterapia pueden recuperar la función ovárica, hay un riesgo alto de fallo ovárico o de menopausia prematura. Es importante que las mujeres que vayan a recibir un tratamiento citotóxico evalúen su reserva ovárica por medio de pruebas de sangre: AMH (*anti-mullerian hormone*), FSH (*follicular stimulating hormone*) y estradiol. Tienen importancia la edad, la reserva ovárica base y el tipo de terapia a recibir (alquilantes como ciclofosfamida son más citotóxicos). Así, mientras más bajos el FSH y el estradiol, más alto el AMH y más joven la paciente, más alta la probabilidad de preservar sus óvulos.

Alternativas de preservación de fertilidad

Hay varias opciones para que pacientes de cáncer puedan preservar su fertilidad. Las más establecidas la congelación de espermatozoides y embriones y la transposición pélvica de los ovarios. Hay otras que se consideran experimentales, como la congelación de tejido ovárico y la protección médica de las gónadas con

agonistas de GnRH (*gonadotropin releasing hormone*). Cuando estas medidas no son efectivas y hay pérdida de la función reproductiva, recurrimos a otras modalidades de reproducción asistida como la donación de óvulos o la subrogación gestacional. No olvidemos que, al mejorar la sobrevivencia de los pacientes de cáncer, también habrá más padres que podrán considerar la opción de adoptar.

Vitrificación de óvulos

La opción médicamente indicada para preservar la fertilidad antes de un tratamiento citotóxico es la fertilización *in-vitro* con congelación de embriones. Sin embargo, esta alternativa requiere de un donante de espermatozoides, lo cual podría representar un problema para las mujeres solteras o sin pareja.

Otra opción, la vitrificación de óvulos, está revolucionando la medicina reproductiva. La congelación efectiva de óvulos no fertilizados no era posible debido a la formación de cristales de hielo, que laceran el huso meiótico y el arreglo cromosomal del huevo. Con la vitrificación, el óvulo es congelado de forma ultra rápida, evitando que se formen los cristales de hielo en el citoplasma del huevo. Esto se traduce en un óvulo que sobrevive mucho mejor al congelamiento y descongelamiento, con una tasa de fertilización alta, de más del 50%.

Su impacto es inmenso, aunque se considera como un tratamiento de investigación. Pacientes que requieren fertilización *in-vitro* podrán optar por vitrificar óvulos no fertilizados. Estos serán descongelados y fertilizados según sean necesarios, para lograr el embarazo. Atrás

quedarán las preocupaciones éticas y morales que han surgido a raíz de la congelación de embriones. La vitrificación de óvulos en pacientes de cáncer permitirá diferir el embarazo para cuando la paciente haya superado la enfermedad, con un alto pronóstico reproductivo.

Factores a considerar en la vitrificación


Para la vitrificación de óvulos se requiere una estimulación folicular, que dura de 2 a 3 semanas y que podría retrasar el inicio del tratamiento. Por eso, es importante consultar sobre la voluntad de preservar la fertilidad, tan pronto como se realice el diagnóstico y se discuta el uso de terapia citotóxica.

A los oncólogos también les preocupan los altos niveles séricos de hormonas, tales como el estradiol, durante la estimulación de la ovulación. Esto puede ser importante en pacientes con cáncer de seno, que puede ser sensible a hormonas esteroideas. Para prevenir esto utilizamos letrozole oral combinado con gonadotropinas inyectables durante la estimulación folicular. Este inhibidor re-

versible de la enzima aromatasa nos permite obtener óvulos de excelente calidad sin generar niveles supra-fisiológicos de estradiol. El pronóstico reproductivo va a depender mucho del número de huevos que se consigan vitrificar. Así, se deja abierta la posibilidad de intentar un embarazo mediante fertilización *in-vitro*.

Conclusión

Debemos considerar el deseo futuro de fertilidad en todos los pacientes con cáncer durante la edad reproductiva. Al evaluar las opciones, como congelación de embriones o vitrificación de óvulos, se deben tener en cuenta factores como la edad, la función y reserva ovárica, el tipo de malignidad y su pronóstico y el tiempo disponible hasta el inicio del tratamiento.

Las recomendaciones deben surgir del consenso de un equipo de trabajo compuesto por oncólogos (patólogo, cirujano, hematólogo, radioterapeuta), psicólogo, endocrinólogo reproductivo, ginecólogo y, sobre todo, los pacientes. 



Senos Tomosíntesis & Biopsy Center
Una Nueva era en la tecnología para la detección del Cáncer de Seno
Advanced Breast Care & Cancer Detection Center
PUERTO RICO
787.474.0820
PLAZA
Pink Ribbon Facility
EXCELLENCE

SENOS PUERTO RICO es una de las primeras facilidades en la nación dedicadas a la radiología de imágenes de la mujer ofreciendo TOMOSÍNTESIS / mamografía 3D, la más reciente y avanzada herramienta diagnóstica disponible para detectar el cáncer de seno. Provee imágenes de seno excepcionalmente precisas, un avanzado diseño mucho más cómodo para las pacientes y una plataforma superior a cualquier otro equipo disponible para proveer un mejor cenimiento y diagnóstico. Es por esta razón que SENOS PUERTO RICO ha sido designado como el primer Pink Ribbon Facility en la Isla.

Histerectomía:

Consideraciones actuales desde la perspectiva de la cirugía laparoscópica



Jesús Manuel Salgueiro, MD, FCOG, FACS

Especialista en Obstetricia y Ginecología
787.746.5454

La cirugía mínimamente invasiva data de fines del siglo XIX, con la histerectomía vaginal. No es hasta la década del 1990, cuando comienza la época moderna de este tipo de cirugías.

Hay distintas maneras de remover un útero: por cirugía abdominal o vaginal; por histerectomía vaginal asistida con laparoscopia; y por histerectomía laparoscópica total convencional o asistida con robot.

Además, existe la histerectomía subtotal abdominal o laparoscópica. Para poder ejecutar una laparoscopia subtotal (dejando el cérvix) laparoscópica, hay que estar familiarizado con la técnica de morcelar (cortar en pedazos más pequeños) con cuchillo (manual) o con morcelador mecánico. Instituciones científicas como AAGL y ACOG recomiendan que, en un futuro cercano, se realice la mayoría de histerectomías de forma mínimamente invasiva. Esta forma de cirugía ofrece algunas ventajas, siempre y cuando el paciente y su condición médica lo permitan.

Beneficios:

- Menos dolor;
- Menos pérdida de sangre;
- Menos hernias;
- Menos infecciones de heridas;
- Menos embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, pulmonía;
- Estadías más cortas en el hospital;
- Menos uso de medicamentos para el dolor; y
- El paciente regresa a sus actividades rutinarias en cinco días y al trabajo en dos semanas.

Limitaciones:

- Gran control motor, fino y un aprendizaje especializado con por lo menos 30 histerectomías laparoscópicas;

- Se pierde la percepción de profundidad;
- Ofrece menor libertad de movimiento que la mano;
- Necesidad de un buen asistente para cámara;
- La coordinación de mano y ojos, es compleja;
- El equipo laparoscópico es costoso; y
- El reembolso es relativamente bajo por los seguros.

El nuevo sistema de cirugía robótica (*Da Vinci*), ofrece una óptica de alta definición, una visión en tres dimensiones y una mejor estabilidad y control fino durante toda la cirugía. Esas ventajas hacen que esta tecnología sea la mejor para los casos con complicaciones, como adherencias extensas, endometriosis, fibromas y reanastomosis de las trompas de Falopio.

Equipo de cirugía mínimamente invasiva

El trabajo en equipo entre el personal médico y de asistencia en sala de operaciones así como la comunicación y cooperación con el personal de anestesia son vitales, como suele ser en las cirugías. La torre laparoscópica de alta definición para cirugía laparoscópica convencional debe tener instrumentos laparoscópicos de 5 mm y 10 mm, con trócares adecuados, manipulador uterino, fuentes de energía, escapelo harmónico y es conveniente tener acceso a suturas modernas. También se debe disponer de un cistoscopio asignado a la sala para poder hacer un examen minucioso de la vejiga en todos los casos que lo ameriten.

Comentario

Para ofrecer las tecnologías y los tratamientos más efectivos, modernos y avanzados, hay que tener una visión comprometida a hacer cambios por el beneficio de nuestros pacientes. Además, hay que educar a los pacientes sobre las nuevas alternativas disponibles para su cuidado. En realidad, la cirugía mínimamente invasiva está al alcance de todos. 