

Vol 3. Año 3. N°1 // Marzo 2009

ISSN 1851-250X

**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA
(A.A.C.O.G)**



**Asociación Argentina
de Controversias en
Obstetricia y Ginecología**

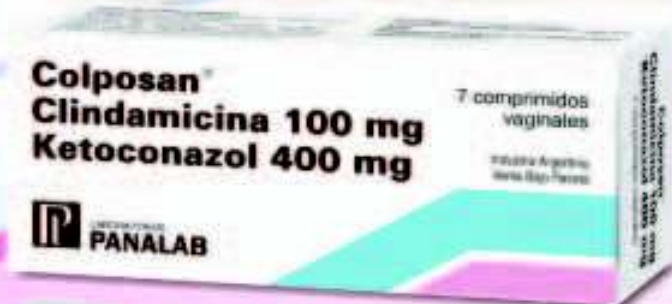
(A.A.C.O.G)-Asociación Civil

Colposan[®]

Comprimidos Vaginales

Clindamicina 100 mg + Ketoconazol 400 mg

La combinación ideal
para el tratamiento
de las infecciones vaginales



Rp/
Colposan
Comprimido
vaginal
1 vez
al día

 LABORATORIOS
PANALAB

**Revista de la Asociación Argentina
de Controversias en Obstetricia y Ginecología
(A.A.C.O.G) - Asociación Civil**

Edición Marzo 2009 / Vol. 3. Año 3. N°1

Comisión Directiva 2009-2011

Presidente

Dr. Alejandro Hakim

Vicepresidente

Dra. Elida Rodríguez

Secretario General

Prof. Dra. Blanca Campostrini

Tesorero

Dra. Claudia Andrea González

Vocales Titulares

Dra. Claudia Rey

Dra. Rita Caro

Dra. Claudia Scalise

Dra. Laura Maffei

Dra. María Clara Gómez Lissarrague

Dr. Miguel Ángel Bigozzi (h)

Dra. María Susana Moggia

Vocales Suplentes

Prof. Dr. Ángel Moggia

Dra. Marcela Triviño

Dra. Paola Mendiola

Dr. Matías Basso

Dr. Martín Rotella

Dr. Ignacio Pérez Tomasone

Dr. Hector Couto

Prof. Lic. Claudia Negri

Comisión Revisora de Cuentas:

Titular: Dr. Daniel Ladillinsky

Suplente: Lic. Luciana Gava

Editora responsable: Dra. Claudia Scalise

Comité Editorial: Dr. Miguel Ángel Bigozzi (h); Dra. Claudia A. González; Dra. Claudia Rey; Dra. Débora Yankelevich

A.A.C.O.G NO SE RESPONSABILIZA POR LAS OPINIONES VERTIDAS DE LOS AUTORES

Todos los derechos para A.A.C.O.G.
Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.
Email: ahakim@fibertel.com.ar
Web: www.acog.org.ar

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Personería jurídica: I.G.J. 569 del 30 de Julio de 2007
DIR.: Monroe 2681- Capital Federal (1428) Buenos Aires, Argentina
Te 1: 4543-0759

Índice Temático

Prólogo del Presidente de la A.A.C.O.G: Dr. Alejandro Hakim.....	Pág. 3
Síndrome Metabólico y Cáncer de Mama : Controversias Dr. Francisco Basilio.....	Pág. 4
Controversias en el Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: de las Técnicas Tradicionales a los Mini Slings Prof. Paulo Palma , Dr Miguel Bigozzi (H).....	Pág. 9
Resúmenes II Jornadas A.A.C.O.G - AGOSTO 2008	Pág. 14
Novedades A.A.C.O.G (Afilación).....	Pág. 36
Reglamento de Publicaciones.....	Pág. 37
Calendario de Jornadas y Congresos Nacionales e Internacionales 2009.....	Pág. 38

Editorial



Queridos colegas:

Ya estamos en el 3er año de la revista de la Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología (A.A.C.O.G.), con una tirada de 3500 números y seguimos aumentando edición tras edición la cantidad de ejemplares; ya pasamos 10 Jornadas en diferentes ciudades de Argentina y fuimos sociedad invitada en diferentes congresos, todo con muchísimo éxito y una gran repercusión.

Empezamos el 2009 con muchísimas actividades, nos quedan las Jornadas en Junín, Zárate - Campana, La Plata, San Luis. Durante el 2009 estaremos realizando el 1er Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología (A.A.C.O.G.) del 26 al 28 de Agosto del 2009 en el Salón El Mirador (ubicado en el centro geográfico de la ciudad de Buenos Aires, Acoyte 754).

Seguimos trabajando y produciendo y tenemos más de 700 socios.

Queremos agradecer muy especialmente a todas las empresas e instituciones que colaboran con la revista de AACOG.

La Asociación Argentina de Controversias

en Obstetricia y Ginecología se estableció en marzo del 2007 y ya produjimos actividades dignas de una asociación con muchos años de vida, todo esto gracias a la excelente comisión directiva que me acompaña trabajando día a día para que sigamos progresando.

Somos miembros adherentes a FASGO desde el 2008 (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia).

Estamos cumpliendo la mayoría de nuestros objetivos, pero vamos por más; mejorando nuestra página web (www.acog.org.ar), perfeccionando nuestra revista.

Nuestros objetivos son perfectibles y todos los comentarios nos enriquecen.

Invito por este medio a todos los profesionales vinculados con nuestra especialidad a hacerse socios, colaborar y participar; hay mucho por hacer, es el comienzo de la construcción de un gran proyecto, con el mejor de los entusiasmos.

Les doy la bienvenida a este nuevo espacio que estamos forjando con mucho esfuerzo.

Dr. Alejandro Hakim - Presidente de AACOG
ahakim@fibertel.com.ar

Síndrome Metabólico y Cáncer de Mama Controversias

Dr. FRANCISCO BASILIO

Jefe de División Tocoginecología Hospital Carlos G. Durand

SINDROME METABOLICO

La incidencia de cáncer de mama (Ca de mama), en el mundo occidental, presenta un incremento paralelo al de los principales componentes del síndrome metabólico (SM): insulino-resistencia, hiperinsulinemia, dislipemia, hipertensión y aterosclerosis. Así como el SM, también aumenta con la edad. La prevalencia fluctúa según las regiones, por ej., entre las mujeres, oscila del 7% en Francia al 43% en Irán (Cameron AJ, 2004). En USA, en una encuesta que abarcó varones y mujeres, presentaron SM el 6,7% entre los 20-30 años de edad y el 43,5% de los mayores de 60 años (Ford E, 2002). En Buenos Aires, en una encuesta similar, presentaron SM el 20% de las mujeres mayores de 60 años (Ortiz M, 2004).

A través de evidencias, se especula que el crecimiento del Ca de mama se favorece por dietas con contenido graso determinado, acumulación visceral de la grasa, sedentarismo, factores que interactúan también induciendo el desarrollo del SM (Stoll B, 2002). De hecho, parámetros metabólicos y hormonales asociados al SM afectarían el riesgo y el pronóstico del Ca de mama (Lorincz AM, 2006). Los factores genéticos sólo pueden explicar menos del 10 % de los cánceres de mama de los países occidentales. La mayoría dependen entonces de factores epigenéticos, ambientales y de estilo de vida. El llamado “Western lifestyle” o estilo de vida occidental. Estos factores serían semejantes a los que favorecen la obesidad, la resistencia Insulínica y el SM.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO

El más utilizado en la práctica, es el Criterio

del III Panel de Expertos para la Detección, Evaluación y Tratamiento del Colesterol en Adultos (ATP-III, 2001)

Presencia de 3 o más factores (NCEP, 2001)

- Triglicéridos ≥ 150 mg %
- Colesterol HDL (mujeres) < 50 mg%
- Presión arterial: > 130 (s)/ > 85 (d) mmHg
- Glucemia en ayunas ≥ 110 mg %
- Cintura (mujeres) ≥ 88 cm

Relación entre Síndrome Metabólico y Cáncer de Mama

Hasta la fecha, son muy escasos los trabajos que han abordado la evaluación del conjunto de síntomas coexistentes en el SM y el riesgo de Ca de mama. Uno de ellos (Sinagra D, 2002) encuentra mayor prevalencia de diabetes tipo 2, hipertensión y dislipemia en mujeres con Ca. de mama comparadas con controles o con mujeres con patología benigna de mama. En cambio, no encontró relación con la obesidad y la distribución de grasa abdominal, adjudicado a que las pacientes se encontraban en estadios avanzados del Ca mamario.

Recientemente, Pasanisi P y cols (Pasanisi P, 2006), estudiaron el valor pronóstico del SM en mujeres posmenopáusicas con Ca de mama, evaluando la recurrencia de cáncer en un seguimiento de 5,5 años. Combinando el SM con los niveles de testosterona elevados, los autores observaron un aumento significativo del Hazard Ratio (HR de 3,0 a 6,7) en comparación con mujeres sin SM y concentraciones bajas de testosterona. Por lo tanto sugieren que el SM constituye un factor pronóstico emergente para recurrencias del Ca de mama, especialmente asociado a niveles aumentados de testosterona. Sin embargo, se

destaca que ninguno de los componentes del síndrome en forma aislada demostró valor pronóstico.

Por otro lado, en 2008, en forma controversial, se presentó un trabajo epidemiológico (Russo A, 2008) sobre 16.677 sujetos (hombres y mujeres) mayores de 40 años residentes en Milán-Italia, que estaban medicados simultáneamente con drogas antihipertensivas, hipoglucemiantes e hipolipemiantes, y fueron considerados como afectados por SM. Los mismos desarrollaron, durante 7 años, 823 diferentes tipos de cáncer. En las mujeres, no se encontró aumento significativo del Ca. de mama, que sí fue positivo para el cáncer colorrectal.

Componentes del SM que pueden afectar el RR de Cáncer de mama

Hiperinsulinemia:

La Insulina tiene acción mitogénica, dado que regula el crecimiento, la diferenciación y la transformación celular. Está probado que concentraciones elevadas de insulina, estimulan la síntesis de ADN y la proliferación celular in vitro, a través del receptor del IGF-I (factor de crecimiento insulina-like) (Kazer R, 1995). Los componentes del sistema IGF han sido claramente implicados en la progresión del cáncer mamario; el IGF-I y el IGF-2 son péptidos mitogénicos y antiapoptóticos que influyen la proliferación y diferenciación de varios tipos celulares (Clarke RB, 1997).

Evidencias:

- Elevadas concentraciones de IGF-I correlacionaron positivamente con el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas (Toniolo P, 2000)
- La inactivación del IGF-IR conduce a reducción tanto del crecimiento tumoral mamario como de sus metástasis (Le Roith D, 2003).

La conjunción de la acción de la insulina y de los estrógenos también ejercería un efecto sinérgico, dado que parte de la acción de la insulina es también mediada por la interacción

con las vías de acción del receptor de estrógeno en las células mamarias. Por este motivo se considera que la insulina y los estrógenos trabajan juntos en su efecto proliferativo y tumorogénico (Lorincz AM, 2006).

Obesidad Abdominal:

Los adipocitos, catalogados primariamente como células para el almacenamiento de energía, son actualmente reconocidos como células dinámicas y activas endócrinas que segregan varias citoquinas, polipéptidos y moléculas similares a las hormonas. Los adipocitos tienen entonces funciones autócrina, parácrina y endócrinas y se hipotetiza que la obesidad debería ser considerada como un tumor endócrino (Dizdar O, 2004).

Es conocido que en las mujeres posmenopáusicas obesas, los tejidos adiposos de la mama, el abdomen, el muslo y los glúteos son los principales sitios de la biosíntesis de estrógenos con actividad de aromatasa incrementada por la edad y por el índice de masa corporal. Es sabido también, que el incremento en el consumo calórico produce estimulación de la secreción adrenal de andrógenos, disminución de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y elevada aromatización de los andrógenos en el excesivo tejido graso. Este mecanismo de aromatización periférica conduce a elevar los niveles circulantes de estrógenos, constituyendo muy probablemente la causa biológica primaria de la asociación entre obesidad y el cáncer de mama posmenopáusico. Este proceso se evidencia con las correlaciones significativas entre los niveles séricos de estradiol, total y libre, y el riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas (Toniolo P, 1995).

Por otro lado tenemos las Adipocitoquinas:

- *Leptina*: aumenta en la obesidad. Estimula el crecimiento de células cancerosas mamarias, por efectos directos sobre el RE, y contribuiría a desarrollar resistencia a los antiestrógenos. No es útil como mar-

cador tumoral.

○ *Interleuquina 6* (IL-6): aumenta en la obesidad y en la insulinoresistencia. Promueve migración celular (metástasis), disminuye apoptosis, inhibe diferenciación celular, estimula aromatasa.

○ *Factor de Necrosis Tumoral alfa* (TNF- α): citoquina inflamatoria que aumenta en la obesidad. Induce Insulinorresistencia. Estimula la tumorigénesis mamaria, aumentando la síntesis de IL-6 y la biosíntesis de estrógenos por activación de la aromatasa.

○ *Adiponectina*: Disminuye en la obesidad, sobre todo en la abdominal. Inhibe la proliferación celular, promueve la diferenciación celular, disminuye la neoangiogénesis y aumenta la sensibilidad a la insulina.

En la OBESIDAD: aumentan la Leptina, TNF- α y la IL-6, y disminuye adiponectina, por lo tanto, existe mayor riesgo de Ca. de mama.

Perfil Lipídico y Lipoproteico:

Se ha hipotetizado que el aumento del colesterol (Col) incrementa el riesgo de Ca. de mama porque el colesterol es un precursor de hormonas esteroideas y los esteroides sexuales endógenos están positivamente correlacionados con el riesgo de Cáncer mamario.

También, altas concentraciones del Col-HDL han sido correlacionadas con un reducido riesgo de Ca. de mama, especialmente entre las mujeres posmenopáusicas, porque un bajo Col-HDL sanguíneo puede ser un marcador de exceso relativo de andrógenos. Los andrógenos son moduladores claves de los lípidos séricos, y después de la menopausia, los estrógenos biodisponibles formados en el tejido adiposo, por la aromatización de andrógenos, constituyen un mayor estímulo para la carcinogénesis mamaria.

La relación, entre las concentraciones séricas

del colesterol y el riesgo de Ca de mama, ha sido examinada en varios estudios retrospectivos caso-control (*Alexopoulos CG, 1987; Kaye J, 2002*) y prospectivos (*Furberg A, 2004; Eliassen A, 2005*).

En general el resultado de esos estudios muestra, entre las pacientes con Ca. de mama:

Aumentados :

Colesterol total, Colesterol-LDL y Triglicéridos.

Disminuído :

Colesterol-HDL.

Sin embargo, otros estudios llevados a cabo por *Boyd N, y col. (1995)* han mostrado resultados opuestos.

Probables causas de estas controversias:

- Parámetros lipídicos y metodología utilizada
- Edad del paciente
- Status menopáusico no discriminado
- Raza de la población
- Ajustes por obesidad, ingesta aumentada, inactividad física
- Inclusión de pacientes con estadio de cáncer avanzado
- Inclusión de pacientes con riesgo, sin Ca. de mama
- Selección de los controles

Triglicéridos elevados y colesterol HDL bajo, en muchos casos independientemente del status menopáusico, es compatible con las alteraciones lipoproteicas del SM y constituye un perfil de riesgo aterogénico.

Hipertensión Arterial y Riesgo de Ca de Mama:

En algún estudio (*Largent J, 2006*), la hipertensión fue asociada con un mayor riesgo de Ca. de mama, especialmente entre las mujeres mayores de 50 años, aunque en otros no se encontró asociación. No son claros los mecanismos por los cuales podrían estar relacionados, aunque tienen en común bases fisiopatológicas como la inflamación y la síntesis hormonal. Un estudio publicado muy

recientemente como parte del Proyecto *North Karelia* a través del Registro del Cáncer en Finlandia, sobre casi 10.000 mujeres estudiadas prospectivamente durante un promedio de 27 años, reveló que la incidencia del cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas hipertensas, en general, no difirió de la población general (Lindgren A, 2007).

Dieta Grasa y Riesgo de Ca de Mama

A pesar de que universalmente el cáncer de mama es más común en los países industrializados con alto consumo de grasas en la dieta, los estudios no han confirmado una asociación significativa entre la cantidad total de grasas ingeridas y el riesgo de cáncer mamario.

En el -Pooling Project of Prospective Studies of Diet and Cancer- mujeres con IMC ≥ 28 tenían 26% más de riesgo de Ca. de mama al compararlas con mujeres con IMC ≤ 21 , pero no se encontró asociación entre el total de grasas ingeridas y el RR de Ca. de mama (Smith-Warner SA, 2001).

En el -Estudio de Salud de las Enfermeras (NHS)-, después de 20 años de seguimiento, no hubo correlación entre la ingesta de grasa de mujeres posmenopáusicas y el riesgo de Ca. mamario (Kim EH, 2006).

La *controversia* puede reflejar una real ausencia de asociación entre estos dos parámetros, ó también podría ser debida a:

- errores de medida y registros dietarios,
- falta de seguimiento suficiente o
- focalización en un rango de edades de baja susceptibilidad al cáncer.

Más allá del papel de la dieta como factor de riesgo en el cáncer de mama, actualmente se están llevando a cabo dos estudios prospectivos, randomizados, multicéntricos, de prevención secundaria en mujeres con cáncer de mama, para medir los efectos de la dieta sobre las tasas de recaída y sobrevida del cáncer, que podrían aclarar puntos todavía oscuros en este tema: el *Women's Intervention Nutrition Study (WINS)* (Chlebowski RT, 2005) con la énfasis primaria puesta en la reducción de las grasas ingeridas y, el *Women's Healthy Eating and Living Study (WHEL)* (Pierce JP, 2002), cuya base es el mayor consumo de vegetales y frutas.

CONCLUSIÓN

De la evidencia actual, se deduce la necesidad de trabajos a gran escala que puedan confirmar el valor predictivo del síndrome metabólico para el cáncer de mama. Mientras tanto, la evaluación de los componentes del síndrome metabólico y su vinculación con el cáncer de mama aportarán conocimiento al estudio de los factores de riesgo de este tipo de cáncer, en especial de los modificables, permitiendo tomar medidas preventivas primarias que podrían influir favorablemente sobre la ocurrencia, y tal vez, la recurrencia del cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

-Alexopoulos CG, Blatsios B, Avgerinos A. Serum lipids and lipoprotein disorders in cancer patients. *Cancer* 1987; 60(12):3065-70.
-Boyd NF, Connelly P, Byng J, y col. Plasma lipids, lipoproteins, and mammographic densities. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1995;4(7):727-33.
-Cameron AJ, Shaw JE, Zimmet PZ. The metabolic syndrome: prevalece in worldwide population. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2004; 33:351-75.
-Chlebowski RT, Blackburn RE, Elashoff C, y col.

Dietary fat reduction in postmenopausal women with primary breast cancer: phase III Women's Intervention Nutrition Study (WINS). *J Clin Oncol Proc ASCO* 2005;23(16S):10.
-Clarke RB, Howell A, Anderson E. Type I insulin-like growth factor receptor gene expression in normal human breast tissue treated with oestrogen and progesterone. *Br J Cancer.* 1997;75(2):251-7.
-Dizdar O, Alyamac E. Obesity: an endocrine tumor?. *Med Hypotheses* 2004;63:790-2

- Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, y cols. Serum lipids, lipid-lowering drugs, and the risk of breast cancer. *Arch Intern Med.* 2005;165(19):2264-71
- Ford E, Giles W, Dietz W. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287(3):356-9
- Furberg AS, Veierod MB, Wilsgaard T, y col. Serum high-density lipoprotein cholesterol, metabolic profile, and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 1152-60.
- Kaye JA, Meier CR, Walker AM, Jick H, Statin use, hyperlipidaemia, and the risk of breast cancer. *Br J Cancer.* 2002;86(9):1436-9.
- Kazer R. Insulin resistance, insulin-like growth factor I and breast cancer: a hypothesis. *Int J Cancer.* 1995;62(4):403-6.
- Kim EH, Willett WC, Colditz GA, y col. Dietary fat and risk of postmenopausal breast cancer in a 20-year follow-up. *Am J Epidemiol.* 2006;164(10):990-7.
- Largent JA, McEligot AJ, Ziogas A, y cols., Hypertension, diuretics and breast cancer risk. *J Hum Hypertens.* 2006;20(10):727-32.
- Le Roith D. The insulin-like growth factor system. *Exp Diabet Res.* 2003;4(4):205-12.
- Lindgren A, Pukkala E, Tuomilehto J, Nissinen A. Incidence of breast cancer among postmenopausal, hypertensive women. *Int. J. Cancer* 2007;121(3):641-4.
- Lorincz AM, Sukumar S. Molecular links between obesity and breast cancer. *Endocr Relat Cancer.* 2006; 13(2):279-92.
- NCEP Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-97.
- Ortiz M, Fleitas N, Arioni M, y col. Prevalencia de los componentes del síndrome metabólico entre sexos en una población hospitalaria. *Rev Argent Cardiol* 2004;72 (Supl) -Pasanisi P, Berrino F, De Petris M, y col. Metabolic syndrome as a prognostic factor for breast cancer recurrences. *Int. J. Cancer* 2006; 119: 236-8.
- Pierce JP, Faerber S, Wright FA, y col. A randomized trial of the effect of a plant-based dietary pattern on additional breast cancer events and survival: the Women's Healthy Eating and Living (WHEL) Study. *Control Clin Trials.* 2002;23(6):728-56.
- Russo A, Autelitano M, Bisanti L. Metabolic syndrome and cancer risk. *Eur J Cancer.* 2008;44(2):293-7.
- Sinagra D, Amato C, Scarpitta AM, y col. Metabolic syndrome and breast cancer risk. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2002; 6(2-3):55-9.
- Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun SS, y col. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA.* 1998;279(7):535-40.
- Stoll BA. Upper abdominal obesity, insulin resistance and breast cancer risk. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002; 26(6):747-53.
- Toniolo P, Levitz MA, Zeleniuch-Jacquotte. A prospective study of endogenous estrogens and breast cancer in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst.* 1995;87(3):190-7.
- Toniolo P, Bruning PF, Akhmedkhanov A, y col. Serum insulin-like growth factor-I and breast cancer. *Int J Cancer.* 2000; 88(5):828-32.

Controversias en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo De las técnicas tradicionales a los micro- slings

Paulo C R Palma - Profesor Titular de Urología de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Estatal de Campinas. Brasil.

Bigozzi Miguel Angel (h) - Instructor de residentes. Servicio de Ginecología Hospital
Santojanni, Buenos Aires, Argentina.

La incontinencia urinaria tiene su pico de incidencia en la menopausia; el aumento de la esperanza de vida ha determinado un aumento vertiginoso de la misma. Se estima que la sufren entre el 10 y el 60% de las mujeres. Esto significa, que debemos reflexionar sobre la mejor manera de resolver el problema de estas mujeres.

Desde el comienzo del siglo XX, se han descrito varias técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE), obteniéndose escasos resultados satisfactorios para mantenerse dentro del arsenal terapéutico actual. El principio básico del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo es la reconstitución de los elementos de soporte uretral, especialmente a nivel del tercio uretral medio, donde se localiza el principal componente del mecanismo esfinteriano.

El tratamiento quirúrgico es el método más eficaz y con mejores resultados, por lo tanto, es la opción terapéutica más realizada.

La elección de la técnica quirúrgica debe ser realizada teniendo en cuenta diversos factores, siendo uno de los más importantes la experiencia del cirujano en la técnica elegida. Los otros factores que pueden influir en la decisión de la cirugía son:

- Intensidad de incontinencia: indica el grado de compromiso del mecanismo esfinteriano.
- Antecedentes relacionados con intentos previos de tratamiento quirúrgico de la incontinencia.
- Urodinamia:- la presión de pérdida ante esfuerzos permite evaluar el grado de lesión del

mecanismo esfinteriano intrínseco de la uretra y la presencia de contracciones involuntarias del detrusor puede cambiar el pronóstico de la cirugía.

- Necesidad de cirugías concomitantes para el tratamiento de los prolapsos urogenitales (histerectomía).
- Expectativa de vida y actividades diarias de la paciente.
- Condiciones clínicas generales.

Con fines didácticos, las diferentes técnicas quirúrgicas para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo se pueden clasificar de acuerdo a la **tabla 1**.

Tabla 1 - Cirugía anti-incontinencia
Procedimientos para estabilización uretral
Suspensiones Vaginales
Suspensiones con agujas (Stamey, Pereyra)
Procedimientos Suprapúbicos (Marshal-Marchetti-Krantz; Burch)
Procedimientos vaginales (colporrafia anterior)
Slings retropúbicos aponeuróticos “clásicos”
Slings retropúbicos mínimamente invasivos Sintéticos Biológicos (homóloga o heteróloga)
Slings transobturatrices Sintéticos Biológicos (homólogos o heterólogos)
Procedimientos para coaptación uretral Inyecciones periuretrales Esfínter urinario artificial Slings con agujas helicoidales

Suspensiones del cuello vesical con agujas

Correspondían a los primeros procedimientos mínimamente invasivos propuestos para el tratamiento de la IOE. Consistían en la aplicación de suturas helicoidales a nivel del cuello vesical, bilateralmente, que eran ancladas en la aponeurosis del músculo recto del abdomen. Fueron utilizadas en la década del 70 y 80 y han sido abandonadas debido a los resultados insatisfactorios y las altas tasas de disfunción miccional.

Procedimientos suprapúbicos

Están representados por las técnicas descritas por Burch y Marshall-Marchetti-Krantz. Consisten (Figura 1) en la aplicación de suturas en la cara abdominal de la fascia endopélvica, a nivel de cuello vesical, siendo ancladas en el ligamento ilio-pectíneo (Burch) o en el periostio del pubis (Marshall-Marchetti-Krantz). Pueden ser realizadas a través del acceso retropúbico convencional o por vía laparoscópica. Presentan mejores resultados las portadoras de incontinencia urinaria de intensidad leve, sin compromiso significativo del mecanismo esfinteriano intrínseco. Durante décadas, la cirugía de Burch fue considerada el “Gold estándar” para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, por sus buenos y duraderos resultados a largo plazo. En contrapartida la cirugía de Burch produce: hipercorrección, con la consiguiente retención urinaria y uso prolongado de cateterismo

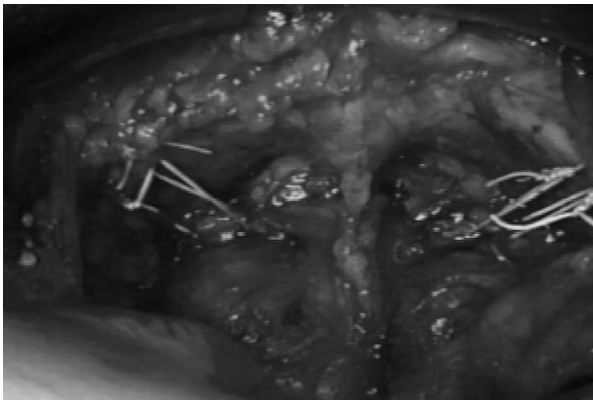


Figura 1: Detalles técnicos de la cirugía de Burch: aplicación de las suturas en la cara abdominal de la fascia endopélvica, a nivel de cuello vesical, ancladas en el ligamento íleo-pectíneo

intermitente; sangrado, siendo bastante frecuente durante el período intra-operatorio, produciéndose durante la disección del espacio de Retzius, altamente vascularizado.

Las mayores complicaciones en esta cirugía son: las disfunciones del vaciado y la distorsión de la anatomía pélvica, con desplazamiento anterior del eje de la vagina aumentando la posibilidad de prolapso de novo de la pared posterior de la vagina.

Colporrafia anterior

Se propuso en 1913 por Kelly, fue utilizada ampliamente para el tratamiento de la incontinencia urinaria hasta mediados de los 80. Consisten en la plicatura de la fascia pubocervical por debajo del cuello vesical y de la uretra. Se relaciona con baja morbilidad post-operatoria, pero presenta alta tasa de recidiva de incontinencia, esto provocó contraindicaciones para el uso en el tratamiento de la IOE, según los últimos metaanálisis de la Asociación Americana de Urología.

Slings retropúbicos aponeuróticos “clásicos”

Los slings se propusieron al inicio del siglo XX, pero solamente comenzaron a ser empleados regularmente para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo a partir de los 80, cuando comenzó a aplicarse con la mínima tensión suburetral posible, disminuyendo el riesgo de disfunciones miccionales. Los slings aponeuróticos consisten en mallas confeccionadas a partir de tejidos autólogos (fascia del músculo recto del abdomen o fascia lata), que se colocan a nivel del cuello vesical anclados por hilos de sutura a la aponeurosis del músculo recto del abdomen. En un principio eran utilizados exclusivamente en las pacientes con compromiso significativo del mecanismo esfinteriano intrínseco de la uretra, pero, más recientemente, su uso pasó a ser difundido incluso en pacientes que sufren de incontinencia leve. A pesar de corresponder a una técnica quirúrgica de bajo costo y en la actualidad con mejores resultados, se relaciona con alta tasa de disfunción mic-

cional, en el período postoperatorio. Otro inconveniente es el período de recuperación post-operatoria relativamente largo, y la posibilidad de complicaciones (hernias, infección, dolor persistente) de la zona donante.

Slings retropúbicos mínimamente invasivos

Surgieron en la década del 90 a partir de la Teoría Integral de la continencia, propuesta por Petros - Ulmsten. La primera fue llamada Tensión free Vaginal Tape y fue seguido por varios similares, con algunas mejoras, sobre todo en las agujas utilizadas para su colocación. De forma contraria a los slings aponeuróticos, los slings mínimamente invasivos son prótesis confeccionadas por material homólogo (aponeurosis cadavérica), heterólogo (dermis porcina, submucosa intestinal porcina, pericardio bovino) o sintéticos (**Tabla 2**).

Tabla 2. Slings artificiales -clasificación de acuerdo a los principales materiales	
Orgánicos	Sintéticos
Preparados de colágeno	Nylon
Pericardio bovino	Mersilene
Submucosa Intestinal porcina	PTFE (Teflon, Gore-tex)
Duramadre	Silicona (Silastic)
Dermis porcina	Co-polímeros (Poliglactina)
Fascia cadavérica	Polipropileno(Marlex,prolene)

El material sintético más utilizado actualmente es el **polipropileno monofilamento con macroporos**. El uso de materiales sintéticos elimina la necesidad de incisiones para extraer tejido para la construcción de la malla y así evitar posibles complicaciones en la zona donante. Otro avance fue la disminución significativa del tiempo de convalecencia con el empleo de los slings mínimamente invasivos (**Figura 2**).

Esta técnica, busca el fortalecimiento de los ligamentos pubouretrales, siendo una técnica mínimamente invasiva, bien estandarizada, con baja tasa de trastornos del vaciado, requiriendo la realización de cistoscopia.

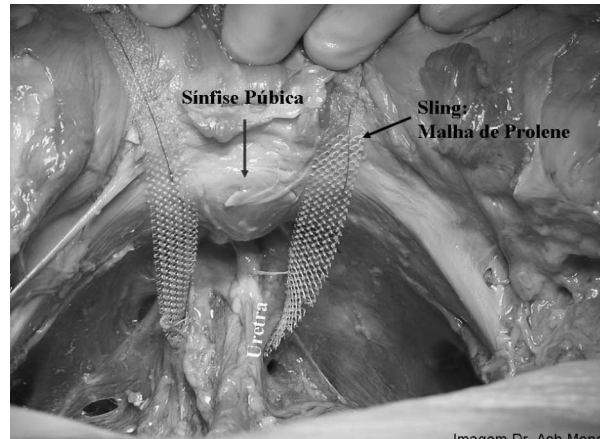


Figura 2: Posición final de la malla de polipropileno en el espacio retropúbico.

Por primera vez una técnica mínimamente invasiva, desafía al “Gold estándar” produciendo resultados similares a 11 años de seguimiento.

Slings transobturatrices

Los slings transobturatrices fueron diseñados para evitar el acceso retropúbico y sus riesgos potenciales (**Figura 3**).



Figura 3: Sling Transobturatriz

En esta técnica, se realizan punciones en el surco genito-crural que son empleadas para la introducción del sling a través de agujas especiales. La malla es anclada en los músculos y fascias que obliteran el foramen obturador. En general, sus resultados son similares a los obtenidos con los slings retropúbicos mínimamente invasivos, y la tasa de complicaciones comprobada hasta el momento es considerablemente menor. El uso de la vía transobturatriz para la colocación

de slings permitió el desarrollo de otras aplicaciones de este abordaje en la cirugía pélvica reconstructiva, en particular mediante la creación de prótesis para el tratamiento de prolapsos vaginales de la pared anterior.

Inyecciones periuretrales

La inyección periuretral tiene por objetivo reforzar la coaptación, y por tanto, aumentar la resistencia uretral, proporciona una alternativa para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer en casos seleccionados. Diversos materiales han sido propuestos para el empleo en inyecciones periuretrales siendo de naturaleza sintética (Teflón, hidroxiapatita, microesferas de carbono, ácido hialurónico) o biológica (tejido adiposo autólogo, colágeno bovino), persiste la búsqueda del material ideal. En esta técnica, el material se inyecta en el interior de la pared muscular de la uretra a través de agujas especiales bajo control endoscópico. Además de ser mínimamente invasivo, otra ventaja de la inyección periuretral es causar el aumento de la resistencia uretral sin cambio significativo en la presión del detrusor durante la micción. Esto determina la menor frecuencia de síntomas irritativos urinarios y disfunción miccional, después de inyecciones periuretrales, en relación a los slings. Las inyecciones periuretrales son indicadas principalmente en pacientes con soporte pélvico adecuado, con fallas en el mecanismo esfinteriano intrínseco. También es una alternativa para el tratamiento de los pacientes de edad avanzada, debido a la baja morbilidad. En general, independientemente del producto utilizado, la coaptación disminuye a lo largo del tiempo, por lo que requiere de re-inyección, debiendo ser explicado a la paciente.

Dispositivos de compresión uretral

En este grupo figuran el esfínter urinario artificial y balones periuretrales. De aplicación restringida en la incontinencia urinaria en mujeres a causa de su alto costo y la alta tasa de éxito de los slings. Así, se utilizan en situaciones especiales, representado por pacientes con múltiples cirugías previas para

la incontinencia o uretroplastias complejas.

NUEVAS PERSPECTIVAS

Micro Sling System

Esta es la evolución del concepto de slings mínimamente invasivo. Especialmente indicado en población anciana, para disminuir el tiempo quirúrgico y prevenir complicaciones. El concepto de este tipo de slings, se basa en el refuerzo del arco tendíneo de un lado y del otro, y consiste en la colocación de una pequeña malla suburetral a nivel del tercio medio, anclada de un arco tendíneo al otro. (Fig.4 y5).

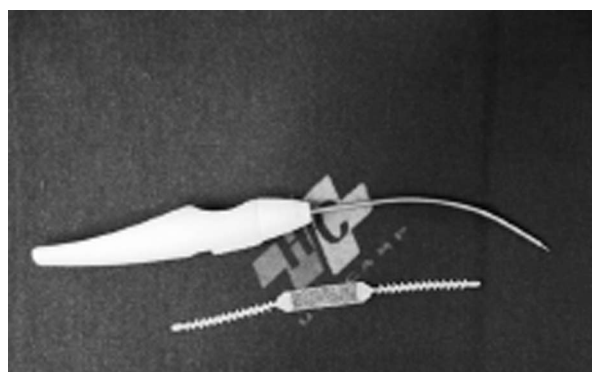
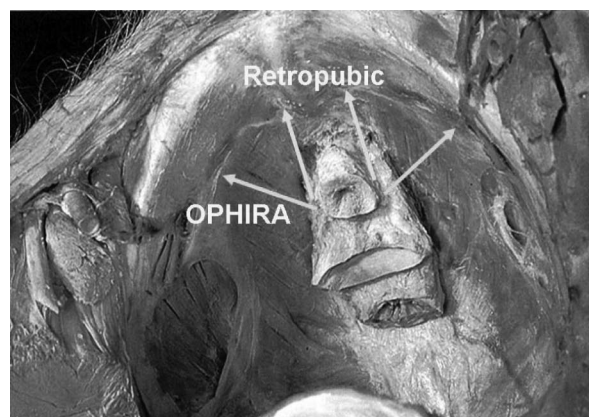


Figura 4: Referencias anatómicas del Sling Ophira y **Figura 5:** Kit de Sling Ophira, con aguja y malla de polipropileno.

Técnica quirúrgica

Este procedimiento se realiza bajo anestesia local. Se realiza una pequeña incisión vaginal a 1 cm. del meato uretral, luego se procede a realizar una mínima disección en dirección a la rama ascendente del pubis en forma bilateral, sin perforar la fascia endopélvica. Posteriormente el Micro Sling (Figura 6) es

conectado a la aguja que se introduce por detrás del pubis, perforando la fascia endopélvica hasta anclarse en el músculo obturador interno o elevador del ano.



Figura 6: El Micro-Sling se implanta a través de una pequeña incisión vaginal anclándose al arco tendíneo.

Estas nuevas técnicas han facilitado la reducción de los gastos hospitalarios, al poderse realizar con anestesia local y de forma ambulatoria, disminuyendo la duración de la estadía hospitalaria. Pero aún, estas nuevas técnicas pueden tener

complicaciones.

Ante tantas opciones de tratamiento, ¿Como decidir cual es el mejor tratamiento actual? No hay respuesta correcta a esta pregunta. Siempre debemos considerar la experiencia del cirujano, el material disponible y el deseo del paciente. Recordando que el mejor tratamiento, es aquel al que el médico esté más familiarizado con respecto a aspectos técnicos, riesgos y complicaciones.

Referencias

- Petros P, Ulmsten UI (1993) An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. Scand J Urol Nephrol 153:1–93.
- Palma P, Riccetto C, Reges R, Fraga, R, Miyaoka R, Herrmann V, Marcondes T: Arcus to arcus microsling: technique and preliminary results. Int Urogynecol J 2008; 19:1133–1136
- Delorme E, La bandellette trans-obturatrice: un procede mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Progrès en Urologie, 2001, 1:1306-13.
- Paulo Palma. A requiem to the Burch. Int Urogynecol J, 2007.



CONSULTORIOS ASOCIADOS DE ENDOCRINOLOGIA
DR. DRA. LAURA MAFFEI

CIEM S.A.
Investigaciones Endocrino Metabólicas
Endocrinología Clínica - Densitometría Ósea
Cerviño 3542 6º C. Tel: 4510-3291/92/93
Cerviño 3375 piso 1º of 12. Tel: 4804-6669, 4807-3503

www.lauramaffei.com.ar

Los Consultorios Asociados de Endocrinología es una Institución dedicada a la atención de pacientes endocrinológicos con un alto nivel de excelencia. Integrado por médicos con una excelente formación en todas las áreas

CIEM es la sección que realiza Densitometrías Óseas utilizando la mas moderna tecnología Lunar Prodigy. Nuestros técnicos están recertificados por la ISCD que garantizan la mejor confiabilidad y reproductibilidad en los estudios.

CONSULTORIOS ASOCIADOS DE ENDOCRINOLOGÍA
DIRECTORA: DRA. LAURA MAFFEI (MN 62441)

CERVIÑO 3375 CAPITAL
4806 8004 - 4804 6669

secretaria-cade@cade-ica.com.ar

Resúmenes II Jornadas Argentinas AACOG Agosto 2008- Buenos Aires- Argentina

Controversias en el Tratamiento de la Miomatosis Uterina: Tratamiento Quirúrgico vs Embolización de los Miomas Uterinos.

Tratamiento Quirúrgico de la Miomatosis Uterina.

Dr. Marcos Horton - Servicio de Ginecología - Hospital Británico de Buenos Aires

Las opciones quirúrgicas de la Miomatosis Uterina son:

- MIOMECTOMIA
- HISTERECTOMIA

Que pueden ser por vía:

- Laparotómica
- Laparoscópica
- Histeroscópica
- Vaginal
- Combinada

MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA:

- Permite una mejor visualización de la pelvis
- Permite el tratamiento de patología asociada como EDT, patología tubaria, adherencias.

Pero se plantean algunas Controversias:

- 1) Fracaso quirúrgico
- 2) Pronóstico reproductivo posterior
- 3) Pronóstico obstétrico posterior

1) Los factores predictivos del Fracaso Quirúrgico son:

- tamaño del mioma: mayor de 5 cm.
- tipo: mioma intramural
- localización anterior
- uso previo de Agonistas GnRh

Recurrencia en miomatosis:

Con miomectomía laparoscópica recurre el 27%.

Con miomectomía laparotómica recurre el 23%.

El 75% recurre entre los 10 y 30 meses.

2) Pronóstico reproductivo posterior:

- es una patología frecuente en mujeres infértiles.
- la relación miomas/ infertilidad es controvertida
- la tasa de concepción post-miomectomía: es del 50-60 % (si no existen otras causas de infertilidad asociadas)

3) Pronóstico obstétrico posterior:

- no hay diferencias en las tasas de aborto, o embarazo ectópico
- hay un incremento en la tasa de cesáreas (del 75%)

COMPLICACIONES DE LA MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA

- Fiebre, con una frecuencia del 5-20 %
- Infección: 0%
- Hemorragia IO/ PO/ Hematomas: 0,1%
- Necesidad de transfusión: 2-20 %
- Adherencias: 15-40 %
- Injuria de víscera hueca: 0,1 %
- Rotura uterina en embarazo posterior: 0,3 %

TRATAMIENTO QUIRURGICO

PROS:

- Mayor entrenamiento
- Mayor experiencia
- Eficacia conocida
- Baja tasa de complicaciones

CONTRAS:

- Mayor costo
- Más días de internación
- Lenta recuperación laboral
- Riesgos
- Secuelas

EMBOLOZACION

PROS:

- Menor invasividad
- Menor hospitalización
- Menos secuelas
- Costo
- Actúa en urgencias

CONTRAS:

- Poco entrenamiento
- Tasa de complicaciones
- No obtiene histología
- SPE Síndrome post-embolización: Fiebre,

dolor, náuseas, vómitos, leucocitosis.

CONCLUSIONES

- La cirugía para el tratamiento de la miomatosis uterina es una práctica eficaz, probada, segura y con baja tasa de complicaciones.
- La miomectomía puede ser útil en pacientes con infertilidad, y ha demostrado no tener un impacto obstétrico posterior.
- La necesidad de transfusión sanguínea y la posibilidad de generar adherencias obliga a una técnica quirúrgica delicada.

Embolización de Miomas Uterinos.

Prof. Dr. Ricardo D. García Mónaco.

Profesor Titular de Medicina, Radiología. U.B.A.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano de Buenos Aires

Los miomas uterinos son tumores sumamente frecuentes, que afectan al 25-50% de las mujeres mayores de 30 años. Pueden ser asintomáticos, pero frecuentemente causan síntomas como: menometrorragia, dolor pelviano, dispareunia, trastornos urinarios y lumbalgias. Asimismo, pueden estar asociados a infertilidad.

Los miomas sintomáticos requieren tratamiento, siendo las opciones clásicas los tratamientos hormonales o la cirugía. A estos tratamientos clásicos se ha agregado recientemente una interesante opción terapéutica, que resuelve los síntomas en el 90% de los casos: la Embolización Transarterial Selectiva.

Inicialmente desarrollada en Francia, el número de pacientes tratados, fundamentalmente en Europa y EE.UU, demuestra claramente que no se trata de un tratamiento “experimental”, sino de una opción terapéutica validada para pacientes debidamente seleccionados.

INDICACIONES

La **embolización** surge como una **alternativa a las terapéuticas clásicas para pacientes con miomas sintomáticos.**

- Tratamiento muy adecuado en **mujeres premenopáusicas** que deseen evitar la histerectomía, las transfusiones sanguíneas o tengan contraindicaciones para la anestesia general.
- Mujeres con **miomas múltiples**; los miomas intramurales múltiples o aquellos **miomas muy vascularizados**, constituyen excelentes indicaciones para la terapéutica endovascular.
- **Miomas de difícil acceso quirúrgico.**
- Mujeres que presentan **recidiva postquirúrgica.**
- **Pacientes nulíparas:** su indicación es controvertida, porque su repercusión en la fertilidad todavía no ha sido bien estudiada, hecho que debe ser explicitado en el consentimiento informado.

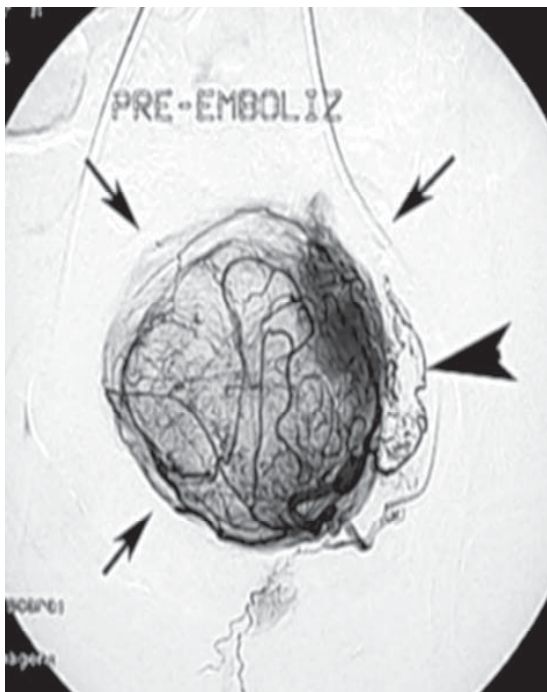
TÉCNICA

El procedimiento consiste en ocluir selectivamente la vascularización miomatosa a través del cateterismo selectivo y bilateral de las arterias uterinas, luego de un abordaje femoral percutáneo. El procedimiento se realiza en una sala de angiografía digital, bajo estricto monitoreo fluoroscópico y no requiere anestesia general. Los resultados son muy alentadores, ya que en el 81-92% de las pacientes los síntomas hemorrágicos o compresivos mejoran o desaparecen completamente. La disminución de volumen de los miomas es variable y oscila entre 48-78% del volumen inicial.

El procedimiento requiere internación de 24 horas y el 80% de las pacientes reinicia sus actividades normales a los cuatro días de la intervención.

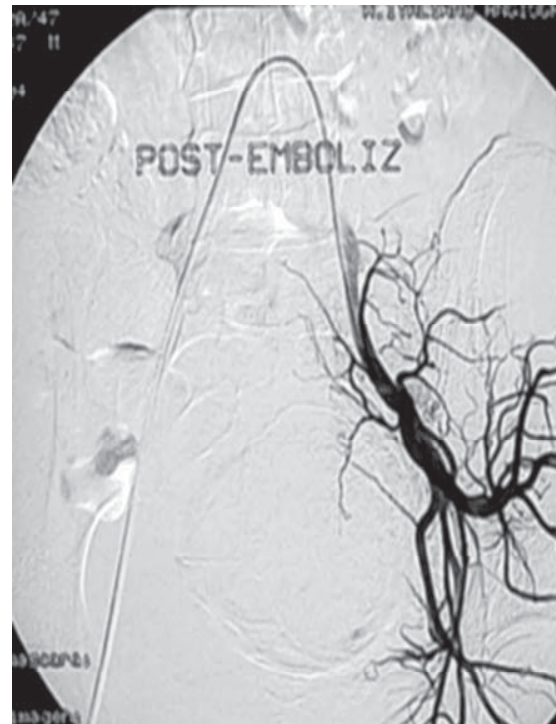
Para los miomas pediculados, por ejemplo, es mejor el tratamiento quirúrgico, y raramente está indicada la embolización. Lo mismo sucede con los miomas submucosos, que pueden ser tratados fácilmente por histeroscopia, siendo excepcional en estos casos la indicación de embolización.

Figura 1.



Se observa la inyección selectiva de contraste en la arteria uterina izquierda y la gran vascularización.

Figura 2.



Inyección de contraste en la arteria hipogástrica izquierda después de la embolización donde se evidencia la ausencia de vascularización del mioma y conservación de la circulación del resto de los vasos de la hipogástrica izquierda del mioma.

VENTAJAS DE LA EMBOLIZACIÓN

Correctamente indicada y realizada, la Embolización ofrece varias ventajas respecto al Tratamiento Quirúrgico, a saber:

- La Embolización no requiere anestesia general.
- Evita transfusiones.
- No produce cicatrices.
- Tiene una convalecencia mucho menor, dado que evita complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica y el trauma psicológico de una cirugía mayor.
- Todos los miomas pueden ser tratados en una misma sesión.
- A diferencia de la miomectomía, la posibilidad de recidiva es menor.

○ La Embolización produce iguales resultados en términos de efectividad sintomática, pero con menor tiempo de hospitalización y menores complicaciones serias que la histerectomía.

EFECTOS ADVERSOS / COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Entre los **Efectos Adversos** del Tratamiento Endovascular se mencionan:

○ El **Síndrome Post-Embolización**, que produce fiebre y dolor en algunas pacientes, respondiendo generalmente bien a la medicación sintomática.

○ Complicaciones como infecciones, amenorrea en pacientes perimenopáusicas y expulsión de detritus endocavitarios, suelen ser resueltas con tratamiento clínico o ginecológico.

○ Las complicaciones serias que deriven a Histerectomía son infrecuentes, menores al 1% en grupos médicos experimentados.

CONCLUSIONES

Por lo expuesto, se desprende que la embo-

lización de miomas sólo debe ser realizada por un equipo médico multidisciplinario y experimentado en terapia endovascular, con particular entrenamiento y manejo de la patología ginecológica.

Una de las limitantes de la embolización uterina en nuestro país, es que muy pocos grupos tienen experiencia en estos tratamientos y que existe todavía una importante desinformación entre médicos ginecólogos, sobre los alcances y beneficios de esta terapéutica.

En este sentido, la difusión médica en las sociedades científicas y la literatura médica contribuirá seguramente a insertar a la embolización como una alternativa válida en el tratamiento de los miomas, cuando se indique correctamente.

Así, la Embolización Uterina es una excelente alternativa a los tratamientos clásicos quirúrgicos y una opción terapéutica para las pacientes sintomáticas portadoras de miomas uterinos, siendo de primera elección en algunas situaciones clínicas precisas.

Screening Ecográfico de Cromosomopatías en el Primer Trimestre

Dr. Jorge Hamer

Jefe del Departamento de Ecografía y Diagnóstico Prenatal de CEGYR

Métodos de Screening de Trisomía 21

En los años 70 el 5 % de las embarazadas tenían 35 años o más, y en este grupo se encontraban el 30% de los RN con Trisomía 21(T 21). Por lo tanto, el Screening por edad materna tenía una tasa de detección del 30 % con TFP del 5 %.

En los últimos años, con un corte de edad

materna de 35 años, el 10-15% de la población de embarazadas pertenece a este grupo y es responsable del 30 % de recién nacido (RN) con T 21.

Si se realizara procedimiento invasivo a todas éstas, se detectarían el 50% de fetos con T 21, pero con una tasa de falsos positivos muy alta.

Método de Screening de Trisomía 21

En los años 70 se realizaba por corte de edad materna de 35 años. A fines de los 80, se realizaba en la Semana 16, el Test Bioquímico o Triple Test. A inicio de los 90, la Translucencia Nucal, cobra su máximo esplendor como herramienta para método de Screening de Trisomía 21.

Describiremos en este artículo los diferentes parámetros ecográficos utilizados como Métodos de Screening del 1º Trimestre de Trisomía 21:

- Translucencia Nucal
- Hueso Nasal
- Ductus Venoso
- Regurgitación Tricuspidéa
- Angulo Facial

Translucencia Nucal

Etiopatogenia:

Existen diferentes hipótesis para explicarla:

- Inmadurez linfática
- Compresión mediastínica con congestión venosa
- Inmovilidad fetal
- Defecto cardíaco
- Disfunción / Insuficiencia cardíaca

La Translucencia Nucal (TN) aumenta con la Longitud céfalo caudal (L.C.C), por lo tanto, para determinar que una medida de TN fetal esté aumentada, debe considerarse no solo la edad gestacional, sino fundamentalmente la LCC.

Toda vez que se realiza un Test de Screening, el riesgo inicial o riesgo a priori, es multiplicado por una serie de cocientes de probabilidad (likelihood ratio) para calcular el riesgo final.

Así se hace con cada factor de riesgo. Este procedimiento se denomina “screening secuencial”.

Cuanto mayor la medida de Translucencia Nucal, mayor es el likelihood ratio,

por lo tanto, mayor el riesgo para Trisomías.

TN normal



TN aumentada



La TN se puede medir en el 99 % de los fetos. El riesgo de los fetos aumenta con la edad materna y grosor de la TN.

En fetos con TN pequeña, el riesgo final comparado con el riesgo a priori, es más bajo.

Con el Screening de TN podemos detectar el 75-80 % de los fetos con T21, con tasa de FP del 5% y del 70% con TFP del 2%.

La TASA DE DETECCION varía, dependiendo los parámetros utilizados:

- | | |
|-----------------------------------|------|
| ○ Edad Materna | 31 % |
| ○ β-HCG | 28 % |
| ○ Translucencia Nucal | 78 % |
| ○ Edad Materna + β HCG | 42 % |
| ○ Edad Materna + TN | 78 % |
| ○ Edad materna + TN + β HCG+PaPPA | 86 % |

Hueso Nasal (HN)

La Prevalencia de HN ausente en población

general, es del 2,8%.

La Prevalencia de HN ausente en población de T 21, es de 67% (LR= 26-44x).

Hueso nasal presente



Hueso nasal ausente



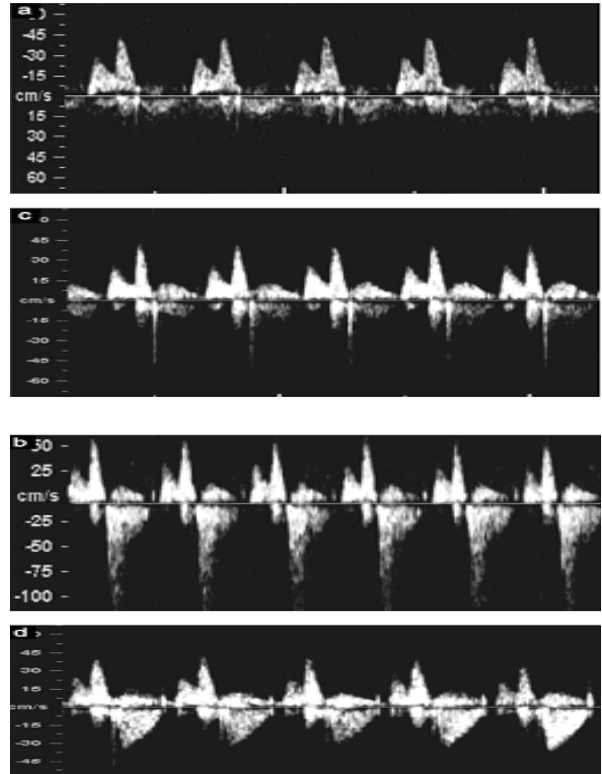
Regurgitación Tricuspídea

La Regurgitación Tricuspídea (RT) se halla en el 65% de fetos con T 21, y en el 1% de fetos normales.

El likelihood ratio de la RT de fetos con T 21, en ecografía entre las semanas 11 y 13 +/- 6 semanas, es de 4.1.



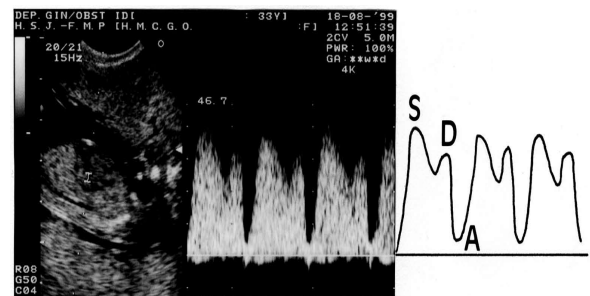
La velocidad debe superar los 60cm/seg



Ductus Venoso

El **Ductus Venoso** (DV) es el principal distribuidor de sangre de la placenta.

Direcciona sangre ricamente oxigenada, directamente a la aurícula izquierda para la circulación coronaria y cerebral.

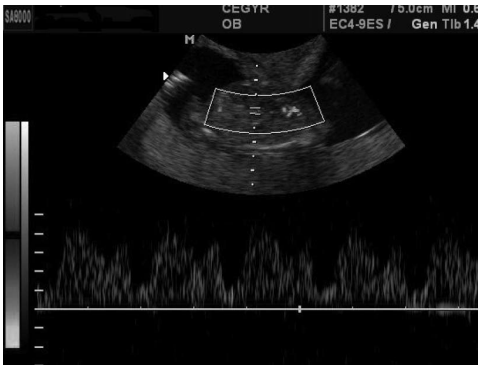


alta velocidad durante sistole ventricular (onda S)
 alta velocidad durante la diástole ventricular (onda D)
 flujo anterógrado durante la contracción auricular (onda A)

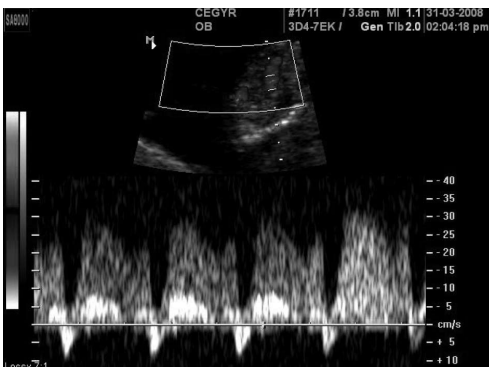
La ausencia y/o flujo retrógrado en la onda A, se relaciona con Trisomía 21.

Esta se halla ausente, en el 65-80 % de las Trisomías y en el 3% de fetos normales.

ductus venoso normal



ductus venoso anormal



Ángulo Facial

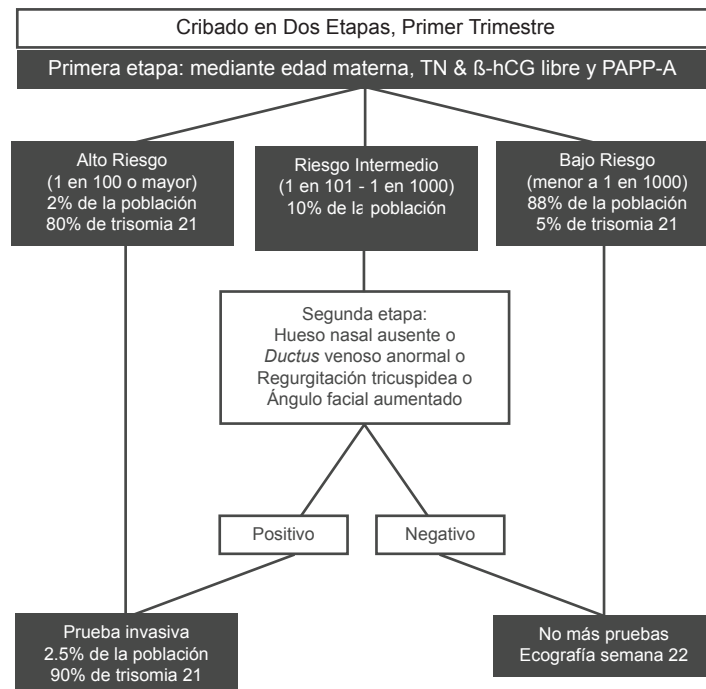
Ángulo Facial (AF) mayor de 85°, se halla en el 65% de los fetos con T 21 y en el 5 % los fetos normales.



Existen otros Marcadores Ecográficos detallados por la Fetal Medicine Foundation (FMF) en sus guías 2008.

Mayor marker	Fixed risk		
	T21	T18	T13
Holoprosencephaly	-	-	1 in 2
Diaphragmatic hernia	-	1 in 4	-
AVSD	1 in 2	-	-
Exomphalos	-	1 in 4	1 in 10
Megacystis	-	1 in 10	1 in 10
Exomphalos and megacystis	-	1 in 3	1 in 3
Holoprosencephaly and exomphalos / megacystis	-	-	1 in 2
Diaphragmatic hernia and exomphalos / megacystis	-	1 in 2	-

La FMF establece el nuevos sistema de screening en 2 etapas



El Origen de la Vida: Controversias

Panel integrado por:

Dr . Claudio Chillik Especialista medicina reproductiva. CEGYR

Pastor Abel Di Gilio Postura de la Iglesia Evangelista

Padre Rubén Revello Instituto de Bioética de la Univ. Católica Argentina

Shej Abdul Karim Paz Postura del Islamismo

Dr Natalio Daitch Postura del Judaísmo

Lic. Cristina Zurutuza Programa contra de Discriminación de género INADI

Coordinadora: Dra. Elida Rodriguez

¿CUÁNDO COMIENZA LA VIDA?

Dr. Claudio Chillik

Especialista en Medicina Reproductiva- CEGYR

La Vida Humana es un continuo que a través del ADN se transmite de generación en generación desde hace millones de años y que solo se interrumpe ante la falta de hijos con la muerte del individuo

El comienzo de la vida humana y la constitución de la persona es un proceso, no un suceso instantáneo. La vida es un continuo que se extiende a través de las generaciones

Criterios para definir el comienzo de la vida humana

- Criterios Semánticos
- Criterios Médicos
- Criterios Filosóficos
- Criterios Religiosos
- Criterios Éticos
- Criterios Legales

Definición de Persona Humana

- Para que exista una persona debe existir un cuerpo y un alma
- Individuo humano capaz de poseer derechos y/u obligaciones morales
- Características de una Persona Humana
 - » Similitud orgánica con una persona humana típica
 - » Poseer grado mínimo de viabilidad independiente de la intervención de terceros
 - » Poseer algunos de los rasgos mentales que

caracterizan a las personas humanas típicas

» Ser un ser único e indivisible

- Concepto de Potencialidad de Persona Humana
- Clonación Reproductiva

Momentos para definir el inicio de la Persona Humana

- Puesta en contacto entre el Óvulo y el espermatozoide
- Penetración del espermatozoide dentro del óvulo
- Evidencia de Fertilización (2 Pronúcleos)
- Singamia
- Estadío de blastocisto (día 5-6)
- Implantación del embrión en el útero (día 6-7)
- Indivisibilidad del embrión (día 7-10)
- Aparición del esbozo de sistema nervioso (día 14)
- Momento en que el embrión adquiere aspecto humano (semana 8)
- Pasaje del estadío embrionario al fetal (semana 8-12)
- Actividad cortical cerebral (semana 13-26)
- Viabilidad fetal (semana 20)
- Nacimiento

Documento del Comité de Bioética del CEGyR acerca del status moral del embrión in Vitro

- Acciones sobre un embrión humano in vitro, en la medida en que éste puede convertirse en

una persona, pueden afectar a esa persona futura, si es que esta potencialidad se actualiza.

○ El embrión humano in vitro es un símbolo de la futura persona humana. La manipulación inescrupulosa de embriones humanos puede derivar en una actitud inescrupulosa respecto de personas humanas.

○ Existe una prohibición moral de ocasionar en el embrión in vitro cualquier condición que pueda producir un daño o un riesgo de daño en la futura persona, si es que ésta llegara a desarrollarse como tal.

○ Como consecuencia del segundo punto recién expuesto, se debe rechazar cualquier actitud frívola o superficial en el contexto de decisiones acerca del destino de un embrión in vitro. Tales decisiones deben obedecer a razones morales de peso, tales como las relacionadas con el bienestar objetivo de los progenitores o de la eventual persona futura (si llegase a desarrollarse como tal), entre otras.

Documento de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva

○ Según el conocimiento actual se considera:
Fecundación

Se denomina fecundación al proceso que se inicia con la entrada del espermatozoide al óvulo. En caso de ser normal dará lugar al cigoto.

Pre-embrión

Desde un punto de vista biológico, se denomina pre-embrión al estadio evolutivo que se inicia con el oocito fecundado o cigoto y finaliza con la implantación del mismo en el útero materno.

Dicho Pre-embrión:

○ Puede potencialmente desarrollarse en más de un individuo (en el caso de gemelos, por ejemplo).

○ Puede generar un tumor, una mola hidatiforme o un coriocarcinoma, en lugar de continuar su desarrollo a persona.

○ Es portador, en general, un número de anomalías genéticas que hacen que muchos pre-embriónes no implanten o, si lo hacen,

se pierdan muy temprano en el desarrollo.

○ Tiene células individuales, indiferenciadas y pluripotenciales muy independientes como para constituir un individuo.

○ Carece de una constitución estructurada.

Si bien el pre-embrión no es persona actual, es un conjunto celular indiferenciado, con una probable potencialidad de serlo en un bajo porcentaje de casos. De esa potencialidad deriva un status diferente o un nuevo status que desde la perspectiva bioética merece el máximo respeto, protección y cuidado.

Proyecto de ley presentado por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva en Octubre 2005

ARTÍCULO 8: A los fines de la presente ley se denomina fecundación al proceso que se inicia con la entrada del espermatozoide dentro del óvulo que, en el caso de ser normal, podrá dar lugar a la formación de un óvulo fecundado. Se denomina preembrión al estadio evolutivo que se inicia con el óvulo fecundado y que finaliza con la implantación del mismo en el útero. Se denomina preembrión viable aquel que conserva una adecuada capacidad de multiplicación celular. Se denomina embrión a la etapa que se inicia con la implantación del pre-embrión en el seno materno.

ARTICULO 9: Se denomina concepción al proceso de implantación del preembrión en el útero, que comienza entre el sexto y séptimo día a partir de la fecundación y que culminará con su total implantación.

Religión y Reproducción Asistida

○ *Religión*

» La base de la ética religiosa es la inspiración divina

» Los preceptos religiosos se aceptan o se desobedecen; no se discuten.

○ *Derechos Humanos y Reproductivos*

» Separación entre religión y estado

» Neutralidad del estado en materias religiosas

» Principio de libre expresión de las ideas

» Libertad y autonomía Reproductiva

- » Lo que moralmente debe estar permitido o no dentro de una sociedad pluralista resulta de razones independientes de las convicciones religiosas y se basan fundamentalmente en no infligir daño a un tercero.
- » El hecho de que la gran mayoría de los científicos no están de acuerdo con los principios éticos de la religión en materia reproductiva no quiere de ninguna manera decir que carezcamos de principios éticos.
- *Tolerancia*
 - » Tolerar las ideas de los otros
 - » No querer imponer las propias en nombre de convicciones personales o de principios religiosos a los cuales no todos los ciudadanos adhieren
- *Hay ciudadanos que*
 - » Obedecen los preceptos de una religión determinada

- » No obedecen dichos preceptos por mas que pertenecen activamente a dicha religión
- » Pertenecen a otras religiones
- » No creen en Dios

Conclusiones

Desde el punto de vista médico no se puede determinar exactamente el momento del desarrollo en que se adquiere el status de Persona.

El preembrión humano es un fuerte símbolo de la vida humana. Por lo tanto la forma en que lo tratemos conlleva un mensaje tácito de nuestro orden normativo. Por lo tanto no deben ser considerados ni tratados como meros objetos o cosas y deben tener una protección legal razonable. Por el otro lado no deberíamos considerarlos como personas o como seres humanos porque simplemente no lo son.

El Origen de la Vida

Pastor Abel Di Gilio

Dijo el necio en su corazón: no hay Dios”

La Biblia. Corintios 2;7:1

Cuando intentamos explicar el origen de la vida a través de diversos caminos, en la mayoría de los casos todo análisis se sintetiza en dos posiciones:

a.- **Especular**. Enmarca la decisión de hacer conjeturas, adivinar o teorizar.

b.- **Revelación**. Implica considerar lo que Dios reveló en su Palabra, la Biblia con respecto al origen de la vida.

Hoy en día son cada vez más los científicos respetados que se declaran creyentes gracias a las observaciones empíricas de la creación divina. Cuantos más descubrimientos realizan, más patente se les hace que el Universo y la inserción del hombre en el mismo no se produjo por un fenómeno casual ni por los denominados “procesos naturales”; tras ello

hubo necesariamente un artífice, un creador inteligente.

El premio Nobel de Física 1927 Arthur Compton (1892-1962) declaró

“Para mi, la fe comienza con la comprensión de que una inteligencia suprema dio el ser al universo y creó al hombre. No me cuesta tener esa fe, porque el orden e inteligencia del cosmos dan testimonio de la más sublime declaración jamás hecha:

“En el principio creó Dios...”

Dios por medio del **Profeta Isaías del Antiguo Testamento** declara en el Capítulo 44:2

“Yo soy tu creador. Te cuidé aún antes de que nacieras”

El libro más antiguo del canon de la Biblia, **Job**, menciona en el Cap. 10:8 con relación a su creación *“Tu me hiciste con tus propias*

manos; tu me diste forma”

El salmista David reconoce en el Salmo 139:16 quien es su creador. “*Tu viste cuando mi cuerpo fue cobrando forma en las profundidades de la tierra; ¡aún no había vivido un solo día, cuando tu ya habías decidido cuánto tiempo viviría! ¡Lo habías anotado en tu libro!*”

El Apóstol Pablo declara en su carta a los colosenses en Cap.1: 16

“*Porque todo, absolutamente todo en el cielo y en la tierra, visible e invisible...Todo comenzó en Él y para los propósitos de Él”*”

La vida es el don más grande dado por Dios a

los hombres.

Sólo el creador puede otorgarla y quitarla. Una vez más **Job declara** en el Cap 1:21 “*Desnudo salí del vientre de mi madre, y desnudo volveré allá. Jehová dio y Jehová quitó; sea el nombre de Jehová bendito”*”

Basados en estas breves pero determinantes afirmaciones teológicas es que podemos decir como afirma Pablo que cada ser humano es “*hechura de Dios, creado en Cristo Jesús para buenas obras, las cuales Dios dispuso de antemano a fin de que las pongamos en práctica”*”

Efesios 2:10

Inicio de vida en la perspectiva de una Bioética personalista

Pbro. Rubén Revello

Coordinador del Inst. de Bioética U.C.A

Agradezco a los organizadores de este encuentro sobre controversias en Ginecología y Obstetricia por darme la oportunidad de compartir una exposición ante un auditorio tan calificado, y con compañeros de mesa prestigiosos, como los que tengo.

Celebro también el tema que nos convoca: *el inicio de la vida humana*. Esta cuestión, (controversial si las hay) requiere por su importancia y por las consecuencias que de ella se siguen, aguzar la inteligencia y abrirse a un dialogo interdisciplinario sincero, que ilumine los diversos aspectos a considerar.

La praxis médica, desde sus inicios, encontró en el principio de beneficencia, su motor principal. Así es, la acción médica debe ser guiada no solo por el conocimiento y la técnica, sino que halla su norte en el bien del paciente. De este modo, la extraordinaria potencialidad de la ciencia médica actual debe ponerse en manos de una ética que la conduzca al bien del hombre. Si el centro de todo acto médico es el que acabamos de señalar, conocer con precisión los extremos entre los que se encierra

la vida y la dignidad de una persona, resultará fundamental.

Hoy nos abocamos a uno de estos puntos cardinales: el origen de la vida humana. Si consideramos que dice la ciencia biológica al respecto, descubrimos que existen diversos criterios y no llegan a un acuerdo respecto del momento en el cual la vida comienza. Siendo esta misma pluralidad de criterios una nota más que suma a la confusión general.

Sin embargo, los criterios aportados desde esa diversidad de posturas tienen un elemento en común: definen a la persona a partir de formas, aspectos externos, estructuras funcionales, que aparecen y se suceden como parte de ese proceso autónomo, continuo y gradual del desarrollo embrional. Soy conciente que la biología, (cuya metodología está basada en la observación del fenómeno) tiende a buscar en los cambios morfológicos un punto de inflexión que permita separar en etapas, lo que en la realidad acontece como un continuo dinámico. Sin embargo la complejidad del tema tratado, exige una evaluación bioética más aguda, que

Bagó & mujer

La máxima generación en anticonceptivos es de Bagó

- Maxima = reducción de peso.
- Maxima MD = reducción de peso + tolerabilidad.
- Maxima MD 24 = reducción de peso + tolerabilidad + síndrome disfórico premenstrual.



Un compromiso que hace la diferencia



División Salud Femenina

www.mujersalud.com.ar

Aquí, la máxima generación en anticonceptivos

Bagó & mujer

Livianne 28

El anticonceptivo con Gestodeno de baja dosis que además de tomarse en forma continua cuenta con la más alta Calidad Internacional de Bagó



Calidad
Internacional
Bagó

Un compromiso que hace la diferencia



Bagó

División Salud Femenina

www.muwersalud.com.ar

considere, junto al dato biológico, otro tipo de consideraciones (filosóficas, antropológicas, éticas). Se trata de ir mas allá del fenómeno observable, para responder no solo por lo *que parece ser* y adentrarse en el campo de la ontología, que responde a la pregunta primera, sobre *qué es* lo que estamos observando.

Como la pregunta por el ser de las cosas tiene una consistencia diversa de la apariencia, la estructura, o el fenómeno observable; responder a ella supone la superación del dato morfológico sobre la aparición o no de tal estructura (Vgr. línea media o el tubo neural). En realidad estos cambios estructurales suceden (y es de esperar que sucedan) porque son expresión de un ser determinado, de una especie determinada, con una información genética determinada que se va expresando dinámicamente, siendo la causa primera de todo este proceso lo que el sujeto ES. La embriología nos enseña ***que con la inclusión del material genético paterno y la consecuente activación del oocito, comienza el proceso de la vida y se dispara un mecanismo en cascada que concluye con el bebe a término, siendo este el verdadero inicio de la vida humana.***

Si la aparición y sucesión de formas, tejidos y estructuras no definen el inicio de la vida humana, sino que son la lógica consecuencia y su misma expresión, podemos concluir que porque es humano, su ser guiara todo el proceso por el cual irá plasmando en estructuras, tejidos y órganos su identidad. A lo largo de toda la vida del individuo, su ser ira guiando los sucesivos cambios morfológicos, pero le permitirán conservar su identidad siempre. Las formas cambian, pero el ser permanece.

Esto que acabo de explicar es asumido con toda sencillez en el campo de la biología, cuando nos referimos a especies menos controversiales que la nuestra. Tomemos por ejemplo a la *Danaus plexippus*, comúnmente llamada mariposa monarca. A lo largo de su desarrollo sus formas cambian radicalmente, pasando por los estadios de *huevo, larva, gusano, ninfa, crisálida y mariposa adulta*, las estructuras, el color, los medios de locomoción que posee, la forma de alimentación y los órganos para llevar adelante todos esos procesos se suceden vertiginosamente, de modo que aparecen y desaparecen en todo el proceso que culminara con un esplendido y colorido ejemplar adulto. Sin embargo, si preguntamos en cualquiera de esas etapas a un entomólogo, sobre que especie es, nos responderá sin dudas que se trata de una mariposa monarca en tal estadio de desarrollo, sin condicionar la especie (el ser) al estadio por el cual está transcurriendo (la apariencia).

La pregunta que les dejo es: ¿Por qué si es tan claro no confundir el SER de las cosas con su APARIENCIA, una parte de la ciencia se empeña en separar preembrión de embrión como si esto fuese posible?, ¿No se trata acaso siempre del mismo ser humano? Y aun concediendo lo controversial del caso y considerando la delicadeza de lo que está en juego: ¿No debe acaso la medicina custodiar en el mayor rango posible la vida humana, recordando que es su objetivo primero el bien de las personas y no su manipulación?

Serán preguntas que debemos animarnos a responder si queremos hacer una medicina seria y de calidad.

El origen de la vida

Shej Abdul Karim Paz

En el Nombre de Dios, el Clementísimo, el Misericordiosísimo. La bendición y la paz sea con todos los Mensajeros de Dios, especial-

mente con Moisés, Jesús y Muhammad y su Purificada Familia.

La 2º Jornada Argentina de Controversias en

Ginecología y Obstetricia me ha parecido un acontecimiento extraordinario que nos permite encontrarnos, escucharnos, aprender, enseñar, y generar las condiciones para integrarnos en un mejor y más completo servicio a la comunidad en temas que son de vital importancia, como ser las cuestiones referentes al origen de la vida en general y humana en particular, y a los derechos y obligaciones de los hombres.

Para el Islam, el origen de la vida, al igual que para las otras creencias monoteístas, es Dios, el Vivo por excelencia, que nunca muere, el Eterno y Quien da la vida y el ser a Sus criaturas.

La vida de los seres finitos no se explica por sí misma a no ser en referencia al Ser Absoluto y Autosuficiente. Dios se expresa a través de Su Creación y de la revelación a Sus Mensajeros y Profetas, verdaderos maestros y líderes de la humanidad.

Dice el Sagrado Corán que el universo y cada una de sus partes son un signo de Dios.

Con respecto al ser humano o a su vida y a la determinación del momento en que el continuo del ser y de la vida comienza a ser propiamente humana, el Islam sostiene que dicho comienzo acontece cuando el Óvulo fecundado se implanta en las paredes del útero materno, por lo cual el embrión o pre embrión todavía no cuenta con las condiciones indispensables para desarrollarse, así como los estadios previos de los espermias tampoco.

En idioma árabe a la madre se la denomina ummu, que significa origen y el vínculo con la madre queda fijado en esa adhesión vital de ese ser que combina a los padres y el cuerpo materno que lo albergará y alimentará.

Es sabido que entre el Islam y la ciencia siempre hubo una relación de estímulo, reconocimiento, respeto, e integración. No puedo dejar de mencionar que fueron los musulmanes a través del Al Andalus que promovieron en Europa el método empírico racional que posibilitó el despegue impresionante de las ciencias empíricas desde el Renacimiento. En muchos casos los teólogos musulmanes, también muchos de ellos científicos, estuvieron y continúan estando atentos a los descubrimientos científicos para determinar aspectos humanos

como el momento de la muerte, las probabilidades de vida de un paciente, la naturaleza de las enfermedades y su curación, cuándo se está permitido ayunar, a dónde queda la orientación geográfica de la Meca para la oración. Es sabido que el libro que enseñó a Oriente y a Occidente por siglos, el Canon de Avicena, incluía junto al libro de la medicina, el de filosofía e incluso el de mística. Los sabios musulmanes siempre se han destacado por poseer en base a las fuentes monoteístas coránicas y las enseñanzas proféticas, una visión integral del ser humano y del universo que unía lo material con lo espiritual, el mundo con el más allá, la razón y la fe. Por ello, Roger Garaudy dijo que el verdadero renacimiento europeo tuvo lugar antes del italiano y fue en Al Andalus, de la mano del Islam, pero a diferencia del italiano que fragmentó la mirada separando lo material y lo espiritual, lo humano y lo divino, la razón y la fe, el renacimiento andalusí, los integraba. Si el implante se produce, como dicen hoy los científicos, en el sexto día de la fecundación del Óvulo, ello significa que los métodos anticonceptivos anteriores no son abortivos y es por eso que en el Islam están permitidos. De la misma manera, la fertilización in vitro está permitida. La única condición que el Islam fija es que el espermia y el óvulo sean de los esposos que garantizan el derecho de ese niño por nacer a tener a su padre y madre que se han comprometido en base al amor y armonía mutua a ser conyuges. Nadie puede negar la importancia de ese amor y armonía, claro está, con la condición de que se mantenga y acreciente.

Con respecto a la clonación, los sabios islámicos de la escuela shiita¹ al menos, coinciden en que está permitida en sí misma, es decir su licitud o ilicitud depende de los objetivos para los que se realiza. Por supuesto en caso de curaciones, u otros fines en sí lícitos, no conlleva ningún problema. Es importante destacar que en el Islam shiita, la investigación en materia jurídica y doctrinaria está abierta², a diferencia de otras corrientes para las cuales el iytiyah u opinión en materia jurídica se cerró en el pasado y los sabios se limitan a citar o deducir de las normas pasadas los casos actuales. De ahí que

los sabios actuales hayan considerado permitido en sí mismo la clonación.

El Islam no acepta que los principios doctrinarios o las normas no se discutan racionalmente y de buenas maneras. Por el contrario, el sagrado Corán exhorta a debatirlos observando las buenas formas y la racionalidad de los argumentos. Dice el Sagrado Corán: “Invitad al camino de vuestro Señor con sabiduría y buena moral”. “Traed vuestros argumentos y comparemos con los nuestros si es que sois veraces”.

Sobre los derechos de las madres a practicar el aborto, la postura del Islam es que únicamente bajo ciertas condiciones está permitido. En caso de peligro para la madre, en caso de que el feto no tenga cerebro (anencefalia). La violación no es causal para la licitud del aborto, pero para atender esa situación traumática, el Islam propone que sea la familia, o en su defecto, la sociedad o el Estado quienes se hagan cargo de la manutención o crianza de ese niño; si la madre no está en condiciones de criarlo por la situación traumática. De ese modo, se salvan los derechos de ese niño y se contempla la problemática de la madre. Recordemos que los métodos anticonceptivos, como la píldora del día después, están permitidos, por lo tanto queda esa opción abierta para la madre.

El Islam sostiene que la ciencia no debe estar separada de la religión y la ética. Creemos que estas ciencias se interrelacionan. Es más, en árabe la palabra que suele traducirse por religión es

din y din significa un modo de vida, un modo de pensar, creer y actuar en todos los órdenes de la vida. La vida es un todo unido porque se origina en El Uno, que es Dios. Por lo tanto, todas las separaciones y fragmentaciones tan características de la cultura occidental, son un alejamiento de nuestra verdadera esencia. La ciencia separada de la religión y el sentido ético llevó al ser humano en el siglo pasado y lo que va de éste, a construir armas atómicas a arrojarlas sobre otros humanos y cada tanto arroja en océanos y desiertos de alguna región del planeta causando catástrofes ambientales irreparables. También sigue produciendo armas y otras formas de abuso contra la naturaleza y por ende contra nosotros mismos. La ética alejada de la conciencia de Dios profunda, no posee la fuerza necesaria colectiva para impedir tantos abusos como vemos hoy en la cultura secularizada que acrecienta la crisis, lejos de resolverla.

La unidad que en su origen es divina, y el universo (de una versión) que proviene de ella, nos invitan a encontrarnos para, de manera interdisciplinaria, enriquecer nuestros conocimientos y en definitiva, tener la chance de ayudar más y mejor a nuestros semejantes y nosotros mismos.

Un dicho del profeta Muhammad, la bendición y la paz sean con él y su familia, dice: “El monoteísmo es la vida del alma”. Así como el origen de toda la vida en general.

1- El shiismo es una de las escuelas de pensamiento y jurisprudencia islámicas que se basa en el seguimiento de Ali ibn Abi Talib, la paz sea con él, como sucesor del profeta y once de sus descendientes que a la manera de los apóstoles o las doce tribus de Israel, fueron los encargados, de acuerdo a esta escuela, de custodiar la ortodoxia, la correcta interpretación del Sagrado Corán y las enseñanzas proféticas. La primacía de Ali, se remonta a la misma época del Profeta Muhammad, la bendición y la paz sean con él y su familia, pero quedó como una escuela separada luego de la muerte del Profeta y sobre todo cuando asumió el gobierno islámico, Muawia, el hijo de Abu Sufian, el archienemigo del profeta.

2- Es importante destacar que en las cuestiones fundamentales existe acuerdo por lo que es en asuntos más secundarios donde el debate y la investigación producen más diversidad de opiniones entre los sabios (en árabe muytahidín). En asuntos jurídicos, los musulmanes que no son sabios, deben necesariamente imitar a uno de los sabios vivos, quien a su vez debe emitir su propia opinión en materia jurídica sin poder imitar a otros sabios vivos o fallecidos.)

El origen de la vida, la visión judía

Dr. Natalio Daitch

Médico Clínico y Laboral - nataliodsalud@hotmail.com

Tanto si nos remitiéramos al Génesis (el primer libro del Pentateuco o lo que los judíos denominamos la Torá), en sus primeros ca-

pítulos, es Dios el Creador del mundo y del hombre. Esto se deriva de su bondad, de su generosidad y de su voluntad creadora.

También existe una literatura mística Judía, cuyo libro madre es el Zohar (el esplendor o resplandor) y otros de la misma línea, que abordan el tema de la creación del mundo, y de aspectos de la divinidad y de los seres angélicos. Pero el extracto es que: “la vida es un préstamo de Dios, es Sagrada”. Y de esta idea se deriva: el estímulo a que los hijos se casen, a tener hijos (según el versículo bíblico: Creced y Multiplicaos). Los hijos como bendición. Tomar posición a favor de una familia numerosa y en contra de la planificación familiar. El aborto en la mujer solo se encuentra permitido si pelagra la vida materna, y luego de un informe médico, y para las parejas judías observantes de la religión, una consulta a una autoridad rabínica. Para terminar la Fertilización asistida estaría permitida, siempre bajo ciertas condiciones y bajo control rabínico. Como broche: la obtención de células madre, y su utilización terapéutica, a partir de embriones congelados y no utilizados despierta diversas

opiniones entre Rabinos Ortodoxos. Algunos que he consultado estarían a favor (se trata de hacer un bien), mientras que otros me han confesado su reserva y consultarán a destacados y entendidos Rabinos en el Estado de Israel. Siempre vemos esta controversia entre Ciencia y Fe, entre Ciencia y religión. Pero en el judaísmo tanto en la Torá como en la Mischná (Ley Oral) y el Talmud (que significa estudio) y que son compendios de leyes, discusiones y ampliaciones del Pentateuco, ningún tópico es evitado. Todo se encuentra en ella. Todas las respuestas. Solo hay que estudiar para descubrirlas. Y a modo de ejemplo, uno de aquellos que lo intentó fue el Sabio y Médico judío Maimónides que intento conciliar Fe y Razón. Maimónides vivió entre 1135 y 1204, fue reconocido tanto por judíos, cristianos y musulmanes. Y fue durante su estadía en Egipto, el médico personal del Sultán. Escribió además un fabuloso comentario de la Mischná y simplificó el estudio y la comprensión del Talmud.

Papel del Estado en la protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos Cristina Zurutuza¹ - Programa contra la Discriminación de Género - INADI²

La pregunta sobre el origen de la vida no ha sido resuelta de manera unívoca y evoca diferentes perspectivas en el campo de la filosofía, la epistemología, la biología, la psicología y la antropología, entre otras disciplinas. Por ello nos limitaremos a hablar sobre el rol del Estado en la defensa de los derechos humanos en el campo de la salud, a través de la normativa vigente. El INADI dirige sus acciones a las personas discriminadas por su origen étnico o su nacionalidad, por sus opiniones políticas o creencias religiosas, por su género o identidad sexual, por tener alguna discapacidad o enfermedad, por su edad o aspecto físico, y les asegura los mismos derechos y garantías de los que goza el conjunto de la sociedad, es decir, un trato igualitario. Las mujeres y los grupos

GLTTBI son parte de estos grupos discriminados, según muestran los estudios y estadísticas actuales.

Recordemos que Argentina se comprometió a combatir la discriminación hacia la mujer, ya que la CEDAW (Convención Internacional contra Toda Forma de Discriminación hacia la Mujer-Naciones Unidas) ha sido ratificada por Argentina (1985) e incorporada al corpus constitucional (1994), así como también su Protocolo Opcional (2007). Por ello, la atención de su salud debe tomar en cuenta sus necesidades y perspectivas y **respetar su autonomía de decisión** en materia de reproducción y sexualidad. Por ello hoy tenemos un marco normativo que, si bien todavía sufre falencias,

1- Lic en Psicología UBA. Residencia en Psicología Clínica, Hosp. Moyano. Posgrado en DDHH – IIDH/OEA. Coordina el Programa Nacional: Consenso de Estado contra la Discriminación por Género: hacia la Igualdad Real entre Varones y Mujeres” del INADI.

2- INADI: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Organismo Nacional descentralizado en la órbita del Ministerio de Justicia, Seguridad y DDHH, creado en 1995.

reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos.

Entre esta normativa destacamos la Ley Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable (25673, de octubre 2002, y su decreto reglamentario 1282/2003 de mayo 2003), que crea el Programa Nacional de SSyPR¹. Este programa, entre otras disposiciones, establece que el Estado – a través de los servicios de salud y sus profesionales - debe proveer atención clínica, métodos anticonceptivos gratuitos y adecuados a cada persona o pareja según sus opciones; consultorías, capacitación a los efectores en salud y educación sexual en las escuelas. Existen también las leyes de ligadura tubaria, (26130, de agosto 2006), leyes en algunos distritos como ciudad de Buenos Aires para embarazos no viables (ley 153 y su reglamentaria N° 1044 que regula el procedimiento) y una disposición del Código Penal sobre abortos no punibles (entre otras), que enfrentan obstáculos en su práctica cotidiana y de diferentes maneras rozan convicciones personales o sectoriales sobre el origen de la vida.

Por ejemplo, el aborto no punible o legal, previsto en el art. 86 inc 1 y 2 del Código Penal, establece que debe realizarse un aborto cuando corre peligro la vida o la salud de la gestante, o cuando el embarazo es producto de una

violación a una mujer “idiota o demente”.² Sin embargo, muchas mujeres en esta situación no obtienen el servicio solicitado, siendo judicializadas de manera inapropiada³. El Estado Argentino enfrenta hoy un litigio internacional por un caso de este tipo, que es ejemplo de un patrón de violación de los derechos humanos de estas mujeres que ven cómo la ley que las protege es desconocida en las prácticas. Lo mismo ocurre en muchas ocasiones cuando solicitan la anticoncepción quirúrgica, la colocación de un DIU o el suministro de la anticoncepción de emergencia (AHE). La razón de estos problemas parece ser el desconocimiento de los y las efectores de salud, las opiniones personales que prevalecen por sobre sus deberes como funcionario/a público/a, los centros de salud con una visión institucional prejuiciosa, que terminan haciendo oídos sordos a los sufrimientos y los derechos de estas mujeres.

Creemos que el Estado debe ser independiente de todo enfoque religioso ya que debe proveer al bien común de todos sus ciudadanos y ciudadanas; y cumplir con las leyes vigentes sin dilación. Además, nos debemos como sociedad un debate amplio y democrático, libre de prejuicios, sobre la despenalización del aborto⁴. Existen hoy varios proyectos de ley, tanto en la Cámara de Diputados como en la de Senadores.

1- http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/default.asp

2- Interpretaciones ampliadas de esta cláusula, realizada por algunos juristas, entienden que se puede abarcar todos los casos de violación.

3- Ver Recomendación General del INADI sobre aborto no punible. www.inadi.gov.ar

4- En América Latina, Colombia y en México DF han ampliado las excepciones a la pena en 2007

Osteoporosis/Osteopenia

Controversias en el Diagnóstico y en el Tratamiento

Coordinadora: Dra. Laura Maffei

Controversias en Diagnóstico

Dr. José Luis Mansur- Presidente de la Sociedad Argentina de Osteoporosis (SAO)

¿Quién debe investigar el estado óseo de las pacientes? ¿El ginecólogo?

Puede investigarlo cualquiera, pero el ginecólogo es el único al que van las mujeres “sanas” de rutina y tiene la oportunidad de diagnosticar varias cuadros clínicos (osteoporosis, síndrome metabólico, etc) antes de que sean sintomáticos.

Si voy a investigar sus huesos, ¿cómo debo hacerlo?

¿Densitometría Ósea?

¿Laboratorio común?

¿Marcadores óseos de laboratorio?

La osteoporosis es una enfermedad metabólica del hueso caracterizada por baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura, *cuya consecuencia es una mayor fragilidad ósea y un aumento del riesgo de fracturas*. La fortaleza ósea implica la integridad de dos elementos: densidad y calidad óseas.

La calidad está determinada por la arquitectura, el recambio, la acumulación de daño (ej.: microfractura) y la mineralización.

Si bien los métodos para evaluar diversos parámetros de la calidad ósea como arquitectura, porosidad, tamaño y geometría están avanzados, aún no están disponibles para su utilización clínica masiva, aunque sí para la investigación clínica.

Por tal motivo el diagnóstico de osteoporosis se continúa realizando en base a la **baja densidad mineral ósea (DMO)**. La **Densitometría Ósea es el método de diagnóstico recomendado**. El laboratorio común en sangre y orina es habitualmente normal en pacientes con os-

teoporosis. El laboratorio se utiliza para realizar diagnósticos diferenciales y descartar las osteoporosis secundarias.

Indicaciones de Densitometría Ósea (DMO)

Se recomienda efectuar una densitometría en:

- Mujeres mayores de 65 años, y mujeres menores de 65 con presencia de por lo menos un factor de riesgo
- Adultos con una fractura por fragilidad, adultos con enfermedades o condiciones asociadas a baja masa ósea o pérdida ósea
- Hombres mayores de 70 años
- En todo paciente que necesite ser tratado.
- También es conveniente hacerlo en el paciente en tratamiento para monitorear resultados, con mediciones periódicas dependiendo del caso

(Consenso SAO-AAOMM 2007)

Factores de riesgo a considerar para la indicación de densitometría

- Historia personal de fracturas
- Antecedentes de fractura en familiares de 1er grado
- Enfermedades asociadas
- Menopausia precoz (< 40 años) o quirúrgica (< 45 años)
- Carencia de estrógenos en la premenopausia
- Delgadez (IMC* < 20) o trastornos en la conducta alimentaria
- Ingesta de corticoides u otras drogas
- Tabaquismo (> 10 cigarrillos diarios)
- Trasplante de órganos
- Amenorrea primaria o secundaria
- Inmovilización prolongada

○ Bajo consumo de calcio

Densitometría Osea, ¿una o dos regiones?

En el trabajo de Sedlinsky, Medina, Schurman presentado en el congreso de la IOF en 2004 se observa entre los 50 y 65 años una discordancia entre Columna Lumbar (CL) y Cuello Femoral (CF) 115 pacientes : con DMO baja en CL 74 (el 64 %) y con DMO baja en CF 41 (el 35 %).

Si sólo se pidiera DMO de columna por estar en postmenopausia inmediata, no se diagnosticaría al 35 %.

Entre los 65 y 75 años tuvieron discordancia entre CL y CF 48 pacientes: con DMO baja en CL 24 (el 50 %) y con DMO baja en CF 24 (el 50 %).

Si sólo se pidiera DMO de cadera por su edad, no se diagnosticaría al 50 %.

Laboratorio general

Hemograma - Eritrosedimentación - Uremia - Glucemia - Proteinograma electroforético - Hepatograma - Orina completo

Laboratorio específico*

Testosterona (total y/o biodisponible) en hombres - TSH - Cortisol sérico y/o urinario

Laboratorio del metabolismo mineral

Calcemia - Fosfatemia - Creatininemia - Magnesemia

Reabsorción tubular de P - Calciuria - Creatinuria - Magnesuria - PTH sérica* - 25-hidroxivitamina D sérica*

Laboratorio del remodelamiento óseo**

Formación ósea:

Fosfatasa alcalina o su isoenzima ósea - Osteocalcina P1NP

Resorción ósea:

Desoxipiridinolina - Telopéptidos del colágeno: NTX, CTX

Notas:

*Se solicitan según criterio clínico, para diagnóstico diferencial entre osteoporosis primaria y secundaria.

** Generalmente se solicita solamente un marcador de formación y uno de resorción.

(Consenso SAO-AAOMM 2007)

Utilidades del laboratorio en osteoporosis

1) Diagnóstico diferencial : Lab común y (a veces) PTH y 25OHVit D

Ante todo paciente con osteoporosis la pregunta a respondernos debe ser ¿es osteoporosis primaria (postmenopáusica o senil) ó puede tener una causa secundaria?

Osteoporosis secundarias : Prevalencia:

16 % (R. Guelman. Htal Italiano, Bs As)

19 % (H. Salerni. Htal Durand, Bs As)

La causa más frecuente: uso de corticoides (habitualmente se refiere en el interrogatorio)

	Salerni	Guelman
Déficit de Vit D	46	28
Enf. Celíaca	17	10
Hipercalciuria	13	20
Hiperparat Iriio	11	20
Enf malignas-Mieloma	6	2

Dosaje de PTH para investigar Hiperparatiroidismo primario ante:

- Calcemia o calciuria elevadas o en el límite superior de lo normal.
- Osteoporosis de magnitud desproporcionada para la edad.
- Presencia de litiasis renal.

Dosaje de Anticuerpos antigliadina IgA-IgG y anti endomisio para investigar enfermedad celíaca ante:

- Sospecha de malabsorción por clínica o por calciuria y magnesuria disminuidas.
- Diarrea crónica o intermitente.
- bajo peso

Dosaje de 25(HO)D3 ante

- Sospecha de déficit (por calciuria y mag-

- nesuria disminuidas)
- b. Osteoporosis de magnitud desproporcionada para la edad.
- c. Hipercalciuria.
- d. Hiperparatiroidismo 1° o 2°.
- e. Osteoporosis con mala respuesta densitométrica
- f. Osteoporosis en menores de 55 años.

2) Grado de remodelamiento óseo (marcadores de recambio óseo).

3) Seguimiento (marcadores de recambio óseo)

Se recomienda iniciar tratamiento a:

- 1) Mujeres postmenopáusicas con una fractura osteoporótica previa.
- 2) Mujeres postmenopáusicas sin fractura previa, con uno o más factores de riesgo (además de la menopausia), y que tengan un *T-score* de

DMO menor o igual a -2,0 por DXA de una región esquelética axial (columna o cadera).

3) Mujeres postmenopáusicas sin fractura previa, sin factores de riesgo, y que tengan un *T-score* de DMO menor o igual a -2,5 por DXA de una región esquelética axial.

4) Mujeres premenopáusicas y varones con osteoporosis.

5) Pacientes que reciben terapia corticoide crónica. La administración de 5 mg diarios de prednisona (o equivalente) por más de 3 meses amerita una densitometría. Estos pacientes deben recibir intervención terapéutica antiosteoporótica con valores más altos de DMO que aquellos con osteoporosis postmenopáusica. Se recomienda iniciar tratamiento con valores de T menor o igual a -1,0

6) En individuos mayores de 80 años, algunos expertos aconsejan iniciar tratamiento con *Z-score* inferior a -1,5. (Consenso SAO-AAOMM 2007)

Controversias en el Tratamiento de la Osteoporosis

Profesora Zulema Man
 Directora Médica del Centro Tiempo
 Presidente de FUNDEMOS (Fundación de Endocrinología, Metabolismo y Osteoporosis)
 Directora del Curso de Postgrado de Osteología. Universidad Favaloro
 Investigadora Principal en Estudios Clínicos
 Ex Presidente de la SAO (Sociedad Argentina de Osteoporosis)
 Ex Vicepresidente de SAEGRE (Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva)

El objetivo en el tratamiento de la osteoporosis, es la protección contra la fractura.

Tratamiento no Farmacológico

- a. Ingesta de calcio 1200-1500 mg/día
- b. Realizar dietas balanceadas
- c. Vitamina D 800-1000 UI/día
- d. Ejercicios para mantener buena movilidad y reflejos adecuados
- e. No fumar ni beber en exceso

Bifosfonatos Alendronato
 Risedronato
 Ibandronato
 Zoledronato

Reducen el riesgo de fractura reduciendo el remodelado óseo, que ocurre dentro de los tres primeros meses y es máxima la reducción a los seis meses.

La prevención de la fractura está relacionada con la supresión del remodelado

Tratamiento Farmacológico
Drogas anticatabólicas:

Drogas Anabólicas : PTH
 Incrementa los marcadores óseos de forma-

ción, antes de la reducción de los marcadores de resorción.

Adherencia

La adherencia al tratamiento es esencial para optimizar el objetivo terapéutico

Eficacia

Para evaluar la eficacia de un tratamiento, éste debe cumplir ciertos requisitos:

- a. Fármaco aprobado por la FDA y/o la EMEA
- b. Que haya demostrado aumentar la DMO
- c. Que disminuya los marcadores óseos
- d. Que disminuya el riesgo de fractura
- e. Que haya demostrado eficacia precoz y duradera
- f. Que haya demostrado mantener la calidad ósea normal
- g. Que sea seguro y bien tolerado

Drogas Aprobadas en Osteoporosis Postmenopáusica

Terapia Hormonal de reemplazo (THR) y Terapia estrogénica de reemplazo (TER): Para Prevención (FDA-EMEA)

Raloxifeno, Alendronato, Risedronato e Ibandronato (FDA-EMEA), Ranelato de Estroncio (EMEA): Para prevención y tratamiento de osteoporosis.

Calcitonina, PTH (1-34) y Ácido Zoledrónico (FDA-EMEA), PTH (1-84) (EMEA): Para tratamiento de osteoporosis.

Fármaco Ideal

Vía de administración preferentemente oral

Seguridad a corto y largo plazo

Baja frecuencia de efectos colaterales e interacciones medicamentosas

Que no produzca carcinogénesis

Efectividad en reducir la pérdida ósea en forma rápida y sostenida

Capacidad de disminuir la incidencia de fracturas

Bajo costo

Formulación farmacéutica que lleva a una mejor adherencia al tratamiento

Recomendaciones Generales del Tratamiento

Ser planeado a largo plazo

El efecto protector contra las fracturas puede evidenciarse en uno ó dos años

Respetar las dosis recomendadas para prevención ó tratamiento.

Individualizar el tratamiento para cada paciente, los beneficios, los costos y los posibles riesgos de cada terapia.

En prevención de osteoporosis se recomienda intervención terapéutica cuando la DMO presenta un T-Score por debajo de -2.0, en presencia de dos ó más factores de riesgo pero en especial con fractura previa y si los marcadores estuvieran aumentados.

Drogas aprobadas para Osteoporosis hasta Agosto 2008 por FDA y EMEA

THR/ TER

Raloxifeno

Calcitonina Nasal

Etidronato

Alendronato

Risedronato

Ibandronato

Zoledronato

Ranelato de Estroncio

PTH 1-34

PTH 1-84

Nuevas Drogas que se perfilan para Osteoporosis

Tibolona

Basedoxifeno

Lasoxifeno

Arzoxifeno

Denosumab

Estudio PTH (1-84) Nejm, 2005

Después de un año de PTH (1-84), la ganancia lograda se mantiene ó incrementa si se utiliza Alendronato en forma posterior, y se pierde dicha ganancia si no se utiliza un agente antiresortivo.

Estos resultados tienen una implicancia clínica, para la elección terapéutica después de la discontinuación de la PTH.

La combinación de PTH y Bifosfonato, parece incrementar la DMO de columna lumbar anteroposterior, pero menos que cuando se administra PTH sola.

Pero quedan cuestiones sin aclarar: por ejemplo, pacientes con baja remodelación inicial tienen que recibir una droga que suprima la remodelación, ó es mejor darles desde el comienzo PTH?

Quizás luego de años de recibir Bifosfonatos, una paciente que persiste con baja masa ósea y con baja remodelación, podría proseguir con una droga anabólica?

Conclusiones del Estudio

La dosis de PTH sintética humana (1-34) se administró en dosis de 25 ug/día. Las evidencias de este trabajo muestran que ciclos de tres meses con PTH y tres meses sin PTH, causan la primera fase de la acción de la droga (formación ósea pura) que está disociada de la fase tardía (activación de la remodelación ósea)

Esta fase temprana es la más importante para incrementar la DMO de columna lumbar.

En pacientes con osteoporosis postmenopáusicas persistente después del tratamiento con Alendronato, es posible utilizar la forma diaria ó cíclica de PTH para aumentar la DMO de columna.

Experiencias a Largo Plazo

Alendronato	10 años
Risedronato	7 años
Ibandronato	5 años
Zoledronato	6 años y una segunda extensión que llegará a 9 años

TRH	5 años
SERM'S	5 años
STEAR'S	Estudio Lift se suspendió a los 2 años por mayor incidencia de ACV.
PTH	24 meses tiempo máximo En asociación con otras drogas 12-18 meses Tener en cuenta la hipercalcemia y/o la hipercalciuria.

Estroncio Ranelato Hasta 5 años, en ensayos clínicos publicados

Precauciones

Riñón
Fibrilación Auricular
Ojos
ONJ (Osteonecrosis de Maxilar)
Hueso
ACV
TVP

Desafíos Futuros en Osteoporosis

Consensuar los objetivos terapéuticos
Evaluar datos semejantes entre los diversos agentes terapéuticos.
Establecer la importancia de la vitamina D
Conocer más de las nuevas asociaciones farmacológicas y esperar estudios de los nuevos fármacos.
Determinar que pacientes osteopénicas tienen un riesgo elevado de fractura.
Aumentar la adherencia a los fármacos (costos menores y mayor comodidad posológica).

Novedades AACOG (Afilaciones)

**AFILIACIÓN ASOCIACIÓN
ARGENTINA DE
CONTROVERSIAS EN
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
(A.A.C.O.G)
(Asociación Civil)**

Datos de Afiliación a AACOG

(Asociación Argentina de Controversias en Ginecología y Obstetricia)

www.acog.org.ar

Dirección Monroe 2681- Buenos Aires- Argentina
Tel/Fax:4546-3500//Email:ahakim@fibertel.com.ar

Valor: 100\$ / Año

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Dirección: _____

Título: _____

Especialidad: _____ N° Matrícula: _____

Tel/Fax: _____ Email: _____

Institución donde desempeña su trabajo: _____

Reglamento de Publicaciones

INSTRUCCIONES

Los artículos deberán entregarse, adjuntando el diskette o CD en Word y en ext.doc. A doble renglón, con un margen izquierdo de 4 cm y superior e inferior 2 cm. El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar la extensión del trabajo si ésta se considera exagerada.

Todos los trabajos deben incluir:

- Título del artículo, nombre y apellido del autor (sin títulos o grados académicos), nombre y dirección de la institución donde se realizó el trabajo, responsable de la correspondencia y su dirección.
- Resumen y palabras claves en español: el resumen incluirá los puntos sobresalientes del artículo en no más de 200 palabras, sin referencia a tablas, figuras o bibliografía. Se incluirán, además, entre 3 y 5 palabras claves.
- Referencias bibliográficas: en el texto se indicarán con un número entre paréntesis. Ejemplo: (18), (1-4, 13), (1, 6-9), etc. Este número se asignará en forma correlativa, por estricto orden de aparición. Las referencias se presentarán en hoja a parte, a doble renglón, de acuerdo con las normas que utiliza la National Library of Medicine de los Estados Unidos para el Index Medicus, que ha simplificado el uso de signos de puntuación.

Ilustraciones: comprenden radiografías, fotografías, gráficos, registros, etc. Se presentará cada una de ellas por separado, en blanco y negro, en papel ilustración con un tamaño de 9 X 12 cm. o fracciones equivalentes para facilitar su reducción o ampliación sin perder las proporciones. Al dorso de cada figura se indicará el nombre del primer autor, el número de figura y la orientación de la parte superior si fuera necesario. Las leyendas o títulos de las figuras se escribirán en hoja aparte, incluyendo las aclaraciones de todos los símbolos y abreviaturas utilizados en la figura. Se numerarán en forma correlativa con números arábigos, por ejemplo:

Figura 1, Figura 2, etc. En el texto deberán aparecer las referencias correspondientes a todas las figuras.

Tablas: se presentarán en hojas individuales, separadas del texto, numeradas en forma correlativa con números arábigos (Tabla 1, Tabla 2, etc). Cada tabla incluirá un título explicativo de su contenido. No se utilizarán líneas verticales y se escribirán a doble renglón. En el texto deberán aparecer las referencias correspondientes a todas las tablas.

El número máximo de figuras y tablas es de 10.

TEXTO DE ARTICULOS

No podrán exceder de 20 páginas, incluyendo ilustraciones, tablas y bibliografía. El texto se dividirá de acuerdo a la siguiente disposición:

- Introducción: relatará la naturaleza y propósito del trabajo, sin entrar en los resultados, mencionando el consentimiento de los pacientes para las pruebas. En caso de tratarse de experimentación humana deberán seguirse los principios expresados en la Declaración de Helsinki.
- Resultados: serán claros, concisos y sin comentarios
- Discusión: explicará los resultados y los relacionará con los de otros autores. Cuando se trate de trabajos de investigación básica se procurará exponer la posible repercusión de los resultados a nivel clínico.
- Bibliografía.
- Cartas a Lectores: se referirán a las publicaciones de ACOG y/o alguna situación científica internacional especialísima. No podrán exceder de una página.

Comité Editorial

CALENDARIO DE JORNADAS Y CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES 2009

ABRIL

1º JORNADAS CONJUNTAS ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (AACOG) - Colegio Médico - Junín Provincia de Buenos Aires.

**Sábado 4 de Abril de 2009, de 9 a 14 hs
Lugar: Colegio Médico - Junín, Pcia. de Bs. As.
Informes: info@acog.org.ar,
ahakim@fibertel.com.ar
www.acog.org.ar**

El Instituto Europeo di Oncologia y la Fundación Argentina Contra el Cáncer organizan el Curso sobre Cáncer de Mama 2009

Sede: Hotel Sheraton Libertador Av. Córdoba
680 - Buenos Aires, Argentina
Auspicia: Sociedad Argentina de Mastología
Directores del Curso: Prof. Dr. Román Rostagno
- Dr. Alberto Rancati
Programa Científico: Dr. Gabriel Farante
Coordinadores: Dr. Claudio Lorusso - Dra. Karina Pesce
Organización, informes e inscripciones:
Howard Eventos - Tel.: (54-11) 4313-5702 -
E-mail: info@howardeventos.com

3RA. JORNADA ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**Miércoles 22 de Abril de 2009
Hotel Emperador - Libertador 420
Informes: info@acog.org.ar,
ahakim@fibertel.com.ar
www.acog.org.ar**

XVII Congreso Panamericano de Endocrinología. XI Congreso Venezolano de Endocrinología y Metabolismo.

22 al 25 de Abril de 2009. Hotel Margarita Hilton - Margarita, Venezuela
Información: Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo
Mail: endocrinologia@gmail.com
Web: www.svem.org.ve

Internal Medicine 2009

American College of Physicians (ACP)
23-25 de abril de 2009
Philadelphia, PA
Te: 215/351-2542
Fax: 215/351-2528
acponline@acponline.com
www.acponline.org

VII Congreso Argentino de Ginecología Oncológica

Paseo La Plaza - Ciudad de Buenos Aires
27- 28 y 29 de abril de 2009
Organizan: Asociación Argentina De Ginecología Oncológica Felix Rutledge Society

Annual Scientific Meeting

American Geriatrics Society (AGS)
29 de abril al 3 de mayo de 2009
Chicago, IL
Informes e inscripción: 212/308-1414
Fax: 212/832-8646
info@americangeriatrics.org
www.americangeriatrics.org

MAYO

57th Annual Clinical Meeting
The American College Of Obstetricians & Gynecologists (ACOG)
2 - 6 de mayo de 2009
Chicago, IL
Informes e inscripción: 202/638-5577
www.acog.org
acm@acog.org

Simposio Internacional Aleg-Saegre “Actualización en Poliquistosis de Ovario”
4 al 5 de Mayo de 2009
Sheraton Libertador Hotel- Buenos Aires
Av. Córdoba 690 CABA, República Argentina

IERAS JORNADAS CONJUNTAS ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (AACOG), CÍRCULO MÉDICO DE ZÁRATE.
Sábado 9 de mayo 2009:9 a 14hs
Lugar: Círculo médico de Zarate.
Pcia. de Bs. As.
Informes: info@acog.org.ar,
ahakim@fibertel.com.ar
www.acog.org.ar

18th Annual Meeting & Clinical Congress
American Association of Clinical Endocrinologists (AACE)
George R. Brown Convention Center
13-17 de mayo de 2009. Houston, TX
Informes e inscripción: 904/353-7878
www.aace.com
Fax: 904/353-8185
segan@aace.com

3rd Congress International IVI
14 al 16 de Mayo de 2009
Palacio de Congresos, Madrid, España
E-mail: pedro@comtecmed.com
info@comtecmed.com

8th European Congress on Menopause
European Menopause and Andropause Society (EMAS)
16-20 de mayo de 2009
London, UK
Informes e inscripción: 41 22 908 0488
www.emasonline.org
Fax: +41 22 732 2850
E-mail: emas@kenes.com

IX Simposio Internacional de Osteoporosis, VI Simposio De Enfermedades del Metabolismo Oseo y Mineral Del Mercosur, “SIO “09”
29 y 30 de Mayo del 2009 - La Plata Buenos Aires - Argentina.

X Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Endoscopia Ginecologica e Imagenologia Siaegi. Ciencia y Tecnologia al Límite
24 al 30 de Mayo de 2009
Cartagena de Indias
Contacto: Dr. Rafael Padron siaegisecretariogeneral@hotmail.com

36TH European Symposium On Calcified Tissues European Calcified Tissue Society (ECTS)
23-27 de mayo de 2009
Vienna, Austria
Informes e inscripción: 34 91 517 8788
Fax: 34 91 517 8789
www.ectsoc.org/meetings.htm

1er Congreso Internacional de Reproducción Asistida y Salud Sexual de la Mujer
26 al 29 de Mayo de 2009
La Habana, Cuba
Organiza: Solways Travel International
E-mail: sales@solways.com

JUNIO

Endo 2009

The Endocrine Society (ES)

19-22 de junio de 2009

San Diego, CA

Informes e inscripción: 301-941-0200

fmoxley@endo-society.org

Fax: 301-941-0259

www.endo-society.org

Salón El Mirador: Acoyte 754.

Ciudad de Buenos Aires

Informes info@acog.org.ar

ahakim@fibertel.com.ar

www.acog.org.ar

IX Congreso Argentino de Mastología

XXI Reunión Bienal

23, 24,25 de Agosto

Sheraton Hotel, Buenos Aires, Argentina

JULIO

XXVII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología SOGIBA 2009

Organiza: SOGIBA

Lugar: Sheraton Hotel Buenos Aires & Convention Center, Buenos Aires, Argentina

Fecha: 12 al 14 de Julio de 2009

Contacto: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Perú 345 Piso 12. www.sogiba.org.ar

Tel.: 011 - 4345-5051/5053

Email: sogiba@sogiba.org.ar

5° Jornada Argentina de Anticoncepcion y Salud Reproductiva

Organiza: A.M.A.D.A. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Fecha: 27, 28 y 29 de agosto de 2009

Lugar: Hotel Panamericano (Carlos Pellegrini 551, Buenos Aires)

SEPTIEMBRE

8th Congress of the European Society of Gynecology

10 al 13 de Septiembre de 2009

Lugar: Roma, Italia

www.seg2009.com

AGOSTO

13th World Congress On Human Reproduction

Lugar: Venecia, Italia

Fecha: 5 al 8 de Agosto de 2009

Contacto:

E-mail: humanrep@comtecmed.com

www.humanrep2009.com/index.htm

31st Annual Meeting

American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

Colorado Convention Center

11-15 de septiembre de 2009

Denver, CO

Informes e inscripción:

asbmr@asbmr.org

www.asbmr.org

1er CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

26 al 28 de Agosto de 2009. 4 invitados extranjeros

30th Annual Scientific Meeting

American Urogynecologic Society (AUGS)

Westin Diplomat Resort

24-26 de septiembre de 2009

Hollywood, FL
Informes e inscripción:
info@aug.org
www.aug.org

**20th Annual Meeting
The North American Menopause Society
(NAMS)**

Manchester Grand Hyatt
30 de septiembre al 3 de octubre de 2009
San Diego, CA - info@menopause.org
Informes e inscripción:

OCTUBRE

**XIX FIGO World Congress on Gynecology
and Obstetrics**

International Federation of Gynecology and
Obstetrics (FIGO)
Cape Town International Convention Center
4-9 de Octubre de 2009
Cape Town, South Africa
Informes e inscripción: 44 20 7928 1166
Fax: 44 20 7928 7099
figo@figo.org
www.figo.org

**65th Annual Meeting
American Society for Reproductive Medicine
(ASRM)**

17-21 de octubre de 2009
Atlanta, GA
Informes e inscripción: 205/978-5000
Fax: 205/978-5018
Controversias en Obstetricia y Ginecología
asrm@asrm.org
www.asrm.org

**18º Congreso Anual de la Sociedad Europea
De Endoscopia Ginecológica**

Florenca, Italia
28-31 De Octubre 2009
Florenca, Italia
Tel. +39 055 2462229
E-mail: esge2009@promoleader.com

NOVIEMBRE

**Congreso Argentino de Patología del Tracto
Genital Inferior y Colposcopia
XXXVII Reunión Anual**

Fecha: 19 y 20 de noviembre
Sede: Palais Rouge (Jerónimo Salguero 1433 -
C.A.B.A.)

DICIEMBRE

**XVI Jornadas Internacionales de Obstetricia
y Ginecología De La Provincia de Buenos Ai-
res SOGBA 2009**

Fecha: 3, 4 Y 5 de diciembre de 2009
Ciudad de Mar del Plata

Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología (A.A.C.O.G.)



26 al 28 de Agosto 2009.

TEMARIO: PATOLOGÍA MAMARIA, ANTICONCEPCIÓN. CÉLULAS MADRE. VACUNA HPV. ESTERILIDAD. MENOPAUSIA. OSTEOPOROSIS. DIABETES, HIPERTENSIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA EN EL EMBARAZO. UROGINECOLOGÍA. POLIQUISTOSIS OVÁRICA, ETC.

Salón El Mirador:
Acoyte 754 Buenos Aires, Argentina

Mail para informes:
ahakim@fibertel.com.ar / info@acog.org.ar

Web:
www.acog.org.ar



(A.A.C.O.G.) - Asociación Civil

CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
26 al 28 DE AGOSTO DEL 2009
SALÓN EL MIRADOR - ACOYTE 754
CAPITAL FEDERAL . ARGENTINA

Nombre y Apellido:

Ciudad: País:

E-mail: Matrícula:

Sociedad a la que pertenece:

Si desea asociarse firme a continuación:

Valores de inscripción al Congreso

Especialistas: U\$S 200
Residentes, obstétricas, enfermeras: U\$S 100

La inscripción incluye: Conferencias; talleres; área comercial; cocktail de inauguración y recital de rock argentino de todos los tiempos: Nito Mestre (ex-Sui Generis); acto de cierre con show internacional de tango.

Firma: Aclaración:

Editorial

MA EDICIONES

Somos parte de tu equipo.

Av. Dardo Rocha 1473 - Tigre - Bs. As.
Diseño y diagramación: Altamiranda Gabriela D.
Impreso: Imágen gráfica.
Informes: info@maediciones.com.ar
Tirada de esta edición: 3500 ejemplares



Drospirenona 3 mg
Etinilestradiol 0,02 mg

El Primer
Anticonceptivo Oral
que Entiende
los Síntomas Premenstruales (SPM)



- ✓ Primer y Único AO que ha probado eficacia clínicamente significativa en el **tratamiento** de síntomas emocionales y físicos asociados al ciclo menstrual^{1,2}
- ✓ Con su régimen **24+4** permite recuperar la **calidad de vida** de la mujer brindándole una vida activa mes a mes³
- ✓ Más beneficios de Drospirenona con **Baja Dosis** de EE^{3,4}

Con Drospirenona,
droga original
de Bayer Schering Pharma



24+4



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

www.yaz.com.ar
www.bayerscheringpharma.com.ar

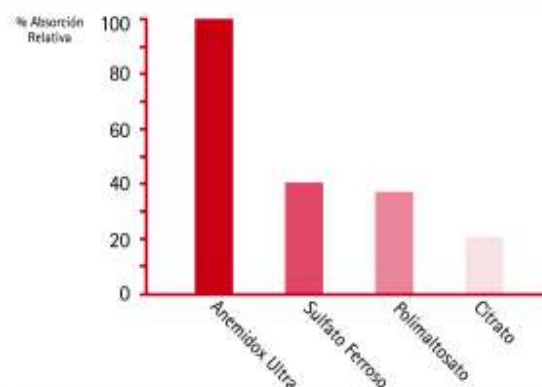
Llegó ANEMIDOX[®] ultra

Hierro Diglicinato Quelato + Ácido Fólico

LA NUEVA GENERACIÓN DE HIERRO

- Prácticamente sin trastornos gastrointestinales.
- Mayor absorción.
- Menores dosis requeridas de hierro elemental.
- Puede ser ingerido junto con los alimentos.

Absorción 4 veces mayor versus los hierros convencionales.



Presentaciones:
Envases conteniendo 20 y 40 cápsulas.

Material destinado exclusivamente a profesionales facultados para prescribir o dispensar medicamentos de venta bajo receta.
1.- Brise H, y col. - Acta Med. Scand, 171 (Supp 368): 51-58; 1962. 2.- Pineda O, y col. - J Appl Nutrition 46 (102): 2-12; 1994. 3.- Szarfac S, y col. - Arch Latinoamericanas de Nutrición 51 (1): 42-47; 2001. 4.- Coplin M & Schuette S. - Clin Therapeutics 13, 5: 606-612; 1991. 5.- Jeppsen R. - Archivos Latinoamericanas de Nutrición - Suppl 51 (1): 27-34; 2001. 6.- Jeppsen RB & Borzelleca JF. - Food Chem Toxicol 37(7): 723-731; 1999. 7.- Pineda O. & DeWayne Ashmead H. - Nutrition 17: 301-304; 2001. 8.- DeWayne Ashmead H. - Archivos Latinoamericanas de Nutrición 51 (1): 13-21; 2001.

Merck Química Argentina S.A.I.C.
Tronador 4890 4to. piso (C1430DNN) Buenos Aires
Para mayor información solicitarla al
Departamento Médico de Merck Serono: 4546-8138
Atención al cliente: 0800-888-MERCK (63725)

MERCK
SERONO



PROCREARTE ES UNA INSTITUCION DIFERENTE

Porque es el único Centro de Reproducción Asistida de Alta Complejidad, que funciona en forma de red horizontal. Procreate permite al Médico especialista o no, atender a su paciente en forma totalmente personalizada, creciendo profesionalmente en un área de gran futuro y prestigio.

Venga, acerquese a conocer Procreate, el Centro de Alta Complejidad mas moderno de Argentina. Con la mejor infraestructura, tecnología y calidad humana. Para alcanzar juntos, los mejores resultados.

JUNTOS, TRABAJANDO PARA SU PACIENTE

PROCREARTE: 1500m2 de estructura diseñada para su objetivo, con 3 laboratorios de FIV que funcionan simultáneamente - Presión positiva central y piso antibacteriano en la totalidad de áreas limpias - Quirófano - Sala de transferencia con video directo de la carga embrionaria - 5 salas de recuperación individuales - Sistema de video, transmisión directa -
Servicios: FIV - ICSI - Maduración Ovocitaria in vitro - Criopreservación de embriones y Blastocistos - Vitricación de óvulos - Diagnóstico preimplantacional por PCR y FISH - Separación espermática por citometría de flujo.

PROCREARTE pone a su disposición el Centro más moderno y con mejor tecnología de Argentina, con tasas de embarazo comparables a los mejores centros de Europa. Llámenos al (54 11) 5530-5700 / 4961-6191 y un profesional lo asesorará. Consulte plan Jóvenes Profesionales con importantes beneficios y distintos modos de integración.

Nueva Sede Central Capital Federal: Huanes 1104 esquina Tucumán

Tel.: (54 11) 5530-5700 / 4961-6191 - info@procreate.com - www.procreate.com



PROCREARTE

INSTITUCION DE AVANZADA
PRIMERA EN EL DIAGNOSTICO
DE LAS ENTERRIDADES MAMARIAS

La Mamografía Digital es el último adelanto tecnológico en la lucha contra el cancer de mamas.

Cómo Funciona.

La Mamografía Digital es muy similar a la fotografía digital. El equipo toma una imagen electrónica de la mama y la envía a una computadora donde la almacena para ser analizada por el Médico Radiólogo. Como es una *imagen digital*, ésta puede ser procesada utilizando un software especial para observar zonas específicas con mayor detalle, así puede obtener imágenes con mayor contraste que las placas convencionales.

Mamografía Digital

con Sistema CAD

Tecnología de avanzada
para el cuidado de la Mujer



INSTITUCION DE AVANZADA
PRIMERA EN EL DIAGNOSTICO
DE LAS ENTERRIDADES MAMARIAS

Azcúenaga 970 / Capital Federal / Tel./Fax: 4962-2590 - info@cerim.com.ar

En osteoporosis

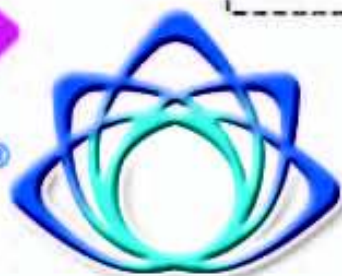
FERRING
EN OSTEOPOROSIS

1 toma mensual

NUEVO

Deltrox®

Ibandronato



En Osteoporosis, la mejor opción.

OSTEOPOROSIS

en Osteoporosis:

- por mayor potencia antirresortiva,⁽²⁾
- por eficacia,⁽¹⁾⁽²⁾
- por resultados,⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- por adhesión al tratamiento,⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾
- por comodidad posológica,⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾
- por precio accesible,



PRESENTACION:
envase conteniendo
1 comprimido recubierto
de 150 mg

Mejor Deltrox 

Referencias bibliográficas:

- 1) Reginster JY et al. Adherence, patient preference and dosing frequency: understanding the relationship. Bone. 2006 Apr; 38 (4 suppl 1): S2-6.
- 2) J-Y Reginster et al. MOBILE study. Ann Rheum Dis 2006; 65: 654-661.
- 3) A. Cooper et al. PERSIST study. Int. J. Clin Pract. August 2006; 60, 8, 896-905.
- 4) Emley R. et al. BALTO study. Curr Med Res Opin. 2005 Dec; 21 (12): 1895-903.

FERRING
PHARMACEUTICALS

Ferring Argentina
Av. Juan B. Justo 6840
C1118XRP Capital Federal
Tel.: (011) 4380-8800



Para más información dirigirse a Laboratorios Ferring (Dirección Médica) Tel.: 4585 - 8930



Linea
DUPNIMAR

Lider en
Metabolismo Óseo



Cerazette®

"No puedo
tomar estrógenos
¿Cómo me cuido?"

de inhibición de la
99%
ovulación

Cerazette es el anticonceptivo anovulatorio sin estrógeno que constituye una alternativa efectiva para aquellas mujeres que no pueden o no quieren tomar estrógenos.



Organon

Te cuidamos mejor porque te conocemos más.

Organon Argentina S.A.Q.I. y C. Ezpeleta 1277 (1640), Martínez, Pcia de Buenos Aires.

• Para una mayor información vea el prospecto del producto.



★ Diva Total®

24+4 Drospirenona 3 mg
Ethinilestradiol 0.02 mg

★ **Segura**
Seguridad Anticonceptiva
con **Baja Dosis**

★ **Serena**
Reduce los síntomas del
Síndrome Premenstrual y Disfórico

★ **Natural**
Todo el Beneficio de la
Drospirenona

★ **Anticonceptivo**
Indicado para el **tratamiento**
de los **síntomas del**
Síndrome Premenstrual
y Disfórico



Salud Femenina
Especializada

Pharmaceuticals Europe Limited, London, UK
© 2011. All rights reserved. EMEA/000001/09/001
Pharmaceuticals Europe Limited, London, UK

