



REVISTA FASGO

DIRECTOR: Dr. Horacio Crespo

SECRETARIOS DE REDACCIÓN: Dr. Claudio Schiavi
Dra. María Fernanda Vázquez
Dr. Bernardo Kupferberg

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2013-2015

PRESIDENTE: Dr. Raúl Winograd

VICEPRESIDENTE: Dr. Samuel Seiref

SECRETARIO GENERAL: Dr. Héctor Bolatti

PROSECRETARIO GENERAL: Dr. Héctor Scaravonati

TESORERO: Dr. Osvaldo Yoma

PROTESORERO: Dr. René Di Mónaco

SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Pedro Daguerre

DIRECTOR DE PUBLICACIONES: Dr. Mariano Grilli

VOCALES TITULARES: Dr. Enrique Elli
Dra. Diana Della Latta

VOCALES SUPLENTE: Dr. Jesús Daniel Aguirre
Dra. Patricia Cingolani
Dr. Roberto Castaño
Dra. María Sebastiana Sánchez

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

TITULARES: Dr. David Cornejo
Dr. Constantino Mattar
Dr. Eugenio Villarroel

SUPLENTE: Dr. Gustavo Vampa
Dr. Fernando Giayetto
Dr. Marcelo Kolar

TRIBUNAL DE HONOR

TITULARES: Dr. René Del Castillo
Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini

SUPLENTE: Dr. Ricardo Cuevas
Dr. Guillermo Díaz Ortego
Dra. Mercedes Persoglia

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

PRESIDENTE: Dr. Francisco Gago

DIRECTOR: Dr. Jorge Novelli

ACTIVIDADES EVALUATIVAS: Dr. Martín Etchegaray Larruy

COMITÉ NACIONALES

REPRESENTANTES ANTE EL MINISTERIO DE SALUD

Dra. Eugenia Trumper
Dr. Leonardo Kwiatkowski
Dr. Osvaldo Yoma

COMITÉ SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Coordinador: Dr. Roberto Sanguinetti
Integrantes: Dra. Eugenia Trumper
Dra. Rosana González

REPRESENTANTE COMITÉ ASUNTOS LEGALES

Dr. Julio Firpo

REPRESENTANTE COMITÉ EJERCICIO PROFESIONAL

Dr. Jorge Elías

REPRESENTANTE COMITÉ DE RESIDENTES

Dr. Martín Etchegaray Larruy

REPRESENTANTE COMITÉ VIOLENCIA DE GÉNERO

Dra. Diana Galimberti

COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA

Coordinador: Dr. Horacio Crespo
Integrantes: Dr. Héctor Bolatti
Dr. Daniel Lipchak
Dr. Leonardo Kwiatkowski
Dr. Carlos Ortega Soler

REPRESENTANTE ANTE FIGO

Dr. Jorge Novelli

EXECUTIVE BOARD FIGO

Dr. Néstor Garello

REPRESENTANTE ANTE FLASOG

Dr. René del Castillo

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN EDUCACIÓN A DISTANCIA FASGO XXI

COORDINADORA GENERAL: Dra. Olga Susana Álvarez

DIRECTORES DE ÁREA:

Ginecología:

Dra. Blanca Campostrini

Obstetricia:

Dr. Eduardo Valenti
Dr. Leonardo Kwiatkowski

Mastología:

Dr. Francisco Gago

ESCUELA ARGENTINA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR: Dr. Roberto Bocanera

DIRECTOR HONORARIO: Dr. Antonio Lorusso

DIRECTORES DE ÁREA

Ginecología: Dr. Pedro Daguerre

Obstetricia: Dr. Hector Bolatti

COORDINADORES DE ÁREA:

Ginecología: Dr. Felipe Jofré

Dra. Mabel Martino

Obstetricia: Dra. Claudia Travella

Dra. Doris Rodríguez Vidal

FASGO: Av. Córdoba 1646 5º piso Of. 201 (1055) Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4812-8800/3656 - E-mail: fasgo@fasgo.org.ar Web: www.fasgo.org.ar
Editorial ASCUNE Hnos. Bulnes 1985 2º piso Dto. "5" (1425) Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4823-3190 / 4829-9601 - E-mail: info@editorialascune.com - Web: www.editorialascune.com

Contenidos

ISSN 15-4028-5528

VOLUMEN 13 - Nº 1 - MAYO 2014

EDITORIAL	Prof.Dr Raúl H.Winograd	4
CONSENSO	Parto pretérmino Liliana S. Voto Eduardo A. Valenti1 Ignacio Aspreo Geraldine Voto Roberto Votta	5
	Evaluación de la pareja infértil Roberto Tozzini; Felipe Jofre; Gustavo Botti; Claudia Peyrallo; Fabián Lorenzo (Samer)	11
TRABAJO ORIGINAL	Análisis de la tasa de cesáreas en una maternidad de tercer nivel a lo largo de 9 años Valenti, Eduardo A ; Lattera, Cristina; Veiga, Angélica; Sosa, Virginia	16
	El precursor americano de la colposcopia Marcos Peluffo	29
REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN		44

Editorial



Con la edición de la primera revista de este año 2014, la Comisión Directiva de FASGO mantiene el compromiso de continuidad y calidad de este medio de comunicación tradicional con sus miembros.

Aun cuando el desarrollo de nuevas tecnologías pareciera relegarla, estamos convencidos de su vigencia.

No solo aparecerán artículos originales, sino también los Consensos y los resúmenes de los trabajos presentados en nuestros Congresos anuales.

Estos aportes que sintetizan los conocimientos basados en la mejor evidencia disponible, quedan a disposición de todos los que nos dedicamos al cuidado de la salud de la mujer, ya sea en las grandes ciudades o en los sitios más alejados de nuestro país.

FASGO responde así a su naturaleza federal y participativa, con la convicción que esta herramienta será útil para la práctica diaria de la obstetricia y la ginecología.

Un afectuoso saludo

Prof. Dr. Raúl H. Winograd
Presidente FASGO 2014-15



Parto pretérmino

PRESIDENTE:

PROF. DRA. LILIANA S. VOTO¹

COORDINADOR:

DR. EDUARDO A. VALENTI²

EXPERTOS:

DR. IGNACIO ASPREA³

DRA. GERALDINE VOTO⁴

DR. ROBERTO VOTTA⁵

DEFINICIÓN

Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación.

FRECUENCIA

- En el mundo: 9,6%.
- En la Argentina: 8,5% (año 2011).
- Representa 72.000 nacimientos al año y el 46% de la mortalidad infantil en menores de 1 año (año 2011).

CLASIFICACIÓN

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es.
- Antecedente de feto/s muerto/s.
- Antecedente de rotura prematura de membranas de pretérmino.
- Antecedente de aborto en segundo trimestre (>17 semanas).
- Embarazo doble o múltiple.
- Polihidramnios.
- Infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas.
- Vaginosis bacteriana.
- Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Edad materna <18 o >40 años.
- Índice de masa corporal materno inicial bajo (< percentilo 10).
- Metrorragia del primer o segundo trimestre.



¹ Jefe de Dto. Materno Inf. Juv. Hosp. Juana Fernández. Prof. Titular de Obst. Director de la Carrera de Médicos especialistas de Obst. y Ginec. Director del Dto. Obst. y Ginec. de la UBA.

² Jefe de Departamento de Tocoginecología. Prof. Titular de Obst. Facultad de Medicina UBA.

³ Médico de IGBA. Esp. Univ. en Obst. y Ginec. UBA. Ex jefes de Residentes Obst. y Ginec. Integrante del Área de Obst. y Ginec. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud de la Nación

⁴ Médica de Planta Div. Obst. Hosp. Fernández.

⁵ Prof. Titular de Obst. Universidad del Salvador. Prof. Adj. Obst. UBA. Médico Div. Obst. Hosp. General de Agudos Cosme Argerich.



- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas.
- Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.
- Traumas físicos o emocionales graves.
- Reproducción asistida (embarazo único o múltiple).
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Etnia afroamericana.

Primer nacimiento	Segundo nacimiento	% PP (Parto Pretérmino)
Término		4,4
Pretérmino		17,2
Término	Término	2,6
Pretérmino	Término	5,7
Término	Pretérmino	11,1
Pretérmino	Pretérmino	28,4

NIVELES DE PREVENCIÓN

- **NIVEL PRIMARIO:** se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir los factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino. Las intervenciones se desarrollan en etapa preconcepcional o en el embarazo.
- **NIVEL SECUNDARIO:** son acciones de diagnóstico y prevención tempranas de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir, aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con un NP o que presentan otros factores de riesgo.
- **NIVEL TERCIARIO:** son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que se ha producido el daño. Es decir, una vez que se ha desencadenado una amenaza de PP o un trabajo de PP.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Fertilización asistida: toda mujer/pareja que opte por tratamientos de fertilidad debe recibir asesoramiento en cuanto a que estas técnicas constituyen un factor de riesgo para nacimientos pretérminos, especialmente en gestaciones múltiples, pero también en únicas.

Suplementos nutricionales

Las mujeres en edad reproductiva, especialmente las que planean un embarazo, deben recibir una dieta equilibrada calórica/proteica y aunque no impacte directamente en la prevención de la prematuridad, se debe mencionar que este período es, además, una oportunidad para indicar la suplementación vitamínica con ácido fólico para la reducción de los defectos congénitos y continuar durante el 1° trimestre, una vez logrado el embarazo.

Se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos omega 3 para toda mujer embarazada.

Los ácidos grasos omega-3 reducen las concentraciones de citoquinas proinflamatorias.

Sin embargo, aún no hay evidencias de que la suplementación nutricional y con multivitamínicos prevenga el PP.

Cuidado odontológico

El riesgo de parto pretérmino se asocia con la gravedad de la enfermedad periodontal y aumenta cuando esta progresa durante el embarazo.

El aumento del riesgo de parto pretérmino puede resultar de la transmisión hematológica de patógenos microbianos orales al tracto genital o, más probablemente, de las variaciones comunes en la respuesta inflamatoria a los microorganismos de la cavidad oral y del tracto genital.

Estilo y hábitos de vida

Deberá fomentarse el abandono de adicciones tales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Hay evidencia de la asociación del tabaquismo en el embarazo y el nacimiento pretérmino, así como también con el bajo peso al nacer, el desprendimiento prematuro de placenta y la mortalidad infantil. Por ello es importante lograr

una mejora en las condiciones laborales y de vida en poblaciones postergadas.

Ejemplos de políticas para proteger a las mujeres embarazadas son la licencia de embarazo y puerperio y el tiempo disponible para el cuidado prenatal, entre otros.

Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática

Durante el primer control de toda embarazada se debe solicitar un urocultivo, el que idealmente debería realizarse alrededor de las 12 semanas de gestación, para detectar y tratar precozmente estas infecciones, sean sintomáticas o asintomáticas, pues se ha establecido una fuerte asociación entre infecciones urinarias y PP.

Ante resultado de urocultivo positivo a *Escherichia coli* del grupo B (EGB), las embarazadas deben ser tratadas e identificadas como portadoras; deben recibir profilaxis intraparto (tanto en el pretérmino como en el término) para prevención de la sepsis neonatal por este germen.

Pesquisa de vaginosis bacteriana

Las pacientes con vaginosis bacteriana pueden presentar un mayor riesgo de PP. Se recomienda el tratamiento antibiótico oral para erradicar la infección vaginal en el embarazo.

Se recomienda realizar la pesquisa y el tratamiento de la infección vaginal en embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.

Los antibióticos recomendados para el tratamiento de la vaginosis bacteriana son:

- Metronidazol 500 mg vía oral dos veces por día (1 g/día) durante siete días.
- Clindamicina 300 mg vía oral dos veces por día (600 mg/día) durante siete días.

Examen digital

Los hallazgos actuales sugieren que el examen digital vaginal no es efectivo como predictor de PP en mujeres asintomáticas y que no presentan factores de riesgo.

Medición del cuello uterino

El resultado del análisis de numerosos trabajos que evaluaron la medición de longitud cervical

mediante el uso de la ecografía transvaginal, aplicado a población general de embarazadas, indica resultados poco satisfactorios en poblaciones de bajo riesgo, con un valor predictivo positivo bajo.

La escasa evidencia hallada recomendaría sólo una evaluación entre las 20 y 24 semanas.

Debido a los pobres valores predictivos positivos, la baja sensibilidad y la falta de intervenciones de eficacia comprobada, no se recomienda el uso de la ecografía transvaginal rutinaria para la medición de la longitud cervical en mujeres con bajo riesgo.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Estilo de vida y reposo

Se recomienda a aquellas embarazadas con factores de riesgo de PP evitar las jornadas laborales prolongadas y aumentar las horas de descanso nocturno.

Suplementos nutricionales

Se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos omega-3.

Sin embargo, aún no hay evidencias de que la suplementación nutricional y con multivitaminicos prevenga el PP.

Examen digital

No hay evidencia de que el tacto vaginal rutinario en mujeres con factores de riesgo, pero asintomáticas, resulte beneficioso.

Progesterona en prevención secundaria del parto pretérmino

La progesterona en el embarazo normal es considerada la hormona clave para el mantenimiento del embarazo, por su acción sobre el miometrio:

- Suprime genes contráctiles.
- Promueve la relajación.
- Suprime citoquinas, prostaglandinas y la respuesta a la oxitocina.

Se ha postulado que un descenso de sus niveles o una modificación de su acción tienen

un rol preponderante en el desencadenamiento del parto a término. Si esto ocurre anticipadamente, en el segundo trimestre podría asociarse con acortamiento del cérvix y predisponer a un parto pretérmino.

En los años recientes se cuenta con evidencia suficiente que sustenta el uso de progesterona en pacientes con antecedentes asintomáticas de PP y/o con cérvix acortado. La evidencia disponible mostró mejor perfil de seguridad y eficacia con el uso de progesterona micronizada, vía vaginal en óvulos o gel, en dosis de 100 o 200 mg/día, frente a 17 α -hidroxiprogesterona en dosis de 250 mg i.m. semanal

Se recomienda la administración de progesterona por vía vaginal a embarazadas asintomáticas con cuello acortado detectado por ultrasonografía y/o historia de PP.

Se recomienda progesterona micronizada por vía vaginal en dosis de 100 o 200 mg/día entre las 20 y 36,6 semanas de gestación.

Ecografía transvaginal (eco-TV)

Mediante la evaluación seriada del cérvix uterino por medio de la ultrasonografía transvaginal entre las 16 y 20 semanas de gestación es posible predecir el PP antes de las 34 semanas en mujeres de alto riesgo.

Un cuello uterino corto detectado por ecografía transvaginal es un importante predictor de parto pretérmino. Cuanto mayor sea el acortamiento, mayor es el riesgo de parto pretérmino espontáneo.

Criterios ecográficos de riesgo de PP

- Longitud cervical <25 mm antes de las 28 semanas.
- Longitud cervical <20 mm entre las 28 y 31,6 semanas.
- Longitud cervical <15 mm a las 32 semanas o más.

Cerclaje cervical

Luego de la implementación de la ecografía TV, se ha logrado una mejor comprensión de la fisiología cervical y una evaluación más objetiva de las características del cérvix, lo que ha posibilitado identificar a un grupo seleccionado

de mujeres que podrían beneficiarse con un cerclaje.

Se recomienda cerclaje cervical en caso de:

- Mujeres con tres o más PP (partos antes de las 37 semanas) y/o pérdidas fetales en el segundo trimestre de la gestación.
- Mujeres con antecedente de un aborto/parto espontáneo entre las 17 y 33,6 semanas en las cuales se detectó una longitud cervical menor a 25 mm por evaluaciones ecográficas transvaginales seriadas, realizadas entre las 16 y 21,6 semanas.

Contraindicaciones del cerclaje cervical:

- Trabajo de parto activo.
- Evidencia clínica de corioamnionitis.
- Sangrado vaginal activo.
- Rotura prematura de membranas pretérmino.
- Evidencia de compromiso de la salud fetal.
- Malformaciones fetales letales.
- Muerte fetal.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Test de fibronectina

La fibronectina fetal (FNF) se encuentra en las secreciones cérvico-vaginales. Permanece elevada durante las primeras 22 semanas de gestación, pero disminuye entre las 22 y 34 semanas en los embarazos normales. Los niveles superiores o iguales a 50 ng/ml a partir de las 22 semanas han sido asociados a un mayor riesgo de parto pretérmino. Su importancia principal radica en su alto valor predictivo negativo, por lo que un resultado negativo sería un elemento tranquilizador, especialmente dentro de los 15 días posteriores a la toma de la muestra, lo que evitaría tratamientos innecesarios.

Amenaza de PP

Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantiene durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las

22 y 36,6 semanas de gestación. Se realizará:

- Anamnesis e historia clínica.
- Examen clínico y obstétrico al ingreso.
- Estudios complementarios.
- Evaluación de salud fetal.
- Notificación al Servicio de Neonatología.
- Comunicación con la mujer y su familia.
- Reposo en cama.

Uso de glucocorticoides para la maduración pulmonar fetal

Estudios aleatorizados, controlados con placebo y metaanálisis han confirmado los efectos beneficiosos de los corticoides antenatales ya que reducen la morbimortalidad neonatal por síndrome de distrés respiratorio (SDR), hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso patente, displasia broncopulmonar y muerte neonatal.

Se debe ofrecer un ciclo único de corticosteroides antenatales entre las 24 y 34 semanas de gestación para las mujeres que están en riesgo de parto pretérmino.

Dosis y vía de administración de los glucocorticoides

Se recomienda, como droga de 1ª elección: betametasona: ampolla de 12 mg (6 mg fosfato y 6 mg acetato) i.m. c/24 h dos dosis (total: 24 mg).

Como esquema alternativo, es posible usar dexametasona, 6 mg (vía i.m.) cada 12 horas, por 4 dosis.

Terapia tocolítica

La principal indicación del tratamiento tocolítico para las mujeres que están en amenaza de PP es posponer el nacimiento, por lo menos, en 48 horas, para permitir el efecto óptimo de los glucocorticoides antenatales que disminuyen la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros.

De ser necesario, también se facilitará el traslado de la embarazada a un hospital, que cuente con Unidad de Cuidados Neonatales con el nivel de complejidad adecuado.

Los tocolíticos de primera línea son: los agentes betamiméticos y el antagonista selectivo

del receptor de oxitocina: atosibán. Dentro de los agentes betamiméticos, se prefiere la hexoprenalina, por tener acción preponderante sobre receptores β_2 , a diferencia de los otros fármacos de este grupo, como la isoxuprina, con mayor efecto β_1 .

En caso de no lograrse la inhibición de la contractilidad, se recomienda considerar como droga de segunda elección la indometacina, teniendo en cuenta sus contraindicaciones basadas en la edad gestacional.

Contraindicaciones para inhibir un trabajo de PP

Muerte fetal intrauterina.

Anomalía fetal incompatible con la vida.

Evidencia de compromiso fetal.

Restricción severa del crecimiento intrauterino.

- Corioamnionitis.
- Preeclampsia severa o eclampsia.
- Hemorragia severa materna/desprendimiento de placenta.
- Trabajo de parto.
- Contraindicaciones maternas a la tocólisis.

Neuroprotección fetal: sulfato de magnesio antenatal

La PC (Parálisis Cerebral) tiene una prevalencia de 2 a 2,5 casos en mil nacidos vivos. Es la causa más frecuente de discapacidad motora grave en la niñez, por lo que cualquier tratamiento que reduzca su prevalencia tendrá un efecto significativo sobre las deficiencias neurológicas y discapacidades en los prematuros sobrevivientes.

La incidencia de PC decrece a medida que aumenta la edad gestacional. La evidencia actual confirma que la administración antenatal de sulfato de Mg (SM) en mujeres en riesgo inminente de PP resulta una intervención segura y de costo-beneficio.

El número necesario a tratar (NNT) para prevenir un caso de muerte o PC en los niños es de 50 embarazadas.

El SM se ha asociado con varias acciones beneficiosas, una de las más importantes es la de proteger al cerebro en desarrollo del daño

a las neuronas, causado por los efectos de toxicidad excitatoria del glutamato, el principal aminoácido neurotransmisor excitatorio.

Se ha establecido que el SM administrado a mujeres embarazadas poco antes del parto reduce el riesgo de PC y protege la función motora gruesa en los niños nacidos prematuramente. Además, los efectos de su utilización pueden ser mayores a menor edad gestacional y no se observaron asociaciones con resultados desfavorables a largo plazo maternos o fetales.

Esquema de tratamiento

Dosis de ataque: 5 g i.v. en bolo lento (4 ampollas de 5 ml o 2 ampollas de 10 ml al 25%) en 100 cm³ de solución dextrosa al 5%, para pasar en 30 minutos.

Dosis de mantenimiento: 1 g/h hasta el nacimiento. Continuar con un goteo de 20 g de SM (16 ampollas de 5 ml u 8 ampollas de 10 ml al 25%) en 500 cm³ de solución dextrosa al 5%, a 7 gotas por minuto, si bien por razones de seguridad, se recomienda el uso de bomba de infusión continua, a 21 microgotas por minuto (1 gramo/hora).

Debe realizarse control clínico estricto, teniendo en cuenta una posible intoxicación, garantizando la presencia de:

- Reflejo rotuliano.
- Frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones/minuto.
- Diuresis mayor a 100 ml/h.

Profilaxis para infección por *Streptococo β-hemolítico grupo B (EGB)*

Entre el 12% y el 14% de la población de embarazadas en la Argentina es portadora del *Streptococo del grupo B (Streptococcus agalactiae)* en el tracto genital o gastrointestinal inferior. La sepsis neonatal por EGB es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en RN de término y pretérmino. Su elevada mortalidad (10%-20%) ha impulsado a organismos de salud pública a proponer diversas

estrategias de prevención. La más reciente sugiere que debe administrarse profilaxis antibiótica con penicilina o ampicilina intravenosa en las siguientes circunstancias:

- Trabajo de PP.
- Fiebre (temp. axilar >38 °C) durante el trabajo de parto.
- Rotura prematura de membranas de igual o mayor a 18 horas.
- Bacteriuria positiva para EGB en el embarazo en curso.
- Antecedente de hijo anterior con sepsis neonatal por EGB.

En la Argentina, la Ley Nacional N° 26.369, publicada en el Boletín Oficial el 7 de mayo de 2008, incorporó con carácter obligatorio como práctica rutinaria de control y prevención, la realización del examen de detección del *Estreptococo del Grupo B agalactiae*, a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37, presenten o no condiciones de riesgo.

Las mujeres tratadas por APP (Amenaza de Parto Pretérmino) deben ser evaluadas durante su internación (cultivo perianal y de introito vaginal) y si resultan portadoras, deberán recibir tratamiento profiláctico durante el trabajo de parto.

Se recomienda la **profilaxis antibiótica intraparto** para la sepsis neonatal por *Streptococo del grupo B*.

Esquemas antibióticos recomendados:

- Penicilina G: 5.000.000 U i.v.; luego 2.500.000 U i.v. cada 4 h hasta el parto.

Alternativa:

- Ampicilina: 2 g i.v.; luego 1 g i.v. cada 4h hasta el parto.

En caso de alergia a la penicilina:

- Clindamicina: 900 mg i.v. cada 8 h o eritromicina: 500 mg i.v. cada 6 h hasta el parto.



Evaluación de la pareja infértil

PRESIDENTE:

PROF. DR. ROBERTO TOZZINI (FASGO)

COORDINADOR:

DR. FELIPE JOFRE (SOGIBA)

EXPERTOS:

DR. GUSTAVO BOTTI (ASOGIR)

DRA. CLAUDIA PEYRALLO (SAEGRE)

DR. FABIÁN LORENZO (SAMER)

OBJETIVOS

- > La promulgación de la Ley Nacional de Fertilidad ha permitido, en algún sentido, el acceso de la población a los tratamientos por infertilidad.
- > La finalidad de este Consenso es brindar al ginecólogo general las herramientas básicas para poder evaluar adecuadamente a una pareja que consulta por infertilidad.
- > Se presentarán los estudios básicos necesarios y algunas recomendaciones en situaciones especiales.

DEFINICIÓN DE INFERTILIDAD

Es la incapacidad de una mujer en edad reproductiva para lograr un embarazo, luego de 12 meses de tener relaciones sexuales sin cuidados anticonceptivos, en menores de 35 años, y luego de 6 meses, en mayores de 35 años. El 85% lo logra dentro del primer año. ACOG Committee Opinion 2008.

El índice de fecundidad es la probabilidad de quedar embarazada en cada ciclo de exposición, sin protección anticonceptiva, en pacientes menores de 35 años.

Pacientes fértiles: 0,15 a 0,20 por mes.

Schwartz A y cols. N Engl J Med 1982; 306:404-06.

FACTORES POR EVALUAR

Factor masculino

- Anamnesis y examen clínico.
- Espermograma.
- Recomendaciones.*

Factor femenino

- Anamnesis y examen clínico.
- Ecografía basal con conteo de folículos antrales y monitoreo ecográfico de la ovulación.



**Premio: Medalla de Oro Asociación Médica 2012
Hospital de Clínicas “José de San Martín”, CABA**

(*) Departamento de Bioquímica,
Hospital de Clínicas “José de San Martín”

(°) División Obstetricia,
Hospital de Clínicas “José de San Martín”

(ˆ) Departamento de Clínica Médica,
Hospital de Clínicas “José de San Martín”



- Perfil hormonal día 2-3 del ciclo, según la clínica.
- Dosaje de progesterona día 21-22 de un ciclo de 28.
- Infecciones del TGI – cultivos para Chlamydia, Mycoplasma y Ureaplasma.
- Histerosalpingografía.
- Recomendaciones.*

Los estudios completos de ambos miembros de la pareja no deben prolongarse más allá de 3 ciclos; debe brindarse una adecuada información de los estudios por realizar.

FACTOR MASCULINO

Interrogatorio: edad, ocupación, hábitos, relaciones sexuales, pene, testículos, varicocele, conducto deferente, caracteres sexuales secundarios.

Espermograma.

Perfil hormonal.

Eco-Doppler de cordones espermáticos.

Antecedentes personales.

Cirugía en la infancia.

Traumatismos.

Quimio o radioterapia.

Infertilidad masculina: el 20-40% de incidencia, generalmente asintomático.

Obstrucción de los conductos deferentes.

Hipogonadismo hipogonadotrófico.

Atrofia testicular posorquitis, radiaciones o cirugía.

Varicocele idiopática.

Valores límite aceptados como referencia del estudio seminal:

- Volumen eyaculado: 1,5 ml.
- pH: 7,2.
- Concentración espermática: 15 x 10⁶ por ml y 39 x 10⁶ de totales.
- Porcentaje de motilidad: 40%.
- Traslativos: 32%.
- Morfología normal (Kruger): 4%.
- Aglutinación espermática: ausente.
- Viscosidad: <2 cm poslicuefacción.

FACTOR FEMENINO

Interrogatorio:

- Edad, ocupación.
- Hábitos: consumo de drogas, alcohol.
- Frecuencia y calidad de las relaciones sexuales.
- Enfermedades importantes.
- Cirugías previas.
- Menarca.
- Ritmo menstrual.
- Embarazos, evolución.
- Métodos anticonceptivos.
- Medicaciones.
- Dolor pelviano crónico.
- Dismenorrea.
- Hirsutismo.
- Dispareunia.
- Galactorrea.

Examen físico

- Peso y masa corporal.
- Examen mamario
- Nódulos tiroideos.
- Examen abdominal.
- Caracteres sexuales secundarios.
- Examen ginecológico.

(*) RECOMENDACIONES: una historia detallada y un adecuado examen físico pueden identificar signos sugestivos o específicos de infertilidad.

FASE LÚTEA INADECUADA (FLI)

El gold standard para el diagnóstico de FLI ha sido la biopsia de endometrio. El cuerpo lúteo sería insuficiente o inadecuado cuando el endometrio secretorio presenta un retraso en su maduración mayor a dos días.

Varios estudios posteriores a los cuadros histológicos establecidos por Noyes, Hertig y Rock, han demostrado que el fechado endometrial carece de precisión y exactitud, ya que puede existir FLI, según biopsia, en ciclos fértiles.

El Comité de Prácticas de la ASRM 2012 su-

giere no emplear la biopsia de endometrio para la evaluación de la función ovulatoria ni para la FLI, limitándola a pacientes con sospecha de patología endometrial (endometritis crónica, pólipos, hiperplasias, etc.).

DIAGNÓSTICO DE OVULACIÓN Y FUNCIÓN OVÁRICA

En pacientes con ciclos menstruales regulares (eumenorreicas) y sin antecedentes quirúrgicos y menores de 35 años:

- Realizar un dosaje de FSH, LH, estradiol día 3 del ciclo y progesterona plasmática en el día 21-24 del ciclo o 6-7 días después de la ovulación según monitoreo ecográfico.
- Monitoreo ecográfico de la ovulación comenzando con ecografía basal y conteo de folículos antrales y posterior desarrollo folicular entre el 7° y 10° día del ciclo y hasta la formación del cuerpo lúteo.

Con ciclos irregulares o amenorreas cortas:

- Determinaciones de progesterona, testosterona y DHEA-S, PRL, TSH y T4, FSH/LH, HAM y 17(REVISAR SI FALTA) hidroxiprogesterona. Conteo folicular en ambos ovarios.

Con amenorreas estables o prolongadas e hipoposterogenismo:

- Estradiol, FSH, ecografía gonadal y cariotipo.

FACTOR CERVICAL

Raramente la producción de moco o la interacción moco-semen es la causa única o principal de la infertilidad.

Si el examen revela la existencia de una cervicitis crónica, esta deberá tratarse.

El test poscoito o de Sims-Huhner es el método tradicional para el diagnóstico de este factor. Existe controversia en cuanto a la técnica, el momento de realización y la interpretación de los resultados. Ello lo hace un test subjetivo, de pobre reproductibilidad y que no predice el estado o no de infertilidad.

Por lo mencionado, el Comité de Prácticas de la ASRM, en sus recomendaciones de 2012, no considera necesario el test poscoito dentro de la evaluación sistemática de la infertilidad.

VIDEOLAPAROSCOPIA EN INFERTILIDAD

En pacientes que no se han embarazado luego de dos años, en la esterilidad sin causa aparente (ESCA), en fallas de la FIV o en las que se sospecha patología pelviana, se indicará este procedimiento.

En patología tubo peritoneal: hidrosalpinx; una revisión Cochrane (2004) concluyó que la salpingectomía, mejora los resultados de la FIV. Otros favorecen la oclusión tubaria proximal (Kontoravdis A y cols., 2006). Se realizará adhesiolisis y fimbrioplastias. Las recanalizaciones de la trompa son limitadas en la actualidad.

EPI en procesos agudos o crónicos no resueltos.

Endometriosis: es la principal indicación tanto para su diagnóstico como para el tratamiento.

Ovarios: ovariólisis. Drilling ovárico en el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Biopsias gonadales y extirpación de formaciones benignas.

VIDEOHISTEROSCOPIA EN INFERTILIDAD

Sospecha de patología intracavitaria diagnosticada por otros métodos.

Endometritis crónica: hallazgo casual en el 22% de fallas de la FIV y en abortadoras recurrentes del 1° trimestre.

Observación del canal endocervical y cavidad uterina en mujeres con fallos repetidos de FIV-ET (hallazgos entre el 45 y el 50%). Pólipos endometriales: su extirpación mejoraría los resultados.

Adherencias intrauterinas: hasta el 23% en mujeres legradas con fines abortivos o posparto. Puede producir defectos en la implantación.

Miomas submucosos: conviene extirparlos por esta vía.

Malformaciones uterinas: el útero tabicado es el que produce mayor número de fallas en la implantación.

RECOMENDACIONES: OBESIDAD

Una mujer obesa tiene una probabilidad 3 veces mayor de sufrir infertilidad que aquella con un índice de masa corporal (IMC) normal y los tratamientos naturales o con FA resultan menos eficaces comparados con la población general.

La obesidad afecta la ovulación, la maduración ovocitaria, el desarrollo endometrial, la receptividad uterina, la implantación y aumenta la tasa de aborto.

En el varón, el hiperestrogenismo asociado produce alteraciones hormonales, sexuales y espermáticas y un efecto deletéreo en la función eréctil (Nivel de Evidencia 2b).

Hay evidencia de que en mujeres infértiles anovuladoras con un IMC mayor a 29 kg/m², la pérdida de peso programada, la práctica de actividad física y las recomendaciones dietarias para reducir peso permiten recuperar los ciclos ovulatorios y mejoran las tasas de embarazo (Nivel de evidencia 1b).

Si bien la pérdida de peso con dieta y actividad física es el tratamiento de primera línea, se han observado mejoras de la función reproductiva luego de la pérdida de peso posterior a una cirugía bariátrica.

RECOMENDACIONES: FALLA OVÁRICA

La falla ovárica prematura se define como la aparición de amenorrea hipergonadotrófica y deficiencia estrogénica en mujeres por debajo de los 40 años y tiene una prevalencia del 0,9 al 1,2%. Su diagnóstico es clínico (amenorrea secundaria hipoestrogénica), ecográfico (disminución o ausencia de folículos antrales) y de laboratorio (FSH, E₂, HAM).

En la mayoría de los casos la etiología es desconocida pero en otros puede ser causada por quimioterapia, radioterapia, cirugía, desórdenes genéticos, particularmente los que involucran al cromosoma X, enfermedades autoinmunes, infecciones, consumo de tabaco y otras toxinas.

Las mujeres con falla ovárica prematura presentan un riesgo aumentado de muerte temprana, enfermedades neurológicas, disfunción

psicosexual, trastornos del humor, osteoporosis y enfermedad coronaria. Por ello el ginecólogo debe realizar el tratamiento adecuado para el logro del embarazo, pero también actuar sobre la prevención en la salud femenina y su calidad de vida, con el agregado de terapia hormonal (TH).

RECOMENDACIONES: GENÉTICA

Una alta frecuencia de alteraciones genéticas (18,8%) justifica la realización de evaluación genética a nuestra población con infertilidad idiopática.

En dos de las mayores series estudiadas, los cariotipos de varones con semen normal presentaron el 1,69% de anomalías, y los que presentaban oligo, asteno y/o teratospermia de leve a severa trepaban al 11,82%. Se observó una incidencia del 3,8% en anomalías y mutaciones en el gen de la fibrosis quística.

Algunos pacientes con oligo-asteno-teratozoospermia (OAT) moderadas a severas se asocian a microdeleciones de la porción distal del cromosoma Y en la zona AZF; en algunos varones, estas deleciones o en el gen PAR1 pueden transmitirse a la descendencia y presentar, corta estatura, retardo mental y deformidades de los brazos y muñecas.

El test para fibrosis quística debe solicitarse en todos los pacientes con ausencia uni o bilateral de conductos deferentes o en casos de azoospermia con escaso volumen por sospecha de obstrucción.

El cariotipo y la evaluación de deleciones del cromosoma Y deben realizarse en varones con azoospermia no obstructiva y con severa oligozoospermia, más aún cuando se sospecha un hipogonadismo hipergonadotrófico.

Cuando todos los factores estudiados son normales, incluida la videolaparoscopia, se habla de esterilidad sin causa aparente o ESCA y suele observarse en el 10 al 15% de las parejas estudiadas.

Naturalmente, cuanto más superficial o incompleto el estudio, mayor será el porcentaje de ESCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Opinion Committee 2008.
2. Compendium of ASRM. Practice Committee and Ethics & Committee Report Sept 2004.
3. Optimal Evaluation of Infertile Female & Optimal Evaluation of Infertile male. 2004
4. Practice Committee. Evaluation of Infertile Male. WHO 2010. Fertil Steril 2012.Schwartz A y cols.
5. N Eng J Med 1982; 306:404-406.



Análisis de la tasa de cesáreas en una maternidad de tercer nivel a lo largo de 9 años

VALENTI, EDUARDO A¹
 LATERRA, CRISTINA²
 VEIGA, ANGÉLICA³
 SOSA, VIRGINIA³

RESUMEN

Objetivos: evaluar la tasa de cesáreas en una maternidad de tercer nivel desde 2004 a 2012, sobre la base de la clasificación de Robson y de indicadores propios. Determinar el porcentaje de embarazadas que corresponde a cada grupo seleccionado. Establecer el peso de las cesáreas en cada grupo con relación al total de cesáreas.

Pacientes y métodos: es un estudio epidemiológico observacional descriptivo que incluye 46.467 nacimientos y 11.811 cesáreas utilizando la clasificación de Robson e indicadores propios. Se analizó la tasa de cesáreas según grupos, el peso de cada grupo en la población y la frecuencia de cesáreas de cada grupo en el total de cesáreas. Los resultados se presentan en porcentajes.

Resultados: la tasa de cesáreas se mantuvo en un promedio del 25,4% en el período 2004-2012. En el grupo de pacientes nulíparas se observó un discreto pero mantenido aumento en la tasa (23,9%), en el peso en la población (44%) y en la contribución al total de cesáreas (41,4%). Las pacientes con cesáreas previas no aumentaron a lo largo del tiempo (15,5%). Las cesáreas en los embarazos pretérmino representan la cuarta parte del total de cesáreas (26,4%) y, probablemente, este valor siga creciendo.

Conclusión: proponemos que las indicaciones de cesárea electiva en pacientes nulíparas sean tomadas por varios especialistas o en pase de sala porque creemos que esa es la clave para mantener la tasa de cesáreas en un valor adecuado y debemos aplicar todos nuestros esfuerzos en controlar las cesáreas en este grupo.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the rate of caesarean section in a third level maternity from 2004-2012, based on the classification of Robson and proprietary indicators. Determine the percenta-

¹ Jefe de Departamento de Tocoginecología. Profesor Titular de Obstetricia, Facultad de Medicina UBA

² Jefa de Unidad III

³ Licenciada en Obstetricia de Unidad III

Institución: Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá (HMIRS), Ciudad de Buenos Aires

ge of pregnant women who belonged to each selected group. Set the weight of caesarean sections in each group in the total cesarean setting.

Patients and methods: A descriptive observational epidemiological study included 46467 births and 11811 cesarean sections using the Robson classification and indicators. They were analyzed by groups of cesarean rate, weight of each group in the population and the frequency of cesarean sections from each group in the total setting. The results are presented as percentages.

Results: The cesarean rate remained an average of 25.4% between 2004 and 2012. In the nulliparous patient group we observed increase in the rate (23.9%), weight in the population (44%) and the contribution to the total caesarean section (41.4%). Patients with no previous cesarean section increased over time (15.5%). The preterm cesarean pregnancies represent a quarter of the total caesarean section women (26.4%) and this value is likely to continue growing.

Conclusions: We propose that elective cesarean in nulliparous patients are taken by several specialists because we believe that is the key to reach an appropriate cesarean rate and we must apply all our efforts on controlling the cesarean indications in this group.

INTRODUCCIÓN

Cesárea es la intervención quirúrgica por la cual se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina.

El origen de la palabra es controvertido y, si bien fue atribuido en un principio a la intervención que dio lugar al nacimiento de Cesar, esta aseveración nunca pudo comprobarse en forma fidedigna. Más plausible es la hipótesis de que deriva de la palabra latina *caedere*, que significa 'cortar'.

Al principio la mortalidad materna y fetal eran extremadamente altas y solo se la realizaba como recurso in extremis. Las diversas modificaciones en las técnicas quirúrgicas y la aparición de las incisiones transversas contribuyeron a la disminución de la mortalidad fetal

en la primera mitad del siglo pasado.

Posteriormente, durante la segunda mitad del siglo XX, la aparición de la antibioticoterapia y la mejora en las técnicas anestésicas con relación al soporte materno disminuyeron aún más su mortalidad¹.

Los avances tecnológicos de los últimos tiempos trajeron consigo un elevado índice de cesárea y un sinnúmero de indicaciones.

Hoy en día se ha llegado a un punto en que la liberalidad de su indicación comenzó a presentar un nuevo problema, ya que las cesáreas repetidas constituyen per se un factor de riesgo obstétrico.

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de cesáreas no debería ser mayor del 15% en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional.

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con el 40%, encabeza la lista; lo siguen Brasil, con una tasa global del 27%; República Dominicana con el 26% y la Argentina con el 25,4%.

Diversas son las razones para explicar el aumento en las cesáreas. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por el otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico-legales, presión de la paciente por un parto programado o, simplemente, acortar el tiempo de vigilancia que requiere la evolución de un trabajo de parto normal.

Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser maternas, fetales, ovulares y feto-maternas. Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos, así como la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, el procedimiento representa un riesgo para la salud de la madre y del recién nacido, y mayores costos al sistema de salud si lo comparamos con el parto vaginal.

En los últimos tiempos, el aumento en las tasas de cesáreas transformó a la cesárea en un problema, más que en una solución. Es un tema de mucha vigencia y motiva constantes

publicaciones en todas partes del mundo, en las que se reseña y analiza la experiencia de cada institución, planteando la posibilidad de buscar estrategias para reducir su frecuencia². Resulta indispensable que cada institución y cada país pueda monitorear sus tasas de cesáreas, para conocer sus propias características y mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda a su comunidad.

Este trabajo utilizó una herramienta, que es la clasificación de Robson³, con el fin de evaluar una institución pública de la ciudad de Buenos Aires, a lo largo de una década. De esta manera se puede conocer la evolución de esta intervención en diferentes poblaciones según sus características obstétricas y fetales. A la vez elaborar conclusiones propias que pueden ser útiles para otras instituciones con poblaciones de similares características^{4,5}.

OBJETIVO PRIMARIO

- Evaluar la tasa de cesáreas en una maternidad de tercer nivel desde 2004 a 2012, sobre la base de la clasificación de Robson y de indicadores propios.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar el porcentaje de embarazadas que corresponde a cada grupo seleccionado.
- Establecer el peso de las cesáreas en cada grupo con relación al total de cesáreas.
- Determinar la importancia de algunos indicadores propios.

PACIENTES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional descriptivo que incluye los nacimientos realizados en el HMIRS desde el 1/1/2004 hasta el 31/12/2012. La información se recolectó de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP). Para tal fin, se consideraron: la historia obstétrica previa (nuliparidad, multiparidad, cesáreas anteriores), inicio del trabajo de parto (es-

pontáneo, inducido o cesárea electiva), tipo de embarazo (único o múltiple), presentación (cefálica, pelviana y otras) y edad gestacional (pretérmino-término). Se define parto de término a todo aquel que cumpla con una edad gestacional de 38 semanas o más⁶. Por lo tanto, se considera prematuro todo nacimiento cuya edad gestacional por amenorrea sea de 37,6 semanas o menos⁷⁻¹⁰.

Se tomaron en cuenta solamente las historias clínicas con la información completa para establecer los grupos de la clasificación y los indicadores.

Se utilizó la clasificación de Robson con sus 10 categorías mutuamente excluyentes y algunos indicadores propios.

Se aclara que nos permitimos modificar el criterio de parto pretérmino ya que en la clasificación de Robson se lo considera menor de 37 semanas y para nosotros es menor de 38 semanas, como se explicó anteriormente.

También debemos aclarar que se utiliza la palabra nulípara para definir a toda mujer que no tenga antecedentes de partos ni de cesáreas.

A continuación exponemos la característica de los indicadores utilizados detallando en primer término la clasificación de Robson.

Clasificación de Robson

- Grupo 1: nulíparas, embarazo único, presentación cefálica, embarazo de término, inicio espontáneo del trabajo de parto.
- Grupo 2: nulíparas, único, cefálica, término, inicio inducido del trabajo de parto o cesárea electiva.
- Grupo 3: multíparas, sin cesárea previa, único, cefálica, término, inicio espontáneo del trabajo de parto.
- Grupo 4: multíparas, sin cesárea previa, único, cefálica, término, inicio inducido del trabajo de parto o cesárea electiva.
- Grupo 5: multíparas, con 1 o más cesáreas previas, único, cefálica, término.
- Grupo 6: nulíparas, pelvianas.
- Grupo 7: multíparas, pelvianas, incluyendo las de cesáreas previas.

- Grupo 8: embarazos múltiples.
- Grupo 9: embarazos únicos, transversa u oblicua, incluyendo las de cesáreas previas.

Grupo 10: embarazos únicos, cefálica, pretérmino, incluyendo los de cesáreas previas.

Se han utilizado indicadores propios, que fueron los siguientes:

- in cesáreas anteriores.
- Con 1 cesárea anterior.
- Con 2 o más cesáreas anteriores.
- Nulíparas.
- Embarazos pretérmino.

En la clasificación de Robson, los indicadores son mutuamente excluyentes, en cambio, los indicadores propios presentan superposición de pacientes, por ello deben ser interpretados individualmente.

Definiciones para la interpretación de tablas y gráficos

Tasa de cesáreas: llamada también incidencia de cesáreas o frecuencia de cesáreas, es el cociente entre el número de cesáreas de cada grupo y el total de pacientes que forman parte de ese grupo (multiplicado por 100) en un período determinado.

Peso de los grupos en la población: es el cociente entre el total de pacientes que forman el grupo y el total de nacimientos de la población (multiplicado por 100). Nos permite conocer el porcentaje de pacientes de ese grupo en la población general. Es independiente de la forma de terminación.

Frecuencia de las cesáreas en el total de cesáreas: es el cociente entre el número de cesáreas de cada grupo y el total de cesáreas de la población (multiplicado por 100). La utilidad es conocer la contribución de ese grupo en el total de cesáreas.

Los resultados se presentan en porcentajes para hacer más sencilla la comparación entre ellos a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

En la Tabla I se observa el número de nacimientos y la tasa de cesáreas por año calendario. Podemos observar que la tasa de cesáreas en los últimos 9 años se ha mantenido relativamente estable con un promedio del 25,4% y un rango que va del 22,9% al 27,6%. No guarda relación con el correr del tiempo ya que el porcentaje mayor corresponde al año 2005 y el menor, al año 2010.

Las diferencias en el total de nacimientos por años se deben a dos motivos bien diferentes. Primero, que se tuvieron en cuenta para nuestro estudio las historias clínicas que poseían la totalidad de los datos requeridos dejando de lado aquellas en las que faltaba por lo menos un dato. Segundo, que la maternidad tuvo épocas en que se realizaron refacciones edilicias, lo que produjo una disminución de las internaciones y, consecuentemente, una caída en el número de nacimientos.

Tabla I. Número de nacimientos y frecuencia de cesáreas por año.

Año	Nacimientos (N)	Ces (N)	Tasa Ces (%)
2004	4003	984	24,6
2005	3423	945	27,6
2006	3928	1072	27,3
2007	6134	1584	25,8
2008	5687	1647	24,4
2009	6799	1647	24,2
2010	3715	850	22,9
2011	6309	1631	25,9
2012	6469	1711	26,4
Totales	46.467	11.811	25,4

En la Tabla II observamos el número de cesáreas de cada uno de los indicadores de Robson. El porcentaje se muestra como un cociente en el cual el numerador indica el número de cesáreas en cada grupo y el denominador, el número de

mujeres en cada uno de los grupos. Es lo que generalmente se denomina tasa de cesáreas o incidencia de cesáreas.

Encontramos que el grupo 9 (transversas) y el grupo 6 (nulíparas pelvianas) superan el 90% de cesáreas, mientras que el grupo 3 (múltiparas con inicio espontáneo) ostenta la menor tasa de

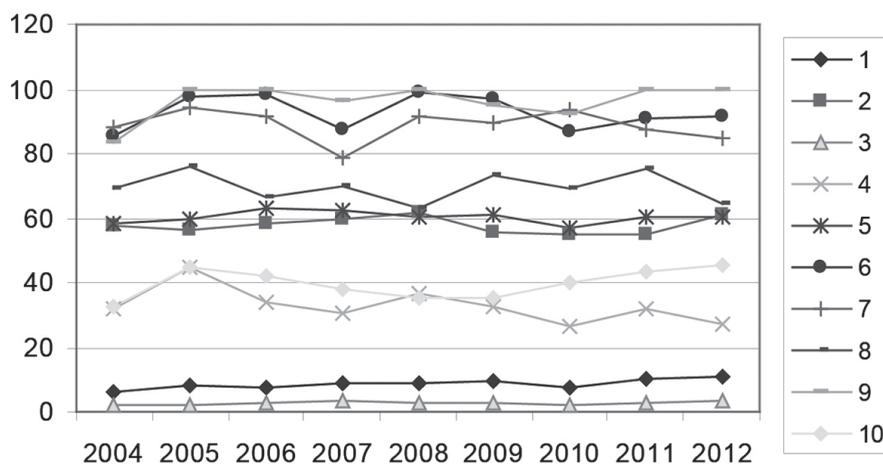
cesáreas, que es del 2,7%.

Si analizamos el Gráfico 1, observamos que la tasa de cesáreas es similar en todos los grupos a través de los años, destacando un ligero aumento en el grupo 1 (nulíparas con inicio espontáneo) y una leve disminución en el tiempo del grupo 4 (múltiparas con inicio inducido).

Tabla II. Tasa de cesáreas según grupos de Robson.

Grupos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
1	6,1	8,2	7,7	8,9	8,7	9,3	7,5	10	10,7	8,9
2	57,3	56,6	58,2	59,9	61,9	55,4	55,1	55,1	61	58
3	2,2	2,1	3	3,2	2,6	2,6	2	2,6	3,3	2,7
4	32,2	44,8	33,7	30,8	36,8	32,7	26,5	31,7	26,8	32,3
5	58,3	59,6	63,3	62,6	60,5	61,1	57,1	60,4	60,3	60,6
6	85,2	97,9	98,1	87,8	98,7	97	86,7	90,7	91,3	92,7
7	88,1	94,1	91,2	78,8	91,9	89,6	93,5	87,3	84,9	88,1
8	69,1	76,3	66,7	69,7	63,1	72,9	69,1	75,6	64,4	69,4
9	83,3	100	100	96,4	100	95	92,3	100	100	96,1
10	32,3	44,4	41,9	37,8	35	35,5	39,9	43,2	45,1	39,4

Gráfico 1: Frecuencia de las cesáreas por grupo por año



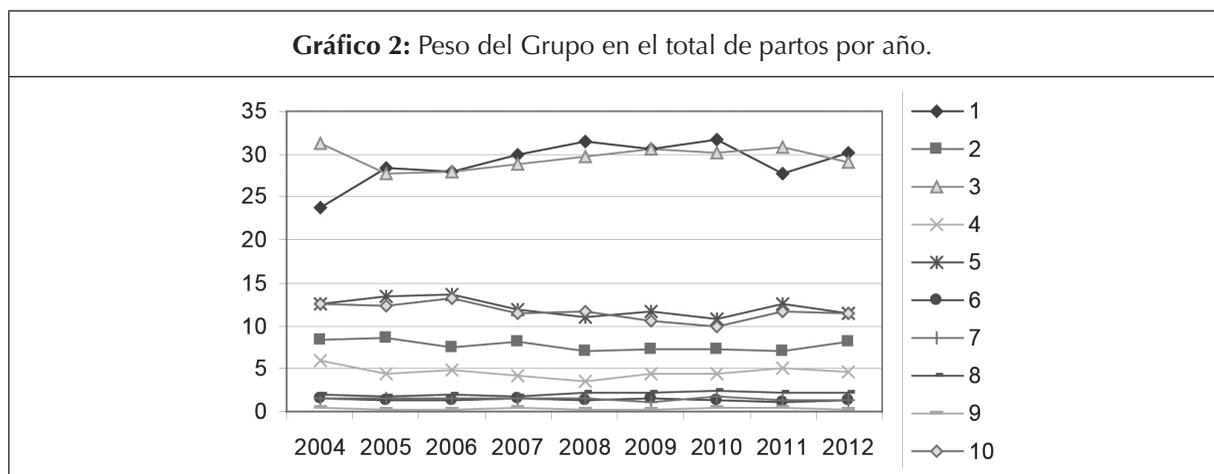
En la Tabla III se observa el porcentaje de nacimientos que corresponde a cada grupo de estudio. Esta Tabla nos muestra el peso que tiene cada uno de estos grupos en la población general; encontramos que en la clasificación de Robson el 59% de las pacientes pertenece a los grupos 1 y 3 (nulíparas y múltiparas con inicio

espontáneo); el grupo 9 (transversas) es el de menor peso y representa el 0,3% de la población. En el Gráfico 2 podemos afirmar que la mayor parte de los grupos tiene la misma representación en la población a través de los años, notándose un ligero aumento del grupo 1 (nulíparas con inicio espontáneo) a través del tiempo.

Tabla III. Peso del grupo en el total de nacimientos.

Grupos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
1	23,9	28,4	27,9	30	31,5	30,5	31,8	27,8	30,1	29,3
2	8,4	8,7	7,6	8,2	7	7,3	7,2	7,1	8,1	7,7
3	31,3	27,8	28	28,9	29,8	30,5	30,2	30,9	29	29,7
4	5,9	4,5	4,9	4,2	3,6	4,5	4,4	5	4,7	4,6
5	12,6	13,5	13,5	11,9	11,1	11,6	10,7	12,6	11,5	12
6	1,5	1,4	1,3	1,5	1,3	1,5	1,2	1,2	1,2	1,3
7	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,1	1,7	1,3	1,3	1,4
8	2	1,7	1,9	1,8	2,3	2,1	2,5	2,1	2,3	2,1
9	0,4	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
10	12,5	12,4	13,1	11,4	11,7	10,6	10	11,6	11,5	11,6

Gráfico 2: Peso del Grupo en el total de partos por año.

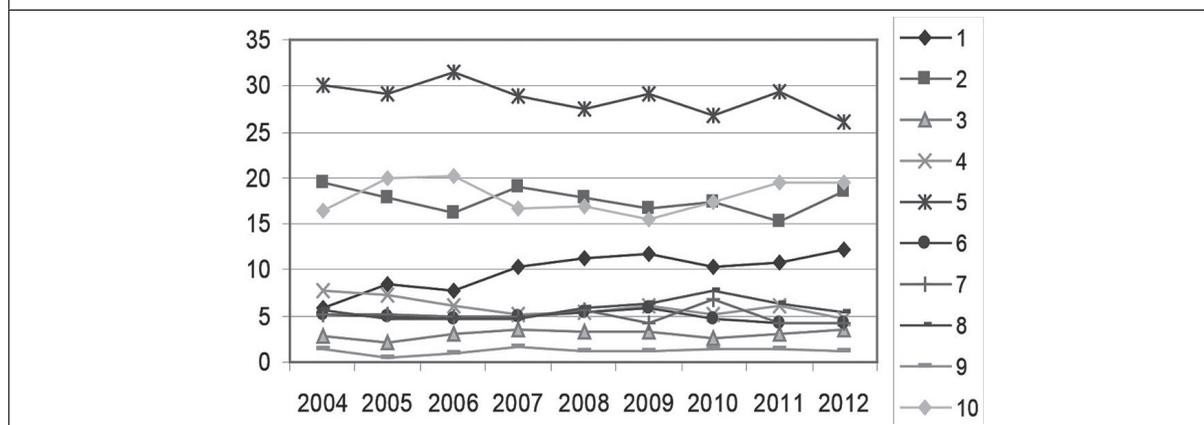


En la Tabla IV observamos el porcentaje de cesáreas que le corresponde a cada grupo en el total de cesáreas; se describe el peso que tiene cada grupo en el número total de cesáreas. Observamos que en la clasificación de Robson, el grupo 5 (mujeres con cesáreas anteriores) representa el 28,6% de las cesáreas, mientras que el grupo 9 (transversas) representa el 1,2% del total de cesáreas.

En el Gráfico 3 observamos que hay una regularidad en el peso que tienen las cesáreas en la totalidad de cesáreas a través de los años, con cifras estables en la mayoría de los grupos, notándose un aumento en el tiempo del peso que tiene el grupo 1 (nulíparas con inicio espontáneo) y una disminución del peso que tiene el grupo 5 (anteriores de cesárea).

Tabla IV. Frecuencia de cesáreas de cada grupo en el total de cesáreas.

Grupo	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
1	5,9	8,5	7,8	10,3	11,2	11,7	10,4	10,7	12,2	10,2
2	19,5	17,8	16,1	19,1	17,8	16,6	17,3	15,2	18,6	17,5
3	2,7	2,1	3,1	3,6	3,2	3,2	2,6	3,1	3,6	3,1
4	7,7	7,3	6,1	5,1	5,4	6,1	5,1	6,1	4,8	5,8
5	30	29,2	31,4	28,9	27,5	29,2	26,8	29,4	26,1	28,6
6	5,3	4,9	4,8	5	5,4	5,9	4,6	4,2	4,3	4,9
7	5,3	5,1	4,9	4,9	5,7	4,2	6,8	4,2	4,3	4,9
8	5,7	4,8	4,7	4,8	5,9	6,4	7,6	6,3	5,5	5,7
9	1,5	0,5	1	1,7	1,1	1,2	1,4	1,3	1,2	1,2
10	16,4	19,9	20,1	16,7	16,8	15,5	17,4	19,4	19,6	17,9

Gráfico 3: Peso de las cesáreas por grupo en el total de cesáreas

Los datos siguientes nos muestran indicadores propios y en cada Tabla mostraremos la tasa de cesáreas, el peso de ese indicador en la población y el porcentaje sobre el total de cesáreas.

En las Tablas V, VI y VII se muestra la evolución de los indicadores vistos en pacientes sin cesáreas (Tabla V, Gráfico 4), en pacientes con 1 cesárea anterior (Tabla VI, Gráfico 5) y en pa-

cientes con 2 o más cesáreas (Tabla VII, Gráfico 6); se observa que la frecuencia de pacientes sin cesáreas o con 1 o más cesáreas no varía con relación al tiempo. También destacamos que el porcentaje de partos vaginales con 1 cesárea anterior tiene un promedio del 53% y que el peso de las pacientes con cesáreas en el total de cesáreas no es mayor del 15%, cifra que se mantiene a través de los años.

Tabla V. Pacientes sin cesáreas previas.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Tasa	16,8	20,3	18,7	18,2	17,7	17,5	16,3	17,2	19,6	18
Peso	83,5	83,1	82,7	84,7	85,9	85,7	85,8	88,6	85,3	85
%	57	61,2	56,6	59,6	62,4	61,8	61,3	59,1	63,1	60,2

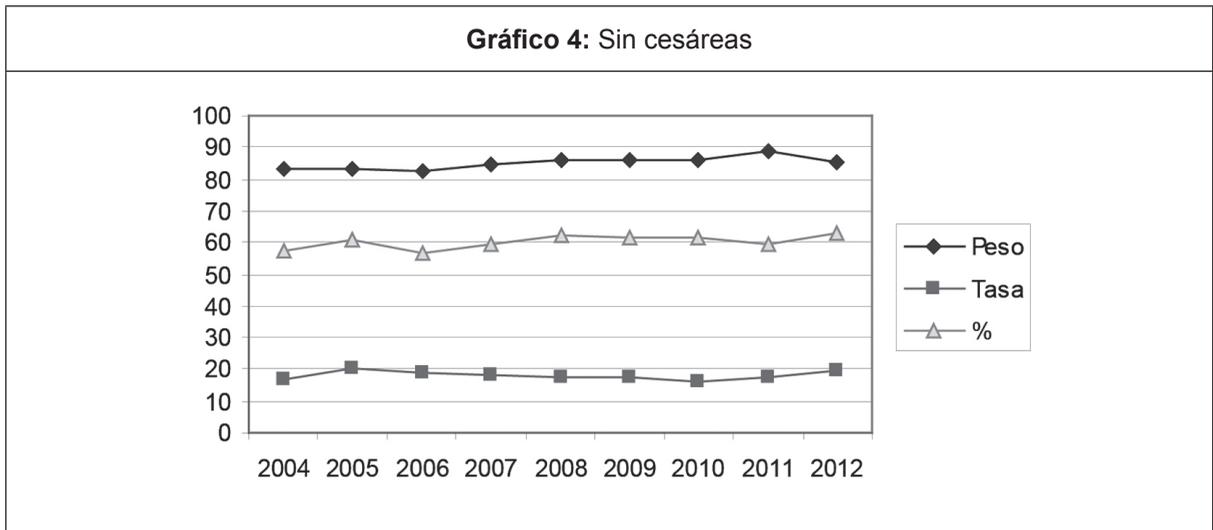


Tabla VI. Pacientes con 1 cesárea anterior.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Tasa	50,9	49,9	55,9	55,8	55	51,4	49,1	53,5	55,5	53
Peso	11,7	12	12	10,7	10,8	10,2	10,1	11,6	10,9	11,1
%	24,3	21,7	24,6	23,2	24,4	21,6	21,8	23,9	23	23,2

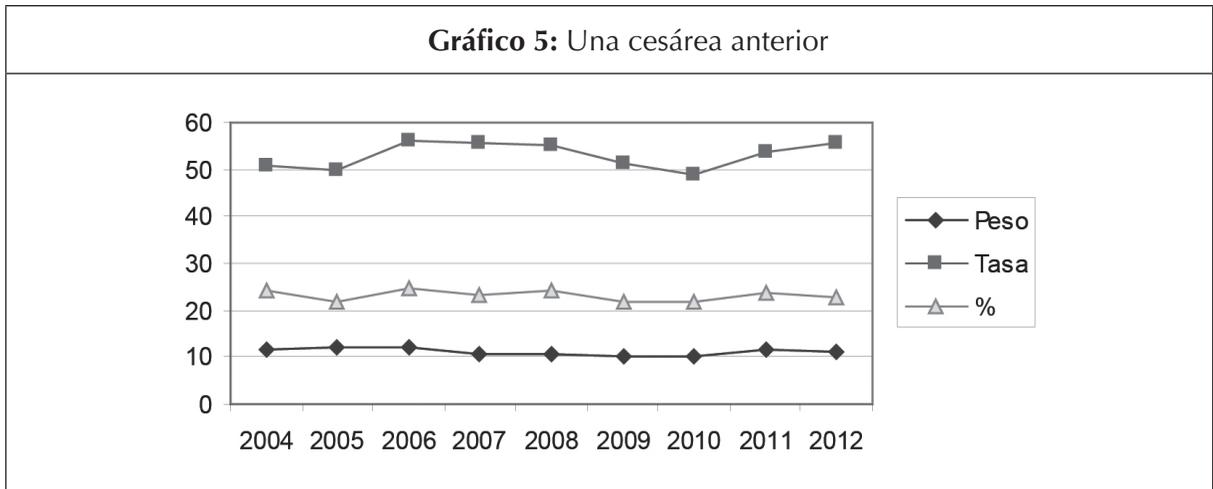
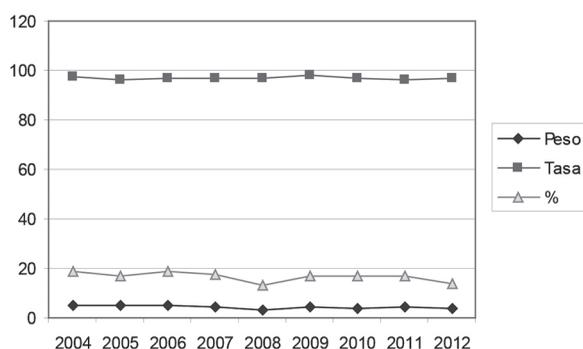


Tabla VII. Pacientes con 2 o más cesáreas anteriores.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Tasa	97,4	96,4	97,1	96,8	96,8	98,2	96,6	96,2	96,7	96,6
Peso	4,7	4,9	5,3	4,6	3,3	4,1	4	4,6	3,8	4,4
%	18,7	17,1	18,8	17,2	13,2	16,6	16,9	17	13,9	16,6

Gráfico 6: Dos o más cesáreas

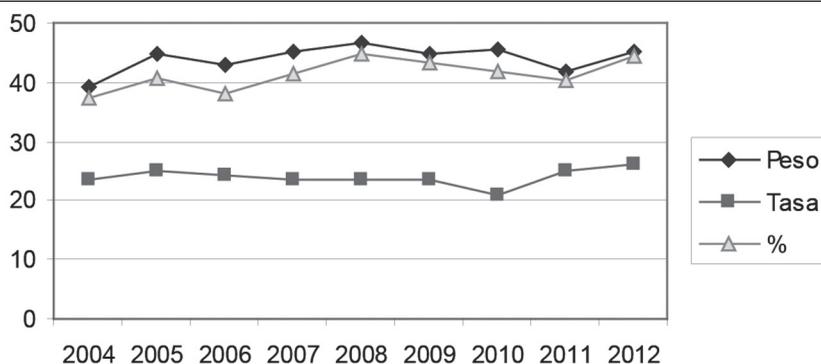
En las Tablas VIII y XIX mostramos el comportamiento de las pacientes nulíparas (Tabla VIII) y el comportamiento de los embarazos pretérmino (Tabla IX). Entre las nulíparas podemos observar un ligero aumento de la tasa de cesáreas y en su contribución en el total de

cesáreas a lo largo del tiempo, pero estabilidad en su representación en la población.

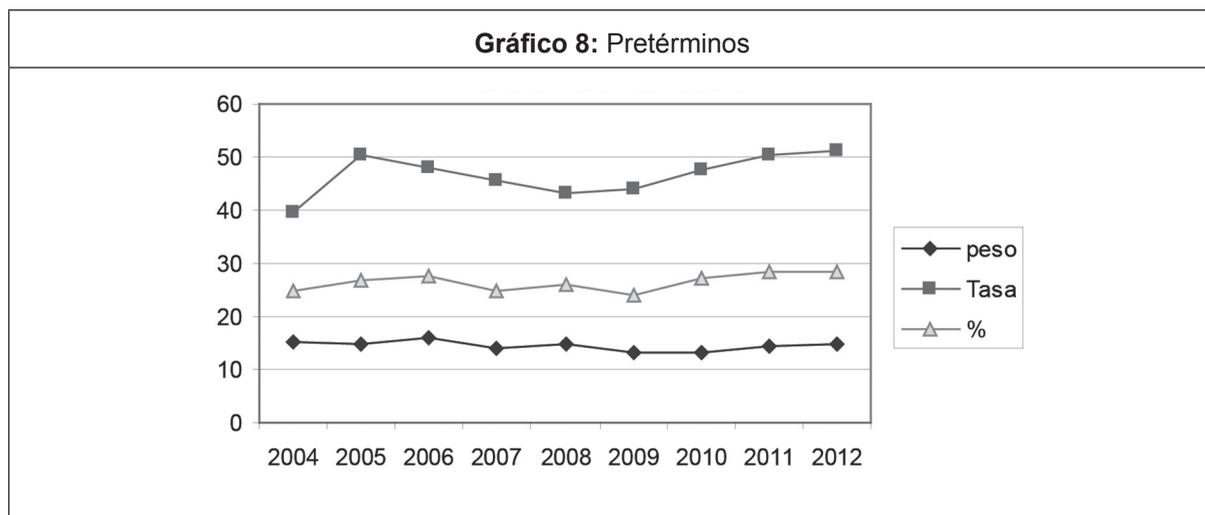
Entre los embarazos pretérmino, vemos una consolidación en la tasa de cesáreas cercana al 50% y una estabilidad en los otros indicadores.

Tabla VIII. Pacientes nulíparas.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Tasa	23,4	25	24,3	23,6	23,4	23,4	21	25	26,1	23,9
Peso	39,3	44,8	43	45,3	46,6	44,8	45,4	41,8	45,1	44
%	37,4	40,6	38,2	41,4	44,7	43,3	41,8	40,4	44,5	41,4

Gráfico 7: Nuliparas**Tabla IX. Embarazos pretérmino.**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio
Tasa	39,8	50,5	47,9	45,6	43,2	43,9	47,5	50,2	51,1	46,6
peso	15,3	14,7	15,8	14,1	14,6	13,2	13	14,5	14,7	14,4
%	24,7	26,9	27,8	24,8	25,9	23,9	27,1	28,2	28,4	26,4



DISCUSIÓN

La clasificación Robson puede utilizarse para conocer y también implementar cambios en el manejo del trabajo de parto con la finalidad de modificar la tasa de cesáreas. Debemos decir que todas las mujeres se pueden observar en la clasificación de Robson porque los grupos engloban a todas las pacientes y son mutuamente excluyentes. También se analizan indicadores propios que nos explican algunos aspectos epidemiológicos que son polémicos.

En el HMIRS alrededor del año 2000 se incrementó la frecuencia de cesáreas entre el 20% y el 30% ya que estaba en un promedio anual del 20% en la década de los 90 y pasó a niveles del 25-26%. Se tomaron algunas medidas generales e individuales y se pudo frenar el aumento progresivo que se pronosticaba en el tiempo.

Actualmente la frecuencia de cesáreas está prácticamente amesetada aproximadamente en el 25%. Si tenemos en cuenta que es una maternidad de tercer nivel con atención de embarazos de alto riesgo, la cifra es bastante adecuada.

La importancia de un análisis que abarque varios años es la de eliminar la posibilidad de fenómenos estacionales o tendencias momentáneas.

Cuando analizamos la tasa de cesáreas por grupos, debemos tener en cuenta el peso que cada uno de estos grupos tiene en la población general. Ya que si decidimos una política de disminución de cesáreas, debemos elegir aquel

grupo que tenga una representación importante en la población para que el impacto sea efectivo.

Por ejemplo, será poco útil actuar sobre el grupo 9 (presentaciones transversas y distócicas) ya que representan el 0,3% de la población (Tabla III).

Es importante señalar que la representación de los grupos en la población puede variar según la provincia, la localidad o el tipo de atención que se brinde.

El Gráfico 1 será nuestro guía en el análisis y lo haremos de arriba hacia abajo, o sea, de mayor a menor tasa de cesáreas.

Como se esperaba, en los grupos de presentaciones distócicas, transversas y pelvianas (grupos 6, 7 y 9) encontramos la frecuencia mayor de cesáreas pero su representación en la población no llega al 3% sumando los tres grupos (Tabla III). Estos grupos representan el 11% de todas las cesáreas (Tabla IV). Se deberían tomar medidas muy importantes y, por consiguiente, muy traumáticas para disminuir muy poco la tasa de cesáreas.

El siguiente análisis siguiendo el Gráfico 1 lo haremos en aquellos grupos que tienen entre el 50% y el 80% de cesáreas (grupos 2, 5 y 8).

El grupo 2 engloba a las pacientes nulíparas y cefálicas de término con inicio inducido o cesárea electiva. El indicador debería separar las cesáreas electivas del resto de las nulíparas inducidas ya que las indicaciones de cesárea electiva en embarazos de término varían de

hospital en hospital y de médico a médico. Este grupo representa el 8% de la población (Tabla III) y el 17,5% de las cesáreas (Tabla IV). Una política de buena selección para las cesáreas electivas podría ser factible ya que se trata de embarazadas de término, nulíparas y sin cesáreas previas.

El grupo de los embarazos gemelares (grupo 8) tiene el 70% de cesáreas (Tabla II) y representa el 2% de la población (Tabla III). Una buena política de no operar a todos los gemelares puede impactar algo en el tasa de cesáreas ya que los gemelares comprenden el 5,75% de todas las cesáreas (Tabla IV).

El grupo de las cesáreas previas (grupo 5) tiene una tasa mayor del 60% (Tabla II) y representa el 12% de la población (Tabla III). Vale aclarar que están incluidos solamente los embarazos de término, únicos y en presentación cefálica. Así y todo representan el 28,6% de todas las cesáreas y esta cifra sufrió una ligera disminución a lo largo del tiempo. Consideramos que es un indicador inadecuado porque no discrimina entre el antecedente de 1 o más cesáreas. Para ello analizamos las mujeres sin antecedente de cesárea en la Tabla V, que representan el 85% de la población y que se operan el 18%. Pero dichas cesáreas representan más del 60% de todas las cesáreas (Tabla V). Una política de disminución de cesáreas en pacientes sin cesáreas tendría alto impacto por lo que representa en el total de la población y en el número total de cesáreas. Este grupo de embarazadas fue similar en los 9 años, lo que desmiente la creencia de que cada vez hay más mujeres con cesáreas anteriores (Gráfico 4).

Al analizar las mujeres con 1 cesárea anterior podemos ver que representan el 11% de las pacientes y tienen una tasa del 53%, lo que representa el 23% de todas las intervenciones (Tabla VI). Estas cifras se han mantenido constantes durante los últimos 9 años (Gráfico 5).

El porcentaje de la población que tiene por lo menos 2 cesáreas es del 4,4% y representa el 16% de todas las cesáreas (Tabla VII). Disminuir la tasa de cesáreas en pacientes con antecedentes de cesárea parece dificultoso por las consideraciones legales asociadas.

El tercer análisis lo haremos con las pacientes de los grupos 4 y 10 que están en la franja del 25-50% de cesáreas. El grupo 4 lo forman las multíparas con inicio del trabajo de parto inducido o con cesárea electiva de término. Son un grupo pequeño, menos del 5% de la población (Tabla III) que representa menos del 6% de todas las cesáreas (Tabla IV). Es el único grupo que experimentó una ligera disminución de la tasa y del % total de cesáreas siendo estable su proporción en la población general a lo largo del tiempo.

El grupo 10 está constituido por embarazos de pretérmino, únicos y con presentación cefálica. Representan el 11% de la población (Tabla III) y el 18% de las cesáreas (Tabla IV). Tienen una tasa de cesáreas del 40% (Tabla II). Debido a que en la clasificación de Robson este grupo no incluye todos los embarazos pretérmino, nos pareció adecuado analizarlos por separado y lo podemos observar en la Tabla IX. Cuando los agrupamos a todos tenemos el 14,4% de cesáreas, que representan el 46,6% de la población y el 26,4% de todas las cesáreas. Es un grupo importante en todos sus indicadores y depende de la complejidad del hospital ya que la infraestructura neonatal instalada es la que va a marcar su presencia en el total. Es probable que sea el grupo que más crezca en un futuro debido al diagnóstico precoz de patologías fetales que obligan a la terminación temprana del embarazo. No es fácil disminuir la frecuencia de cesáreas en este grupo ya que muchas de ellas necesitan programarse para su mejor atención.

Finalmente llegamos a las embarazadas con menor tasa de cesáreas: grupo 1 y grupo 3.

El grupo 1 son las nulíparas en cefálica y de término que se operan en el 9% de los casos pero representan casi el 30% de la población y el 10% de todas las cesáreas. Se observó un pequeño incremento en la tasa que influyó mucho en el porcentaje total de cesáreas que también aumentó (Gráfico 3). Nos pareció más conveniente analizar a todas las nulíparas en una tabla separada (Tabla VIII) y observamos diferencias notorias. Se observó que cuando se analizan todas las nulíparas, representan el 44% de la población con una tasa de cesáreas

de casi el 24% y son el 41,4% de todas las cesáreas. También se ve un discreto aumento de estas en la población general a lo largo del tiempo, con ligeros aumentos de la tasa y en el total de cesáreas. En este grupo de embarazadas una política de disminución de cesáreas sería de alto impacto, por lo que el grupo representa en la población y en el total de cesáreas.

En cuanto al grupo 3 (multíparas de término en cefálica), representa el grupo de menor tasa de cesáreas: 2,7% (Tabla II) pero son el 29,3% de las pacientes y el 3,1% de todas las cesáreas. Son el grupo de menor riesgo y la política correcta sobre ellas sería seguir con la misma conducta.

Limitaciones del estudio

- Este es un estudio poblacional en el cual estudiamos los indicadores y presentamos los resultados acorde con los diferentes grupos. Para realizar un verdadero estudio de evaluación de la tasa de cesáreas necesitaríamos investigar acerca de sus indicaciones.
- La clasificación de Robson tiene la ventaja de que los grupos son mutuamente excluyentes y engloban a todo el universo de pacientes, pero algunos grupos deberían subdividirse para su mejor entendimiento, como se menciona en la discusión de arriba.
- Se tomaron para el estudio aquellas historias clínicas completas en el 100%, dejando de lado algunos casos en los que faltaban datos. Fue imposible recabar los datos faltantes de las historias clínicas incompletas.
- Por ser una maternidad pública, no tenemos datos acerca de lo que ocurre en las mujeres que se atienden en instituciones privadas, en donde sabemos que los indicadores son diferentes.

Ventajas del estudio

- Se trata de una larga casuística que engloba los últimos 9 años en una maternidad pública, en la cual se registró una importante cantidad de nacimientos. El haber podido analizar 11.811 cesáreas permitió obtener un buen número de casos en cada uno de

los grupos, especialmente en aquellos que tienen poca frecuencia.

- Destacamos como muy importante la comparación de los grupos de Robson con indicadores propios que nos permitieron la evaluación desde diferentes puntos de vista.
- La evaluación final se pudo realizar debido a que se efectuó en forma constante un control y supervisión del número de cesáreas en la que colaboraron todos los estamentos del hospital, tanto de guardia como de planta.
- Las características de la maternidad, que cuenta con un servicio de terapia intensiva neonatal y la ubica en un tercer nivel de atención.
- Fue importante que se haya mantenido la tasa de cesáreas en valores similares a través de los 9 años del estudio.

CONCLUSIÓN

Para realizar en el tiempo una evaluación de la tasa de cesáreas se necesita utilizar indicadores que se adapten a las necesidades del servicio que se estudia.

En este estudio incorporamos indicadores propios que nos permitieron alcanzar más información que la que dan los grupos de la clasificación de Robson.

Aconsejamos que para interpretar la tasa de cesáreas se tenga en cuenta el peso que cada uno de los grupos tiene en la población, ya que esta cifra puede variar según el hospital, según la ciudad o según la provincia que se analice. También se debe tener en cuenta la contribución que cada grupo hace al total de cesáreas, ya que este valor puede cambiar según los diferentes niveles de complejidad de la atención brindada.

Sin permitirnos arribar a conclusiones categóricas, con relación al presente estudio, remarcamos:

- Las pacientes con cesáreas previas no aumentaron a lo largo del tiempo.
- Las cesáreas en los embarazos pretérmino representan la cuarta parte del total de cesáreas y probablemente este valor siga creciendo.

- El único grupo que mostró un leve pero sostenido aumento en todos sus indicadores es el grupo de las pacientes nulíparas. Por ello debemos aplicar todos nuestros esfuerzos en controlar y evaluar a dicho grupo poblacional.
 - Es probable que los embarazos múltiples sean cada vez más frecuentes debido a la fertilización asistida y seguramente aumentará su finalización por la vía alta.
 - Debido al abandono de las maniobras obstétricas por diferentes motivos, las presentaciones anómalas (transversas y pelvianas) también se resolverán, en su mayoría, por cesárea.
 - Una buena política de parto vaginal después de una cesárea permitirá que algunas pacientes tengan la opción de evitar posteriores cesáreas.
- Finalmente proponemos que las indicaciones de cesárea electiva en pacientes nulíparas sean tomadas por varios especialistas o en reunión de expertos o en pase de sala porque creemos que es la clave para mantener la tasa de cesáreas en un valor adecuado.

REFERENCIAS

1. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D. *Operatoria Obstétrica: Una Visión Actual*. México: Editorial Médica Panamericana. 2009:224.
2. Pavón León P, Gogeochea Trejo MC. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Revista Médica de la Universidad de Veracruz* 2002 jul-dic; 2(2).
3. Robson MS. Can we reduce the cesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001; 15(1):179-194.
4. Chong C, Su LL and Biswas A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91:1422-7.
5. Vera C, Correa R, Neira J y cols. Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3):219-226.
6. William A. Engle, Kay M. Tomashek and Carol Wallman. "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk. *Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care* by guest on March 2, 2013. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-2952doi:10.1542/peds.2007-2952
7. Mazaki-Tovi S, Romero R, Kusanovic JP, Erez O, Pineles BL, Gotsch F, Mittal P, Than NG, Espinoza J, Hassan SS. Recurrent preterm birth. *Semin Perinatol* 2007 Jun; 31(3):142-58.
8. Moore LE. Recurrent risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2008 Sep; 35(3):459-71.
9. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *N Engl J Med* 1998; 339:313-20.
10. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1020-37.



El precursor americano de la colposcopia

MARCOS PELUFFO¹

En la Argentina, en 1929, a sólo cuatro años de la invención del colposcopio por Hans Hinselmann¹, el Prof. Adjunto Dr. Juan Carlos Ahumada, en sus clases del Curso Oficial de la Cátedra de Clínica Ginecológica del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires*, enseñaba a los alumnos que:

“Pasados los 35 años, toda mujer debiera ser ‘colposcopizada’ (sic), por lo menos una vez al año”².

Esta afirmación, prolijamente fundamentada en los trabajos de von Franqué, Schiller y Hinselmann, y asentada en un libro destinado a la docencia médica, convierte al Prof. Juan Carlos Ahumada (1890-1976) en el primer autor americano que propone a la colposcopia como un examen periódico onco-preventivo cérvico-uterino.

Todas las referencias bibliográficas de autores americanos sobre colposcopia conocidas hasta hoy son posteriores. Por lo tanto, su autor debe ser considerado el precursor de la colposcopia en América.

*El Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, fundado en 1877, posee una historia singular que es, de algún modo, la de la medicina argentina. Fue el único hospital en América que tenía servicio público de asistencia en 10 salas de 6 especialidades: Clínica General, Cirugía General, Clínica Pediátrica, Clínica Ginecológica, Clínica Oftalmológica y Enfermedades Venéreo-Sifilíticas³⁹. En él estudiaron o trabajaron tres de los cinco argentinos galardonados con el premio Nobel: Bernardo Houssay, Federico Leloir y César Milstein, y grandes maestros de la medicina nacional. Allí se introdujeron en el país la mayoría de los progresos científicos y tecnológicos de la medicina hasta la década de 1980, lo que convirtió a ese Hospital, durante el siglo XX, en el más trascendente centro médico académico del país^{3-5,42}. Allí se realizó la primera inyección de insulina, el primer cateterismo cardíaco, las primeras operaciones a corazón abierto, el primer trasplante renal, las primeras punciones para biopsia renal, el primer reemplazo en el mundo de una válvula cardíaca y la primera filmación de una cirugía en la historia de la medicina. Esta última primicia fue lograda por el Dr. Alejandro Posadas en 1898, tres años después de que los hermanos Lumière efectuaran la primera exhibición cinematográfica^{5,42}. También fue el primer hospital del país que implantó la residencia médica y que creó el Comité de Ética. Esta evolución histórica ha sido registrada rigurosamente e ilustrada en forma magnífica en el libro *Historia del Hospital de Clínicas*, por Federico PÉrgola y Florentino Sanguinetti⁵. Como se destaca en este trabajo, también fue el primer hospital que utilizó el colposcopio en el país y, probablemente, en América.

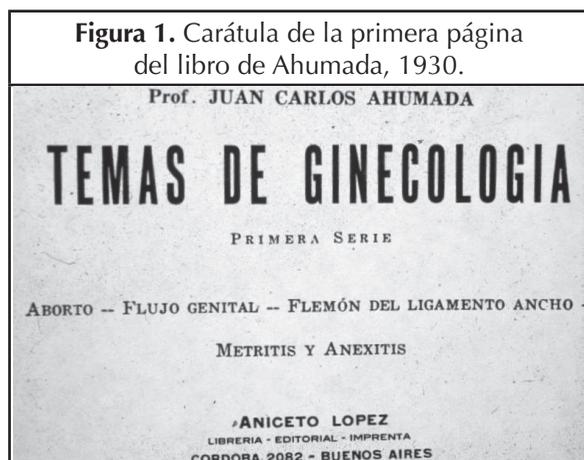
¹ Médico patólogo consultor, Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires. Miembro Fundador y ex Presidente, Sociedad Argentina de Citología. Miembro Fundador y ex Presidente, Sociedad Argentina de Patología del TGI y Colposcopia. *Fellow*, Academia Internacional de Citología.

“Precursor”, según el Diccionario Académico, significa ‘El que precede o va adelante’ (1ª acep.), o ‘El que profesa o enseña doctrinas o acomete empresas que no tendrán razón ni hallarán acogida sino en tiempo venidero’ (2ª acep.). Y el más conocido diccionario de uso del español aplica el término a ‘Lo que anuncia o inicia algo que tiene su completo desarrollo posteriormente’⁷.

La opinión precursora de Ahumada –con su fundamentación– figura en un ignorado libro de su autoría titulado **Temas de ginecología**, editado en Buenos Aires en 1930 por la librería-editorial-imprenta Aniceto López, en esa época la segunda editorial médica local en importancia⁴.

Dos ejemplares del libro que aloja la perla bibliográfica mencionada se encontraban en la biblioteca de la Sociedad Argentina de Citología (SAC). Ambos ejemplares están firmados por el autor debajo de la inscripción “Hecho el depósito que marca la ley” y habían pertenecido al Dr. Guillermo Terzano (1908-1987), el primer Presidente de la SAC, que firma uno de los ejemplares.*

El libro de Ahumada está dedicado al cuarto Prof. Titular de la Cátedra, el Dr. Julio Iribarne



(1882-1933). El tomo de 211 páginas tiene 9 capítulos –denominados “LECCIONES”– y 86 ilustraciones. De éstas, 40 son microfotografías, 28 son macrofotografías, 10 son dibujos en blanco y negro, y 8 son láminas en color a página entera de cartulina. Estas últimas están firmadas por R. A. Rey, el dibujante de la Cátedra y fechadas en el lapso 1928-1930.

Es importante destacar que, en el ángulo superior derecho de las 8 ilustraciones en color, figura impreso: “Prof. J.C. Ahumada LECCIONES DE GINECOLOGÍA”.

En la primera página y a modo de Introducción, el autor escribe:

“Estas LECCIONES DE GINECOLOGÍA que damos a la publicidad, constituyen el resumen de las clases dictadas en el curso oficial durante el segundo semestre de año 1929, por delegación expresa del Profesor titular de Ginecología Dr. Julio Iribarne. Su publicación responde al deseo de presentar, al estudiante de Medicina y al médico práctico, el estado actual de algunas cuestiones ginecológicas de interés general, concepto de conjunto que sólo es posible adquirir después de numerosas lecturas y de una larga experiencia, y que no se encuentra fácilmente en los libros de uso corriente.

“En la preparación de la documentación gráfica han colaborado activamente el Doctor Rodolfo Sammartino, jefe del laboratorio de la Cátedra de Clínica Ginecológica y el dibujante de la misma, Señor R. A. Rey, a quienes quedamos muy agradecidos. También deseamos hacer llegar nuestro agradecimiento al editor, Señor A. López, por el interés demostrado en la impresión de estos apuntes”.

Mayo de 1930

J. C. Ahumada

* El Dr. Guillermo Terzano (1908-1987) se formó en la escuela ginecológica del Prof. Guillermo di Paola y en la Cátedra de Fisiología del Prof. Bernardo A. Houssay (1887-1971), uno de los cinco argentinos que recibieron el Premio Nobel. Terzano fue el discípulo extranjero predilecto de Papanicolaou y lo acompañó, como Director Asociado, en el *Cancer Research Institute of Miami*. Terzano fue miembro fundador de la Academia Internacional de Citología, fundador y primer presidente de la Sociedad Argentina de Citología, autor del primer texto argentino sobre Colpocitología del Cáncer y el maestro indiscutido de las primeras generaciones de citólogos argentinos^{20,44}.

Las nueve "LECCIONES" (o capítulos) del libro son:

1. Aborto incompleto; 2. Aborto; 3. El flujo genital; 4. Introducción al estudio de las metritis; 5. Endometritis; 6. Miometritis; 7. Flemones y abscesos del ligamento. Parametritis aguda. Celulitis pelviana; 8. Anexitis gonocócica; y 9. Anexitis ovárica.

La Lección 4 abarca 5 subtítulos: a) la metritis cervical; b) la endocervicitis gonocócica; c) la endocervicitis séptica; d) la endocervicitis tuberculosa y e) cervicitis y cáncer. Este último subtítulo finaliza con el párrafo siguiente, donde figura la afirmación precursora mencionada:

"Los trabajos de von Franqué, Schiller y Hinselmann, al permitirnos diagnosticar los primeros estadios del cáncer de cuello antes de la infiltración, lo que algunos autores consideran como un precáncer (leucoplasia) y, al permitirnos también vislumbrar la importancia de las ectopias del endocervix en su patogenia, nos han abierto un amplio horizonte en lo que a la profilaxis y al tratamiento precoz del cáncer de cuello se refiere; un rayo de esperanza. Pasados los 35 años, toda mujer debiera ser 'colposcopizada' (sic) por lo menos una vez al año".

"Como Uds. pueden ver, el estudio de las relaciones de ciertas lesiones benignas del cuello con el cáncer ha entrado en una nueva vía; este estudio se basa actualmente sobre hechos concretos y no sobre divagaciones más o menos elegantes o ingeniosas".

La precursora opinión de Ahumada sobre la colposcopia –y su original neologismo "colposcopizada"– no deben sorprender. Se explican por las circunstancias de su formación profesional. Era un ginecólogo de nivel académico que integraba, en calidad de Prof. Adjunto, la única Cátedra de Clínica Ginecológica de la Universidad de Buenos Aires creada en 1883.

En esa Cátedra, su tercer titular, el Prof. José F. Molinari (1866-1927), había designado a Ahumada Jefe Honorario del Laboratorio de Anatomía Patológica de la misma Cátedra, creado en 1919, diez años antes de la aparición del libro que motiva este trabajo.*

Luego, Ahumada se perfeccionó en Berlín y Viena en pleno apogeo cultural-científico germano. Allí conoció y recibió las enseñanzas de los fundadores de la histopatología ginecológica y de la colposcopia: Carl Ruge, Robert Meyer, Walther Schauenstein, Robert Schroeder, Hans Hinselmann y Walter Schiller, entre otros.

En el mundo del Fin-de-siglo (1880-1910)⁸ –y hasta mediados del siglo XX– la influencia científica germana en Medicina fue revolucionaria y predominante, especialmente en ginecología y cirugía²³. Precedió a la actual influencia anglo-estadounidense y superó la tradición francesa anterior²⁴ (ver 2ª Nota al Pie, pág. 33).

En la Argentina, de profunda y arraigada tradición cultural francófila, el impacto germano no estuvo exento de tensiones, como las que se descubren en el libro que motiva este trabajo.

Ahumada, recién llegado de Alemania y Austria, irrumpe en Buenos Aires de 1930 con este libro (su opera prima), basado casi exclusivamente en los conceptos de las nuevas escuelas germanas. De los 145 autores que se mencionan en el texto 127, el 88% son germanos. Un impacto demasiado novedoso para el ambiente científico local de arraigada tradición francófila, periférico y en formación, lo que explica algunas incoherencias sorprendentes en su libro.

En primer lugar, hay tres datos en la edición que indican claramente que el título original del libro era "LECCIONES de GINECOLOGÍA":

1. Así lo presenta el autor, en letras mayúsculas, en las primeras palabras de la Introducción,
2. En vez de Capítulo se utiliza en todos la palabra "LECCIÓN".

* La Cátedra de Clínica Ginecológica se crea en la Argentina en 1883, simultáneamente en las Universidades de Buenos Aires y de Córdoba, para separar la asignatura de la imprecisa "Cátedra de Partos y Enfermedades de la Mujer y de los Niños"⁴. En el mencionado Laboratorio de Patología de dicha Cátedra se organizó después, bajo la dirección del Prof. de Patología Rodolfo Sammartino, uno de los mejores museos gineco-patológicos del mundo con 2100 piezas operatorias seleccionadas, 5000 placas fotográficas y 48.000 preparados histológicos, sobre 36.270 casos estudiados hasta el año 1964⁴.

3. En el ángulo superior derecho de las 8 ilustraciones en color firmadas por el dibujante de la Cátedra, figura impreso: "Prof. J. C. Ahumada LECCIONES DE GINECOLOGÍA", como ya se ha destacado.

O sea que el autor imprimió el libro con el título "LECCIONES de GINECOLOGÍA" pero, a último momento, tuvo que cambiarlo (en la tapa) por "TEMAS de GINECOLOGÍA", un título vago e impreciso de menor nivel y categoría que el original. Con un agravante: si bien la palabra TEMA significa 'cosa, asunto o materia', posee, además, varias acepciones muy negativas o despectivas, como: 'Actitud arbitraria y no razonada en que alguien se obstina contra algo o alguien'; 'Obstinarse en una cosa u oponerse caprichosamente a una persona'; 'Cosa que alguien repite una y otra vez'; 'Idea fija que suelen tener los dementes' = 'Manía'¹⁷.

Es obvio que el cambio de título no fue idea del autor. Lo demuestra el mismo autor, que hizo el cambio sólo en la tapa, pero dejando prolijamente asentado en el texto y en todas las láminas "su" título original, como se ha detallado.

Ahumada, a juzgar por su obra escrita posteriormente, era un perfeccionista y todas las evidencias del título original que dejó asentadas en el texto y en las láminas de su libro eran fácilmente corregibles. De ahí que semejante omisión revela que, a último momento y a desgano, accedió, pero parcialmente, a un cambio con el que no estaba de acuerdo.

¿Quién pudo haberlo obligado a esa concepción? Una sola persona estaba en condiciones de hacerlo. Su superior jerárquico, el Prof. titular Dr. Julio Iribarne, a quien el libro está dedicado.

Iribarne había sido dos veces Consejero Académico de la Facultad de Medicina, dos veces Decano de la misma Facultad, Vicerrector de la Universidad, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires y editor de la Revista Médica Latino-Americana⁴. Su personalidad múltiple desbordó ampliamente

los límites de la Cátedra y de la Universidad^{22,27}. Se lo llamaba "el Decano de las reformas universitarias", ya que en política universitaria era un ferviente reformista⁵¹, en un momento de transición en el cual esa histórica renovación, desencadenada en la universidad de Córdoba, era resistida en Buenos Aires por las facultades de Medicina, Derecho y Ciencias Exactas⁴³. El Prof. titular era un personaje multifacético con quien no era conveniente disentir, teniendo en cuenta los rígidos códigos autoritarios de la época.

Científicamente, el Prof. Iribarne era un maestro renovador por quien Ahumada y los docentes de la Cátedra profesaban una profunda admiración y reconocimiento. Así surge del Libro de Oro In Memoriam de Iribarne, el homenaje póstumo que rindieron al maestro²² y de la emocionada semblanza que le dedica Ahumada en su Conferencia inaugural como Titular de la Cátedra²⁷.

Como se ha señalado, el libro de Ahumada exponía el avance revolucionario de inspiración germánica en Ginecología, en abierta ruptura con el orden anterior, lo que se detalla más adelante.

Iribarne no podía desconocer la tendencia revolucionaria e iconoclasta de su adjunto y seguramente la consentía, ya que éste la impartía en sus clases del Curso Oficial de la Cátedra "expresamente autorizado por el Titular", como reza la Introducción del libro que el autor le dedica.

Ahora bien, una cosa es autorizar clases revolucionarias orales y otra es ratificarlas por escrito en el prólogo de un texto ajeno y exponerse a la previsible reacción adversa de sus pares tradicionalistas. Nótese que Iribarne se abstiene de prologar el libro, a pesar de la dedicatoria y de la admiración del autor, y de la estrecha vinculación profesional y académica entre ambos catedráticos.*

Esta sugestiva omisión y el poco disimulado cambio de título permiten varias especulaciones.

*De los 56 trabajos científicos encabezados por Iribarne que figuran en el Libro de Oro In Memoriam, en 21 de ellos Ahumada figura como el segundo autor²².

Al Prof. titular Iribarne el título original le habrá parecido presuntuoso, viniendo de un subordinado que, además, se atrevía a exponer –e imponer como “LECCIONES”– en su libro las últimas novedades germanas que estaban revolucionando la Ginecología y sepultando la tradición francesa anterior. Tradición en la cual el Prof. titular, sus coetáneos y sus antecesores se habían formado.*

Si bien Iribarne era un reformista en política universitaria y un renovador científico, no era un revolucionario.

En la disyuntiva, Iribarne opta, diplomáticamente, por no prologar el libro –una llamativa omisión– y por obligar al autor a cambiar en el título original la palabra LECCIONES por TEMAS.

Las notorias diferencias conceptuales (y generacionales) expuestas en el libro expresan una inocultable ruptura con el *statu quo* ginecológico universitario de la época y algunos ejemplos merecen ser reproducidos textualmente.

En la pág. 112, donde se describe la transformación mensual del endometrio, el autor afirma:

“Si nuestra ignorancia en materia de histofisiología genital fuera tan grande como la de los ginecólogos de la generación pasada, podríamos suponer nosotros, como ellos supusieron, que el cuadro del endometrio postmenstrual, con el predominio del estroma sobre las glándulas corresponde a una endometritis intersticial y que el cuadro del período pregravídico, con sus glándulas dilatadas, onduladas y adyacentes entre sí, corresponde a una endometritis glandular. Felizmente, para nosotros y para nuestras enfermas, hoy sabemos que estos cuadros histológicos son normales”.

(La cursiva es del autor de este trabajo).

En la pág. 57, en la “Introducción al estudio de las Metritis”, se afirma:

“Durante mucho tiempo las inflamaciones uterinas han constituido un capítulo confuso e indefinido de la Ginecología, una verdadera nebulosa. Esta confusión, explicable en épocas anteriores, cuando los cuadros nosológicos se basaban principalmente en la observación clínica de las enfermas, en estudios anatómicos insuficientes y mal orientados, y con nociones fisiológicas absolutamente erróneas, ha perdurado sin embargo en el mundo médico, a pesar de los enormes progresos de estos últimos 20 años. En esta conferencia trataremos de poner las cosas en orden.

“Los errores del pasado se han debido: 1º a una interpretación clínica errónea; 2º a estudios anatómicos insuficientes y mal orientados y 3º a ignorancia fisiológica; en realidad todos ellos pueden referirse a la última causa”.

(La cursiva es del autor de este trabajo).

En la pág. 59, donde se explica la “indisoluble” unidad funcional del ovario y endometrio y su renovación periódica, dice:

“Todo esto, que ignoraban los ginecólogos de la vieja generación, explica sus grandes errores y tan es así, que bien puede decirse que el progreso ginecológico moderno arranca con los trabajos de Born y Fraenkel sobre el cuerpo amarillo del ovario y de Hitschmann y Adler sobre el ciclo mensual de la mucosa uterina”.

(La cursiva, es del autor de este trabajo).

* La medicina Argentina hasta la primera década del siglo pasado se basaba en fuentes casi exclusivamente francesas. La Ginecología no era una excepción. A tal punto, que la primera Revista argentina de la especialidad estaba escrita en francés, con los resúmenes de revistas y noticias en español. Apareció en el año 1906 y se titulaba “*Revue de la Clinique Obstétricale et Gynécologie*”. Estaba dirigida por Eliseo Cantón, el primer Profesor de la Cátedra de Clínica Obstétrica creada en 1901 por la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Sus redactores fueron Bazterrica, Güemes, Zárate, Revilla, Molinari (el Prof. Titular de Ginecología anterior a Iribarne) y Widacowich. Como publicación bimestral sale durante 8 años, hasta 1913⁴.

Estas críticas impiadosas habrán caído como una bomba en el selecto y plácido claustro de profesores de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina, netamente francófilo, donde se destacaba el Prof. Iribarne junto con Enrique Zárate, Josué Berutti, Nicanor Palacios Costa, Juan Gabastou, Juan Llamas Massini y Alberto Peralta Ramos, entre otros.*

“La ignorancia y los errores de los ginecólogos de la vieja generación pasada”, como se refiere el autor a sus antecesores, habrán recibido con sorpresa no exenta de estupor el tono de descalificación absoluta de esas opiniones. Es comprensible que la obra no fuera bien recibida por los influyentes ginecólogos aludidos en esos términos, ni por el Prof. Titular.

Por eso no es extraño que el primer libro de Ahumada –con su opinión precursora sobre la colposcopia– permaneciera ignorado por más de 80 años. De no haber sido por el hallazgo casual en una pequeña biblioteca societaria de los dos únicos ejemplares conocidos que motivan este trabajo, el contenido de la obra prima de Ahumada hubiera permanecido ignorado.

El libro no aparece citado en ninguna publicación ginecológica o colposcópica, a pesar de haber sido editado por una de las editoriales médicas locales más importantes de la época⁴ y a pesar de aparecer citado entre las obras del autor en la sexta edición (1955) del libro *Quien es quien en la Argentina*⁴⁷.

El llamativo y enigmático eclipse del libro podría explicarse, además, por otras razones:

- 1) En la Introducción, el libro es presentado de entrada como “el resumen de las clases dictadas a los estudiantes de Medicina en el curso oficial de Ginecología”. O sea, como un manual para alumnos, lo que se refuerza en el agradecimiento al editor “por su interés en la impresión de estos apuntes” (sic).

Una presentación de modestia exagerada para un texto de nivel académico con 145 autores citados e ilustrado lujosamente con láminas en color firmadas por un dibujante profesional, como se ha detallado. Sin embargo, al finalizar la Introducción, el autor contradice su modestia inicial al afirmar que el conocimiento de las cuestiones ginecológicas tratadas en el libro “sólo es posible adquirirlo después de numerosas lecturas y de una larga experiencia, lo que no se encuentra fácilmente en los libros de uso corriente” (sic).

O sea que la presentación del libro es contradictoria y no lo favorece: a un lector desprevenido (médico o alumno) no le queda claro si se trata de unos modestos apuntes o de un singular texto erudito.

- 2) Se agrega un detalle no menos importante ni menos enigmático que tampoco favorece la difusión del libro. En la carátula de la 1ª página, debajo del título y antes de la enumeración de las Lecciones (o capítulos), dice: “Primera Serie” (Figura 1). O sea, que el libro aparece caratulado como el primer volumen de una serie que se completaría en futuras entregas temáticas. Si esa fue la intención del autor, no lo aclara en la Introducción, donde tampoco especifica los temas de las futuras series (que no se concretaron).
- 3) La previsible reacción adversa de los (des) calificados en el libro como “los ignorantes y errados ginecólogos de la vieja generación pasada” (pero de gran influencia en la Facultad de Medicina) puede haber inducido al autor a limitar la edición del libro a unos pocos ejemplares y a cambiar drásticamente su proyecto inicial de texto docente, como se analiza a continuación.

* Los primeros profesores de Ginecología, como Bazterrica y Molinari, eran también eximios obstetras (o “parteros” como se los llamaba). Es a partir de Iribarne, es decir, en 1927, que los profesores titulares dedicaron íntegramente su actividad profesional a la Ginecología⁴.

- 4) También es muy probable que Ahumada, en su primer libro –de nivel académico, controversial y nada desdeñable–, haya caído en la trampa que acecha a los debutantes: la tentación de demostrar todo lo que se sabe en la primera obra. También es lícito suponer, en su caso personal, que esa tentación estuviera potenciada por la sensación de superioridad que le otorgaba su perfeccionamiento científico germano, el más adelantado de la época.
- 5) Lo expuesto indica que Ahumada lanzó sus Lecciones de Ginecología (con el título corregido a TEMAS sólo en la tapa) como su primer ensayo de texto docente. Pero, en plena impresión de la obra, probablemente afectado por las contrariedades y/o presiones surgidas, se desentendió de su obra prima, abandonó rápidamente ese proyecto inicial* y se dedicó al que sería, en definitiva, su libro de texto más conocido, el *Tratado Elemental de Ginecología*¹⁹.

Éste *tratado elemental* aparece en mayo de 1932, a sólo dos años del primer libro, con el mismo editor y el mismo dibujante. Las Introducciones son tan semejantes, que el *Tratado Elemental* es presentado por el autor con la misma modestia exagerada del anterior. Lo presenta como un “Pequeño Tratado preparado como apuntes” (*sic*), cuando se trata de una obra en dos tomos de 500 páginas cada uno y con 250 ilustraciones. Sobre la colposcopia afirma que “si bien requiere entrenamiento, sus perspectivas son tales que ella debe ingresar en la práctica diaria del especialista” (pág. 108).

En el *Tratado Elemental* ya no hay críticas generacionales ni polémicas apasionadas. Es un texto didáctico equilibrado y de tono mesurado que fue recibido con aprobación por el cuerpo docente y el beneplácito de los alumnos. Así lo demuestran sus cinco ediciones consecutivas en el lapso 1932-1970.**

El 17 de diciembre de 1933, el Prof. Iribarne fallece en un accidente de tránsito a los 51 años y, en 1934, Ahumada lo sucede como titular de la Cátedra***, a la que orienta con brillo, autoridad y eficacia durante 22 años⁴.

La obra escrita más importante de Ahumada y sus colaboradores en la Cátedra fue la publicación, en 1953, de *El Cáncer Ginecológico*⁶, el más completo tratado de la época sobre el tema, que mereció el Premio Nacional de Ciencias. La obra se basa en 2188 casos estudiados en forma sistemática y controlados histológicamente sin excepción. Abarca tres tomos con un total de 1673 páginas, 634 ilustraciones, 302 tablas y 9693 referencias bibliográficas, un alarde de erudición, de fuentes germanas predominantes. En el capítulo sobre carcinomas del cuello, la colposcopia ocupa un lugar destacado, Hinselmann figura con 23 citas bibliográficas y, en el tema Profilaxis, se repite casi textualmente, la afirmación precursora de 1930: “Las mujeres por encima de los 35 años deberán ser sometidas a un examen ginecológico cada 6 meses, en el cual se realizará un estudio colposcópico sistemático del cuello del útero” (pág. 320).

Retomando el tema del primer libro de Ahumada con su precursora anticipación col-

*La lectura atenta del libro descubre al menos 8 errores ortográficos y una transposición de párrafos en las págs. 19 y 20 que los hacen ininteligibles. O sea, que el autor se desinteresó de esta obra antes de su aparición, ya que no corrigió el texto. Ni siquiera la citó en su obra cumbre posterior, *El Cáncer Ginecológico*, que tiene un tomo separado para la bibliografía con 9693 citas de autores, como se detalla más adelante. Este desinterés inexplicable, sumado al llamativo desconocimiento del libro (ver pág. 33), sugiere otra hipótesis: que el autor, *motu proprio* –o presionado, como en el cambio del título–, lo hubiera retirado de circulación al poco tiempo de su aparición.

**La primera edición del *Tratado Elemental de Ginecología* de Ahumada está dedicada “A la memoria del Prof. Dr. Julio Iribarne. Homenaje del autor”, como un homenaje póstumo. Pero la Introducción del autor está fechada en el mes de mayo de 1932, un año y medio antes del fallecimiento de Iribarne en diciembre de 1933, un enigmático error de fecha no corregido, probablemente por una gran demora en la impresión del tratado.

***En 1935, en su Conferencia Inaugural como Titular de la Cátedra de Clínica Ginecológica, Ahumada reseña los últimos descubrimientos que han revolucionado la Ginecología y menciona especialmente a Schiller y a Hinselmann “que llegan hasta lo que ahora había parecido una utopía: al diagnóstico de un carcinoma antes de que las células epiteliales perforen la membrana basal, es decir, en pleno período pre-infiltrativo, antes de la invasión de los linfáticos, cuando todo permite afirmar que el cáncer es curable en la totalidad de los casos”²⁷.

poscópica, los motivos por los cuales esa obra fue ignorada en la bibliografía hasta el día de hoy seguirán siendo conjeturales, por los 85 años transcurridos y por la desaparición de sus protagonistas.

Pero su demorada reaparición obliga a reescribir la historia de la colposcopia en América.

Según la conocida "historia oficial" (estadounidense) aceptada hasta hoy (Torres JE, Riopelle MA. *History of Colposcopy in the United States. Chronology of Colposcopy Development Worldwide*)^{16,54}, los primeros autores americanos que mencionan la colposcopia fueron los estadounidenses Emil Ries¹¹ y Fred Emmert¹⁰, en sus artículos de abril y junio de 1931 que se resumen a continuación. Ries figuraba, además, como el primer americano en proponer la colposcopia como método de rutina para los exámenes periódicos en salud, por las consideraciones conceptuales de su artículo.

Emil Ries presenta su trabajo en la Sociedad Ginecológica de Chicago, el 17 de abril de 1931. En 7 págs. con 6 subtítulos (Erosion, Leucoplakia (*sic*), Capa superficial carcinomatosa, Usos adicionales del Colposcopio y Uso general del Colposcopio), se enfocan detalladamente los nuevos conceptos colposcópicos de leucoplasia, erosión, pseudoerosión y zona de transformación, y se destaca la capacidad de la colposcopia para detectar los carcinomas iniciales asintomáticos e invisibles a simple vista, los que sistemáticamente son ignorados en el examen especular. Hay una sola ilustración fotográfica de un colposcopio modelo Leitz. Las 6 referencias son de Pronai, Schauenstein, von Franqué, Lahm, Frankl y Kermauner-Schottlaender. El párrafo final dice: "El examen colposcópico debe formar parte de todo examen periódico en salud, de todo examen para seguro de vida y debería ser tan familiar y rutinario como un análisis de orina y un examen sanguíneo"¹¹.

Fred Emmert, del Depto. de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de St. Louis, presenta su comunicación en la 82ª Sesión Anual de la *American Medical*

Association en Philadelphia, el 10 de junio de 1931. En 3 páginas describe el colposcopio y las fases de la leucoplasia, con motivo de un caso de leucoplasia cervical (hiperqueratósica) descubierta por colposcopia en una mujer que consultó por flujo amarillento. La biopsia fue informada como "carcinoma escamoso incipiente (grado 1)" y se ilustra con 2 microfotografías de aumento mínimo y poca nitidez, que podrían corresponder, actualmente, a un estadio Ia1. Se citan sólo dos autores: Nelson y Hinselmann, y en la discusión intervienen cuatro colegas¹⁰.

Estas anticipaciones estadounidenses no deben sorprender. Los trabajos germanos originales más importantes sobre la flamante colposcopia se traducían al inglés y se publicaban en las revistas estadounidenses de mayor difusión de la época²⁰. Tan es así que, en la década de 1930, existían en EE.UU. al menos dos modelos de colposcopio de fabricación nacional que competían con los modelos alemanes de las renombradas marcas Leitz-Wetzlar y Zeiss-Jena^{20,34,45,54}.

Posteriormente, por razones complejas de diversa índole²⁰, el método no prospera en EE.UU. (ni en los países de habla inglesa, excepto Australia¹⁷) y hay que esperar hasta 1955, cuando es retomado en EE.UU. por Scheffery, Bolten y Lang¹⁴⁻¹⁶.

Pero el descubrimiento del libro *TEMAS de GINECOLOGÍA* de Ahumada publicado en 1930, como ya se ha dicho, obliga a reescribir la historia de la colposcopia en América, ya que modifica el orden cronológico de las primeras publicaciones colposcópicas, asentado en el Apéndice 1 del conocido trabajo de Torres y cols.*

Dicho Apéndice se titula *Chronology of Early Developments*, ya que pretende establecer el orden cronológico del desarrollo inicial de la colposcopia. Pero incurre (al menos) en tres serios errores*. Incluye inmerecidamente a dos autores estadounidenses: Samuel Levy (1929) y H. A. Sacks (1934). Inmerecidamente, porque Levy utilizó "*A new practical Vaginoscope for use in children and virgins*"⁵², como reza el título

* Sin contar la omisión de Ahumada, ya que su texto precursor se desconocía hasta en su propio país.

de su trabajo y Sacks propone “la visualización cervical con un microscopio clínico ordinario y utiliza su condensador de Abbe como lente telescópica”⁵³. Ambas inclusiones son “injertos”, forzados por la necesidad localista de multiplicar el número de autores estadounidenses en los comienzos de la colposcopia. Y son inválidos por la sencilla razón de que ninguno de los dos autores utilizó el colposcopio. Además de inválidas, ambas citas contienen errores: Levy aparece citado con el título de su trabajo equivocado como “*Pediatric Vaginoscopy*” y la cita de Sacks equivoca el Nº de página¹⁶.

El nuevo orden es el siguiente:

1. Mayo de 1930: Buenos Aires, el libro de Ahumada² con la precursora opinión colposcópica que motiva este trabajo.
2. Abril de 1931: Chicago, el artículo de Emil Ries¹¹.
3. Junio de 1931: Philadelphia, el artículo de Fred Emmert¹⁰.
4. Agosto de 1931: Buenos Aires, las Notas y Comentarios de Juan C. De la Vega sobre la presentación colposcópica de Ahumada en el 1er. Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología^{25,31}.
5. 1933: Buenos Aires, el artículo de Otto Jürgens⁹.
6. 1934: Buenos Aires, el artículo de Roberto Gandolfo Herrera²⁶.
7. Marzo de 1935: Rio, Brasil, el libro de Arnaldo De Moraes⁵⁰.
8. Julio de 1935: Buenos Aires, la comunicación de Alfredo Jakob sobre La Colposcopia en la Profilaxis contra el Cáncer³⁵.

En Sudamérica la colposcopia se difundió y popularizó antes que en los EE.UU. y mucho

antes que en Europa^{13, 23}. La Argentina y Brasil fueron los países que se adelantaron en su precoz adhesión a la colposcopia.*

Las referencias colposcópicas más tempranas son las argentinas de Ahumada, en su libro de 1930² aquí analizado y su presentación de la colposcopia de Hinselmann en el 1er. Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología de 1931³¹.

Las “Notas y Comentarios” de ese Congreso fueron publicadas por el Dr. Juan Carlos de la Vega, Adscripto a la Cátedra de Ginecología de Buenos Aires, en la Revista Médica de Rosario²⁵. La presentación destaca la visita de los congresistas a la Cátedra de Ginecología del Prof. Iribarne y, sobre el tema Cáncer Uterino referido a la Colposcopia comenta lo siguiente: “El problema del cáncer uterino fue naturalmente objeto de la mayor atención. El Prof. Ahumada puso de relieve los esfuerzos que se hacen en todas partes, particularmente en Alemania, para hacer el diagnóstico precocísimo (*sic*) del cáncer y se refirió a los trabajos de Hinselmann que procuran la comprobación de la enfermedad en su primera etapa, vale decir, en el período leucoplásico. Aquel autor alemán afirma que en la zona de paz del epitelio (según la traducción de Ahumada) pueden visualizarse las placas leucoplásicas, cuya esencia neoplásica corrobora el laboratorio. Visualización que no puede hacerse directamente, sino por intermedio de un sistema de cristales que permite un aumento de hasta 300 diámetros de la imagen del cuello. Con estos principios se ha construido un aparato que lleva el nombre de Colposcopio binocular de Hinselmann”. Continúa con la descripción

* Las razones de la precoz difusión médica de la colposcopia en Argentina y Brasil están analizadas en profundidad por la Lic. Yolanda Eraso, que aplica un enfoque histórico-sociológico transnacional detallado en la pág. 12. Pero las razones de la difusión popular de la colposcopia, particularmente en el cono Sur americano (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y Rio Grande do Sul), son extramédicas y se originan en los ámbitos mediáticos de la política y del espectáculo. La difusión popular regional de la colposcopia (y también del Papanicolaou) siempre intrigó a los visitantes extranjeros, sorprendidos porque las mujeres locales conocían y exigían a su ginecóloga/o la colposcopia o “el Pap y la Colpo”. Es que en el lapso 1952-1980, dicha área estaba estrechamente relacionada, a través de la prensa, la radio y el cine, con la ciudad de Buenos Aires. Y en dicho lapso sucedieron en esta ciudad tres hechos de enorme impacto en la opinión pública. Tres mujeres argentinas mitológicas idolatradas por el gran público enferman de cáncer ginecológico: Evita Perón, la cantante Rosana Falasca y la famosa actriz Tita Merello. Las dos primeras mueren, en plena juventud y en el apogeo de su popularidad, por carcinomas avanzados cérvico-uterinos y Tita Merello se cura de un carcinoma in situ vaginal descubierto por el Pap y diagnosticado por biopsia colposcópica. Las circunstancias médicas de los tres casos fueron ampliamente divulgadas por todos los medios durante años y sus ecos todavía perduran³⁵. Eso explica la difusión y el conocimiento, poco común en otras latitudes, que tenían las mujeres americanas del cono Sur sobre el cáncer ginecológico y sus métodos de prevención.

del aparato y su utilización práctica, y finalmente agrega: "Los conceptos de Hinselmann han sido refutados por Robert Meyer en lo referente a la cuestión misma de las lesiones y a las fases anátomo-patológicas del cáncer; pero del nuevo método de exploración parece lógico esperar interesantes revelaciones. Ya tendremos ocasión de recoger el resultado de las observaciones que sistemáticamente se harán en el servicio de la Cátedra del Prof. Coulin, que posee uno de los dos primeros Colposcopios que han sido introducidos en el país"³¹. (Aclaraciones: (1) La presentación de Ahumada sobre Cáncer Uterino y la Colposcopia tuvo lugar en la Cátedra de Clínica Ginecológica el 10 de agosto de 1931. (2) El Prof. de Ginecología Roque F. Coulin era el delegado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Litoral y uno de los cuatro Presidentes de Honor designados por el Congreso).*

En 1933 aparece la publicación de Otto Jürgens**; en 1934 la de Roberto Gandolfo Herrera, adscripto a la Cátedra de Ahumada²⁶ (ver pág. 39) y, en 1935, la de Alfredo Jakob, el año en que organiza el primer "Consultorio de Colposcopia" en la Maternidad Sardá de Buenos Aires³⁵.***

En ese Consultorio, Jakob se convierte en el primer ginecólogo argentino especializado en el método y en el maestro de los primeros colposcopistas^{21,23}.

En Brasil, la colposcopia es introducida en 1934 por el Prof. Arnaldo De Moraes (1893-1961), en el recién creado departamento de Ginecología de la Universidad de Brasil en Río de Janeiro^{40, 50} y uno de sus asistentes, Joao P. Rieper, entrenado por Hinselmann en Hamburgo, la difunde entre los ginecólogos a partir de la publicación, en 1942, de su tesis médica "*Sôbre o Valor Prático da Colposcopia*"^{12,16,17,23,40}.

En diciembre de 1949, Hinselmann es invitado por De Moraes a Brasil, donde dicta cursos en Río, Sao Paulo, Belo Horizonte, Bahía y Porto Alegre. Su visita motiva una edición especial de *Anais Brasileiros de Ginecología* que publica una breve "Tentativa de Autobiografía" de Hinselmann, cuatro de sus artículos originales y extensas notas con las discusiones de sus cursos^{23,29}.

En 1951, Ahumada invita a Hinselmann a la Argentina, donde permanece cuatro meses dictando cursos en Buenos Aires, La Plata, en el Circulo Médico de Córdoba y también en el Uruguay^{23,30,38}.

En 1955, el trigésimo aniversario de la colposcopia fue celebrado en Brasil con otro número especial de *Anais Brasileiros de Ginecologia* en homenaje a Hinselmann, conmemorativo del aniversario y dedicado a los principales referentes mundiales de la colposcopia que aparecen en el siguiente orden: Wespi (Suiza), Ahumada (Arg.), Jakob (Arg.), Mestwerdt (Alemania), Rocha, De Moraes, Rieper y Stoltz (Brasil)²³. O sea que, en 1955, una de las más importantes publicaciones brasileras de la especialidad consideraba a Ahumada como el referente americano más importante de la colposcopia. Es llamativo que De Moraes no aparezca entre los primeros referentes. Tal vez porque De Moraes había descubierto la colposcopia teóricamente, leyendo a Hinselmann en el tratado *Gynecology and Obstetrics* del estadounidense Carl H. Davis de 1934²³. En cambio, Ahumada y Jakob habían sido los primeros americanos en visitar a Hinselmann en Hamburgo. Pero De Moraes luego lideró el movimiento colposcópico nacional de mayor envergadura continental^{8,40} y era el director de *Anais Brasileiros*, la revista que celebró y homenajeó como ninguna a Hinselmann y a la colposcopia. Como el Dr.

* Roque Coulin (1888-1946), médico y político argentino, se graduó en la Universidad de Buenos Aires. con la tesis: "Tratamiento de las rupturas uterinas". Ejerció la profesión en el Hospital Ramos Mejía y en 1920 se radicó en Gálvez, provincia de Santa Fe, y luego en Rosario como director de la Asistencia Pública. En 1929 fue designado profesor de Clínica Ginecológica en la Universidad del Litoral en la ciudad de Santa Fe, donde ocupó el cargo de decano y vicerrector. En la misma ciudad fue Ministro de Gobierno, Justicia y Culto en el lapso 1922-1924 y diputado nacional hasta 1934, destacándose como orador parlamentario. En 1942, fundó el Movimiento de Intransigencia Radical y en 1945 fue nombrado director del diario "La República" de Rosario⁴⁸.

** El artículo de Jürgens es descriptivo y carece de referencias bibliográficas. Tiene 22 págs. y 25 ilustraciones (14 colposcópicas y 11 microscópicas), todas reproducidas de Hinselmann⁶.

***Actualmente "Hospital Materno Infantil Ramón Sardá", <www.sarda.org.ar/profesionales/publicaciones>

Joao Rieper, el discípulo dilecto de De Moraes, fue el compaginador y traductor del número conmemorativo⁴¹, la discreta figuración de De Moraes) en esa publicación revela la modestia internacional y la generosidad nacional de un gran maestro.

La editorial del número conmemorativo de *Anais* se titula *XXX Aniversario da Colposcopia* y está escrita por De Moraes. En uno de sus párrafos el autor afirma: “Este homenaje al ideólogo y creador de la colposcopia sólo podría haberse realizado con la colaboración y el apoyo de sus colaboradores, los Profs. Wespi y Glatthaar, de Zurich, y del Prof. Ahumada, de Buenos Aires, que siempre apoyaron el método” (sic)³⁹.

La argentina Yolanda Eraso, Lic. en Historia (Universidad de Córdoba, 1997 y *Wellcome Trust Research Fellow Oxford Brookes University*, 2007), se especializa en investigar las relaciones sociológico-culturales entre Salud y Medicina y aplica una perspectiva transnacional a los intercambios entre Europa, Sudamérica y EE.UU. Dicho enfoque transnacional sería la clave para comprender el desarrollo evolutivo de las técnicas de diagnóstico, tratamiento y control del cáncer ginecológico. Destaca que en el caso de la colposcopia, los “centros periféricos” de los países receptores como la Argentina y Brasil, desempeñaron paradójicamente un rol “central” al generar un nuevo escenario de “confiabilidad acumulativa” (sic) para las políticas de diagnóstico y prevención del cáncer cervical²³. En el mismo trabajo, Eraso afirma que Ahumada, Jakob y Rieper, como discípulos directos de Hinselmann, y Ahumada y De Moraes como catedráticos, fueron los “mediadores” en el proceso transnacional de transferencia, proceso que implica una mediación entre un manifiesto deseo de recibir ideas y técnicas foráneas, y el grado de capacidad local de asimilación²³.

Retomando el tema de la prioridad colposcópica en América, la concisa, categórica y fundamentada proposición de Ahumada, impartida desde 1929 en el Curso Oficial de la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires y publicada en su libro de 1930,

se anticipa a las referencias estadounidenses de Ries y Emmert de 1931 que hasta hoy figuraban como las primeras americanas.

Así, Ahumada se convierte en el primer autor americano en proponer la colposcopia como un examen periódico onco-preventivo cérvico-uterino y en un propulsor del diagnóstico precoz del cáncer uterino. Desde 1929, a sólo cuatro años de la invención del colposcopio¹ y doce años antes de la presentación de Papanicolaou y Traut que difundió la Citología Exfoliativa⁵⁶.

Además, la precursora opinión de Ahumada sobre la colposcopia no fue ocasional ni esporádica, como las de Ries y Emmert. Se reitera en su presentación en el 1er. Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología de 1931²⁶, en todas sus publicaciones posteriores^{6,19,27} y en las de sus colaboradores adscriptos a la Cátedra³⁶.

Por último, es necesario destacar que las mencionadas publicaciones de Ahumada y sus adscriptos contradicen versiones locales –de cariz demagógico–, que repiten que en Buenos Aires, hacia 1950:

Versión 1: “Nadie sabía colposcopia (...) y lo peor era que los principales enemigos de la colposcopia eran los maestros” (sic)²¹, y

Versión 2: “Los servicios cátedra eran los principales opositores a la colposcopia y todos sus jefes o profesores ignoraban o desechaban la importancia del sistema” (sic)¹⁸.

Ambas versiones, a juzgar por todo lo expuesto, son totalmente infundadas. Y es inexplicable que su autor, el Dr. Alfredo Jakob, uno de los pioneros argentinos de la colposcopia, las haya vertido en una de las conferencias del Primer Congreso Mundial de Colposcopia¹⁸. Por eso es importante desmentir detalladamente esas versiones y presentar la evidencia de los hechos en el orden que corresponde.

Jakob no podía desconocer la prioridad colposcópica de Ahumada –ni la de su cátedra– por muchos motivos:

- 1) Jakob declaró haber estado “tres días en Hamburgo y cuatro horas con Hinselmann en 1932” (sic)¹⁸, pero 4 años antes Ahumada había colaborado personalmente y apoyado a Hinselmann^{23,36}, como afirmó De Moraes³⁹.

2) En 1928, Ahumada había introducido en la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires el primer colposcopio del país^{23,36} y el segundo fue introducido en 1930 por el Prof. Roque Coulin en la Cátedra de Ginecología de la Universidad del Litoral²⁵.

3) En 1930 Ahumada publica el libro con la afirmación colposcópica precursora que motiva este trabajo y la impartía en el Curso Oficial de la Cátedra desde 1929.

4) En el 1er. Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología de 1931, Ahumada presentó a la colposcopia como "El principal método para visualizar la lesión cervical (onco-precursora) del así llamado "período de la leucoplasia"²⁵.

Estos cuatro acontecimientos habían sucedido en la Argentina antes de que Jakob viajara a Alemania y descubriera la colposcopia.

5) Después de su regreso al país en 1933, Jakob tampoco pudo desconocer el exhaustivo trabajo sobre Hinselmann y la colposcopia escrito por Roberto Gandolfo Herrera, adscripto a la Cátedra de Ginecología de Buenos Aires, donde Ahumada era Prof. Adjunto, publicado en 1934 en la Revista Médica Latino-Americana. La Revista se publicaba en Buenos Aires y su director era el Prof. titular de Ginecología Julio Iribarne. El trabajo tiene 27 págs., 16 ilustraciones, 8 fotos de 4 modelos diferentes de colposcopio y 76 citas de autor, de las cuales 49 son de Hinselmann²⁶.*

6) Jakob tampoco desconocía que, en 1951, Hinselmann había sido invitado por el Prof. Ahumada a la Argentina, donde permaneció 4 meses dictando cursos en las ciudades de Buenos Aires, La Plata y Córdoba³⁸. Tan

es así que, en el primero de estos cursos, Ahumada le concedió a Jakob el privilegio de presentar a Hinselmann. Así lo relata, un año después, uno de sus participantes, el ginecólogo sanjuanino Dr. Nazario Cerutti, cuando presenta, en la Asociación Médica Argentina, los resultados obtenidos con un colposcopio Leitz de su propiedad³³.

7) Por último, en 1955, Jakob publica un artículo en *Anais Brasileiros de Ginecología*³⁷ a continuación de un trabajo de Ahumada y dos de sus adscriptos, los que presentan la experiencia colposcópica de la Cátedra de Buenos Aires con esta afirmación: "Esta experiencia fue iniciada en 1928, el año en que el actual titular Prof. J.C. Ahumada introdujo en el país el primer colposcopio" (sic)³⁶.

Ambos adscriptos, los Dres. Dante Calandra y Arturo A. Arrighi, fueron posteriormente Profesores titulares en la 1ª y 2ª Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires.

Con altura académica, Ahumada no refutó las versiones que lo ignoraban, no se victimizó (científica ni políticamente) –aunque tenía los mismos argumentos de Jakob para hacerlo–, ni se ocupó de proclamar su legítima prioridad colposcópica.

Para resumir lo expuesto, en la Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires se conocían perfectamente la colposcopia, sus fundamentos y su nomenclatura desde 1928, cuando su Prof. Adjunto introdujo el primer colposcopio en el país^{23,36} como resultado de los conocimientos recibidos directamente de Hinselmann en Alemania. Conocimientos que transmitió a los catedráticos adscriptos Roberto Gandolfo Herrera, Dante Calandra y Arturo Arrighi. Además, en el Curso Oficial de 1929,

* Gandolfo Herrera divide su artículo en 6 subtítulos: 1. Introducción a la Colposcopia; 2. El Colposcopio; 3. Técnica colposcópica; 4. Etiología del cáncer cérvico-uterino; 5. Anatomía normal vagino-cervical y 6. Anatomía patológica de las leucoplasias. En la Introducción afirma: "La Colposcopia ocupa hoy un lugar tan importante entre los métodos de diagnóstico ginecológico como para considerarla indispensable en todo servicio de ginecología y en todo consultorio de la especialidad". En Técnica colposcópica dice: "No basta colocarse detrás del ocular del colposcopio para hacer una colposcopia; es necesario una paciente y larga práctica que sólo se obtiene con la observación repetida. Me he familiarizado con estos aparatos desde 1928 y cada día encuentro nuevos e interesantes cuadros colposcópicos". Como 1928 es el año en que Ahumada introduce en la Cátedra de Buenos Aires el primer aparato del país^{23,36}, Gandolfo Herrera fue el primer ginecólogo encargado de la colposcopia en una Cátedra de Ginecología. El artículo finaliza, a modo de epílogo, con la siguiente afirmación: "El colposcopio, arma poderosa en la lucha contra el cáncer, debe entrar en la práctica corriente y encontrarse al alcance de todo especialista" (sic).

enseñaba a los alumnos que “toda mujer mayor de 35 años debiera ser ‘colposcopizada’ (sic), por lo menos una vez al año”²². No conforme con eso, en el primer Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología de 1931, presentó a la colposcopia como: “El principal método para la visualizar las lesiones cervicales (“pre-cancerosas”) del así llamado por Hinselmann “período de la leucoplasia”²⁵.

El mismo conocimiento sobre la colposcopia se impartía en la Cátedra de Ginecología de la Universidad del Litoral desde 1930, cuando su Profesor Titular Roque Coulin introdujo el segundo colposcopio en el país²⁵.

La 1ª Cátedra de Ginecología de Buenos Aires, en los 85 años transcurridos desde aquellas enseñanzas colposcópicas precursoras impartidas en el Curso Oficial de 1929, mantuvo y perfeccionó esa propensión innovadora.

En la década de 1950, con el Prof. Guillermo

di Paola como titular, esa Cátedra organizó el primer programa de *screening* cito-colposcópico hospitalario^{46,57} y sus adscriptos, los Dres. Enrique C. Vázquez Ferro, Miguel A. Tatti y el que esto escribe, impulsaron la creación de la Sociedad Argentina de Patología Cervical Uterina y Colposcopia, que se fundó en Buenos Aires el 15 de agosto de 1964.

Y en la década de 1970, con el Prof. Leoncio A. Arrighi como titular, los adscriptos mencionados colaboraron en la obra *Lesiones Premalignas Ginecológicas*³², que mereció el Premio Nacional de Ciencias. En esta obra la colposcopia ocupa un espacio muy destacado, donde se detallan las tres etapas progresivas de su aplicación en la Cátedra desde la década de 1930: ocasional, selectiva y sistemática.

Una trayectoria académica coherente, que se inicia con una anticipación visionaria y se sustenta en casi un siglo de constante progreso en asistencia, investigación y docencia.

REFERENCIAS

1. Hinselmann H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. München med Wochenschr 1925; 72:1733.
2. Ahumada JC. Temas de Ginecología. Primera Serie: Aborto, Flujo Genital, Flemón del Ligamento Ancho, Metritis y Anexitis (1ª edición). Buenos Aires: A. López Editores. 1930:101.
3. Mazzei JA. Opinión: el futuro del Hospital de Clínicas. Buenos Aires: *La Nación*, Enfoques, Secc. 7, pág. 5, marzo 18 de 2001.
4. Ruiz V. Bosquejo histórico de la Ginecología en Argentina. IV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, Tomo IV. Mar del Plata, Argentina, 1964.
5. Pérgola F, Sanguinetti F. Historia del Hospital de Clínicas. Buenos Aires: Ediciones Argentinas. 1998.
6. Ahumada JC, Sammartino R y cols. El Cáncer Ginecológico. Buenos Aires: Edit El Ateneo. 1953.
7. Moliner M. Diccionario de uso del español (2ª edición). Madrid: Editorial Gredos. 1998.
8. Terán O. Vida intelectual en el Buenos Aires fin-de-siglo (1880-1910). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2000.
9. Jürgens O. La Colposcopia de Hinselmann. Buenos Aires: Rev Méd Quir Pat Fem 1933; 2:801.
10. Emmert F. The recognition of cancer of the uterus in its earlier stages. JAMA 1931; 97:1684-1688.
11. Ries E. Erosion, leukoplakia and the colposcope in relation to carcinoma of the cervix. Am J Obstet Gynec 1931; 23:393.
12. Rieper JP. Sobre o Valor Prático da Colposcopia. (These de Docência livre de Clínica Ginecológica, Fac. Nac. de Medicina da Univ. do Brasil). Rio de Janeiro: Gráfica Sauer. 1942.
13. Carrera JM, Dexeus S, Coupez F. Tratado y Atlas de Colposcopia (3ª edición). Barcelona: Salvat Editores AS. 1984.
14. Scheffery LC, Bolten KA, Lang WR. Colposcopy, Aid in Diagnosis of Cervical Cancer. Obstet & Gynec 1955; 5:294-300.
15. Lang W.R. Colposcopy. Neglected method of cervical evaluation. JAMA 1958; 166:893.
16. Torres JE, Riopelle MA. History of Colposcopy in the United States. Chronology of Colposcopy Development Worldwide. Obstet Gynecol Clin N Am 1993; 20:1-12.
17. Jordan JA. The present Situation of Colposcopy. Great Britain. Cervical Pathology and Colposcopy. Selected Papers from the Second World Congress of Cervical Pathology and Colposcopy. Georg Thieme Publ Stuttgart 1978:20-21.
18. Jakob A. Historia de la Colposcopia Argentina. Conferencia. 1er. Congr Mundial de Colposcopia y Patología Cervical Uterina y Octava Reunión Anual. Argentina, Mar del Plata: Soc Arg de Patol Cervical y Colposcopia 1972; VIII:19-29.
19. Ahumada JC. Tratado Elemental de Ginecología (1ª edición). Buenos Aires: Aniceto López Editor. 1932 (en dos tomos).
20. Peluffo M. ¿Por qué no se difundió la Colposcopia en EE.UU.? Mitos y Realidades. En: Peluffo M (ed.). Revoluciones Conceptuales en Patología Cervical (3ª edición), Cap. VII, Apéndice 2. Buenos Aires: Ascune Hnos. 2007.
21. Hermansson CA. Biografía autorizada de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Colposcopia 1999; 10(3):95-100.
22. Prof. Dr. Julio Iribarne Libro de Oro In memoriam. Homenaje de sus colaboradores y discípulos de la Cátedra de Clínica Ginecológica. Buenos Aires: Imprenta Mercatalí, febrero 21, 1934.
23. Eraso Y. Migrating techniques, multiplying diagnoses: the contribution of Argentina and Brazil to early 'detection policy' in cervical cancer. Hist Cienc Saude Manguinhos 2010; 17(Suppl. 1):33-51.
24. Romero MR, Benchimol JL, Kropf SS, da Silva CA. Medicine, science and power: relations between France, Germany and Brazil in the period 1919-1942. Hist Cienc Saude Manguinhos 2009; 16(1):247-61.
25. De la Vega JC. El Primer Congreso de Obstetricia y Ginecología en Argentina. Notas y comentarios. Rev Méd de Rosario 1931; 21(8):489-493.
26. Gandolfo Herrera R. Diagnóstico precoz del cáncer en la mujer. Rev Médica Latino-Americana 1934; 19(224):843-868.
27. Ahumada JC. Conferencia inaugural de la Cátedra de Clínica Ginecológica. La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires 1935; 22(21):986-995.
28. Rocha AH. A Colposcopia na Clinica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (1941-1955). An Bras de Gin 1955; 40(3):219-226.
29. Hinselmann H. Tentativa de Autobiografía. An Bras de Gin (Rio de Janeiro) 1950; 29(3):207-210.
30. Hinselmann H. Diagnóstico de los estadios precursores del carcinoma de cuello uterino. Argentina: Revista Médica de Córdoba 1952; 40(1):12-15. (Conferencia pronunciada en el Círculo Médico de Córdoba el 17/9/1951).
31. Primer Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, 9 al 18 de agosto de 1931. Sede: local de la Asociación Médica Argentina. Presidente: Dr. Nicanor Palacios Costa. Lunes 10 de agosto: Sesión operatoria y disertación clínica en la Cátedra de Clínica Ginecológica del Prof. Julio Iribarne.
32. Arrighi LA y cols. Lesiones Premalignas Ginecológicas. Buenos Aires: López Libreros Editores. 1976.
33. Cerutti N. La Colposcopia en las lesiones del cuello uterino. Rev Asoc Méd Argentina 1952; 16(729):180-182.
34. Norris CC. The Diagnosis of Early Carcinoma of the Cervix. Am J Cancer 1934; 20:295-323.
35. Jakob A. Comunicación. La Colposcopia en la profilaxis contra el cáncer. Bol Soc Obst Gin BsAs 1935; 14:246-250.
36. Ahumada JC, Calandra D, Arrighi AA. Nossa Experiencia com a Colposcopia. An Bras de Gin 1955; 40(3):181-186.

37. Jakob A, Escalante DA, Krauss J. Diagnostico e Histogenese do Cancer da Endocervix. *An Bras de Gin* 1955; 40(3):187-200.
38. Hinselmann H. 4 Monate in Südamerika. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1952; 94(19):987-990.
39. De Moraes A. Editorial: XXX Aniversario da Colposcopia. *An Bras de Gin* 1955; 40(3):131-132.
40. De Moraes A. A Colposcopia no Brasil. Seus Começos e Desenvolvimento no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil. *An Bras de Gin* 1955; 40(3):200-206.
41. Nota da Redação. Trabalhos Originais. Numero em homenagem ao Prof. Dr. Hans Hinselmann comemorativo do XXX aniversário da Colposcopia. *An Bras de Gin* 1955; 40(3):133.
42. Shapira V. Lo mejor de la medicina. *Buenos Aires: La Nación, Ciencia/Salud*, diciembre 11 de 2001:15.
43. Liernur JF, Pschepiurca P. Le Corbusier en Argentina. *Buenos Aires: Perfil, Revista Noticias* Nº 1893, 6 de abril de 2013:73-78.
44. Peluffo M. 50th Anniversary of Papanicolaou's First Cytology Course, 1947-1997. *Cyto-Paths. A Communication of the IAC. A Supplement to Acta Cytol* 1998; 42:7.
45. Gellhorn G. The Uses of Colposcopy with Demonstration of a New Colposcope. *South Med Journ* 1936; 29:538.
46. Arrighi LA, Peluffo M, Tatti MA, Itala JH, Bavastro G, Wright AJ. Carcinomas Iniciales de Cuello. Consideraciones sobre frecuencia y análisis de resultados citológicos en el lapso 1957-1974. *Rev Soc Obstet Ginec Bs As* 1975; 54:127-141.
47. Quien es quien en la Argentina. *Biografías contemporáneas* (6ª edición). Buenos Aires: Editorial Guillermo Kraft Ltda. (fundada en 1864). 1955.
48. Efemérides rosarinas. *Diario La Capital de Rosario*: "Un 21 de noviembre de 1945: Fallecimiento del Prof. Dr. Roque Coulin".
49. Bonnahon A, Tonelli L. Evolución y transformación del espacio hospitalario en la ciudad de Buenos Aires, Argentina (1ª edición). Buenos Aires: Editorial Dunken. 2013.
50. De Moraes A. *Orientação Moderna em Ginecologia*. Rio de Janeiro: Edit. Guanabara, Waissman, Koogen Ltda. 1935:111.
51. Iribarne J. El Movimiento Reformista Universitario de 1905-1907. *Rev Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Rodríguez Giles. 1921:7-80 (Un folleto: Biblioteca de la Facultad de Medicina de Bs. As.).
52. Levy SK. A New Practical Vaginoscope for Use in Children and Virgins. *JAMA* 1929; 93:1329.
53. Sacks HA. Microscopic visualization of the cervix uteri. *Am J Obstet Gynecol* 1934; 28:278.
54. Torres JE. Articles You May Have Missed Because You Were Too Busy or Too Young. *The Colposcopist* 1988; 20:8.
55. Navarra G. Araceli vs. Tita. *Bs. As.: La Nación Revista (LNR), Otras Miradas*, Nº 2058, 14 de diciembre de 2008:162.
56. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *Am J Obst Gynec* 1941; 42:193-205.
57. di Paola G, Peluffo M. Sistematización del método de Papanicolaou en Ginecología. *Acta Gin (Madrid)* 1964; 15:43-56.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

1) **POLÍTICA EDITORIAL:** Se funda en los requerimientos que fueron establecidos por el Comité Internacional de Revistas Médicas (Ann Intern Med 1997; 126:36-47).

2) **ENVÍO Y REVISIÓN DE LOS TRABAJOS:** Serán enviados al Comité de Publicaciones y deberán ajustarse a este Reglamento. El Comité Ejecutivo y dos miembros de dicho Comité harán su consideración (*pre-review*). De ser necesario se solicitarán las aclaraciones pertinentes al autor encargado.

3) **DERECHOS DE AUTOR:** La originalidad y veracidad del trabajo será avalada acompañando a éste los datos filiatorios de cada autor y sus firmas (Anexo 1).

4) **PUBLICACIONES PREVIAS:** Si alguno de los autores publicó un artículo sobre pacientes, animales, temas o experimentos similares, se deberán enviar dos copias del trabajo previo, remarcando similitudes y diferencias entre ambos.

5) **EXPERIMENTACIÓN HUMANA Y NO HUMANA:** Está asumido por el editor que los trabajos emanados de una Institución tienen la aprobación de sus autoridades, la que constatará en la sección material y métodos.

6) **AUTORÍA:** El número de autores será acorde con el tipo de publicación: a) artículos regulares: hasta 5; b) estudios multicéntricos: hasta 10, no más de 2 autores por Centro; c) Comunicaciones breves: hasta 3; d) casos reportados: hasta 3; e) cartas al editor: hasta 2. De haber otros colaboradores, serán mencionados por separado. Para figurar como autor es necesario cumplir con alguna de las siguientes tareas: a) contribuir en el concepto y diseño; b) realizar su análisis e interpretación; c) revisar sus contenidos; d) dar su aprobación final.

7) **CONFLICTO DE INTERESES:** Se deberá informar por escrito al Comité con respecto a cualquier asociación comercial que pueda provocar un conflicto de intereses (propiedad intelectual de sus resultados y/o patentes comerciales que posean productos utilizados durante la realización de la investigación), como también si éste fue subvencionado por alguna institución, laboratorio o empresa particular. La información será

confidencial y no influirá en la consideración del trabajo. Si se aprueba su publicación, los autores y el editor decidirán la manera de informar dicha circunstancia.

8) **OPINIONES Y CONSIDERACIONES:** Éstas serán de exclusiva responsabilidad de los autores.

9) **REQUISITOS PARA PRESENTACIÓN:** a) se entregará original y 4 copias de buena calidad de todo el texto y gráficos; b) serán inéditos y relacionados con la Tocoginecología; c) el original será redactado en castellano; d) el papel a emplear será tamaño A4, en una sola carilla, márgenes de 2,54 cm (1 pulgada), letra Courier New o Arial, interlineado 1,5; letra tamaño 12; e) las hojas serán numeradas en el ángulo superior derecho; f) las abreviaturas y siglas deberán reducirse a una mínima expresión, aclarando la palabra completa al comienzo del trabajo; g) se acompañará con una disquete tamaño HD 3.5 con la versión del trabajo, gráficos y fotos, compatibles con word para windows.

ORDEN DE PRESENTACIÓN:

TÍTULO: Breve pero informativo. Encabezará la publicación y será bien destacable sin abreviaturas.

AUTORES: Nombres y apellido de cada uno, con dirección, teléfono, grados académicos e institución a la pertenecen; lugar donde se desarrolló el trabajo; dirección postal y del autor al cual remitir correspondencia o solicitar separatas, revisiones o aclaraciones.

CONDENSACIÓN: No más de 25 palabras sobre el tema central del trabajo.

FRASES O PALABRAS CLAVES: De tres a cinco palabras clave o frases cortas.

RESUMEN: En castellano e inglés. Puede ser estándar o estructurado.

Estándar: Para opiniones de casos clínicos, reportes o comunicaciones. De 50 a 150 palabras.

Estructurado: Compuesto por los siguientes ítems: a) objetivo; b) diseño o material y métodos; c) resultados; d) conclusiones. No más de 150 palabras.

TEXTO: Sugerimos dividirlo como se detalla a continuación:

A) INTRODUCCIÓN: Donde se expondrá el objeto del trabajo, sin adelantar conclusiones.

B) MATERIAL Y MÉTODOS: En esta sección se describirá brevemente pero con suficiente detalle como para poder repetir la experiencia: el plan, los pacientes, los experimentos, el material y los controles, los métodos y procedimientos utilizados y el sistema estadístico empleado.

C) RESULTADOS: Expuestos con un orden lógico, sin repetir datos e ilustraciones, resaltando las observaciones trascendentes.

D) CONCLUSIONES: Relacionar en forma concisa los resultados obtenidos con los objetivos propuestos.

E) DISCUSIÓN: Se relacionan los aspectos importantes del trabajo con otros estudios sobre el tema, las opiniones se limitarán a aquellas estrictamente relacionadas con los hechos reportados en el trabajo.

11) AGRADECIMIENTOS: Para toda persona que haya tenido contribución, sin cumplir los requisitos para ser considerado autor.

12) BIBLIOGRAFÍA: se seguirá el criterio del *Index Medicus*. Se numerará en forma consecutiva a su aparición en el texto, usando números arábigos. Las tablas y figuras se ordenarán en secuencia independiente, se podrán usar números romanos para las tablas.

REVISTAS: Sus títulos abreviados corresponderán con los de la *List of Journal Indexed*. La referencia se hará en el siguiente orden: autores; títulos del artículo; título de la revista correctamente abreviado; año; volumen y tomo; páginas de iniciación y finalización. Si se trata de un número "suplemento", debe figurar la condición entre paréntesis luego del tomo, y la letra "s" luego de la página (Ej: 56 (Supl):49s).

Se mencionarán todos los autores, salvo cuando son siete o más, circunstancia en que se consignarán los tres primeros y se agregará "y cols.". Cuando el trabajo es producto de un grupo muy numeroso deberá citarse en nombre

de éste con sus integrantes; cuando no haya mención del autor se referirá como "anónimo".

EJEMPLO: Barbieri RL. Hormone treatment of endometrosis: the estrogen threshold hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:740-745.

LIBROS: Autores, título, número y lugar de edición, editor, año y página.

EJEMPLO: Calatroni, CJ y Ruiz V. *Terapéutica Ginecológica* (9ª edición) Buenos Aires: Ed. Panamericana. 1982. COMUNICACIONES PERSONALES: Se agregará la constancia por escrito.

13) Tablas e ilustraciones: Cada tabla irá en hoja separada, con interlineado 1,5, numerada consecutivamente desde su aparición, cada una con título breve y conciso, texto explicativo al pie.

Las ilustraciones se enviarán en fotografía de 127 x 173 mm hasta 203 x 254 mm, en blanco y negro o color. Título y explicaciones al pie (no en la ilustración). No doblar o pegar. Se colocará una etiqueta al dorso con el número de orden, nombre del autor y cuál es la parte superior.

UNIDADES DE MEDIDAS: Se usarán las correspondientes al sistema métrico decimal, los grados centígrados para la temperatura y el sistema internacional de unidades para las referencias bioquímicas vigentes al momento de la entrega del original.

Las fotografías de personas no deberán ser identificables o contarán con un permiso en regla debidamente firmado.

DERECHO DE AUTOR

Los firmantes transfieren todo el derecho de propiedad intelectual a FASGO y a Editorial Ascune en el momento en que el trabajo sea publicado. Asimismo garantizan que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de autor o propiedad intelectual de un tercero, que no está bajo consideración de otra publicación y que su contenido esencial, tablas e ilustraciones no han sido previamente publicados. Esta restricción no se aplica a los resúmenes o reportes de prensa publicados en relación con encuentros científicos. Los autores confirman que el manuscrito final ha sido leído y aprobado.