

BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



*Haz sólo lo que amas y serás feliz,
el que hace lo que ama,
está benditamente condenado al
éxito, que llegará cuando deba llegar,
porque lo que debe ser será, y llegará naturalmente.*

**Facundo Cabral,
Argentino (1937-2011)**

DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Pío Iván Gómez

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Desireé Mostajo,
Angélica Vargas

DISEÑO Y DIAGRAMACION:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

COMITÉ EJECUTIVO

- Edgar Iván Ortiz Lizcano. Presidente
- Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente
- Néstor César Garelo. Secretario
- Rodrigo Alfonso Arias Álvarez. Tesorero
- Samuel Karchmer K. Presidente Electo
- José Fernando De Gracia S. Past Presidente

DIRECTORES

- Dr. Ricardo Fescina. Director Ejecutivo
- Dr. Rubén Darío Mora. Director Administrativo
- Dr. Paulino Vigil. Coordinador Científico

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

PERIODO 2014-2017

- Dr. Pío Iván Gómez (Coordinador General)
- Dr. René Castro (Cono Sur)
- Dr. José Figueroa (México y Caribe)
- Dra. Desireé Mostajo (Andina)
- Dra. Angélica Vargas (Centroamérica)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL

PERIODO 2014-2017

- Dr. José Douglas Jarquín (Coordinador General)
- Dr. Héctor Bolatti (Cono Sur)
- Dra. Wendy Cárcamo (Centroamérica)
- Dr. Paulo Meade (México y Caribe)
- Dr. Juan Trelles (Andina)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE CÁNCER GINECOLÓGICO

PERIODO 2014-2017

- Dr. Agnaldo Lopez Da Silva Filho (Coordinador General)
- Dr. Erick J. Álvarez R. (Centroamérica)
- Dra. Águeda Santana Martínez (México y Caribe)
- Dra. Lina María Trujillo (Andina)

Advertencia

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

Índice

Editorial	
Sexología médica: una asignatura pendiente	2
Artículo central	
Terapia con bifosfonatos y la necesidad de sinergia medica- odontología	4
¿Qué es y Qué hace el Comité de Mortalidad Materna de la FLASOG?	8
¿Qué es y Qué hace el Comité de Climaterio de FLASOG?.....	12
Actividades destacadas en la región	14
Argentina	
Una clara advertencia a los(las) jueces en la Argentina	
Actividades Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos.....	15
Próximos eventos académicos.....	16
Resúmenes de artículos.....	18

SEXOLOGÍA MÉDICA: una asignatura pendiente

Dr. Carlos Pol Bravo. MD, MSc

*Médico Psiquiatra - Universidad Barcelona España
Máster en Sexología - Universidad de Valencia - España
Miembro de número - Asociación Europea de Psiquiatría
Presidente Fundador Sociedad Médica Española de Sexología
Miembro Activo Federación Europea de Sexología
Director Científico - Central Médica de Sexología - Colombia
Director Académico Universidad del Norte - Área Sexología Médica, Barranquilla, Colombia*

A lo largo del tiempo, Medicina y Sexualidad han estado ligadas en la clínica y el silencio. Binomio dispar y dicotómico que han afectado tanto a la clase médica, como a nuestros pacientes en cualquier especialidad galénica.

Razones sociales y transculturales entre otras, han potenciado tal divergencia y desconcierto sobre múltiples aspectos de la sexualidad en la práctica clínica cotidiana, exceptuando determinadas patologías orgánicas, psicógenas o mixtas por todos conocidos.

Consecuencia de lo dicho ha sido que alcanzar un conocimiento más profundo sobre sexualidad y no digamos una historia psicosexual del paciente dentro la Historia Clínica habitual, no se ha conseguido aun lo suficientemente completa hasta la fecha.

¿A quién efectuar una consulta o derivar un caso de problemática sexual?. Se desconoce a menudo por parte de muchos colegas, quienes, a pesar de su saber e interés, necesitan buscar y conocer una vía más directa y actualizada.

Esto conlleva, dada la trascendencia social que tiene este tema tan controvertido y siempre nuevo, que una población cada vez más numerosa y sensibilizada se dirija con sus dudas e inquietudes, que no siempre patologías, a caminos inciertos o poco recomendables, tanto como por sus resultados, como científicamente.

El devaneo acerca de muchos temas y problemas de la sexualidad en sus variados aspectos educativos, informativos, preventivos y terapéuticos, ha perjudicado profundamente a los posibles afectados, su propio entorno personal y también a quienes de for-

ma seria y profesional podrían dar unas soluciones más pertinentes. Por desgracia es imposible obviar la desafortunada actuación de personas ajenas al mundo de la Sanidad, quienes descubren apócrifamente soluciones mágicas, creando falsas expectativas, o peor aún, una real deformación al respecto, que tildaríamos de “sub-cultura sexual”.

Es cierto que para abordar esta parcela específicamente médica, es imprescindible un conocimiento básico de las facetas etológicas, antropológicas, sociales, culturales, biológicas, etc., que constituyen la multidisciplinariedad de la Sexología, pero el conocimiento de estas facetas no es el objetivo último del médico, sino el medio necesario para alcanzar el verdadero fin que coincide plenamente con el propósito académico de formación en Sexología Médica.

La inclusión de la Sexología como asignatura troncal en los programas de licenciatura en medicina es, a todas luces, una necesidad ineludible, aunque a mi juicio, insuficiente. Sería deseable la introducción de dos programas, uno preclínico que abarcara los conocimientos básicos aludidos en el párrafo anterior y que podría constituir la Sexología médica, y otro programa en el periodo clínico específicamente orientado al quehacer médico, en su doble vertiente de preservación de la salud y tratamiento del trastorno aceptado.

Así tendríamos a primer nivel, bien diseñado como definido, y de una vez para siempre el concepto de **Educación Sexual** - a mi entender materia ineludible e indispensable para una buena formación médica de licenciatura, la cual debería expandirse con formación de formadores a otras disciplinas Académicas para

llegar a la comunidad, y enseñar con claridad una sexología responsable como necesaria.

Y posteriormente en ese segundo nivel, la **Cultura Sexual** propia para los expertos y quienes se dediquen según especialidades de manera más profunda que otras, aunque el conocimiento no ocupa lugar y **la sexualidad humana en cambio sí nos ocupa y preocupa a todos.**

La Sexología médica, debería admitirse como especialidad de la Medicina, no solo como reconocimiento a un área de conocimientos suficientemente importantes para que su manejo clínico este confiado a expertos, sino también para evitar la intromisión de personajes ajenos a Sanidad, sin la indispensable formación clínica requerida en esta parcela tan particular, tan sutil como personal.

Todo médico, sea cualquiera la especialidad que ejerza, tropieza, con mayor o menor frecuencia, con problemática sexológica de alguno de sus pacientes y debe estar capacitado para detectarla y orientarles. La psiquiatría y la ginecología se complementan en un “binomio holístico e integrador”. Son ambas especialidades donde esta cuestión es más acuciante, tanto por la frecuencia con que topa con este tipo de problemas, como por la importancia que los mismos tienen en el equilibrio psíquico del sujeto.

La conjunción de patología psíquica y sexual cabe considerarla incluíble en uno de los supuestos siguientes:

- a. Alteraciones sexuales directamente consecutivas a un trastorno psiquiátrico.
- b. Problemas sexuales que determinan conductas psicopatológicas.
- c. Repercusiones sexuales iatrogénicas.

No cabe dentro de los límites de este escrito un análisis detallado de cada uno de estos supuestos, pero si es posible una visión panorámica de los mismos que permita apreciar su complejidad e interés clínico.

Así también la gerontosexología, su importancia vital para una completa calidad de vida en nuestros pacientes, antes de entrar o durante la tercera edad. La sexualidad no muere con los años, se trasforma positivamente cuando es bien enfocada tras ese periodo de la menopausia donde la mujer, libre ya de circunstancias fisiológicas, puede como el águila imperial tomar vuelo por muchos años traspasando las fronteras de transculturalidades negativas y mitologías pesimistas.

El vuelo de la sexualidad termina a cualquier edad, simplemente.....

cuando la imaginación se acaba.

TERAPIA CON BIFOSFONATOS Y LA NECESIDAD DE SINERGIA MEDICINA-ODONTOLOGÍA

Argimiro Hernández

Director del Centro Nacional de Cirugía Buco-Maxilofacial e Implantes

Beatriz Adriana Bolaños

Residente del Centro Nacional de Cirugía Buco-Maxilofacial e Implantes.
Caracas, Venezuela

INTRODUCCIÓN

Los bifosfonatos o bifosfonatos (BFs), antes denominados difosfonatos, fueron sintetizados en el siglo XIX por químicos alemanes, los cuales buscaban prevenir el depósito industrial de carbonato de calcio en sus chimeneas. Se usaron en la industria química desde principios de siglo XX, como agente anticorrosivo y antisarro, por la capacidad de inhibir la formación de depósitos de calcio en varias superficies. (1)

Los bifosfonatos constituyen un grupo de fármacos capaces de modular el recambio óseo y reducen su remodelación cuando se produce una reabsorción excesiva. Por esto se indican en numerosos grupos de enfermedades óseas como la osteoporosis postmenopáusica o la osteolisis asociada al cáncer de mama o mieloma múltiple. (9) En los últimos años y debido a su amplio e indiscriminado uso, se han observado un incremento en las complicaciones asociadas a su uso, las cuales a pesar de haber sido reportadas no son tomadas en cuenta por algunos profesionales de la salud. Entre los más importantes efectos adversos se encuentran las bucales, como la aparición de ulceraciones y sobretodo osteonecrosis de los maxilares asociados a esta terapia. (1,4)

OSTEOPOROSIS Y OSTEOPENIA

La osteoporosis y las fracturas por fragilidad representan un problema serio de salud en todas las sociedades en las que se ha investigado este tema. Lo anterior se debe a sus altos costos y al impacto en la morbilidad, mortalidad y en la calidad de vida posterior a las fracturas. Se estima que la osteoporosis afecta a 200 millones de personas en el mundo. (10, 12, 13).

La osteoporosis es la enfermedad más frecuente del hueso. Ha sido definida como un desorden esquelético generalizado, caracterizado por masa ósea baja y deterioro en la microarquitectura del hueso, con un consecuente incremento en la fragilidad ósea y aumento en la susceptibilidad de las fractu-

ras. Esta enfermedad es asintomática. Su diagnóstico clínico se produce después de una fractura, ya que éstas suelen ser el primer síntoma en dichos pacientes. Desafortunadamente dichas fracturas se producen en una fase tardía, cuando la osteoporosis está establecida y en general la pérdida de masa ósea ha sido extensa. (10, 13)

Para detectar la osteoporosis en fases tempranas se utiliza la densitometría ósea. Esta técnica se ha arraigado con fuerza en los últimos años en el ámbito de la medicina asistencial y preventiva. La densidad mineral ósea (DMO) se estudia por medio de un aparato de absorción dual de rayos X (DXA) en 2 zonas estándar: cuello del fémur y columna lumbar (L2, L3, L4). (14) Si bien hay estudios que indican su posible realización en la mandíbula. El diagnóstico de osteoporosis se realiza, según el criterio de la OMS, cuando se detecta una DMO de más de 2,5 desviaciones estándar (DE) por debajo del promedio de adultas jóvenes (T-Score $-2,5$ o más), considerándose osteopenia entre 1 y 2,5 DE (T-Score -1 y $-2,5$). El área de color rojo de la figura muestra el área de DE que indica osteoporosis; se puede ver la variación de la T y la Z-Score con la edad y cómo se calculan dichos parámetros. (10, 13, 14).

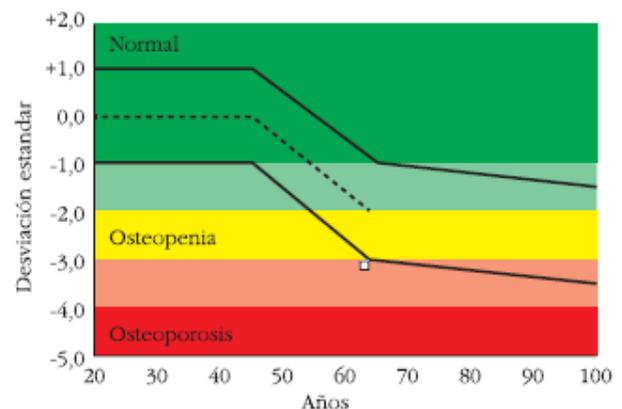


Figura 1. Criterios de Interpretación de la Densitometría Ósea.

Tomado con permiso de la Revista Metas de enfermería 2013; 5 (16): 28

¿Es realmente el necesario el uso de Bisfosfonatos en pacientes con Osteopenia?

El tratamiento con remplazo hormonal en pacientes con osteopenia no ha sido suficiente para reducir la pérdida de masa ósea cuando se ha suplementado por periodos entre 9 y 18 meses, sin embargo, se menciona otra estrategia farmacológica estudiadas para el tratamiento de la pérdida de masa ósea, la suplementación con calcio, aunque existen evidencias de que 1000 mg y 1500 mg diarios de Calcio junto con 400 a 600 UI de vitamina D y un régimen de ejercicio moderado son suficientes para el tratamiento de la Osteopenia.(17)

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS BIFOSFONATOS

Los bifosfonatos (BFs) inhiben la reabsorción ósea, la cual disminuye la actividad reabsortiva de los osteoclastos, promoviendo su apoptosis, lo que evita la formación a partir de precursores hematopoyéticos o afectando a los osteoblastos. También se ha descrito un efecto antiangiogénico de los BFs mediante la inhibición de las células endoteliales, y su proliferación e induce su apoptosis. Los bifosfonatos, en particular los alendronatos y el risedronato, son los únicos agentes no hormonales que han demostrado reducir las fracturas vertebrales y las periféricas. Los BFs reducen el recambio óseo, disminuyendo el número de lugares de remodelado activo donde tiene lugar la resorción excesiva. (1,2 y 4)

Los BFs más antiguos y menos potentes, como el etidronato y el clodronato, son captados por los osteoclastos y convertidos en análogos tóxicos de ATP. Los bifosfonatos más potentes actúan inhibiendo la farnesildifosfosintasa, una enzima de la vía de síntesis del colesterol a partir del mevalonato. Estos BFs contienen nitrógeno y suprimen indirectamente el proceso de geranil-geranilación de las proteínas, lo que a su vez inhibe la actividad osteoclástica. (4)

Osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos (ONMB)

Son numerosos los profesionales y asociaciones multidisciplinarias que han proporcionado una descripción clínica de ésta patología, La American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR), define a la ONMB como un área de hueso expuesto en la región buco-maxilar que persiste durante más de 8 semanas después de su identificación, en un paciente que está o estuvo recibiendo tratamiento con BFs y en ausencia de radiación previa en la región craneofacial.

La American Association of Oral and Maxilofacial Surgeons (AAOMS), utilizó criterios similares para su definición: 1) tratamiento actual o previo con BFs; 2) presencia de hueso

necrótico expuesto en la región maxilofacial que persiste más de 8 semanas. 3) ausencia de radioterapia de los maxilares.

La ONMB presenta una serie de manifestaciones que la caracteriza, siendo las pruebas complementarias una ayuda, pero no esenciales para el diagnóstico inicial.

La osteonecrosis ocurre cuando los huesos pierden el suministro de sangre y estos mueren observándose una exposición del hueso. Entre los síntomas se destaca el dolor, la inflamación de los tejidos blandos y la movilidad de los dientes por tanto es importante el estar informados del riesgo de esta complicación.



Figura 2. Paciente en tratamiento con BFs, exposición del hueso, ubicación crestal en el maxilar inferior.

Foto tomada en nuestra práctica clínica.



Figura 3. Vista oclusal, exposición del hueso, ubicación crestal en el maxilar inferior.

Foto tomada en nuestra práctica clínica.

En 2003 Robert Marx publicó las primeras referencias de ONMB, con la sospecha de la influencia de los BFs en su etiología, anunciándose una creciente epidemia de nuevos casos, dada la gran cantidad de pacientes que estaban recibiendo en esos momentos diversos tipos de BFs. (17,18,19)

En septiembre de 2004 el fabricante de dos de los más importantes BFs: el pamidronato y el ácido zoledrónico realiza las primeras advertencias respecto a la posibilidad de que éstos fármacos podían ocasionar osteonecrosis, sin embargo, no fue resaltado como una complicación, a pesar que fue la única empresa farmacéutica que hizo referencia de esta advertencia. (17, 18)

Se clasifica la progresión de la lesión, en 4 estadios: (Tabla 1)

Tabla 1. Osteonecrosis, diferentes grados de lesión (AAOMS):

<ul style="list-style-type: none"> • Estadio 0. En riesgo. No hay evidencia clínica de necrosis ósea. Presenta síntomas, signos y/o hallazgos radiográficos inespecíficos. • Estadio I. Exposición de hueso necrótico, asintomático y sin signos de infección aguda. • Estadio II. Exposición de hueso necrótico asociado a dolor y signos de infección. • Estadio III. Exposición de hueso necrótico asociado a dolor, signos de infección, fístula cutánea y evidencia clínica y/o radiográfica de secuestro óseo u otra complicación (fracturas, etc.) (1)

En febrero del 2006, Novartis convocó un consejo asesor internacional de expertos en el campo de cirugía, patología, medicina oncológica enfermedades metabólicas de hueso y ortopédicos. El panel de revisión presentó recomendaciones actualizadas para el diagnóstico clínico de la ONM y para la prevención y manejo de la ONM en pacientes con cáncer quienes estaban recibiendo Bifosfonatos tipo IV. (20)

Severidad y tamaño de la lesión para ONM

Los criterios que fueron soportados por el grupo asesor se indican en las tablas 2 y 3. Este sistema de clasificación fue diseñado para ser compatible con la presentación de informes de eventos por ensayos clínicos oncológicos del instituto nacional de cáncer. (20)

Tabla 2. Grado de severidad de la ONM (sintomático)

1. Asintomático
2. Leve
3. Moderado
4. Severo

Tabla 3. Grado de la lesión y tamaño por ONM

Grado	Tamaño y Dimensión
1A	Lesión única <0.5 cm
1B	Múltiples lesiones <0.5 cm
2A	Lesión única 0.5–0.99 cm
2B	Múltiples lesiones, 0.5–0.99 cm
3A	Lesión única 1–2 cm
3B	Múltiples lesiones 1–2 cm
4A	Lesión única >2 cm
4B	Múltiples lesiones >2 cm

Prevención en pacientes con diagnóstico de osteoporosis que recibirán bifosfonatos.

Pacientes que han tomado BFs orales por menos de 3 años, tienen ligero riesgo de padecer osteonecrosis, dando tiempo para que su profesional de odontología garantice una óptima salud oral y pueda reparar las piezas dentales.

El médico tratante debe referir su paciente a odontología (preferiblemente antes de indicar la terapia con BFs), para una evaluación y tratamiento. El odontólogo deberá lograr una completa historia médica y dental. Dientes sin posibilidad de restaurar y con abscesos deberán ser removidos, seguidamente de una terapia periodontal (1, 5, 6). La colocación de implantes dentales es también seguro y se oseointegrará durante ese período. Sin embargo, se debe informar que puede haber un mayor riesgo para el futuro implante y su oseointegración, una vez comenzado el uso de BFs orales sí excede a 3 años. (15)

RECOMENDACIONES

- Importancia de indicar el tratamiento con Bifosfonatos, cuando realmente sea necesario.
- Esta indicado el uso de Bifosfonatos en pacientes con Osteoporosis, Hipercalcemia, cáncer de mama, enfermedad de Paget, Mieloma múltiple (1,3,5,7,8, 9)
- Cuando el médico tratante decide comenzar el tratamiento con Bifosfonatos, es fundamental que los pacientes sean derivados a odontología para realizar el protocolo preventivo.
- Proponer a los laboratorios farmacéuticos que incluyan en todos sus prospectos como posible reacción adversa, la aparición de Osteonecrosis mandibular.

CONCLUSIONES

Los BFs desencadenan lesiones importantes en el área máxilofacial, ya que su uso se ha visto incrementado de manera indiscriminada y a veces es indicado innecesariamente. El uso correcto de los BFs en pacientes con elevado riesgo de fractura, hasta la fecha, parece tener una relación riesgo/beneficio favorable, aun queda por definir la duración óptima del tratamiento, teniendo en cuenta, que la incidencia de osteonecrosis mandibular, parece estar relacionada con la duración del tratamiento y que el fármaco acumulado en el hueso (hasta 12 años) mantiene su capacidad antirresorptiva. Es muy importante, establecer mayor comunicación entre profesionales de medicina y odontología para lograr un tratamiento multidisciplinario y prevenir la aparición de osteonecrosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Giribone, P. Catagnetto. Osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos; lo que el odontólogo debe saber hoy: Pautas y protocolos. *Odontoestomatología* Vol XV, Number 21, Mayo 2013 Obtenido en: www.sciencedirect.com
2. K. InSoo, K. HyungChung, L. Won, The effect of systemically administered bisphosphonates on bone healing after tooth extraction on osseointegration of dental implants in the rabbit maxilla. *Quintessence Publishing CO* Vol 28 Number 5, 2013. Obtenido en: www.quintpub.com
3. T. Oates, C. Stanford, G. Huynh-Ba, J. Ellingsen, M. Osswald, E. Estafanous. Bisphosphonates: a hindrance or a help. *The International Journal of oral and maxillofacial implants*. Vol 28, Number 3, 2013. Obtenido en: www.quintpub.com
4. P. Agarwal, N. N Rao. Bisphosphonates-Associated osteonecrosis of jaws. *Indian journal of dental research* Vol 23, Number 1, 2012. www.sibum.cl
5. M. Ortega, M. Alfaro, R. Villalobos. Osteoquimionerosis asociada al consumo de bifosfonatos vía oral. Revisión bibliográfica. *Odontología vital* 2 (13) Septiembre 2010. Obtenido en: www.sibum.cl
6. C. Casal, E. Somoza, A.M. Alvarez, J. Fariña, T. Alvarez. Osteonecrosis de los maxilares relacionado con el uso de bifosfonatos. *Farmacéuticos de Atención Primaria* Vol 10 Número 1 páginas 9-14 2012. Obtenido en: www.sciencedirect.com
7. L. Oliveira, A. Torrijos. Tratamiento de la enfermedad ósea de Paget. *Reumatología Clínica* Vol 8 Número 4 Páginas 220-224 2012. Obtenido en: www.sciencedirect.com
8. M. Botargues, M. Arceo, R. Ricci, M. Ganiele, V. Vietto. Tratamiento de la osteoporosis: Riesgos y beneficios de los bifosfonatos a largo plazo. Evidencia Actualización en la práctica ambulatoria Vol 16 Núm 1 Páginas 14-16 Enero/Marzo 2013. Obtenido en: <http://scholar.google.co.ve>
9. E. Gálvez, A. Rodríguez. Papel de los bifosfonatos en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama. *Medicina clínica* Vol 135 Núm 2 Páginas 70-74 2010. Obtenido en: www.sciencedirect.com
10. M. Arrabal, F. García, J. Laguna, M. Rodríguez, C. Ramírez, M. Arrabal, M. García. Osteopenia y osteoporosis en mujeres con factores de riesgo. *Metas de enfermería* Vol 5 Núm 16 Pág: 26-30 2013. Obtenido en: <http://scholar.google.co.ve>
11. M. Takasita, M. Guerrero, L. Abril, R. Minjarrez, J. Sahagún. Manejo exitoso de osteonecrosis maxilar por bifosfonatos con la técnica tradicional más infiltración de colágeno-polivinilpirrolidona. *Revista Española Médico Quirúrgica* Vol 17, Núm 3 Pág: 218-222 Julio-Septiembre 2012 Obtenido en: www.sciencedirect.com
12. J. Makovey, M. Macara, J. Sheng, C. Hayward, L. March, P. Sambrook. High Osteoporotic fracture risk and CVD risk co-exist in postmenopausal women. *Bone* vol 52 Pages: 120-125 2013. Obtenido en: www.sciencedirect.com
13. P. Clark, G. Chico, F. Carlos, F. Zamudio, R. Pereira, J. Zanchetta, J. Castillo. Osteoporosis en América Latina: revisión de panel de expertos. *Medwave* Vol 13 Núm 8 2013. Obtenido en: www.sciencedirect.com
14. A. Estrugo-Devesa, C. Gómez-Vaquero, J. López-López. Osteoporosis y enfermedades orales. *Medicina clínica* Vol 140 Núm 4 Pág: 169-174 2013. Obtenido en: www.sciencedirect.com
15. R. Marx, J. Cillo, J. Ulloa. Oral Bisphosphonate-Induced osteonecrosis: Risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *Oral Maxillofac Surg* Vol 65 Pages: 2397-2410 2007. Obtenido en: www.sciencedirect.com
16. M. Rivera-Gallardo, M. del Socorro Parra-Cabrera, J. Barriquete-Meléndez. Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud pública Méx* v.47 n.4 Cuernavaca jul/ago. 2005 <http://scholar.google.co.ve/>
17. Marx R.E. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac. Surg.* 2003. 61(10): 1115-1117. Obtenido en: www.sciencedirect.com
18. Muñoz Torres M, Alonso G., Mezquita Raya P., Prevención y tratamiento de la osteoporosis. *Endocrinología y nutrición* 2003; 50 (1): 1-7. Obtenido en: www.sciencedirect.com
19. Atanes A, Atanes P, Atanes A.D, Ríos P. Osteonecrosis de los maxilares relacionada con el tratamiento con bifosfonatos. *Semergen* 2013
20. R. Weitzman et al. *Critical Reviews in Oncology Hematology* 62 (2007) 148-152

¿Qué es y Qué hace el Comité de Mortalidad Materna de la FLASOG?

José Douglas Jarquin G

Maria Fernanda Escobar Vidarte

Edgar Iván Ortiz Lizcano

Es un equipo técnico asesor de FLASOG y de las sociedades científicas de América Latina encargado del análisis desde la perspectiva académica e investigación de la morbilidad y mortalidad materna para generar las recomendaciones que lleven a evitar estos desenlaces y de representar a FLASOG por delegación ante organismos internacionales en tópicos relacionados. Está conformado por especialistas en ginecología y obstetricia representantes de las regiones establecidas por FLASOG que podrá contar con asesores externos de gran trayectoria académica para el soporte y actualización permanente en estrategias encaminadas a este fin.

Misión

Contribuir a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad materna en América Latina de manera conjunta con los Ministerios de Salud y el compromiso multisectorial y de la sociedad civil, a través de la identificación precisa de sus causas, de los factores predisponentes, precipitantes y de previsibilidad que permitan alcanzar mejores niveles de salud de la población materna, mediante planes, programas y procedimientos dirigidos a la atención obstétrica y la educación de la población con un enfoque integral, con calidad y adecuación intercultural, de acuerdo a los Objetivos del Milenio.

Visión

Ser referente estratégico a nivel de América Latina y Mundial en el diseño de programas de atención a la salud materna, y considerando los determinantes sociales y la diversidad sociocultural de las mujeres de América Latina, promoviendo innovaciones y estrategias en salud materna

basadas en evidencia científica desde la perspectiva de derechos e incidiendo de manera eficaz en políticas públicas a nivel latinoamericano.

El objetivo del comité de mortalidad materna es obtener información relevante a través de investigaciones, para orientar los esfuerzos en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna mediante el desarrollo de programas e intervenciones dirigidas al mejoramiento de la salud derivados de los factores determinantes encontrados en los análisis de la situación regional de acuerdo a sus indicadores y la evaluación de calidad de la atención médica

El comité estará integrado por un miembro representante de cada región y un coordinador que deben cumplir el siguiente perfil:

- Profesor Universitario o en su defecto reconocida trayectoria académica.
- Capacitación adicional en Salud Pública y/o Medicina Perinatal
- Preferible capacitación en Epidemiología.
- Compromiso claro de trabajo por el gremio.

El proceso de Nombramiento del representante de cada región se realiza en la asamblea de FLASOG por un período establecido de 3 años. El comité ejecutivo designa el Coordinador.

Para el periodo 2014 a 2017 el comité de Mortalidad Materna estará conformado por:

Nombre	Representación	Correo electrónico	País
Douglas Jarquin G.	Coordinador	drjarquin@yahoo.com	El Salvador
Paulo Meade	Región México y Caribe	paulo_meade@hotmail.com	México
Wendy Carcamo	Región Centroamericana	wkcm1976@yahoo.com	Honduras
Juan Trelles	Región Andina	trellesjuan@hotmail.com	Perú
Héctor Bolatti	Región Cono Sur	hbolatti@gmail.com	Argentina

El Comité contará como asesores externos con:

Maria Fernanda Escobar	FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health	mayaev@hotmail.com	Colombia
Jack Ludmir	Asesor Externo	jaludm@uphs.upenn.edu	USA
Andre Lalonde	Asesor Externo	alalonde1801@gmail.com	Canadá
Jairo Guerrero	Asesor Externo	jegg8261@gmail.com	Colombia
Bremen De Mucio	Asesor Externo	demuciob@gmail.com	Uruguay

La mortalidad materna es un indicador de disparidad e inequidad y un reflejo de las condiciones de mujeres en América Latina con menos acceso a soporte educativo, social, nutricional y médico. La muerte de una gestante tiene un alto impacto social: los(as) niños(as) que pierden la madre al nacer tienen más riesgo de morir antes de los dos años, de abandonar la escuela, sufrir desnutrición, violencia intrafamiliar, embarazos tempranos, ser víctima de trabajo infantil y prorrogar el círculo de la pobreza.

La mayoría de las muertes maternas son debidas a complicaciones maternas como hemorragia, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, complicaciones de aborto y parto prolongado u obstruido. La capacidad de tratar las complicaciones obstétricas impacta en la reducción de la mortalidad materna. La baja razón de mortalidad materna (RMM) en los países desarrollados es debida en parte a que estas complicaciones obstétricas son identificadas y tratadas prontamente en el contexto de un sistema de salud efectivo.

El conocimiento e implementación del modelo de seguridad para la atención obstétrica de emergencia promueve la evaluación de la capacidad de respuesta institucional y el análisis de la atención brindada a los casos de gestantes con condiciones de emergencia obstétrica para la elaboración de planes de mejora que procuren avanzar en los estándares calidad y seguridad que favorezcan una optima atención. Adicionalmente facilita la elaboración y seguimiento de los indicadores obtenidos

a partir de la vigilancia de la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna para evaluar el impacto de las intervenciones propuestas en dichos planes de tal manera que se garantice el manejo inicial de condiciones como crisis hipertensivas, la prevención y manejo de la hemorragia posparto y el choque hipovolémico o séptico en condiciones de seguridad y con la calidad necesaria para evitar la muerte y/o mejorar el pronóstico de la gestante en condiciones críticas durante la referencia al nivel de mayor complejidad. Por lo anterior, esta estrategia junto con la atención del parto por personal calificado han sido consideradas como elementos esenciales para la disminución de la mortalidad materna en países en vía de desarrollo. Médicos(as), enfermeros(as) o parteros(as) deben tener adecuado entrenamiento en la atención del parto o embarazo no complicado y en la identificación, manejo y referencia de las complicaciones maternas o del recién nacido, para manejos definitivos en instituciones con atención bajo altos estándares de calidad y seguridad.

El Comité de Mortalidad materna de la FLASOG, pretende desarrollar un programa de entrenamiento por módulos para promover la seguridad en el manejo de las emergencias obstétricas soportados en guías basadas en evidencia, entrenamiento en escenarios de crisis y trabajo de equipo como una estrategia para buscar reducción de eventos adversos con impacto en el ambiente de seguridad de la gestante.

Generalidades del programa de entrenamiento por módulos para promover la seguridad en el manejo de las emergencias obstétricas

- La estrategia de capacitación es propiedad de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia, como respuesta del comité de mortalidad para fortalecer estrategias de capacitación del marco estratégico de cada país para la reducción de la mortalidad materna
- El Comité Ejecutivo de FLASOG será el responsable de definir las condiciones contractuales y de firmar los convenios o contratos a que haya lugar para el desarrollo de las actividades de capacitación.

Objetivos del programa de entrenamiento

- Desarrollar competencias para la implementación de un modelo de seguridad para el manejo de emergencias obstétricas.
- Promover intervenciones y prácticas protocolizadas exitosas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de las emergencias obstétricas, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna
- Mejorar los conocimientos y habilidades de estudiantes sobre su papel en el manejo de las emergencias obstétricas.
- Mejorar capacidad de evaluación clínica de estudiantes (atención selectiva vs panorámica en casos de emergencia).

- Mejorar las habilidades no técnicas en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Mejorar capacidad y estrategias de comunicación para el manejo de las emergencias obstétricas.

Metodología de los talleres

Las intervenciones y prácticas protocolizadas para el manejo de las emergencias obstétricas consignadas para ser desarrolladas en esta estrategia de capacitación, conforman las intervenciones básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención obstétrica, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención segura, integral humanizada y de calidad que garantice el adecuado tratamiento de las emergencias obstétricas. La implementación a nivel institucional dependerá de la obligación administrativa y técnica y del compromiso ético para garantizar estas intervenciones que preserven la vida de la mujer gestante.

La estrategia está planteada para ofrecer talleres de capacitación en América Latina a través de módulos que serán seleccionados de acuerdo a la epidemiología y las necesidades establecidas en las regiones que soliciten esta capacitación. Para todas las capacitaciones, el módulo que se convierte en el eje conductor de la estrategia es Seguridad en la atención de la emergencia obstétrica.

Capacitación para el manejo de las emergencias obstétricas por módulos

Los módulos que se pueden ofertar para las regiones son: Módulo de seguridad en la atención de emergencia obstétrica, módulo de capacitación en Hemorragia Obstétrica, Módulo de capacitación en complicaciones de pre eclampsia y módulo de capacitación en Otras Emergencias obstétricas.

Modulo de seguridad en la atencion de la emergencia obstetrica

Modulo en
Hemorragia
postparto

Modulo en
Complicaciones de
preeclampsia

Modulo de otras
Emergencias
obstetricas

La FLASOG, presentó una propuesta ante OPS para el proyecto interdepartamental de OPS “**Cero muertes maternas por hemorragia**” para hacer las actividades de capacitación de los centros cero muertes por hemorragia.

La metodología de capacitación de FLASOG incluye

- Realización del taller de capacitación bajo escenarios de simulación en la atención integral de las emergencias obstétricas asociadas a HPP, que se realizó los días 18, 19 y 20 de noviembre de 2014 en Ciudad de Guatemala.
- Los cursos de capacitación proponen actividades teórico prácticas y con simulación de baja fidelidad con 3 días de duración y participación de Consultores de FLASOG, Contraparte FLASOG en los países,

Recursos locales seleccionados por los países como facilitadores, OPS/CLAP y Ministerios de Salud,

- El(la) consultor(a) de FLASOG del país brinda acompañamiento a los(las) replicadores(as) de país en la implementación de la estrategia, con acompañamiento permanente con dedicación de medio tiempo, brindando apoyo a los procesos de capacitación, monitoreo de la estrategia y evaluación del proceso y del impacto

Estamos preparándonos para hacer un trabajo de calidad y si miembros de FLASOG o lectores(as) de este boletín, conoce(n) donde se pueden implementar estos módulos y buscar el financiamiento para su ejecución, o tener mas información, contacte con los coordinadores del comité de Mortalidad materna de su región o con Jose Douglas Jarquin email : drjarquing@yahoo.com

¿Qué es y Qué hace el Comité de Climaterio de FLASOG?

Dr. José de Jesús Montoya Romero

Este comité se formó como proyecto emergente, con la finalidad de que FLASOG estableciera las pautas de acción en la prevención, vigilancia, identificación, tratamiento y control de las alteraciones de la salud femenina en América Latina, en la etapa del climaterio, con la finalidad de agrupar, revisar, actualizar y difundir sus lineamientos, a los profesionales hispanoamericanos, integrándolos a los establecidos por las agrupaciones internacionales que también tienen este propósito, sin menoscabar su autoridad.

Está integrado por especialistas en esta rama de la Ginecología, reconocidos en el ámbito internacional y que han aceptado gustosamente la invitación del Consejo Directivo de FLASOG, para formar parte del Plan Estratégico que se llevará a cabo en el periodo 2014-2017

Misión

Integrar el estudio de las mujeres latinoamericanas en la etapa del climaterio, con la finalidad de promover y difundir las acciones que permitan mantener la salud femenina, mediante la prevención e identificación de los factores de riesgo, la acción inmediata para controlar los desequilibrios que lleven a la enfermedad y ofrecer un pronóstico favorable a lo largo de la vida de las mujeres latinoamericanas, con un enfoque integral de atención de excelencia.

Visión

Integrar a los(las) médicos(as) latinoamericanos(as) en la atención del climaterio, estableciendo las normas y acciones que se requieren para integrar el plan de acción que

conservar la salud femenina en la etapa posreproductiva en las mujeres de América Latina, las cuales se integrarán como guías de práctica clínica, folletos, declaraciones, o bien, como libros de texto.

Integrantes del comité de climaterio

Son líderes de opinión en sus respectivos países y en el continente latinoamericano, que han trabajado internacionalmente y han sido reconocidos como personas expertas por diversas agrupaciones latinoamericanas.

Para el periodo 2014 a 2017 el comité estará conformado así:

Nombre	Representación	País
José de Jesús Montoya Romero	Coordinador	México
Alejandro Paradas	Región México y Caribe	República Dominicana
Luis Hernández	Región Centroamericana	Guatemala
María Cecilia Arturo	Región Andina	Colombia
Néstor Siseles	Región Cono Sur	Argentina
Julio Morfin	Asesor	México

Cada representante de región, ha invitado a cuatro profesores(as) para elaborar el contenido de un proyecto muy ambicioso, en el cual se han establecido planes y tiempos de acción, para lograr la meta en fechas proyectadas.

Región Andina

Tema a realizar: Endocrinología, Obesidad, Diabetes, Síndrome Metabólico, Sarcopenia

María Cecilia Arturo, Colombia	Responsable de la Región
Camilo Rueda, Colombia	Colaborador
Rita Pizzi, Venezuela	Colaboradora
Wellington Aguirre, Ecuador	Colaborador
Elena Calle, Perú	Colaboradora
Jaime Urdinola, Colombia	Colaborador

Región Centroamérica

Tema a realizar: Cardiovascular, Urogenital

Luis R Hernández Guzmán, Guatemala	Responsable de la Región
Julio Luis Pozuelos, Guatemala	Colaborador
Gerardo Broutin, Costa Rica	Colaborador
Gaspar Vallecillo, Honduras	Colaborador
Luis Araujo, Guatemala	Colaborador

Región Cono Sur

Tema a realizar: Etapas del Climaterio (Transición, Menopausia, Posmenopausia, Síndrome climatérico)

Néstor Siseles, Argentina	Responsable de la Región
Nilson de Melo, Brasil	Colaborador
Ricardo Pou Ferrari, Uruguay	Colaborador
Paulina Villaseca, Chile	Colaboradora
Lida Sosa, Paraguay	Colaboradora

Región México y Caribe

Tema a realizar: Osteoporosis, Cáncer, Sexualidad

Alejandro Paradas Caba, República Dominicana	Responsable de la Región
Alfonso Murillo, México	Colaborador
Cuahtémoc Célis, México	Colaborador
Imelda Hernández, México	Colaboradora
Maritza Mejía, Rep. Dominicana	Colaboradora

Actividades destacadas en la región

Argentina

Una clara advertencia a los(las) jueces en la Argentina

Sandra Vázquez. MD

Directora Ejecutiva FUSA

“El Consejo de la Magistratura de la Nación advirtió que si un juez obstruye el acceso a un aborto legal incurrirá en mal desempeño”. El organismo sentó así un valioso precedente. Se pronunció sobre las denuncias presentadas contra una ex jueza, quien pretendió impedir la interrupción de un embarazo a una mujer víctima de trata que había sido violada durante su cautiverio. La jueza, que estaba a cargo de un Juzgado Nacional en lo Civil, intervino arbitrariamente en octubre de 2012. Los fragmentos de esta nota periodística, ponen en evidencia que aunque a paso más lento del que deseamos, los procesos se van consolidando y los profesionales de la salud que defendemos y trabajamos para incrementar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de nuestra población, no trabajamos en vano².

El accionar de la jueza generó que se presentaran cinco denuncias en su contra ante el Consejo de la Magistratura. Y luego, la misma Corte Suprema de la Nación pidió que se evaluara su accionar. Pero antes de esperar que el organismo resolviera, la jueza se apresuró a presentar su renuncia. De todas formas, el órgano quiso dejar en claro su postura. La presidenta del Consejo de la Magistratura, (la primera mujer en encabezar ese órgano) ha trabajado intensamente en talleres promovidos por la Oficina de la Mujer de la Corte Suprema, para capacitar a operadores de la Justicia en la incorporación de la perspectiva de género en sus decisiones.

El pronunciamiento del Consejo de la Magistratura es importante porque hasta ahora han sido inusuales las sanciones a los jueces u otros operadores de la Justicia que

impiden el acceso a un aborto legal, poniendo sus preceptos religiosos por encima del cumplimiento de la ley. Además, confirma que hay consecuencias legales para quien abuse de la función pública para obstaculizar el ejercicio de los derechos de las mujeres y, si bien la renuncia de esta jueza impidió seguir adelante con el proceso en contra, es bueno que se fortalezca la idea de la necesaria rendición de cuentas por las acciones del Poder Judicial

Es claro que su postura se convirtió en un obstáculo judicial para la realización de una práctica médica permitida por la legislación vigente, poniendo en riesgo la salud y la propia vida de quien la reclamaba y desconociendo el criterio sostenido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

El Consejo de la Magistratura advirtió sobre el accionar obstructivo a través de la utilización de la Justicia. “La judicialización de esta cuestión, que por su reiteración constituye una verdadera práctica institucional, además de ser innecesaria e ilegal, es cuestionable porque obliga a la víctima del delito a exponer públicamente su vida privada, y es también contraproducente porque la demora que apareja en su realización pone en riesgo tanto el derecho a la salud de la solicitante como su derecho al acceso a la interrupción del embarazo en condiciones seguras.” Y denunció sobre este tipo de maniobra “fomentada por operadores de la salud y convalidada por distintos operadores de poderes judiciales nacionales como provinciales”.

Este acercamiento de la justicia a la realidad cotidiana que vivimos en nuestra práctica profesional cotidiana, nos fortalece, y facilita la tarea intersectorial, que es la única posible para que los derechos de las mujeres en esta materia, no sean solo un enunciado.

2. Nota completa <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-269078-2015-03-27.html>

Actividades Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

- Participación del Dr. José Figueroa a reunión con Diputados motivándoles para que favorezcan cambios en el código penal que aperturen una oportunidad para que mujeres puedan acceder al aborto en condiciones de “necesidad”.
- Envío de carta de apoyo firmada por los Drs. José Figueroa y Pío Iván Gómez felicitando al Presidente de la República por observar el código enviado por la cámara de diputados, recomendando sea incluido en el mismo la despenalización del aborto atendiendo a tres causales (cuando la vida de la mujer corre peligro por alguna complicación del embarazo, en caso de embarazo producto de una violación y en caso de malformaciones embrionarias o fetales incompatibles con la vida)
- Apoyo y participación con la “coalición por los derechos y la vida de mujeres” en las acciones luego de la observación presidencial al código penal enviado por la cámara de diputados.
- Participación en tres ferias de SSR organizadas por el Ministerios de Salud y La Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y realizadas en tres unidades docentes de la UASD, con presentaciones de temas relacionados: Anticoncepción de Emergencia, Derechos Sexuales y Anticoncepción de Emergencia, Algunas reflexiones sobre el aborto, la audiencia jóvenes universitarios y escolares pre-universitarios.

Próximos eventos académicos

XXV Congreso Internacional De Ginecología y Obstetricia y 7° Curso De Enfermería en Ginecología y Obstetricia. Guadalajara, Jalisco (México) del 3 al 6 de junio de 2015

XIV Congreso Colombiano de Medicina Perinatal. Bucaramanga, (Colombia) del 4 al 6 de junio de 2015

31st Edition Fetus as a Patient Saint Petersburg, (Rusia) del 11 al 13 de junio de 2015

I Jornada Internacional Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima, (Perú) del 18 al 20 de junio de 2015

XIII Congreso de la Sociedad Iberoamericana de Endoscopia Ginecológica e Imagenología Lima, (Perú) del 18 al 20 de junio de 2015

Summer Conference on Neonatology in Provence. Avignone, (Italia) del 25 al 26 de junio de 2015

Expomedical Care 2015 Cali, (Colombia) del 15 al 17 de julio de 2015

Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging and Doppler 2015. Irving (Dallas),TX, (Estados Unidos) del 27 al 30 de julio de 2015

Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging & Doppler 2015. Irving (Dallas),TX, (Estados Unidos) 31 de julio de 2015

I congreso del eje cafetero en Ginecología y Obstetricia. Pereira (Colombia) Julio 30 y 31 y Agosto 1 y 2 del 2015

Hands-On Breast Ultrasound Imaging & Doppler 2015. Irving (Dallas),TX, (Estados Unidos) 1 de agosto de 2015

3rd Annual International Conference on Advances in Medical Research (CAMR 2015) Singapore, (Singapur) del 17 al 18 de agosto de 2015

Molecular and Cellular Basis of Breast Cancer Risk and Prevention 2015. Cairns, (Australia) del 17 al 20 de agosto de 2015

12th Seminar of the European Society of Contraception and Reproductive Health Tel Aviv, (Israel) del 2 al 4 de septiembre de 2015

V Congreso Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad. Alcalá de Henares Madrid, (España) del 3 al 4 de septiembre de 2015

Segundo Congreso Latino de Endocrinología Ginecológica. Buenos Aires, (Argentina) del 10 al 12 de septiembre de 2015

European Congenital Cytomegalovirus Initiative. Venice, (Italia) del 13 al 15 de septiembre de 2015

7mo. Congreso Cubano de Educación,
Orientación y Terapia Sexual - I Evento
Iberoamericano sobre Educación Integral de
la Sexualidad
La Habana, (Cuba) del 15 al 18 de septiembre de
2015

1st Congress on Joint European Neonatal
Societies (JENS); 56th ESPR/ESN Annual Meeting;
5th International Congress of UENPS
Budapest, (Italia) del 16 al 20 de septiembre de
2015

22 World Congress on Controversies in
Obstetrics, Gynecology & Infertility.
Budapest, (Hungria) del 17 al 20 de septiembre de
2015

CoGEN: Controversies in preconception,
preimplantation and prenatal genetic diagnosis:
How will genetics technology drive the future?
Paris, (Francia) del 25 al 27 de septiembre de 2015

XXI FIGO World Congress of Gynecology and
Obstetrics.
Vancouver, (Canadá) del 04 al 09 de octubre de 2015

World Congress on Controversies in Breast
Cancer (CoBRA) East
Melbourne, (Australia) del 22 al 24 de octubre de
2015

19th International Meeting of the European Society
of Gynaecological Oncology
Nice, (Francia) del 24 al 27 de octubre de 2015

Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging
and Doppler 2015
Irving (Dallas), TX, (Estados Unidos) del 26 al 29 de oc-
tubre de 2015

Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging &
Doppler 2015
Irving (Dallas), TX, (Estados Unidos) 30 de octubre de
2015

V Simposio de Medicina Fetal y Diagnóstico
Ginecológico de Córdoba, Argentina. VII Jornada de
Investigación de Sociedad Argentina de Diagnóstico
Prenatal y Tratamiento
Córdoba, (Argentina) del 19 al 21 de noviembre de
2015

4th international congress on Cardiac Problems in
Pregnancy
Las Vegas, (Estados Unidos) del 27 de febrero al 1 de
marzo de 2016

Resúmenes de artículos

Aportes del Comité Editorial

1. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala

Salud materna y comportamientos relacionados con la búsqueda de asistencia sanitaria en madres indígenas mames del departamento de Quetzaltenango, Guatemala.

Chomat, Anne Marie et al. Rev Panam Salud Pública. 2014,35(2): 113-120.

Objetivo:

Obtener información básica acerca de la salud materna y los comportamientos relacionados con la búsqueda de asistencia sanitaria en madres indígenas residentes en comunidades rurales de la etnia maya mam en Quetzaltenango, Guatemala.

Métodos:

Se llevó a cabo un análisis transversal de 100 mujeres pertenecientes a cuatro comunidades, embarazadas o en período de lactancia, con objeto de determinar la prevalencia y los determinantes de la utilización de servicios.

Resultados:

La pobreza extrema, la escasa formación y el acceso limitado a los recursos básicos fueron prevalentes. De las 100 mujeres, de 14 a 41 años de edad, 33% no acudieron al sector formal de atención de salud en busca de asistencia prenatal; la mayor parte de ellas consultaron a una partera tradicional. Solo 12% dieron a luz en un hospital. El nivel socioeconómico inferior, la falta de fluidez en español y la carencia de un vehículo motorizado se asociaron con la mayor probabilidad de escasa utilización de los servicios.

Conclusiones:

Diversos factores afectan la utilización de los servicios de salud materna por parte de las mujeres indígenas del

Quetzaltenango rural. Entre estos factores figuran las desigualdades socioeconómicas, las diferencias lingüísticas y étnicas, y el acceso limitado a los recursos básicos. Es preciso atender a las necesidades reproductivas actuales de las mujeres para mejorar su salud y aumentar sus probabilidades de tener hijos sanos.

2. Superficial venous disease and combined hormonal contraceptives: a systematic review

Enfermedad venosa superficial y anticonceptivos hormonales combinados: Una revisión sistemática

Tepper NK, Marchbanks PA, Curtis KM. Contraception. 2015 Mar 30. pii: S0010-7824(15)00128-6. doi: 10.1016/j.contraception.2015.03.010. [Epub ahead of print]

Introducción:

La enfermedad venosa superficial que incluye trombosis venosa superficial y várices puede asociarse con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV). El uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) se ha asociado también a un aumento de este riesgo, pero poco se conoce sobre si el uso de AHC en mujeres con enfermedad venosa superficial produce aumento adicional del riesgo de TEV.

Objetivos:

Investigar evidencia sobre el riesgo de TEV en mujeres con enfermedad venosa superficial que usan AHC versus quienes no los usan.

Métodos:

Se hizo una búsqueda de artículos en inglés publicados hasta Septiembre de 2014 en la base de datos PUBMED. Se incluyeron estudios primarios que examinaron mujeres con enfermedad venosa superficial que usaron AHC versus mujeres con enfermedad venosa superficial que no los usaron.

Los desenlaces de interés incluyeron TEV (entre las mujeres con la trombosis venosa superficial ó várices) y trombosis venosa superficial (para aquellas con várices).

Resultados:

Se identificaron dos estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Un estudio de casos y controles de regular calidad que reportó un odds ratio (OR) para TEV de 43.0 (IC 95% 15.5-119.3) entre mujeres con trombosis venosa superficial que usaban anovulatorios orales comparadas con no usuarias sin trombosis venosa superficial. El OR para TEV se incrementó también para mujeres con trombosis venosa superficial que no usaban anovulatorios orales (OR 5.1; IC 95% 2.8-9.5) y para mujeres sin trombosis venosa superficial que usaban anovulatorios orales (OR 4.0; IC 95% 3.3-4.7), comparadas con no usuarias sin trombosis venosa superficial. Un estudio de cohortes de regular calidad demostró que mujeres con várices tuvieron una tasa de incremento de TEV con el uso de anovulatorios orales (1.85 por 1,000 mujeres-año), comparadas con usuarias sin várices (0.84 por 1,000

mujeres-año), no usuarias con várices (0.31 por 1,000 mujeres-año), y no usuarias sin várices (0.19 por 1,000 mujeres-año). Este estudio también demostró que las mujeres con várices tuvieron un incremento en la tasa de trombosis venosa superficial con el uso de anovulatorios orales (10.63 por 1,000 mujeres-año), comparado con no usuarias con várices (7.59 por 1,000 mujeres-año), usuarias sin várices (1.89 por 1,000 mujeres-año), y no usuarias sin várices (0.77 por 1,000 mujeres-año).

Conclusiones:

Dos estudios sugieren un aumento del riesgo de TEV entre usuarias de anticonceptivos orales con enfermedad venosa superficial; sin embargo, no se pueden realizar conclusiones definitivas debido al número limitado de estudios y las limitaciones en la calidad del estudio. Las preocupaciones teóricas deben aclararse en futuras investigaciones sobre si el riesgo de secuelas significativas de la enfermedad venosa superficial entre usuarias de AHC se relaciona con la gravedad clínica de la enfermedad y los factores subyacentes.

Obituario

Profesor Antonio Lomanto Morán

Por Pio Iván Gómez



Al morir solo nos queda lo que se ha dado a los demás. En más de 50 años de vida profesional y cerca de cuarenta años como Profesor Universitario, sembró semillas fecundas que hoy se ven fructificadas en sus discípulos, sus obras científicas y sociales.

La comunidad de especialistas en Ginecología y Obstetricia de la Región lamentamos el fallecimiento del Profesor Honorario Antonio Lomanto Morán, vinculado a la Docencia en la Universidad Nacional de Colombia donde creó la Clínica de Incontinencia Urinaria del Departamento de Obstetricia y Ginecología en 1981 la cual siempre dirigió. Actualmente era el Presidente de la Asociación Colombiana de Ginecología Urológica y del Piso Pélvico.

En la Facultad de Medicina de su Alma Máter ocupó varios cargos académicos siendo Jefe de Pregrado, Jefe de Postgrado y Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Recibió las más altas distinciones de la Uni-

versidad Nacional de Colombia, Sociedades Científicas y Hospitales por donde transitó.

Fue un prolífico investigador y su producción académica superó las cien publicaciones en revistas nacionales y extranjeras. Recorrió nuestra región como conferencista en múltiples eventos dejando una profunda huella entre nosotros. La Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología lo distinguió como Maestro de la Ginecobstetricia Latinoamericana.

Maestro de maestros, nos deja un legado de honestidad, rectitud, compromiso, disciplina y respeto por nuestras pacientes y colegas.

A pesar de haberse pensionado no dejó de asistir a los hospitales universitarios, donde profesores, residentes y estudiantes podíamos beber de ese cántaro inagotable de sapiencia que generosamente siempre nos brindó.

Fue un gran Galeno pero ante todo un maravilloso ser humano que formó generaciones de profesionales de la Medicina, especialistas en Ginecobstetricia y subespecialistas en Ginecología Urológica.

Nacido en Ciénaga (Magdalena- Colombia) con su espíritu caribeño, nos contagiaba de su alegría, don de gentes y gran colegaje. Hoy quienes tan cerca estuvimos de él, recordando sus cenizas, nos inclinamos venerantes ante ellas, para nutrirnos con la inmanencia de la savia del árbol de sus enseñanzas que moran latencialmente en su recuerdo perenne. Su sonrisa sincera que nos iluminó tantas veces estará siempre presente en nuestros recuerdos, sus enseñanzas en nuestro quehacer diario y su cariño en nuestros corazones

Paz en la tumba del gran Maestro



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org