

COMITÉ EJECUTIVO FLASOG

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque
Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G.
Secretario

Dr. Alfonso Arias
Tesorero

Dr. Néstor C. Garelo
Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L.
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.
Director Científico

Dr. José F. De Gracia
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina
Director Ejecutivo

EDITORIAL

RETOMEMOS EL RUMBO

Dr. Carlos Buitrago
Presidente
FECOLSOG

Respetados colegas latinoamericanos.

Muchas de las estrategias globales establecidas por las organizaciones internacionales para impactar sobre múltiples enfermedades prevenibles, se han visto afectadas por la pandemia. Según datos del *Epic Health Research Network*, en Estados Unidos, las pruebas de detección de cáncer de mama y de cuello uterino se redujeron en un 94% a principios de marzo del 2020. Los estudios para la detección del cáncer de colon disminuyeron de abril de 2019 a 2020 en un 84%. Así mismo, los exámenes de control mamario se redujeron en un 89%. Por un lado, el desvío de recursos para atacar la pandemia, obliga a reducir el gasto en salud generado por otras patologías y afecta en especial, todos los programas de prevención, para atender lo urgente, y por el otro, la restricción generalizada de la movilización y/o el temor de muchos pacientes para acudir a las pruebas de tamización, generan una

clara afectación de los programas de promoción y prevención y por lo tanto de los diagnósticos tempranos.

La Organización Mundial de la Salud lanzó en 2018 unas estrategias mundiales para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, mediante intervenciones rentables y basadas en pruebas, incluida la vacunación contra el virus del papiloma humano en las niñas, la detección y el tratamiento de lesiones precancerosas y la mejora del acceso al diagnóstico y tratamiento de cánceres invasivos, con miras a eliminar para el 2030 el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública y convertirlo en una enfermedad del pasado, como lo ha expresado el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>)

El cáncer de cérvix es una enfermedad privilegiada ya que se conoce un *Agente Causal*. Existe

una *forma precancerosa* de la enfermedad, la cual en promedio necesita 10 años para convertirse en cáncer invasor; existe la *prevención primaria* con la *vacunación*; la *prevención secundaria* con la detección mediante el uso de pruebas, que cada día mejoran en sensibilidad y especificidad, y finalmente, aunque todas las mujeres están en riesgo, sabemos cuál es la población en que tenemos que maximizar nuestros esfuerzos y donde deberíamos invertir la mayoría de nuestros recursos. Por todo lo anterior, el cáncer de cérvix se considera una enfermedad prevenible y curable si se detecta a tiempo y se trata adecuadamente.

La tasa de incidencia mundial varía entre 5 - 42 por 100.000 mujeres, siendo menor en Israel, USA, Canadá y Australia y mayor en África, Centro y Sur América. Con estas estrategias se pretende reducir la tasa media de incidencia de cáncer de cuello uterino en un 42% para 2045 y en un 97% para 2120, evitando más de 74 millones de nuevos casos de cáncer de cuello uterino en el mundo.

Para el logro de estas metas, la OMS diseñó la estrategia denominada “90-70-90” dentro de los Objetivos de desarrollo sostenible para 2030, y que busca la eliminación del cáncer cervical, reduciendo su incidencia por debajo de cuatro casos por 100.000 mujeres. Esta estrategia consiste en:

- 90% de las niñas vacunadas con la vacuna contra el VPH a los 15 años.
- 70% de las mujeres se examinan con una prueba de VPH a los 35 años y nuevamente a los 45 años.
- 90% de las mujeres identificadas con enfermedad cervical reciben tratamiento adecuado y oportuno (ya sean lesiones precancerosas o con cáncer invasivo).

Se requiere de la interacción coordinada de muchos elementos para su ejecución, como el político, cooperación multisectorial, gubernamental,

destinación de recursos necesarios, sistemas de registro e información, entre otros. Pero un factor muy importante lo jugamos nosotros los ginecoobstetras, quienes, desde el primer contacto con las mujeres, debemos asegurar que se cumplan todas las estrategias que garanticen la salud de esa mujer. Empoderar a nuestras mujeres, educándolas sobre vacunación, interviniendo los factores de riesgo, educando en planificación, uso del preservativo, sexualidad responsable, los hábitos y la higiene y el cumplimiento de las pruebas de tamización según la normatividad de cada país. Adicionalmente estar actualizados en los cambios científicos y el desarrollo de pruebas mejores, nuevos algoritmos, nuevas vacunas incluso el desarrollo de nuevos tratamientos.

Es claro que los tímidos programas de los países, con sólo el ofrecimiento de la tamización de oportunidad y vacunación sin educación y sin buenas tasas de cobertura, están lejos de permitir la abolición de este mal. Deberán ser programas coordinados, más agresivos, masivos, incluyentes, gratuitos, de demanda inducida, sencillos, con técnicas que incluyan la autotoma, y la búsqueda activa de las pacientes, haciendo gran énfasis en la población de bajos recursos, de vivienda rural y con difícil acceso a los servicios de salud; la posibilidad de realizarse pruebas diagnósticas, con sus respectivas biopsias debe estar asegurado al igual que el inicio de una terapia inmediata oportuna, mediante estrategias de “ver y tratar”.

Políticas similares se han desarrollado en otras patologías como el caso de VIH. ONUSIDA propone para el 2020 el plan 90-90-90, que tiene tres objetivos: que el 90 por ciento de las personas que viven con el VIH lo sepan; que el 90 por ciento de los diagnosticados reciban terapia antirretroviral de forma temprana y continuada, y que el 90 por ciento que la reciben, logren la supresión viral. De igual manera se pretende que para el 2030 con estas estrategias se



termine la epidemia. (<https://www.unaids.org/es/resources/909090>)

Basados en lo anterior, es claro que, en nuestra especialidad, la posibilidad de la teleconsulta o asesoría a distancia debe ser la excepción, Por el tipo de patologías y su ubicación y la alta frecuencia de enfermedades malignas, se prefiere el examen completo y presencial de las pacientes.

En la mayor parte de nuestro ejercicio profesional, estamos ante una paciente desconocida y con frecuencia no usuaria de pruebas de tamización. Al inicio de la pandemia las organizaciones permitieron flexibilizar los criterios para algunas de las pruebas de detección, con el fin de aminorar los riesgos de contagio del COVID, pero de igual manera y ya pasados más de un año de esto, estas mismas instituciones recomiendan la importancia de retomar sus pruebas para la detección de cáncer. Evidentemente se debe realizar de la manera más segura y rápida como sea posible por parte de los prestadores de estos servicios, con todos los elementos y medidas de protección y creo que en esto hemos ya aprendido la lección.

Los invito entonces a continuar nuestra labor presencial, a vacunarnos y seguir con todas las medidas de protección estándares tanto para nosotros, como para nuestro personal de apoyo y pacientes; no posterguemos más de lo debido la consulta preventiva que por tantos años hemos logrado afianzar en la conciencia de los pacientes.

EL COVID-19 GRAVE DURANTE EL EMBARAZO SE ASOCIA CON PARTO PREMATURO

Un estudio sugiere que la transmisión de madre a hijo parece ser poco común.

Seis de cada 10 embarazadas con Covid-19 grave sufre un síndrome similar a la preeclampsia.

Las mujeres embarazadas que han tenido síntomas graves de COVID-19 tenían un mayor riesgo de complicaciones durante y después del embarazo, según los hallazgos preliminares de un estudio de los Institutos Nacionales de Salud. En comparación con las pacientes con COVID-19 sin síntomas, aquellas con síntomas graves tenían un mayor riesgo de parto por cesárea, hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y parto prematuro.

Los hallazgos provienen del estudio *Gestational Research Assessments for COVID-19 (GRAVID)* realizado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Infantil y Salud Humana de EE.UU.

Los investigadores evaluaron a más de 1.200 mujeres embarazadas con COVID-19 que dieron a luz en 33 hospitales de EE.UU. entre el 1 de marzo y el 30 de julio de 2020. Aproximadamente la mitad de las mujeres (47%) era asintomática, el 27% tenía síntomas leves, el 14% síntomas moderados, el 8% síntomas graves y el 4% estaba en estado crítico. Aquellas con síntomas más graves tendían a ser mayores, con un índice de masa corporal superior al promedio y problemas de salud subyacentes, como asma, diabetes, hipertensión, enfermedad hepática y trastornos convulsivos.

Los investigadores atribuyeron cuatro muertes maternas a la COVID-19



La transmisión del SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19, de madre a hijo fue poco común, con un 1% de los recién nacidos que dieron positivo al virus antes del alta hospitalaria.

ABC R. Ibarra MADRID Actualizado:29/01/2021



METFORMINA SE VINCULÓ CON GESTACIÓN MÁS PROLONGADA EN MUJERES CON PREECLAMPSIA PRETÉRMINO

Tara Haelle



Metformina prolongó la gestación casi una semana en mujeres con preeclampsia pretérmino y también se vinculó con hospitalización neonatal más breve, de acuerdo con los hallazgos de un estudio presentado el 28 de enero en el Congreso Anual de Embarazo de la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) 2021 que tuvo lugar de forma virtual.



Dra. Cathy Cluver

Las causas de preeclampsia han continuado eludiendo a investigadores, pero la mayoría está de acuerdo en que la placenta desempeña un papel clave, explicó la Dra. Cathy Cluver, Ph. D., directora de la Preeclampsia Research Unit y profesora asociada de la Stellenbosch University, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. En estudios previos se ha evaluado sildenafil, antitrombina, pravastatina y esomeprazol, pero los fármacos no mostraron perspectivas favorables, tuvieron efectos secundarios inaceptables o necesitaron más estudio.

“Este estudio proporciona una prueba de concepto de que la preeclampsia pretérmino puede tratarse y que podemos lentificar su progresión”, señaló la Dra. Cluver.

En este estudio los investigadores reclutaron 180 mujeres con preeclampsia pretérmino entre las semanas 26 y 31 semanas de gestación. Todas las mujeres estaban tomando antihipertensivos.

Fueron aleatorizadas para recibir diariamente 3 g de metformina de liberación prolongada oral o placebo. El análisis por intención de tratar incluyó 87 mujeres que recibieron metformina y 84 que recibieron placebo, con características iniciales similares en los dos grupos.

Las mujeres en el grupo asignado a metformina dieron a luz en una mediana de 16,2 días después de la aleatorización, que fue un parto 6,7 días más tarde que el de los 9,5 días después de la aleatorización en las mujeres del grupo asignado a placebo. No obstante, las diferencias no alcanzaron por poco la significancia estadística ($p = 0,056$).

Sin embargo, cuando los investigadores tuvieron en cuenta el cumplimiento del tratamiento y la dosis, el efecto de metformina aumentó, demostrando un efecto dependiente de la dosis, y alcanzó la significancia estadística. De las 147 mujeres que continuaron el tratamiento hasta el parto, las del grupo asignado a metformina tuvieron su parto una mediana de 8,4 días más tarde que las del grupo asignado a placebo (16,2 frente a 7,4 días; $p = 0,026$). Además, cuando el análisis se restringió también a solo las 100 mujeres que continuaron tomando la dosis completa hasta el parto, la diferencia fue incluso mayor (16,2 frente a 4,8 días; $p = 0,008$). De conformidad con el perfil de tolerabilidad de metformina, las mujeres que tomaron el fármaco presentaron más diarrea y tendencia a más náusea que quienes tomaron el placebo.

No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a los desenlaces maternos o neonatales compuestos, pero los lactantes tuvieron un promedio de 136 gramos más de peso en el grupo asignado a metformina, pese a que la diferencia no alcanzó la significancia estadística. La



hospitalización neonatal seis días más breve en el centro donde se realizó el estudio para los lactantes del grupo asignado a metformina tampoco alcanzó la significancia estadística, pero hubo diferencia significativa entre los grupos en la hospitalización en general, incluyendo los traslados a otros centros. Los lactantes del grupo asignado a metformina tuvieron un promedio de 26 días frente a 34 días para los del grupo asignado a placebo ($p = 0,007$).

“Hemos demostrado que metformina de liberación prolongada puede ser el tratamiento de la preeclampsia pretérmino. Ahora planeamos realizar un estudio más grande con la esperanza de confirmar estos hallazgos, que estarán potenciados tanto para la prolongación del embarazo como para los desenlaces neonatales”, indicó la Dra. Cluver a Medscape Noticias Médicas. “También hemos demostrado que se puede prolongar el embarazo en la preeclampsia de término, y esperamos que esto alentará a otros colegas a continuar investigando la terapéutica de la preeclampsia pretérmino”.

En respuesta a preguntas de los asistentes al congreso, la Dra. Cluver informó que su equipo no recolectó datos histológicos de placentas en este estudio, y que la falta de financiación limita su capacidad para evaluar los resultados a más largo plazo.

Los hallazgos en la gestación prolongada ciertamente fueron muy interesantes, pero justifican cautela antes de cualquier cambio en la práctica clínica, señaló a Medscape Noticias Médicas la Dra. Michelle Y. Owens, profesora y jefa de Medicina Materno-Fetal en el University of Mississippi Medical Center, en Jackson, Estados Unidos.

“Aunque los hallazgos de este estudio son prometedores, el tamaño de la muestra fue pequeño, la dosis supera a la que por lo general utilizamos en Estados Unidos, y se realizó en Ciudad del Cabo en Sudáfrica, todo lo cual contribuye a que este estudio

sea menos generalizable a nuestra población y otras más en diferentes partes del mundo”, añadió la Dra. Owens, quien moderó la sesión de resúmenes orales.

También señaló un posible efecto conflictivo sobre el peso al nacer que puede originar el uso de metformina para prolongar la gestación.

“Si se llevan a cabo estudios más grandes, creo que es posible que con la prolongación de la gestación habrá recién nacidos más grandes. Sin embargo, metformina también ayuda a controlar la glucemia y por ello puede contribuir a menores pesos al nacer en el curso del tiempo en comparación con las mujeres que no reciben el fármaco”, concluyó.

Noticias y Perspectivas > Medscape Noticias Médicas

Medscape Noticias Médicas © 2021 WebMD, LLC

Citar este artículo: Metformina se vinculó con gestación más prolongada en mujeres con preeclampsia pretérmino - Medscape - 17 de feb de 2021.

SEIS FÁRMACOS QUE PUEDEN INTERFERIR CON LA VIDA SEXUAL DE SU PACIENTE

Dr. Henry Rosevear



Algunos de nuestros pacientes no toman los fármacos que les recetamos. Los estudios muestran de manera uniforme que 25% de las prescripciones no se aplica y que 50% de las prescripciones para enfermedades crónicas no se cumple como se ha indicado.

En estas decisiones influyen numerosos factores, pero la razón para no tomar la medicación que he oído con más frecuencia en mi consulta de urología es que tienen efectos secundarios sexuales desfavorables. Con esto en mente, es importante saber cómo ciertas clases farmacológicas interfieren negativamente con la vida sexual del paciente. A continuación presentamos seis clases farmacológicas que los pacientes dejan de tomar con frecuencia por sus efectos secundarios sexuales.

Antihipertensivos

Suponemos que la salud cardiovascular de un paciente debe ser más importante que su capacidad para lograr y mantener una erección, pero en la vida real no siempre es así.

La erección es un fenómeno vascular. Por tanto, todo lo que interfiera con la capacidad del organismo para aumentar el flujo sanguíneo en el pene causa disfunción eréctil. Este es el motivo por el que los antihipertensivos (p. ej., espironolactona o las tiazidas) alteran la capacidad para conseguir una erección. Para empeorar el problema, durante la estimulación sexual aumenta la frecuencia cardíaca y por esta razón los beta-bloqueantes, como metoprolol, que limitan el aumento de la frecuencia cardíaca, son una de las clases farmacológicas que más interfiere con la actividad sexual.

Alfa-bloqueantes

Receto alfa-bloqueantes a diario como tratamiento de primera línea de la obstrucción prostática. Son baratos, genéricos y muy efectivos. Por desgracia, pueden influir negativamente en la vida sexual de los hombres por dos motivos.

El primero es que los alfa-bloqueantes de primera generación (p. ej., terazosina y prazosina) también son fármacos antihipertensivos y, por tanto, con el mismo efecto secundario que todos los antihipertensivos: disminuyen el flujo sanguíneo en el pene y empeoran la disfunción eréctil.

El segundo efecto secundario, frecuente incluso con la última generación de alfa-bloqueantes (como tamsulosina o silodosina) es la eyaculación retrógrada. Seamos sinceros: para algunos hombres el sexo sin eyaculación es insatisfactorio. Los alfa-bloqueantes relajan los músculos del cuello vesical y permiten la eyaculación al interior de la vejiga en lugar de fuera del pene. Este efecto secundario es muy específico de paciente y de fármaco, por lo que cambiar el alfa-bloqueante no siempre soluciona el problema.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son una clase farmacológica de antidepresivos. Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram tienen efectos secundarios sexuales que pueden ser muy frustrantes tanto para los hombres como para las mujeres: eyaculación retardada u orgasmo retardado. Este efecto secundario es tan frecuente que paroxetina a dosis baja es mi tratamiento

preferido para los hombres que acuden a mi consulta por eyaculación prematura.

Otros antidepressivos

Casi todos los antidepressivos, como los tricíclicos (amitriptilina, doxepina, imipramina y nortriptilina) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (fenelzina y tranilcipromina), y los antipsicóticos (tioridazina, tiotixeno y haloperidol) pueden bajar la libido. Algunos de estos fármacos, como citalopram, pueden bajar mucho la cifra de espermatozoides o incluso pueden causar azoospermia.

De ninguna manera estoy recomendando dejar sin tratar la depresión debido a estos efectos secundarios, pero debe informarse a los pacientes de los efectos secundarios de estos fármacos para que ellos y sus parejas sepan lo que puede suceder.

Fármacos para el cáncer de próstata avanzado

Hasta hace pocos años la única opción terapéutica para los pacientes con cáncer de próstata avanzado era la castración química. En la actualidad hay numerosas opciones que mejoran mucho la calidad y la cantidad de vida de estos pacientes.

Por desgracia, no importa si el paciente recibe hormonoterapia de primera (leuprolida) o de última generación (darolutamida, enzalutamida, apalutamida o abiraterona) porque todos estos fármacos bajan mucho la libido por descenso de la concentración de testosterona. Ninguna intervención es adecuada de aumentar la testosterona sérica sin empeorar potencialmente el cáncer del paciente, porque el cáncer subyacente es hormonosensible.

Inhibidores PDE5

Sí, ya sé que los inhibidores PDE5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil y avanafil) se utilizan para ayudar a los hombres a lograr la erección y que por tanto parece extraño incluirlos en este repaso de los

fármacos que pueden interferir con la vida sexual del paciente.

Pero estos fármacos, como cualquier otro, tienen efectos secundarios. Pueden provocar cefalea, congestión nasal, rubefacción facial o dispepsia, y alterar el estado de ánimo. Aconseje a sus pacientes que no coman antes de tomar estos fármacos eviten el alcohol, se mantengan hidratados y utilicen fármacos sin receta, como paracetamol o ibuprofeno para contrarrestar estos efectos secundarios y seguir su actividad.

El Dr. Henry Rosevear es urólogo y trabaja en medicina privada en Colorado Springs. Pertenece a una saga extensa de médicos, pero antes de dedicarse a la medicina sirvió en la US Navy como oficial a bordo del USS Pittsburgh, un submarino de ataque rápido de la base de New London, Connecticut. En su periodo militar estuvo en dos misiones militares en el Golfo Pérsico y tuvo una experiencia de combate durante la Operación Libertad para Irak. Medscape 2 de febrero de 2021



HABER NACIDO CON BAJO PESO MULTIPLICA POR TRES EL RIESGO DE TENER COVID-19 GRAVE EN MENORES DE 70 AÑOS



Un estudio coordinado por investigadores del Clínic-IDIBAPS, y que publica la revista **Scientific Reports**, muestra que las personas de entre 18 y 70 años que nacieron con bajo peso, menos de 2,5 kg, tienen hasta tres veces más riesgo de ingreso en la UCI por el COVID-19.

La mayoría de pacientes menores de setenta años tienen formas muy leves de COVID-19, pero en un pequeño porcentaje hay complicaciones graves y se desconoce el motivo. Un grupo de investigadores del Clínic-IDIBAPS pusieron en marcha una investigación para conocer las causas.

El estudio ha sido coordinado por la Dra. Fàtima Crispi, médico especialista senior del Servicio de Medicina Materno-fetal del Hospital Clínic - BCNatal e investigadora del grupo medicina fetal y perinatal del IDIBAPS y ha contado con el apoyo, entre otros, de la Fundación La Caixa.

“Gracias a nuestra investigación previa sabemos que haber nacido con bajo peso predispone a tener ciertas enfermedades en la vida adulta, como infarto de miocardio, diabetes o hipertensión”, explica Fàtima Crispi. “El objetivo del estudio fue evaluar si el hecho de haber nacido ‘pequeño’ también es un factor de riesgo para desarrollar un COVID-19 grave”.

En el marco de esta investigación, se reclutaron 397 pacientes de entre 18 y 70 años con COVID-19 atendidos en el Hospital Clínic a los que se les preguntó por el peso al nacimiento. El 15% de los pacientes requirieron ingreso en UCI y los investigadores pudieron identificar como factores de riesgo independientes de ingreso en UCI las siguientes variables: edad, sexo masculino, hipertensión previa y bajo peso al nacimiento. Con

respecto a esta última variable, se vio que nació con bajo peso hace tener hasta tres veces más riesgo de acabar en la UCI por un COVID-19 grave.

Dada la relevancia del hallazgo, se intentó validar en otra cohorte. Por ello, se hizo una encuesta online anónima de donde se obtuvieron datos de 1.822 adultos (18-70 años) que reportaban COVID-19 con prueba de la PCR positiva, donde un 2.5% ingresaron en UCI. Se aplicó el mismo modelo pudiéndolo validar y confirmando el valor predictivo independiente del bajo peso al nacimiento para necesidad de ingreso en UCI por COVID-19.

El estudio demuestra, pues, que el peso al nacimiento puede mejorar la identificación precoz de pacientes con un mayor riesgo de tener una forma grave del COVID-19. “Estos resultados son totalmente nuevos y creemos que muy relevantes, porque nos podrán ayudar a identificar mejor los pacientes menores de 70 años que tienen mayor riesgo con el COVID-19 y adecuar el tratamiento y el manejo de la enfermedad”, concluye Fàtima Crispi.

Referencia del artículo:

Low birth weight as a potential risk factor for severe COVID-19 in adults. Crispi F, Crovetto F, Larroya M, Camacho M, Tortajada M, Sibila O, Badia JR, López M, Vellvé K, Garcia F, Trilla A, Faner R, Blanco I, Borràs R, Agustí A, Gratacós E. *Sci Rep.* 2021 Feb 3;11(1):2909. doi: 10.1038/s41598-021-82389-9.
Clínic Barcelona IDI BAPS INVESTIGACIÓN11 de febrero del 2021

EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, LA EDAD Y EL SEXO AFECTAN LA RESPUESTA HUMORAL A LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Tara Haelle



Encuentre las últimas noticias y orientación acerca de la vacunación contra la COVID-19 en el Centro de información sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2.

La capacidad de generar respuestas inmunes humorales a las vacunas contra la COVID-19 puede verse reducida entre las personas que presentan un rango de peso igual o mayor a sobrepeso, son mayores a 47 años, y de sexo masculino, sugieren nuevos hallazgos. (1)

Los datos pertenecen específicamente a la vacuna de ácido ribonucleico mensajero (ARNm), BNT162b2, desarrollada por BioNTech y Pfizer. El estudio fue realizado por investigadores italianos y se publicó el 26 de febrero como preimpresión en medRxiv.

El estudio involucró a 248 trabajadores de la salud que recibieron cada uno, dos dosis de la vacuna. De los participantes, 99,5% desarrolló una respuesta inmune humoral después de la segunda dosis. Esas respuestas variaron según el índice de masa corporal (IMC), la edad y el sexo.

“Los hallazgos implican que las mujeres, las personas en su peso y los jóvenes tienen una mayor capacidad para generar respuestas inmunes humorales, en comparación con las poblaciones de hombres, con sobrepeso y mayores”, publicaron el Dr. Raul Pellini, profesor del Istituto Regina Elena de la red del Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) en Roma, Italia, y sus colaboradores.

“Hasta donde sabemos, este estudio es el primero en analizar la respuesta a la vacuna contra la COVID-19 en correlación con el índice de masa corporal”, señalan.

“Aunque se necesitan más estudios, estos datos pueden tener implicaciones importantes para el desarrollo de estrategias de vacunación contra la COVID-19, particularmente en personas con obesidad”, escriben.

Si los datos son confirmados por estudios más grandes, “dar a las personas con obesidad una dosis adicional de la vacuna o una dosis más alta podrían ser opciones a evaluar en esta población”.

Los resultados contrastan con los ensayos de vacunas de *Pfizer/BioNTech*

El hallazgo del índice de masa corporal aparentemente contrasta con los datos finales del ensayo clínico de fase 3 de la vacuna, que se informó en un suplemento de un artículo publicado el 31 de diciembre de 2020 en *The New England Journal of Medicine*. En ese estudio, la eficacia de la vacuna no difirió según el peso de los participantes.

Cuando se le pidió que comentara, Akiko Iwasaki, Ph. D., profesora de inmunología en el Howard Hughes Medical Institute e investigadora de la Facultad de Medicina de la Yale University en New Haven, Estados Unidos, señaló que, aunque el estudio italiano actual mostró niveles algo más bajos de anticuerpos en personas con obesidad en comparación con las personas que no tenían obesidad, el ensayo de fase 3 no encontró diferencias en las tasas de infección sintomática.

“Estos resultados indican que incluso con un nivel ligeramente más bajo de anticuerpos inducidos en personas con obesidad, ese nivel era suficiente para proteger contra una infección sintomática”, dijo Iwasaki a *Medscape Noticias Médicas*.

De hecho, el Dr. Pellini y sus colegas señalan que las respuestas a las vacunas contra la influenza, la hepatitis B y la rabia también se reducen en las personas



con obesidad, en comparación con las personas con un peso en rango normal.

Sin embargo, dicen, fue especialmente importante estudiar la efectividad de las vacunas contra la COVID-19 en personas con obesidad, porque la obesidad es un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad en COVID-19.

“El estado constante de inflamación de bajo grado, presente en las personas con sobrepeso, puede debilitar algunas respuestas inmunes, incluidas las iniciadas por las células T, que pueden matar directamente las células infectadas”, señalan los autores.

Hallazgos publicados en la prensa británica

Los hallazgos del estudio italiano fueron ampliamente cubiertos por la prensa no especializada en el Reino Unido, con titulares como, La vacuna de Pfizer puede ser menos efectiva en personas con obesidad, dice un estudio y La vacuna de Pfizer: las personas con sobrepeso podrían necesitar una dosis mayor, dice un estudio italiano. En los periódicos sensacionalistas, algunos titulares eran un poco más estigmatizantes.

Los informes enfatizan que la investigación italiana se publicó como una versión preliminar y no ha sido revisada por pares, o “aún no ha sido examinada por otros científicos”.

La mayoría señala que solo había 26 personas con obesidad entre las 248 personas del estudio.

“Siempre supimos que el índice de masa corporal era una enorme predictor de pobre respuesta inmune a las vacunas, por lo que este trabajo es sin duda interesante, a pesar de que se basa en un pequeño conjunto de datos y es un informe preliminar”, dijo a The Guardian Danny Altmann, Ph. D., profesor de inmunología en el Imperial College London, en Londres, Reino Unido.

“Confirma que tener una población vacunada no es sinónimo de tener una población inmune, especialmente en un país con alta obesidad, y enfatiza la necesidad vital de programas de monitoreo inmunológico a largo plazo”, agregó.

Las respuestas de los anticuerpos difieren según el IMC, la edad y el sexo.

En el estudio italiano, se asignó a los participantes (158 mujeres y 90 hombres) a recibir una dosis de vacuna BNT162b2 con un refuerzo el día 21. Se recolectaron muestras de sangre y nasofaringe al inicio del estudio, y 7 días después de la segunda dosis de vacuna.

Después de la segunda dosis, 99,5% de los participantes desarrollaron una respuesta inmune humoral; una persona no respondió. Ninguno resultó positivo a SARS-CoV-2.

Los títulos de anticuerpos de unión al SARS-CoV-2 fueron mayores en los participantes más jóvenes que en los mayores. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los de edad igual o menor a 37 años (453,5 AU/ml), en comparación con los de 47 a 56 años (239,8 AU/ml; $p = 0,005$), los de edad igual o menor a 37 años y menores frente a los mayores de 56 años (453,5 frente a 182,4 AU/ml; $p < 0,0001$), y los de 37 a 47 años frente a los mayores de 56 años (330,9 frente a 182,4 AU/ml; $p = 0,01$).

La respuesta de los anticuerpos fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (338,5 frente a 212,6 AU/ml; $p = 0,001$).

Las respuestas humorales fueron mayores en personas con índice de masa corporal dentro del rango de peso normal (18,5 a 24,9 kg/m²; 325,8 AU/ml) y aquellas con índice de masa corporal dentro del rango de peso bajo (<18,5 kg/m²; 455,4 AU/ml), en comparación con personas con sobrepeso, definido como un índice de masa corporal de 25 a 29,9 kg/m² (222,4 AU/ml), y aquellos con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²; 167,0 AU/ml; $p < 0,0001$). Esta asociación se mantuvo después del ajuste por edad ($p = 0,003$).

“Nuestros datos enfatizan la importancia de un estrecho seguimiento de la vacunación de las personas con obesidad, teniendo en cuenta la creciente lista de países con problemas de obesidad”, señalan los investigadores.

La hipertensión también se asoció con títulos de anticuerpos más bajos ($p = 0,006$), pero perdió significación estadística después de la comparación por edad ($p = 0,22$).

“Creemos firmemente que nuestros resultados son extremadamente alentadores y útiles para la comunidad científica”, concluyen el Dr. Pellini y sus colaboradores.

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses. Iwasaki es cofundador de RIGImmune y es miembro de su consejo asesor científico.

Medscape. Noticias Médicas. marzo 2021





DIPLOMADO

CONOCIENDO Y MEJORANDO LA ATENCIÓN DE LA GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL DE LATINOAMÉRICA

OBJETIVO GENERAL:

Brindar herramientas didácticas para la atención primaria en ginecología infanto-juvenil

- **DIDÁCTICA INTEGRAL** (master class, foros de discusión, cápsulas informativas, discusión de casos clínicos, ejercicios prácticos)
- **DURACIÓN: 6 meses**
- **HORARIOS FLEXIBLES:** sesiones en vivo cada 15 días
- El alcance de los profesionales de la salud

12 Módulos



50

Destacados Profesores
de 19 países



100%

Modalidad Virtual



**DISPONIBLE
PRÓXIMAMENTE**

¡APARTA TU LUGAR!



PROMENAL

Somos la única empresa que apoya al 100% a sus clientes durante la pandemia COVID-19

Nuestros servicios en todas las coberturas:

- *Asesoría médico legal 24/7
- *Patrocinio ilimitado de abogados especialistas en medicina legal
- *Representación legal:
 - *Penal
 - *Civil
 - *Administrativa
- *Pagos de garantías procesales
- *Pago de reparación del daño
- *Cobertura en todo México

En pandemia COVID sin costo a nuestros afiliados

Trámite y presentación de:

- *Oficios y amparos por:
 - *Falta de equipo de protección
 - *Discriminación
 - *Negativa de riesgo de salud
 - *Rescisión de contrato
 - *Violación de tus derechos

CENTRO DE ATENCIÓN
JURÍDICA 24/7
800 087 2766
www.corporativopmn.com

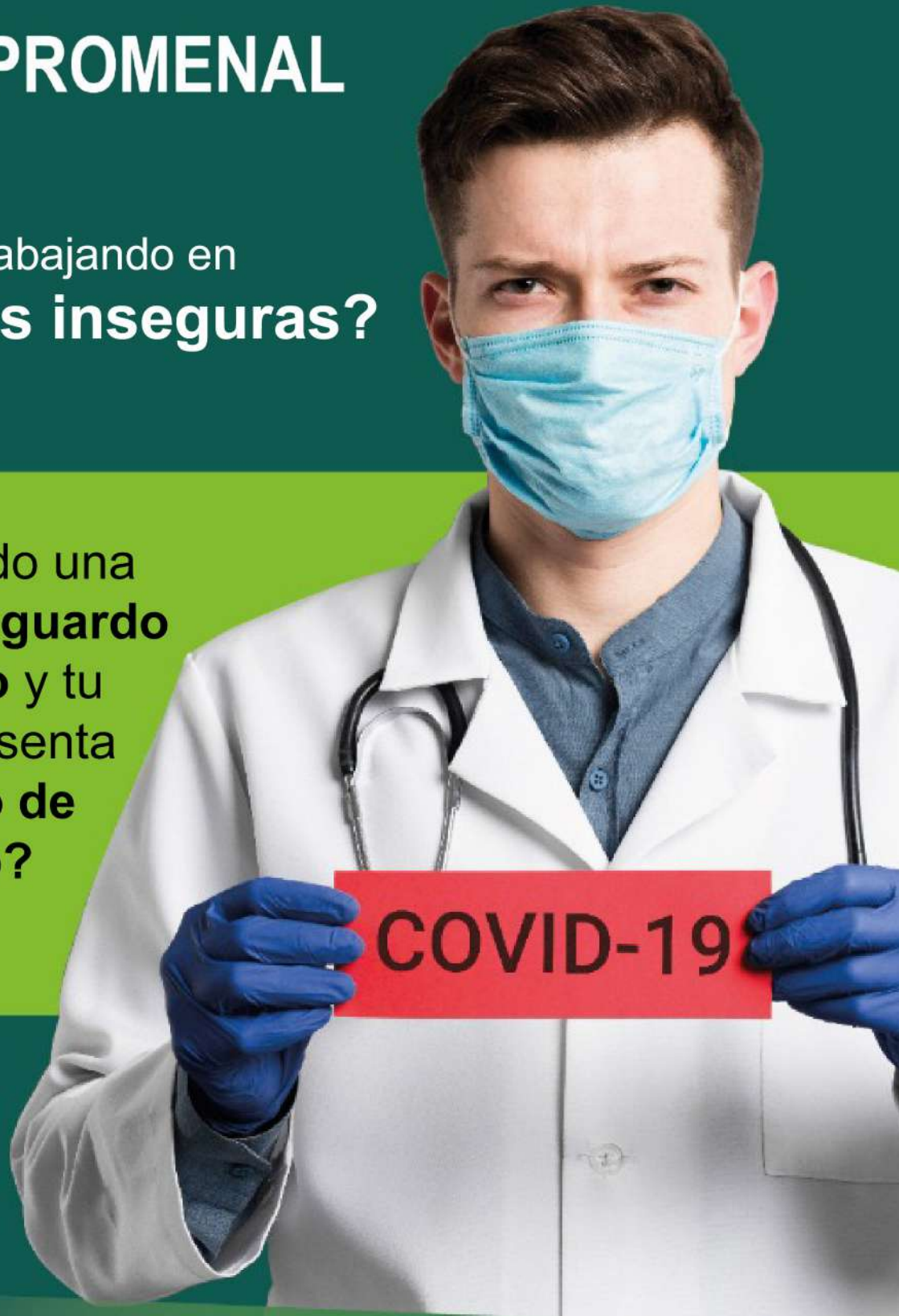


PROMENAL

¿Estás trabajando en
condiciones inseguras?

¿Te han negado una
licencia de **Resguardo
Domiciliario** y tu
trabajo representa
**alto riesgo de
contagio?**

PROMENAL
te ayuda.
Comunícate con
tu asesor, quien
te brindará el apoyo
profesional que
necesitas



www.corporativopmn.com
Facebook: Corporativo PMN

LA VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA PREVIENE EL 90% DE LOS CÁNCERES DE CUELLO DE ÚTERO



El 4 de marzo se celebra el día Internacional de la Concienciación sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH). Un virus que supone la principal causa de cáncer de cuello de útero y que se puede prevenir mediante la vacunación. La vacuna contra este virus sirve para prevenir varios tipos de cáncer, además del de cuello de útero, como el de vagina, vulva, ano, pene y orofaringe.



*Imagen de archivo de vacunación en el Hospital Clínic de Barcelona.
Fotógrafo Francisco Avia*

El virus del papiloma es el causante de 1 de cada 20 casos de cáncer en humanos y, en el caso de las mujeres, es la causa de 1 de cada 10 tumores. Este virus es el responsable de prácticamente todos los casos de cáncer de cuello de útero, concretamente dos de las variantes del virus, el tipo 16 y el 18, causan el 70% de este tipo de cánceres. Además, el cáncer del cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en mujeres en todo el mundo. Hoy en día, se diagnostican más de medio millón de nuevos casos de este cáncer al año y es la causa de muerte de más de 300.000 mujeres.

Desde hace varias décadas la prevención del cáncer de cuello de útero se realiza a través de pruebas de cribado como la citología. Esta prueba

permite detectar lesiones pre cancerígenas y tratarlas, normalmente extirpándolas. Gracias a este proceso se puede prevenir, en muchos casos, la progresión a cáncer.

Aunque la realización periódica de citologías es un sistema efectivo para prevenir este cáncer, en los últimos años, se ha demostrado que hay otro método de prevención que puede serlo aún más: la detección del virus del papiloma. Detectar la infección por el virus del papiloma permite identificar a todas las mujeres con riesgo de desarrollar cáncer de cuello del útero, y tratar únicamente a las que presentan lesiones premalignas. Además, las mujeres con prueba VPH negativa tienen un riesgo tan bajo que pueden realizarse con toda seguridad los controles rutinarios en intervalos de cinco años.

Aun así, existe una forma de prevención todavía más efectiva, llamada prevención primaria, como es la vacunación. Si estas mujeres hubieran recibido una vacuna frente al VPH, no adquirirían esta infección y se reduciría drásticamente su probabilidad de desarrollar un cáncer de cuello de útero. Con este objetivo, se empezaron a comercializar en el año 2006 dos vacunas capaces de prevenir la infección por los tipos 16 y 18 del virus del papiloma. Estas demostraron una altísima seguridad y eficacia, cerca del 100%, en prevenir la infección y, por tanto, también la aparición de lesiones premalignas y cáncer. Actualmente, existen tres vacunas comercializadas que permiten prevenir cerca del 90% de los cánceres causados por este virus, que son el cáncer de cuello de útero, vagina, vulva, ano, pene y orofaringe.

La OMS recomienda la administración sistemática de vacunas frente al VPH y la mayoría de los países, siguiendo sus directrices, la han incorporado en



sus programas de inmunización sistemáticos. En España, la vacuna VPH está incluida en el calendario vacunal de las niñas. Sin embargo, esta vacuna no solo está indicada en las niñas. También ha demostrado ser efectiva en niños, así como en mujeres y hombres adultos. A los hombres les protege del cáncer de pene, canal anal y orofaringe.

Por lo tanto, con los datos que se conocen hasta el momento, se puede concluir que existen dos requisitos indispensables para realizar una buena prevención de cáncer de cuello de útero. Por un lado, una correcta prevención primaria, es decir, evitar la infección por el virus del papiloma a través de una amplia cobertura vacunal. Y, por otro lado, una óptima prevención secundaria, con pruebas de cribado adecuadas para la población de riesgo. Solo de esta manera será posible alcanzar el objetivo futuro que se ha marcado la OMS: la eliminación del cáncer de cuello del útero.

Autores: Dr. Aureli Torné, Jefe de la Unidad de Ginecología Oncológica, y Dra. Marta del Pino, Consultora de la Unidad de Ginecología Oncológica, Instituto Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON) Clínic Barcelona IDIBAPS. TEMAS DE SALUD2 de marzo del 2021



LA NULIPARIDAD, NO LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA, ES LO QUE PROBABLEMENTE AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER DE OVARIO

Mark L. Fuerst



Mujeres que reciben estimulación ovárica para procedimientos de tecnología de reproducción asistida no tienen más riesgo de desarrollar cáncer de ovario que mujeres subfértiles que no se someten a tecnología de reproducción asistida, de acuerdo con un nuevo estudio.

Los resultados indican que la nuliparidad probablemente sea la causa del aumento del riesgo de cáncer de ovario que se observa en pacientes tratadas con tecnología de reproducción asistida, señalaron los investigadores.

En estudios más breves solo se ha comparado a mujeres tratadas mediante tecnología de reproducción asistida con mujeres de la población general.

“Las mujeres subfértiles difieren de las mujeres de la población general en varios factores de riesgo para cáncer de ovario. Por consiguiente, para calcular el riesgo de cáncer de ovario asociado con la tecnología de reproducción asistida fue importante incluir un grupo de comparación de mujeres que fueran subfértiles y que no se hubieran tratado con tecnología de reproducción asistida”, comentó la autora principal del estudio, Flora E. van Leeuwen, Ph. D., del Netherlands Cancer Institute, en Ámsterdam, Países Bajos.

La especialista y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio nacional de cohortes de 30.625 mujeres que recibieron estimulación ovárica para tecnología de reproducción asistida durante 1983-2000 y 9.988 mujeres que recibieron tratamientos de fertilidad diferentes a la tecnología de reproducción asistida.

Los nuevos casos de tumores de ovario invasivos y limítrofes se confirmaron mediante la vinculación con el Netherlands Cancer Registry y el Dutch Pathology Registry. El riesgo de tumores de ovario en mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida se comparó con los riesgos de la población general y del grupo con tecnología de reproducción asistida subfértil.

Los investigadores informaron sobre los resultados en *Journal of the National Cancer Institute*.

Riesgo de cáncer de ovario

Mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida no tuvieron más probabilidades de desarrollar cáncer de ovario que mujeres subfértiles no tratadas con el procedimiento (hazard ratio ajustado [HRA]: 1,02), pero el grupo con tecnología de reproducción asistida tuvo aumento del riesgo de cáncer de ovario en comparación con la población general (razón de incidencia estandarizada: 1,43).

“Sin embargo, esto resultó debido al hecho de que las mujeres que habían recibido tecnología de reproducción asistida tuvieron menos probabilidades de tener descendencia. No tener descendencia es un factor de riesgo documentado para cáncer de ovario”, destacó van Leeuwen.

Mujeres con más procedimientos de tecnología de reproducción asistida que dieron lugar al nacimiento de un niño tuvieron menos riesgo de desarrollar cáncer de ovario, en comparación con aquellas sin algún ciclo exitoso ($p = 0,001$ para la tendencia). Sin embargo, mujeres que solo tuvieron ciclos que no dieron lugar a un nacimiento, no tuvieron más riesgo de cáncer de ovario cuando tuvieron mayor número de ciclos.

“Estos resultados indican que la paridad disminuye el riesgo de cáncer de ovario también en mujeres tratadas



con tecnología de reproducción asistida. Pero más ciclos de tecnología de reproducción asistida no exitosos no incrementan el riesgo de cáncer de ovario”, agregó van Leeuwen.

Riesgo de tumores de ovario limítrofes

El riesgo de desarrollar tumores de ovario limítrofes fue aproximadamente el doble de elevado en mujeres que habían recibido tecnología de reproducción asistida, en comparación con mujeres que habían recibido otros tratamientos de fertilidad (hazard ratio: 1,84) y con mujeres de la población general (cociente de incidencias estandarizado: 2,20).

Sin embargo, el riesgo de desarrollar tumores de ovario limítrofes no aumentó en mujeres que habían recibido múltiples procedimientos de tecnología de reproducción asistida.

“Si hubiera relación causal entre la tecnología de reproducción asistida y mayor riesgo de tumores de ovario limítrofes, esperaríamos ver este aumento de riesgo con mayor número de procedimientos de tecnología de reproducción asistida por la mayor cantidad de hormonas y más estimulación de los ovarios. Esto vuelve un poco dudosa la vinculación directa entre la tecnología de reproducción asistida y el incremento del riesgo de tumores limítrofes. Podría deberse a otros factores, como la gravedad de la infertilidad”, puntualizó van Leeuwen.

Los tumores de ovario limítrofes son infrecuentes en la población general de Países Bajos, y las mujeres que desarrollan estos tumores por lo general tienen buen pronóstico, dijo.

El riesgo de desarrollar un tumor limítrofe antes de los 55 años de edad para las mujeres de Países Bajos es de 0,2%, aproximadamente. Después de la tecnología de reproducción asistida el estudio mostró riesgo de aproximadamente 0,3%.

Asociaciones causales con reproducción asistida son “improbables”

“Las mujeres que desarrollan cáncer y que se han sometido a procedimientos de tecnología de reproducción asistida con anterioridad pueden preguntarse si su cáncer puede ser causado por la tecnología de reproducción asistida. Con base en los resultados de nuestro estudio, esto parece improbable, y este es un mensaje muy tranquilizante que los oncólogos practicantes pueden transmitir a las mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario. Otro mensaje importante es que en mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida la paridad creciente reduce el riesgo de cáncer de ovario”, agregó la especialista.

Añadió que el riesgo de tumores de ovario limítrofes no aumentó en mujeres que recibieron múltiples procedimientos de tecnología de reproducción asistida, “lo que vuelve un poco menos probable que la tecnología de reproducción asistida hubiera causado su tumor de ovario limítrofe”.

El estudio no descarta la posibilidad de que la tecnología de reproducción asistida pudiera incrementar el riesgo de tumores de ovario después de los 60 años de edad.

“Pese a nuestro seguimiento prolongado, la edad de las mujeres al final de nuestro estudio todavía era relativamente joven (56 años en promedio). Dado que la incidencia de cáncer de ovario se incrementa conforme aumenta la edad, es decisivo continuar el seguimiento de estas mujeres. Solo entonces podremos estar seguros de que la tecnología de reproducción asistida no aumenta el riesgo de tumores de ovario a muy largo plazo”, dijo van Leeuwen.

“Este estudio ofrece confirmación de varios estudios previos y tranquiliza en torno al riesgo de cáncer de ovario después de procedimientos de tecnología de reproducción asistida”, destacó el Dr. Daniel Kenigsberg, de RMA Long Island IVF, en Nueva York, Estados Unidos, quien no intervino en este estudio, pero ha realizado más de 30.000 procedimientos de tecnología de reproducción asistida en los últimos 32 años.

“Investigadores han analizado si los fármacos para la fertilidad producen cáncer de ovario de diferentes formas y en diferentes países, y no hay relación causa-efecto. No hubo relación dosis-respuesta entre la tecnología de reproducción asistida y los tumores de ovario en este estudio. Es más probable que haya algo erróneo con los ovarios de las mujeres que haya dado lugar a tumores limítrofes e infertilidad más que cualquier tratamiento”, añadió el Dr. Kenigsberg.

“Tal vez tanto la fertilidad como el cáncer se relacionan con un problema de ovario subyacente, pero esto no explicaría el aumento de la incidencia de cáncer en quienes nunca han intentado el embarazo, es decir, mujeres que voluntariamente no tienen descendencia. El embarazo es protector desde el punto de vista estadístico: mayor número de embarazos da lugar a menos cáncer de ovario, pero esto dista mucho de ser absoluto”, explicó.

El Dr. Kenigsberg señaló que los oncólogos deberían conocer los antecedentes obstétricos y los antecedentes de fertilidad de una paciente, así como cualesquiera intervenciones médicas relacionadas.

“Los tumores limítrofes tienen el mismo aspecto que el cáncer y características histológicas de malignidad, pero no cumplen los criterios para un diagnóstico de cáncer. Requieren vigilancia estrecha debido a que es incierta su relación con el desarrollo de cáncer ostensible”, concluyó.

Mujeres que reciben estimulación ovárica para procedimientos de tecnología de reproducción asistida no tienen más riesgo de desarrollar cáncer de ovario que mujeres subfértiles que no se someten a tecnología de reproducción asistida, de acuerdo con un nuevo estudio.(1)

Los resultados indican que la nuliparidad probablemente sea la causa del aumento del riesgo de cáncer de ovario que se observa en pacientes tratadas con tecnología de reproducción asistida, señalaron los investigadores.

En estudios más breves solo se ha comparado a mujeres tratadas mediante tecnología de reproducción asistida con mujeres de la población general.

“Las mujeres subfértiles difieren de las mujeres de la población general en varios factores de riesgo para cáncer de ovario. Por consiguiente, para calcular el riesgo de cáncer de ovario asociado con la tecnología de reproducción asistida fue importante incluir un grupo de comparación de mujeres que fueran subfértiles y que no se hubieran tratado con tecnología de reproducción asistida”, comentó la autora principal del estudio, Flora E. van Leeuwen, Ph. D., del Netherlands Cancer Institute, en Ámsterdam, Países Bajos.

La especialista y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio nacional de cohortes de 30.625 mujeres que recibieron estimulación ovárica para tecnología de reproducción asistida durante 1983-2000 y 9.988 mujeres que recibieron tratamientos de fertilidad diferentes a la tecnología de reproducción asistida.

Los nuevos casos de tumores de ovario invasivos y limítrofes se confirmaron mediante la vinculación con el Netherlands Cancer Registry y el Dutch Pathology Registry. El riesgo de tumores de ovario en mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida se comparó con los riesgos de la población general y del grupo con tecnología de reproducción asistida subfértil.

Los investigadores informaron sobre los resultados en *Journal of the National Cancer Institute*.

Riesgo de cáncer de ovario

Mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida no tuvieron más probabilidades de desarrollar cáncer de ovario que mujeres subfértiles no tratadas con el procedimiento (hazard ratio ajustado [HRa]: 1,02), pero el grupo con tecnología de reproducción asistida tuvo aumento del riesgo de cáncer de ovario en comparación con la población general (razón de incidencia estandarizada: 1,43).



“Sin embargo, esto resultó debido al hecho de que las mujeres que habían recibido tecnología de reproducción asistida tuvieron menos probabilidades de tener descendencia. No tener descendencia es un factor de riesgo documentado para cáncer de ovario”, destacó van Leeuwen.

Mujeres con más procedimientos de tecnología de reproducción asistida que dieron lugar al nacimiento de un niño tuvieron menos riesgo de desarrollar cáncer de ovario, en comparación con aquellas sin algún ciclo exitoso ($p = 0,001$ para la tendencia). Sin embargo, mujeres que solo tuvieron ciclos que no dieron lugar a un nacimiento no tuvieron más riesgo de cáncer de ovario cuando tuvieron mayor número de ciclos.

“Estos resultados indican que la paridad disminuye el riesgo de cáncer de ovario también en mujeres tratadas con tecnología de reproducción asistida. Pero más ciclos de tecnología de reproducción asistida no exitosos no incrementan el riesgo de cáncer de ovario”, agregó van Leeuwen.

Riesgo de tumores de ovario limítrofes

El riesgo de desarrollar tumores de ovario limítrofes fue aproximadamente el doble de elevado en mujeres que habían recibido tecnología de reproducción asistida, en comparación con mujeres que habían recibido otros tratamientos de fertilidad (hazard ratio: 1,84) y con mujeres de la población general (cociente de incidencias estandarizado: 2,20).

Sin embargo, el riesgo de desarrollar tumores de ovario limítrofes no aumentó en mujeres que habían recibido múltiples procedimientos de tecnología de reproducción asistida.

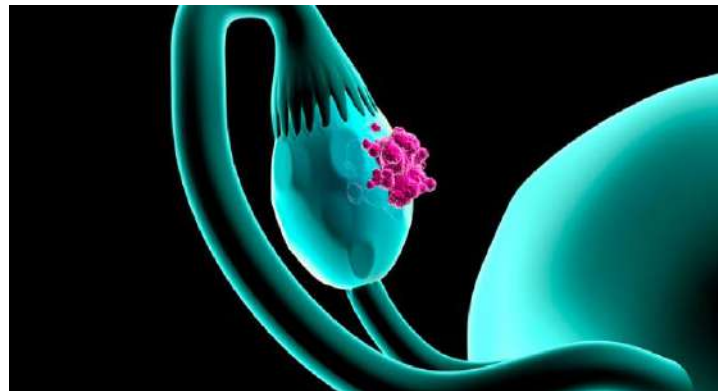
*Noticias y Perspectivas - Medscape Noticias Médicas.
27 de enero de 2021*

Esta investigación fue financiada por becas de la Dutch Cancer Society.

Los autores y el Dr. Kenigsberg han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Este artículo fue originalmente publicado en MDedge.com, parte de la Red Profesional de Medscape.

Spaan M, van den Belt-Dusebout W, Lambalk CB, van Boven HH, y cols. Long-Term Risk of Ovarian Cancer and Borderline Tumors After Assisted Reproductive Technology. JNCI. 17 Nov 2020. doi: 10.1093/jnci/djaa163.



EL DETERIORO OVÁRICO COMIENZA A PARTIR DE LOS 30 O LOS 35 AÑOS, SEGÚN LOS EXPERTOS

Julie Steenhuisen



La tendencia creciente de tener hijos en edades más avanzadas justifica el interés de analizar las causas del envejecimiento natural (normal para la edad) y buscar las posibilidades de moderar su impacto sobre la fertilidad femenina

El envejecimiento prematuro de los ovarios solo ocurre en un uno por ciento de mujeres; sin embargo, entre los 30 y los 35 años comienza un proceso de deterioro cuantitativo y cualitativo natural de los óvulos, que se acelera entre los 35 y los 40 años y, sobre todo, después de los 40; según han expresado los científicos de la clínica MARGen de Granada, liderados por el doctor Jan Tesarik y la doctora Raquel Mendoza-Tesarik.

En este sentido, ambos investigadores destacan que, según los datos del *Instituto Nacional de Estadística* (INE), en España cada vez se retrasa más la maternidad. Así, en 1980, la edad media en la que se tenía el primer hijo era de 28 años y hoy es de 35. «La tendencia creciente de tener hijos en edades más avanzadas justifica el interés de analizar las causas del envejecimiento natural (normal para la edad) y buscar las posibilidades de moderar su impacto sobre la fertilidad femenina», afirman los científicos.

Es por ello que, en un artículo recién publicado en la revista *«International Journal of Molecular Sciences»*, ambos científicos buscan soluciones de este problema mediante un análisis profundo del fenómeno de envejecimiento ovárico, identificando los genes y los mecanismos moleculares potencialmente involucrados.

Su objetivo es orientar el trabajo de los científicos activos en diferentes campos de investigación relacionados con el envejecimiento celular, dándoles elementos para profundizar en busca de soluciones a largo plazo. En paralelo, los autores repasan las posibilidades terapéuticas disponibles en la actualidad, especialmente para combatir el estrés oxidativo, principal causa del envejecimiento de los óvulos.

Tal y como aseguran los expertos, en la mayoría de los casos, el envejecimiento ovárico está causado por un estrés oxidativo, acentuado por una progresiva disminución de la actividad de los genes implicados en las defensas celulares contra este fenómeno. En esta condición, el daño oxidativo producido en diferentes tipos de células ováricas crea un «círculo vicioso», según los autores, involucrando modulaciones del sistema inmune e inflamación que, por su parte, deterioran aún más las defensas antioxidativas.

Estrés oxidativo

Todas las células utilizan el oxígeno inhalado en la respiración y lo transforman en especies reactivas de oxígeno con una actividad oxidativa, llamadas radicales libres, que son fundamentales para el equilibrio energético del organismo, ya que generan energía necesaria para una variedad de procesos vitales. Una vez cumplida su función, los radicales libres se van eliminando por sustancias antioxidantes. En células sanas existe un equilibrio entre la generación, utilización y eliminación de los radicales libres. Cuando la cantidad intracelular de las sustancias antioxidantes es insuficiente para inactivar los radicales libres, estos

se acumulan en la célula produciendo el llamado estrés oxidativo.

Con todo, el exceso de radicales libres lleva a un daño oxidativo en diferentes elementos estructurales de la célula afectada, causando un progresivo deterioro de su función y, si la condición perdura, su muerte. Eso es exactamente lo que ocurre en los ovarios durante el envejecimiento, tanto el natural como el prematuro. El crecimiento y la maduración de los óvulos depende del funcionamiento correcto de diferentes tipos de células ováricas, que producen las hormonas esteroides y nutrientes necesarios para su desarrollo. Si la función de esas células está perturbada debido al estrés oxidativo, los óvulos sufren y se degeneran.

Qué hacer contra el estrés oxidativo

Según el artículo de los científicos granadinos, hay dos posibilidades para hacer frente al estrés oxidativo. La primera es aportar desde fuera las sustancias antioxidantes que faltan a las células con alimentos ricos en antioxidantes, por ejemplo, los frutos rojos, las verduras y legumbres o los cereales integrales, que pueden ser útiles como prevención.

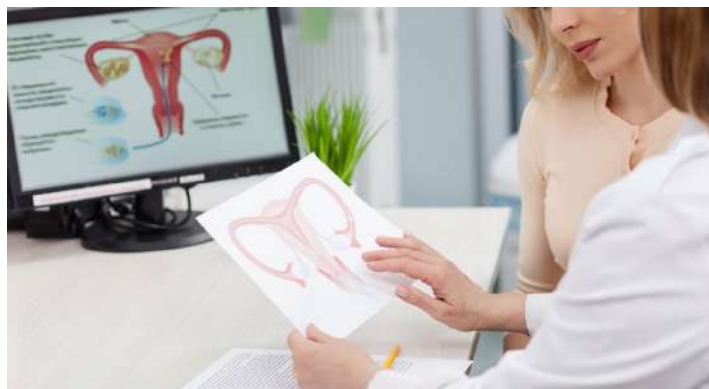
Sin embargo, en la mayoría de las mujeres que ya presentan signos del envejecimiento ovárico, el aporte dietético puede resultar insuficiente para cubrir las carencias existentes. Por tanto la utilización de medicamentos con antioxidantes directos, tales la melatonina, las vitaminas C y E, coenzima Q10 y ácido fólico, es aconsejable.

La segunda es reactivar la cadena de producción de sustancias antioxidantes en las mismas células afectadas por el estrés oxidativo mediante un tratamiento hormonal (antioxidantes indirectos). Así, se trata, sobre todo, de la hormona de crecimiento y la melatonina. «Esta última es particularmente interesante en esta indicación ya que combina

las actividades de antioxidante indirecto, antioxidante directo, antiinflamatorio, e inmunomodulador», tal y como expresan los investigadores.

Según los doctores Tesarik y Mendoza-Tesarik, “aún no se puede actuar directamente sobre los genes responsables del envejecimiento ovárico, pero sí que es posible moderar las consecuencias del envejecimiento para la función de las células ováricas”, señalan. En este sentido, añaden, es preciso analizar varios aspectos del envejecimiento ovárico en cada mujer para elaborar el plan terapéutico mejor adaptado a su condición.

ABC. Actualizado: 19/02/2021



LAS MUJERES MENOPÁUSICAS CON ACTIVIDAD FÍSICA Y SEXUAL DURANTE EL CONFINAMIENTO TIENEN MAYOR CALIDAD DE VIDA



Aquellas que tomaron antidepresivos durante el encierro manifestaron una menor calidad de vida, según un estudio.

Las mujeres que, tanto antes como después de la menopausia, mantuvieron una actividad física y sexual, reflejaron una mayor calidad de vida y de resiliencia durante el confinamiento por la pandemia; mientras que aquellas que tomaron antidepresivos manifestaron una menor calidad de vida, según un estudio en el que han participado ginecólogos del Hospital Clínico San Carlos.

Los autores de esta investigación, que ha sido publicada en *Maturitas*, la revista científica de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia, llegaron a esta conclusión tras el estudio del cuestionario anónimo en el que participaron dos mil 430 mujeres en la peri y postmenopausia, con edades comprendidas entre los 40 y los 70 años, entre el 30 de abril y el 13 de mayo de 2020.

A estas mujeres se les solicitó rellenar la escala Cervantes-SF, realizada en España y validada por un equipo de expertos de la Asociación Española

para el Estudio de la Menopausia, coordinados por el ginecólogo del Hospital Clínico San Carlos, Pluvio Coronado, y que mide el impacto de los síntomas menopáusicos en la calidad de vida de la mujer. A su vez se pasó la escala Wagnild and Young para medir su nivel de resiliencia, es decir, la capacidad del individuo para superar las situaciones adversas, como es la pandemia por Covid-19.

Importancia de la actividad física

Así, las conclusiones de este estudio indican que los niveles de calidad de vida autopercibida fueron superiores durante el confinamiento por Covid-19 en aquellas mujeres que tuvieron actividad física y, en menor medida, las que también fueron sexualmente activas. Por el contrario, el uso de antidepresivos se encontró relacionado con niveles más bajos de calidad de vida autopercibida y resiliencia.

Por otro lado, las mujeres que vivieron la pandemia acompañadas presentaron una mayor calidad de vida que las que vivían solas. Además, otra conclusión del estudio es que el estar en la peri o postmenopausia o padecer la Covid-19 no alteró los niveles de calidad de vida o resiliencia según los análisis efectuados.

“Esto sugiere que la calidad de vida y la resiliencia de la mujer en el climaterio se alteran por motivos más asociados al estado anímico y a la forma de vida que al estado hormonal y la presencia de la enfermedad por SAR-Cov2”, afirma el doctor Coronado. “Si bien hay que tener en cuenta que las mujeres con Covid-19 o sospecha de tenerlo no llegaron al siete por ciento y que todas ellas presentaban síntomas leves sin necesidad de hospitalización”, puntualiza el especialista.



El objeto del estudio era evaluar la relación entre Covid-19, el confinamiento y la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y nivel de resiliencia de las mujeres en el climaterio. Entre las mujeres participantes en el estudio el 89 por ciento tenía entre 45 y 64 años, el 85 por ciento eran postmenopausias, el 59 por ciento manifestó tener estudios superiores y el 79 por ciento vivía acompañada.

Asimismo, en este trabajo se han medido parámetros como estar al cuidado de menores o mayores, vivir sola o acompañada, estado depresivo, estado laboral, su actividad física y su actividad sexual (por ejemplo, para ser considerada físicamente activa la mujer debe caminar a buen ritmo 90 minutos a la semana, o correr o subir en bicicleta al menos 60 minutos a la semana, o hacer ejercicios de pilates durante 120 minutos a la semana).

Consecuencias de un aislamiento prolongado

El aislamiento ha sido relacionado frecuentemente con factores como la depresión o la ansiedad, reduciendo el nivel de resiliencia y bajando la autoestima de quien lo padece. Además, multitud de factores asociados a un período de cuarentena como el miedo a contagiarse, frustración o la desinformación tienen un impacto tanto físico como psicológico en la salud de las mujeres, particularmente en transición a la menopausia, y los efectos negativos de la cuarentena, asociados con la duración del aislamiento, entre otros factores, sugieren que pueden tener consecuencias a largo plazo.

Las mujeres peri y post menopaúsicas, además, pueden cambiar sus hábitos de vida como consecuencia de la cuarentena como sus relaciones personales, sus hábitos nutricionales, la práctica de ejercicio o las relaciones sexuales que pueden agravar sus síntomas menopáusicos repercutiendo en una peor calidad de vida.

ABC . PMADRID Actualizado :08/01/2021



XXIII Congreso
Latinoamericano
de Obstetricia y Ginecología
Asunción, Paraguay
del 25 al 28 de abril 2021

CONGRESO VIRTUAL

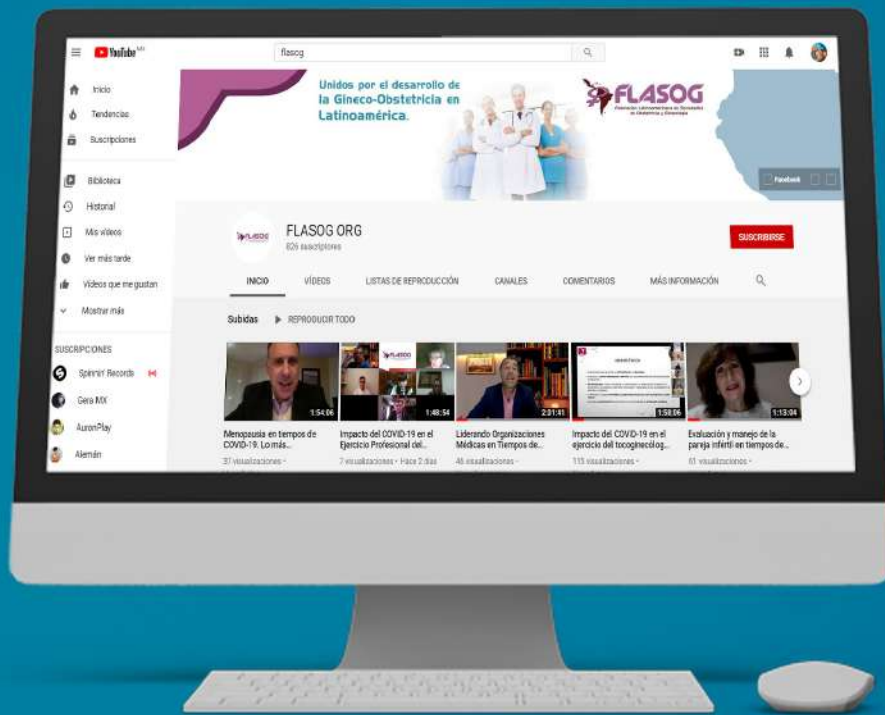
A LA DISTANCIA, JUNTOS.

#FLASOG2021





SUSCRÍBETE A NUESTRO CANAL DE



www.flasog.org

   /@FLASOG



VISITA NUESTRO SITIO WEB

Actualizado diariamente con artículos y protocolos de las instituciones más prestigiosas de Latinoamérica y el mundo.

www.flasog.org

[f](#) [t](#) [i](#) / @FLASOG

