

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 SIEMPRE CRISTINA (Un hecho real)

DR. ANTONIO PERALTA SÁNCHEZ
México

En mi profesión de Ginecólogo y Sexólogo por tantos años, he podido ver historias desde la primera página, el desenlace, el final y el epílogo; las más de las veces con la certidumbre de que pude aportar algún elemento que hiciera apacible la vida, y con la gratificación de que desde esta profesión humanista siempre se puede ver al ser humano con la claridad de un cielo de mayo.

Dos años hace que llegó al consultorio una paciente que tenía años que no veía, me acordaba de ella por su sonrisa franca, la agudeza de su mirada y porque siempre leía mis artículos, -según me dice- le gustaban los de la serie de “San Jeronimito” (una sátira a la política en un pueblo perdido en nuestra patria).

Camelia tan pronto entró se estremeció en un llanto que casi le impedía hablar, no alcanzaba hilar palabras y claro mostraba un sufrimiento atroz.

“Hace 20 años me atendió de mi último parto, fue cuando nació Cristian, ¿Se acuerda?”

-¡Claro que me acuerdo de ti!, pero la verdad no tengo presente a Cristian-, le respondí con sinceridad, -pero no importa. ¿Qué es lo que pasa? tranquilízate y dime-.

Con gran esfuerzo y enjugando el llanto me contó su historia de un girón:

“Cristian es el niño que esperábamos, para mi esposo el que hayamos tenido dos mujeres primero le hacía pensar siempre en la llegada de su niño, por eso fue que cuando supo que iba a ser hombre hizo fiesta en cada momento que se podía. Desde muy pequeño descubrí, pero no le quise dar importancia, que a él le gustaba mucho arreglarse como a sus hermanas, y en más de un ocasión lo vi queriendo ponerse la falda de su hermanita; pensé que trataba de parecerse a ella o que le hacía gracia la ropa de mujer. Al paso del tiempo hubo más hechos que debí haber tomado en cuenta, como cuando en las fiestas de Halloween gustaba ir a todas y siempre vestido de mujer, sabiendo que se trataba de un disfraz hasta le aplaudía; mi problema Dr. es que ahora que está terminado su



universidad como Ingeniero en electrónica me ha confesado algo que no entiendo, que me hace muy desdichada”- El llanto no la dejó continuar con su discurso. Le di tiempo invitándola a respirar profundo, finalmente añadió:-

“Mamá a partir de hoy dejo de ser Cristian y quiero que me llames CRISTINA, porque estoy convencida que nací en un cuerpo equivocado, soy mujer en toda mi esencia y por lo tanto desde ahora viviré como mujer” ¿me aceptas?

“Su padre que alcanzó a escuchar todo estuvo a punto de golpearlo agrediendo con palabras fuertes que hizo que de inmediato defendiera a mi hijo: -¡yo lo acepto porque lo amo, si tú no lo haces será mejor que te vayas!- le dije con coraje y rencor por ver el odio en su mirada-. En efecto a los pocos días se fue, diciendo que sería mejor buscar trabajo en Estados Unidos y que después me enviaría dinero para sus hijos.”

Cristian es transexual y desde niño se dio cuenta que tenía que combatir mil demonios, cientos de barrancas y miles de ríos caudalosos. La transexualidad es una incongruencia de género, es decir sentirse en el cuerpo equivocado; desde junio del 2018 de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó de ser una enfermedad mental, quedando como un trastorno por la no adecuación de cuerpo y género que siente la persona; esta inadecuación requiere apoyo profesional para reasignar cuerpo y género lo que implica vivir el rol nuevo, tratamiento hormonal y finalmente tratamiento quirúrgico.

Le expliqué a Camelia con detalle cada punto y los caminos que existen en México para acompañar estas difíciles historias de vida. Se tranquilizó y salió dispuesta a dar la batalla.

Recientemente regresó Camelia radiante por la victoria, solo a contarme todas las veredas que ha recorrido.

“Cristina recién empezó a trabajar en una gran empresa, y ya planeamos para este año una vez que venda una casita que me dejó mi padre, para que la operen en Canadá, me cuesta aún trabajo pero la amo como a mis otras hijas. Mi esposo nos envía dinero pero nunca pregunta por Cristina. La lucha fue muy difícil porque para poder cambiar el nombre a sus documentos tuvimos que llegar a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y yo saqué fuerza hasta de las piedras pero siempre estuve con mi hija, y finalmente GANAMOS, ahora ya sus documentos están en orden, me queda muy claro que no existen culpables, que es parte de la vida y que ella merece ser feliz. Yo estoy dispuesta a seguir combatiendo porque la lucha aún no termina, nuestra familia, la gente; pero qué importa si Mi Cristi es feliz, y sus hermanas la adoran”.

Se fue Camelia y me quedé pensando en la grandeza de las madres que nunca dejan a sus hijos, que son capaces de nadar todos los mares para ver la felicidad en el rostro de sus vástagos.

¿Los padres haríamos lo mismo?



Nombre de la Sociedad:

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)



País:

Colombia

Fundación:

4 de diciembre de 1967

Presidente:

Dr. Armando Solano Gamez.

Tiempo de Gestión: 2 años

Fecha de inicio: 2018

Fecha de fin de gestión: 2020

RESPECTO A LA INSTITUCIÓN:

HISTORIA

La Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, FECOLSOG, es una Sociedad Científica que reúne y agrupa a las Asociaciones regionales de la especialidad de la Obstetricia y la Ginecología ubicadas en la República de Colombia. Su fundación se remonta al 4 de diciembre de 1967 en la ciudad de Cúcuta con ocasión del VII Congreso Colombiano de la especialidad. La Personería Jurídica otorgada es la No. 2624, el 6 de agosto de 1968. Actualmente la conforman 24 Asociaciones filiales de cada Departamento de Colombia, dividida en 4 Zonas: Zona Norte, Zona Sur, Zona Oriente y Zona Centro Occidente. De acuerdo con el último censo -2017- realizado por nuestra Federación, en Colombia hay 3.500 ginecólogos, de los cuales 2.700 se encuentran afiliados a FECOLSOG. La presidencia se elige cada dos años de forma alternada entre las diferentes zonas, mediante procesos de democracia e identificación de liderazgos en cada región.

La **MISIÓN** que orienta nuestra razón de ser: *“Agrupar y representar a todos los Gineco-obstetras y demás asociados, fomentando el desarrollo científico, académico, político, gremial, ético y social, a través de estrategias que procuren el bienestar integral para sus afiliados y una óptima salud femenina”.*

Entre los objetivos que principalmente nos proponemos:

1. Asegurar la prestación de servicios y suministro de productos de excelente calidad para los asociados, afiliados y comunidad.
2. Promover el desarrollo ético, científico y gremial del área de ginecología y obstetricia en el país.
3. Promover el desarrollo y mejoramiento continuo de la salud sexual y salud reproductiva de la mujer en el país.



4. Implementar y mejorar continuamente la eficacia y efectividad de los procesos internos y del sistema de gestión de calidad. Para materializar y alcanzar estos objetivos la FECOLSOG se apoya en una estructura gerencial y administrativa que operacionaliza las directrices y lineamientos de la Junta Directiva y los Comités de trabajo: Comité Científico, Comité Gremial, Comité de Salud Materno-Fetal y Perinatal, Comité de Ginecología Oncológica, Comité de Medicina Reproductiva y Endocrinología, Comité de Salud de la Mujer y Derechos Humanos, Comité de Ética, ACOG Colombia, Comité de Cirugía Mínimamente Invasiva y un Comité de Salud Pública que es transversal a todos los Comités anteriores.

Para la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, uno de los pilares que da sentido a nuestra Institución es contribuir a la educación médica continuada de nuestros asociados y demás profesionales del equipo de salud (médicos generales, enfermeras) que velan por la salud y el bienestar de la mujer, tarea que cada día se hace más compleja, sin el apoyo oficial, ni una política pública orientada a la actualización del talento humano en salud. Pero independientemente de ello, igualmente creemos que debemos ser innovadores, creativos y estar alerta hacia donde debemos movernos con nuestra propuesta, en la intención de cumplir con el objetivo mencionado, por ello hemos iniciado un proceso de fortalecimiento de nuestro Departamento de Educación que en un mediano plazo, la educación virtual será el eje principal de la actualización académica y científica de nuestra organización.

Por otro lado, vientos difíciles y nubarrones se ciernen sobre el ejercicio de nuestra profesión, fue aprobado en primer debate del senado, el Proyecto de Ley 147-17 con el título: “por medio del cual se dictan medidas **para prevenir y sancionar la violencia obstétrica**”, partiendo de una errada interpretación que **criminaliza el acto médico en la atención del parto** y elevando algunas infracciones al campo penal, con pérdida de la relación de confianza mutua que debe predominar entre el médico y su materna; aspectos que consideramos se encuentran contemplados y sancionados en el Código de Ética, Ley 23, por ello creemos es una **LEY INNECESARIA E INCONVENIENTE YA**

QUE PRETENDE RESGUARDAR LO QUE YA ESTA PROTEGIDO EN OTRAS LEYES.

En los últimos años se ha hecho latente entre los miembros de nuestra comunidad gremial, una creciente preocupación originada en los malestares que las demandas legales por responsabilidad civil y penal vienen ocasionando en el ejercicio de la profesión médica en Colombia, situación que a la par de las gravosas consecuencias económicas que pueden generar en nuestros **Asociados**, ha venido tejiendo una heterodoxa forma de relacionamiento entre el médico y el paciente, donde el temor y la desconfianza han servido de tierra fértil para un ejercicio médico prevenido de contingencias ajenas a la situación de salud concreta y objetiva del paciente.

Una mirada al entorno de prestación de servicios de salud en Colombia, revela la configuración de un complejo sistema de interacción compuesto por una variedad de actores cuyas motivaciones están orientadas por los más disímiles intereses, desde pacientes, instituciones prestadoras de servicios de salud, los estrados judiciales, entidades financieras aseguradoras, cuerpos de servicios legales, entre otros, donde ciertamente la prestación del servicio de salud en condiciones dignas, ha perdido su preponderancia natural frente a otras lógicas que han venido estableciendo las condiciones en el ejercicio de la profesión médica.

Dentro de aquel contexto, el profesional de la salud, protagonista del servicio y de la relación con el paciente, se encuentra en una atípica desventaja en el momento de verse inmerso en un proceso judicial originado en la responsabilidad civil y penal por el ejercicio de su praxis, ya sea por la magnitud económica de algunos intervinientes, las particularidades y fallas de los sistemas de cobertura de riesgos ofrecidos por las empresas aseguradoras, la misma situación generalizada del sistema judicial colombiano, y el modelo oficial de determinación de la responsabilidad donde las doctrinas legales prevalecen sobre las fuentes del saber médico.

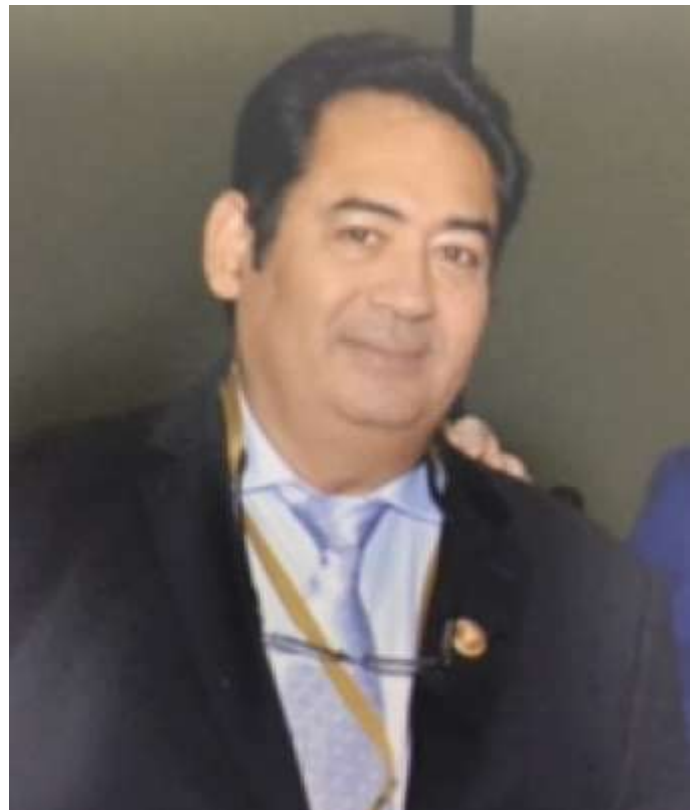
Conscientes de la situación y convencidos de que la gestión gremial debe perseguir un ejercicio médico en condiciones dignas y debidas para nuestros pacientes y profesionales, encontramos necesaria la conformación de un equipo de asesoramiento legal promocionado desde FECOLSOG,



buscando para nuestros asociados un direccionamiento y acompañamiento comprensivo con los riesgos que supone el ejercicio de la profesión, contemporáneo, y con las particulares características del sistema judicial colombiano. De esta forma, se buscaría un efecto de corrección frente a las particulares fallas y asimetrías enfrentadas por nuestros asociados en el momento de encarar su defensa en los estrados judiciales, respaldados por el trabajo de equipos interdisciplinarios que propendan por trazar líneas de defensa más sólidas y que se beneficien de la calidad de litigantes recurrentes al ser alimentadas y coadyuvadas por las propias experiencias de los distintos miembros de la Federación.

La Junta Directiva está empeñada en fortalecer la Unidad de Servicios Jurídicos de la Federación, dotándola de un equipo legal con la mayor experticia en los temas de nuestra especialidad y consolidar una alianza estratégica en el corto plazo con un agente asegurador que permitan al ginecólogo tener la garantía de un verdadero respaldo de su actuación profesional.

Una buena noticia que quiero compartir con ustedes es la inclusión y aceptación de nuestra Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en Medline, lo que permitirá una mayor visibilidad a las publicaciones e investigaciones de ginecólogos y ginecólogos colombianos.





GinExeltis

Ginexeltis es un programa de educación médica continua, dirigido a gineco-obstetras de latinoamérica enfocado en la creación de una comunidad académica en torno a la suplementación inteligente de la gestante y otros temas de gran impacto en ginecología.

Conozca los beneficios de Ginexeltis:

ACTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

Manténgase actualizado en Ginexeltis.com

Encuentre información actualizada en temas de ginecología que lo pondrá al día en:

- ✓ **Guías** de práctica clínica mundiales en texto completo.
- ✓ **Resúmenes** de las revistas de alto impacto.
- ✓ **Material** para pacientes
- ✓ **Noticias** de las sociedades científicas mundiales y regionales.

Educación Médica Continua:



Congresos

Entérese todos los meses de los congresos mundiales y regionales de ginecología.



Videos de Conferencias

Manténgase al día con las presentaciones y conferencias disponibles en la web.



Cursos

Siga los cursos de educación médica continua en nuestra región.

HERRAMIENTAS PARA FACILITAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Medicina basada en la evidencia

- ✓ Use las mejores herramientas para la búsqueda efectiva de artículos científicos en texto completo y en las mejores bases de datos médicas.
- ✓ Ubique fácilmente la mejor fuente de información con el Mapa de Búsqueda.
- ✓ Revise artículos de Medicina Basada en la Evidencia con la mejor sustentación científica.

GRUPOS DE DISCUSIÓN

Lo invitamos a participar en nuestros grupos de discusión o crear su propio grupo:

- ✓ **Casos clínicos** en temas de gran impacto en ginecología.
- ✓ **Grupos de temas** de interés regional.
- ✓ **Grupos de médicos** por ciudad o región.

MANTÉNGASE ACTUALIZADO EN GINEXELTIS.COM

Hemos reunido un grupo de expertos internacionales, para ofrecer a su comunidad.

Dr(@). su información será manejada según las políticas de confidencialidad y protección de datos.

RED SOCIAL DE GINEXELTIS

Contacte con colegas y amigos de la región en un entorno académico y social.

- ✓ Haga contacto con sus amigos y colegas de la región.
- ✓ Descubra nuevos colegas.
- ✓ Contacte con miembros de su ciudad o con intereses afines.
- ✓ Comparta fotos, videos, eventos y más...

REALICE SU PRE- REGISTRO EN:
ginexeltis.com/pre-registro

¡Lo esperamos!



ATROFIA UROGENITAL Y ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA. “MITO O REALIDAD”



DRA. FLORY MORERA GONZÁLEZ
Costa Rica

Sonia tiene 53 años, consulta por síntomas irritativos urinarios, ha consultado en varias ocasiones con distintos médicos recibiendo varios tipos de antibióticos y analgésicos urinarios, con lo que mejora pero rápidamente vuelve a presentar los síntomas e inclusive dice que le han dicho que tiene examen de orina y urocultivos negativos pero igual le indican los antibióticos... Al iniciar la consulta me dice “doctora vengo para que usted me ayude, he consultado con muchos médicos, he gastado mucho dinero y sigo mal ... ¡estoy desesperada!”.

Al entrevistarla tiene historia de resequead vaginal y dolor con la relación sexual. Además, ha tenido episodios frecuentes de urgencia urinaria y de incontinencia urinaria asociada con el esfuerzo, que ha llegado a ser molesto e inclusive le limita realizar algunas de sus actividades diarias... ¿es esto atrofia urogenital? ¿es esto alteración de calidad de vida?

Durante el climaterio, cerca del 15% de las mujeres en la perimenopausia presentan síntomas de atrofia urogenital: 20% al año, 47% a los 3 años y 50-60% a los 4 años. De estas mujeres, solo 1 de cada 3 consultarán por estos síntomas,

las restantes 2 no lo harán, principalmente porque considerarán normal estos síntomas por la edad.

Entre los síntomas más frecuentes de atrofia urogenital están: resequead vaginal 43%, dispareunia 25%, sepsis urinaria a repetición 25%, incontinencia urinaria 25-45%, urgencia urinaria 30%, síntomas que presentaba nuestra paciente Sonia.

Se ha demostrado que la terapia hormonal sistémica elimina los síntomas de la atrofia vaginal en el 75% de los casos, mientras que la terapia local 1 o 2 veces por semana lo hace en el 80% – 90% de los casos, en caso de usar esta vía no es necesario asociar una progestina. Entonces, debemos hacer énfasis que aunque la paciente esté tomando terapia hormonal de reemplazo sistémica muchas veces es necesario agregarle también la terapia tópica.



Es importante tener presente que en caso que exista una contraindicación para los estrógenos, se debe ofrecer alguna opción a la paciente, como los humectantes vaginales o la terapia láser.

En mi país Costa Rica, tenemos 1.076.391 mujeres mayores de 40 años, que es la edad de inicio de los síntomas de atrofia urogenital, eso me indica que por lo menos 610.000 mujeres pueden presentar estos síntomas y que solo 182.000 estarían consultando.

Siendo los ginecólogos muchas veces los médicos de cabecera de nuestras pacientes, debemos revisar cuántas de ellas requieren terapia y podemos ayudarlas para mejorar su calidad de vida... *los invito a reflexionar ...*



PREMIO DOCTOR GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO DE DESARROLLO DE INSTITUCIONES

RECONOCIMIENTO A UNA GRAN LABOR



Ciudad de México. Abril de 2019.

El *Consejo de Salubridad General*, en cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto Presidencial por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública, le otorgó el pasado 9 de abril al **Dr. Samuel Karchmer K.**, el *Premio “Doctor Guillermo Soberón Acevedo” de Desarrollo de Instituciones 2019* por su continua y efectiva labor en favor de la salud del pueblo de México, así como por su destacada y distinguida participación en la medicina institucional de nuestro país.

El Dr. Karchmer, Director Emérito del Instituto Nacional de Perinatología, recibió el premio en Palacio Nacional de manos del Dr. Jorge Alcocer Varela, Secretario de Salud, en la entrega de Premios al Mérito de la Ceremonia Conmemorativa del Día Mundial de la Salud 2019.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, se enorgullece de que el Dr. Samuel Karchmer, Presidente de FLASOG, haya recibido dicho premio en reconocimiento a su trabajo y trayectoria en la medicina institucional.

¡Muchas felicidades Dr. Karchmer!





*El Consejo de Salubridad General
otorga el Premio
"Doctor Guillermo Soberón Acevedo"
de Desarrollo de Instituciones
al*

Dr. Samuel Karchmer Krivitzky

*En la Ciudad de México, el Día Mundial de la Salud
nueve de abril del 2019*

*Presidente del
Consejo de Salubridad General
y Secretario de Salud*



*Secretario del
Consejo de Salubridad General*



UNA PRUEBA DE ORINA PUEDE DETECTAR RÁPIDAMENTE LA PREECLAMPSIA



Una prueba de orina puede detectar rápidamente la preeclampsia, según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Ohio, del Centro Médico Wexner de la Universidad Estatal de Ohio y del Hospital de Niños de Nationwide (Estados Unidos).

En concreto, los investigadores cuyo trabajo ha sido publicado en *EClinicalMedicine*, han diseñado una herramienta rápida para identificar la preeclampsia utilizando una *prueba clínica de colorante rojo (Red Dot Paper o RDP)* asequible y no invasiva.

Actualmente, la preeclampsia se identifica por la presión arterial elevada y ciertas proteínas en la orina. El trastorno es la primera razón por la que los médicos deciden provocar un parto y es responsable de aproximadamente el 18% de las muertes maternas en Estados Unidos.

“La preeclampsia afecta hasta al 8% de los embarazos. El desafío es que es una enfermedad progresiva y que no todos progresan al mismo tiempo. Algunas mujeres pueden tener la enfermedad por semanas antes de tener síntomas, mientras que otras mujeres pueden progresar a un nivel peligroso en unos días”, señalan los autores.

Para llevar a cabo el trabajo, reclutaron a 346 mujeres embarazadas que estaban siendo evaluadas por hipertensión arterial y posible preeclampsia. Utilizaron la prueba de orina RDP que proporciona resultados en tres minutos. Enfermeras de investigación clínica capacitadas analizaron los resultados antes de que el médico del paciente hiciera un diagnóstico final.

De todas ellas, 89 tenían un diagnóstico clínico de preeclampsia, de las cuales el 79% se indujo el parto por esta causa, con una edad media de parto a las 33 semanas de gestación. El equipo encontró que la prueba RDP era superior a las otras pruebas bioquímicas, con una tasa de precisión del 86%.



Referencias

Disclaimer

EClinicalMedicine 2019. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.02.004.

Artículo publicado en Noticias Médicas el 19 de marzo de 2019



1^a CUMBRE IBEROAMERICANA DE ANTICONCEPCIÓN

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CIUDAD DE MÉXICO

31 DE JULIO, 1 Y 2 DE AGOSTO

2019

FEDERACIÓN ANFITRIONA



INSCRÍBETE EN:
www.flasog.org/cumbre2019

   /@FLASOG

RESULTADOS RESPALDAN LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH DE LOS NIÑOS ANTES DEL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL



Artículo de Harder T, Wichmann O, Klug SJ, Van der Sande MAB, Wiese-Posselt M. publicado en *BMC Medicine* (18 jul. 2018) de Priscilla Lynch republicado en Univadis

Una revisión de los datos existentes indica que la vacunación contra el VPH en los varones es medianamente efectiva contra la infección anogenital persistente por el VPH y las lesiones intraepiteliales anales de alto grado en poblaciones constituidas principalmente por varones con infección por el VPH.

En la primera revisión sistemática de este tipo, publicada en *BMC Medicine*, se evaluaron siete estudios de la vacunación contra el PVH en varones (cuatro ensayos controlados aleatorizados, tres estudios no aleatorizados), con un total de 5,294 participantes.

La eficacia de la vacuna frente a las infecciones anogenitales por el VPH 16 persistentes durante al menos seis meses fue del 46,9 % (IC del 95%: 28,6%-60,8%), mientras que la eficacia contra las infecciones orales persistentes fue del 88% (IC 95%: 2%-98%).

Se observó una eficacia de la vacuna del 61,9% (IC del 95%: 21,4%-82,8%) y del 46,8% (IC del 95%: -20% a -77,9%) frente a la neoplasia anal intraepitelial de grados 2 y 3, respectivamente.

No hubo estimaciones relevantes de la eficacia de la vacuna contra la neoplasia intraepitelial del pene de grados 2 o 3, y no se identificaron datos en relación con el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, del pene ni del ano.

En los participantes seronegativos para el VPH y con un resultado negativo en la PCR en el momento de la inclusión, la eficacia en todos los desenlaces de valoración fue mayor.

Los resultados respaldan la vacunación contra el VPH de los niños antes del inicio de la actividad sexual.

De acuerdo con las conclusiones de los autores del estudio, serán necesarios estudios de modelado para evaluar los efectos de agregar a los varones a los programas de vacunación contra el VPH existentes para mujeres.



Referencias

Harder T, Wichmann O, Klug SJ, van der Sande MAB, Wiese-Posselt M. Efficacy, effectiveness and safety of vaccination against human papillomavirus in males: a systematic review. *BMC Med.* 2018;16(1):110. doi: 10.1186/s12916-018-1098-3. PMID: 30016957.



SPGO
SOCIEDAD PARAGUAYA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



XXIII Congreso
Latinoamericano
de Obstetricia y Ginecología
Asunción, Paraguay
del 6 al 10 de septiembre 2020



RESUMEN CLÍNICO: PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA



Diciembre de 2018



Indicaciones: Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) están indicadas para prevenir el embarazo después de tener relaciones sexuales coitales si no se ha usado un método anticonceptivo; si se ha usado un método anticonceptivo pero de forma incorrecta; o si se ha usado de forma correcta pero se observa inmediatamente que ha fallado.

Regímenes de PAE: Los dos principales regímenes de PAE, empaquetados y etiquetados específicamente como anticoncepción de emergencia (AE), son:

- 1 tableta de levonorgestrel (LNG) de 1,5 mg (también en presentación de 2 tabletas de LNG de 0,75 mg cada una, que pueden tomarse juntas de forma segura).
- 1 tableta de acetato de ulipristal (UPA) de 30 mg.

Otros regímenes de PAE son:

- 1 tableta de mifepristona de 10-25 mg (menos disponible).
- El método hormonal combinado (conocido como Yuzpe), que consiste en usar cierto tipo de pastillas anticonceptivas como AE.

Indistintamente del régimen que se emplee, las PAE deben tomarse lo más pronto posible, y no más allá de cinco días después de la relación sexual coital, para maximizar la probabilidad de que se usen antes de la ovulación.

Cómo funcionan las PAE: El mecanismo de acción primario es la interferencia con la ovulación.

Se han postulado otros mecanismos, pero no están bien sustentados en los datos. No hay evidencia que apoye la teoría de que las PAE interfieran con la implantación de un huevo fecundado. Las PAE no causan un aborto si hay un embarazo en curso.

Efectividad de las PAE: El régimen de LNG reduce el riesgo de embarazo por lo menos a la mitad y posiblemente hasta el 80-90% después de un episodio de coito desprotegido. Los regímenes de UPA y de mifepristona son más efectivos que el de LNG. El régimen combinado (Yuzpe) es el menos efectivo.

Efectos secundarios: Las PAE son seguras, y no existen situaciones en las que los riesgos de usar cualquiera de los regímenes de PAE superen los beneficios. Los efectos secundarios son menores y autolimitados, y pueden incluir alteraciones en el patrón de sangrado, náusea, dolor de cabeza, dolor abdominal, sensibilidad en los senos, mareo o fatiga.

Efectos en el embarazo: Las PAE no causan daño alguno si se toman de forma inadvertida durante el embarazo. Si la mujer resultara embarazada a pesar de haber usado las PAE, éstas no le causarán ningún daño a ella, al embarazo o al feto.

Precauciones y contraindicaciones: Las PAE no tienen contraindicaciones médicas. Una mujer embarazada no debería tomar PAE porque no tendrán ningún efecto.

Evaluación clínica: No es necesario realizar exámenes clínicos ni de laboratorio antes de tomar las PAE.



Casos especiales:

- **Adolescentes:** Las PAE son seguras para todas las mujeres independientemente de la edad; pueden usarlas niñas en fases iniciales de la pubertad, antes de la menarquia.

- **Lactancia:** Las PAE de LNG pueden tomarse sin restricciones. Si se usa la PAE de UPA, se recomienda suspender la lactancia durante una semana.

- **Uso de PAE antes del coito:** Las PAE podrían ser un método apropiado para mujeres que tienen relaciones coitales con poca frecuencia; pero esta indicación requiere de mayor estudio. Si una mujer tiene la oportunidad de planificar el uso de métodos anticonceptivos antes del coito, se recomienda el condón u otros métodos de barrera.

- **Uso después de más de un episodio de relaciones sexuales coitales sin protección:** La mujer debe usar un solo tratamiento de PAE, independientemente del número de episodios previos de coitos desprotegidos. Si todos sucedieron dentro de las últimas 120 horas, es recomendable usar la PAE de UPA. Si sucedieron en las últimas 72 horas, se puede usar tanto LNG como UPA.

- **Uso repetido:** Las PAE pueden utilizarse con tanta frecuencia como sea necesario, pero no es necesario tomarlas más de una vez cada 24 horas, si hubo varios episodios de coito sin protección en este lapso de tiempo. Usar las PAE más de una vez durante un mismo ciclo menstrual es totalmente seguro. Debido a la interacción entre UPA y LNG, en caso de necesitar nuevamente las PAE dentro de un período de cinco días, debe usarse el mismo régimen previamente utilizado (ya sea LNG o UPA).

- **Uso de PAE durante el “período no fértil”:** Determinar con certeza si el coito ocurrió en un día fértil o no fértil es a menudo imposible. Por lo tanto, una mujer no debería abstenerse de usar las PAE porque asume que tuvo relaciones en un día del ciclo supuestamente “no fértil”.

- **Interacciones con medicamentos:** Los inductores de las enzimas hepáticas CYP450 pueden reducir la efectividad de las PAE de LNG y de UPA. Estos incluyen los medicamentos contra el VIH efavirenz y ritonavir; ciertos medicamentos para la tuberculosis y la epilepsia; y medicamentos a base de hierbas que contienen hierba de San Juan. A toda mujer que utilice estos medicamentos y que necesite AE, debe ofrecérsele la inserción de emergencia de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre o, alternativamente, una doble dosis de LNG (3 mg). Por otro lado, la eficacia de la PAE de UPA puede verse reducida si se tomó una progestina hasta siete días antes, o si se toma hasta cinco días después de la ingesta del UPA. No se recomienda el uso de la PAE con UPA en mujeres con casos severos de asma tratados con glucocorticoides orales, o en mujeres con insuficiencia hepática grave.

- **Embarazo ectópico:** Ningún régimen de PAE aumenta el riesgo de embarazo ectópico.

- **Obesidad:** Las PAE pueden ser menos efectivas entre mujeres con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², que entre mujeres con un IMC de < 25 kg/m². Se recomienda usar el DIU de cobre o la PAE de UPA en mujeres con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²). Como alternativa, puede usarse una doble dosis de LNG. No debe negarse el acceso a las PAE a ninguna mujer por su IMC o por exceso de peso.

- **Sistemas de prestación de servicios:** Todas las mujeres, niñas y hombres deben recibir información sobre las PAE, antes de que necesiten usarlas. Para garantizar un acceso oportuno, puede considerarse obtener un paquete de PAE (o la receta médica para su compra) con antelación.

- **Entrega de las PAE:** Dada la creciente variedad de métodos de AE a disposición de las mujeres, éstas deben disponer de la información y consejería necesarias para elegir el mejor método de AE cada vez que la necesitan. No se requiere seguimiento médico después de usar AE.



Iniciar o reanudar el uso de anticonceptivos regulares después de usar la PAE: Las mujeres deben ser claramente informadas de que, si tienen relaciones sexuales coitales desprotegidas en el mismo ciclo después de usar las PAE, están en mayor riesgo de embarazo; y que las PAE no ofrecen protección anticonceptiva para relaciones sexuales coitales posteriores a su toma. Después de usar las PAE, la mujer debe usar otro método anticonceptivo antes de reanudar su actividad sexual:

- Si se ha utilizado la PAE de LNG o el método Yuzpe, se recomienda usar un método de barrera o abstenerse de tener relaciones coitales durante una semana. Los métodos anticonceptivos hormonales, combinados o de progestina sola (pastillas, parches, inyección, implantes, anillo), pueden iniciarse o reanudarse de manera segura el mismo día de la toma de la PAE de LNG.

- Si se ha utilizado la PAE de UPA, se recomienda usar un método de barrera o abstenerse de relaciones coitales durante dos semanas. Los métodos anticonceptivos hormonales combinados o de progestina sola (pastillas, parches, inyección, implantes, anillo), excepto el Sistema Intrauterino de LNG (SIU-LNG), pueden iniciarse de manera segura cuando hayan pasado cinco días completos desde la toma de la PAE de UPA.

Si la usuaria resulta embarazada: Puede ocurrir que una mujer que utilizó las PAE, posteriormente se dé cuenta de que está embarazada, ya sea porque ya estaba embarazada; porque las PAE no funcionaron; o porque tuvo relaciones sexuales sin protección después de usar las PAE. En cualquier caso, la mujer debe saber que las PAE no tienen efectos adversos conocidos sobre el embarazo.



Para más información, consulte la guía completa Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidance (4a edición, 2018), disponible en inglés en: https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/ICEC-guides_FINAL.pdf

Este resumen en castellano ha sido posible gracias a la colaboración de: la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), Asociación Ciudadana ACCEDER (Costa Rica); Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – Promsex (Perú); Dra. Raffaella Schiavon (México); los Consorcios Europeo y Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (ECEC y CLAE), y Management Sciences for Health.

SIMPOSIO CLIMATERIO, PUNTOS CLAVE PARA EL MANEJO



Dos importantes temas del simposio:

“RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA”

“CÁNCER DE MAMA: LA PARADOJA DE LOS ESTRÓGENOS”

En el pasado Congreso de FIGO efectuado en Río de Janeiro, los gineco-obstetras latinoamericanos tuvieron una destacada participación en numerosos simposios, los cuales estuvieron a su máxima capacidad de asistencia. La Dra. María Cecilia Arturo (Colombia), coordinadora del *Comité de Climaterio de FLASOG*, nos envía la relevante participación de los **Dres. Wellington Aguirre, de Ecuador y Camilo Rueda Beltz, de Colombia**, en el simposio *“Climaterio, puntos clave para el manejo”*, que se resumen las conclusiones a continuación:

Riesgo cardiovascular de la mujer en la menopausia.

Dr. Wellington Aguirre

Conclusiones

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) se constituye en la principal causa de muerte a nivel mundial, en países del primer mundo y en desarrollo, tanto en varones como en mujeres, superando otras causas como el cáncer, accidentes, diabetes, enfermedades respiratorias, etc.

La ECV se incrementa en la mujer a partir de la menopausia y es mayor cuando es quirúrgica. A partir de la menopausia, se acentúan algunos cambios metabólicos y hemodinámicos que se inician varios años antes, destacando el incremento progresivo del tejido adiposo corporal y su distribución abdominal, cambio que se relaciona con la disminución de la actividad física, del gasto energético, la carencia de estrógenos y la progresión del envejecimiento. También se han detectado alteraciones en la sensibilidad periférica a la insulina, cambios en la tolerancia a la glucosa, metabolismo lipídico, incremento progresivo en la presión arterial, los que en conjunto conducen con frecuencia al establecimiento de Síndrome Metabólico (SM).

El SM está relacionado con insulino resistencia e hiperinsulinemia compensatoria que favorece la intolerancia a la glucosa y progresión de los procesos de aterosclerosis, para finalmente incrementar sensiblemente el riesgo de ECV. Este síndrome es más prevalente a partir de la menopausia pudiendo afectar al 69% de mujeres asiáticas en la post menopausia; mientras, en Latinoamérica alcanza al 42.9% en mujeres de 60-64 años.



Cáncer de Mama: la paradoja de los estrógenos.

Dr. Camilo Rueda Beltz

Conclusiones

La asociación de riesgo del cáncer de mama con el uso de estrógenos que ha sido muy controvertida a lo largo de los años, al día de hoy y con base en estudios desde la biología molecular y génesis del cáncer de mama, hasta estudios poblacionales de tipo observacional y también ensayos clínicos controlados con el uso de Terapia Hormonal y riesgo de cáncer de mama, permiten definir que:

- La asociación de esta enfermedad con el uso de estrógenos no es un efecto de causalidad.
- El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial de factores genéticos y ambientales.

- Los factores de riesgo juegan un papel crucial en presencia de una susceptibilidad genética.

- Los estrógenos pueden acelerar la proliferación celular de un cáncer ya instaurado, por vía hormona-receptor.

- La expresión clínica de un tumor mamario se evidencia después de 10-15 años del uso de TRH.

- En el cáncer de mama el mejor escenario es: uso previo de TRH y tumor con receptores hormonales positivos ER (+)

- Los estrógenos NO son inductores de cáncer de mama.

LA FDA APRUEBA ROMOSUZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN POSMENOPÁUSICAS CON ALTO RIESGO DE FRACTURA



La **FDA** de Estados Unidos ha aprobado el fármaco romosozumab (Evenity) para el tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con riesgo alto de fractura.

Según han informado las compañías desarrolladoras del medicamento, UCB y Amgen, se trata del primer y único formador óseo con efecto dual: por un lado, aumenta la formación del hueso y, por otro, aunque en menor medida, reduce la resorción ósea, lo que se traduce en una disminución del riesgo de fractura. El tratamiento consta de una dosis subcutánea al mes durante un año.

“Estamos emocionados con esta aprobación que supone que los médicos tienen una nueva opción terapéutica para las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que tienen alto riesgo de fractura”, ha indicado la responsable de Salud Ósea y vicepresidente ejecutiva de UCB, Pascale Richetta.

La aprobación de la FDA está fundamentada en los resultados de dos estudios clínicos de Fase 3: el FRAME, controlado con placebo, en el que han participado 7.180 mujeres posmenopáusicas afectadas de osteoporosis y con alto riesgo de fractura; y el ARCH, un ensayo clínico comparativo con tratamiento activo en 4.093 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que habían tenido una fractura previa.

“La aprobación de romosozumab por la FDA representa un desarrollo terapéutico importante para las pacientes que necesitan un medicamento que pueda aumentar rápidamente la densidad mineral ósea y ayude a reducir el riesgo de fracturas futuras en un plazo de 12 meses”, ha añadido el vicepresidente ejecutivo de Investigación y Desarrollo de Amgen, David M. Reese.



Disclaimer

© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.
Publicado en la revista digital Noticias Médicas univadis – 22 de abril 2019



CONGRESOS 2019



XXII CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HONDURAS DEL 28 AL 30 DE MARZO



XVII CONGRESO BIENAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA COLOMBIA DEL 28 AL 30 DE MARZO



XXIV CONGRESO DOMINICANO PUNTA CANA, REPÚBLICA DOMINICANA DEL 2 AL 5 DE MAYO



CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PANAMÁ, DEL 25 AL 27 DE ABRIL



XXI CONGRESO NACIONAL COSTARRICENSE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL 17 AL 21 DE JUNIO



XVIII CONGRESO CUBANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL 18 AL 21 DE JUNIO



JORNADA INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA PERÚ, DEL 22 AL 24 DE AGOSTO



XLVI CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA, JULIO



XXIV CONGRESO BOLIVIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 25 - 27 SEPTIEMBRE



69 CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, 13 A 17 DE OCTUBRE



58 CONGRESO BRASILEIRO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL 13 AL 16 DE NOVIEMBRE



XXXIV CONGRESO ARGENTINO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA FASGO 2019, OCTUBRE



XXXVII CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA SE REALIZARÁ EN LA CIUDAD DE VIÑA DEL MAR 13, 14 Y 15 DE NOVIEMBRE



XXIII CONGRESO ECUATORIANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2019

OTROS CONGRESOS



CONGRESO DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRENATAL
15 - 17 de Mayo
Ciudad de Guatemala, Guatemala



CONGRESO LATINOAMERICANO DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL
30 de mayo - 1 de junio
Asunción, Paraguay



XVIII CONGRESO MUNDIAL DE LA ACADEMIA DE REPRODUCCIÓN HUMANA
3 - 6 Abril 2019
Dublin, Irlanda



INTERNATIONAL FEDERATION OF FERTILITY SOCIETIES
International Federation of Fertility Societies
Federación Internacional de las Sociedades de Fertilidad

CONGRESO MUNDIAL DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE SOCIEDADES DE FERTILIDAD (IFFS)
11 - 14 de Abril 2019
Shangai, China



XV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ULTRASONIDO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (ISUOG)
12 - 14 Abril 2019
Sao Paulo, Brasil



RCOG WORLD CONGRESS 2019
LONDON UK • 17-19 JUNE

CONGRESO MUNDIAL RCOG ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGIST
17 - 19 Junio 2019
Londres, Reino Unido



V CONGRESO MUNDIAL DE ULTRASONIDO IN GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA MATERNO FETAL Y REPRODUCCIÓN HUMANA IAN DONALD SCHOOL
24 - 31 Agosto 2019
Cartagena, Colombia



GYNECOLOGICAL ENDOCRINOLOGY THE 19th WORLD CONGRESS
4-7 MARCH 2020 FLORENCE, ITALY

XIX CONGRESO MUNDIAL DE GINECOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA
4 - 7 Marzo 2020
Florencia, Italia



XVII CONGRESO MUNDIAL DE MENOPAUSIA
30 abril - 2 de mayo 2020
Melbourne, Australia



20th World Congress on In Vitro Fertilization
20th WORLD CONGRESS ON IN VITRO FERTILIZATION

XX CONGRESO MUNDIAL DE FERTILIZACIÓN IN VITRO
24 - 26 Octubre 2019
Barcelona, España



COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS

www.flasog.org

f   **/@FLASOG**



gineco

FLASOG

¡MANTENTE ACTUALIZADO!



www.flasog.org

/@FLASOG