BOLETÍN FLASOG
AÑO 3 | NO. 29 | JULIO 2020

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. Garello
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

LA "NUEVA NORMALIDAD" EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

Dr. Jorge Méndez Trujeque

En definitiva, COVID 19 ha sido la pandemia de las incertidumbres, ¿dónde está el virus?, ¿quién es portador asintomático?, ¿qué debo tomar?, ¿ya estamos en el pico de la pandemia?, ¿deja inmunidad?, ¿la inmunidad es permanente?, ¿cuándo tendremos un tratamiento específico?, ¿cuándo tendremos una vacuna?, ¿cuándo podremos hacer una vida normal?, ¿podremos regresar a la antigua normalidad?, etc.

La incertidumbre también involucra el ejercicio de la medicina, ya que si bien esta contingencia puso en evidencia las fallas y carencias de nuestros servicios de salud, la práctica de la medicina institucional y privada será diferente a como veníamos ejerciéndola.

En esta nueva etapa, con toda seguridad tendremos que implementar cambios en nuestra vida profesional, que si bien nos resistiremos por naturaleza humana, finalmente tendremos que acceder a ellos en alguna medida. Aunque hasta hace poco tiempo algunos protocolos y herramientas digitales eran lejanamente opcionales, ahora se volverán obligatorias.

Seguir con el aplauso

Ahora que estamos en la desescalada, descovificación o como le queramos llamar, pareciera como si tuviéramos que empezar de nuevo con nuestras vidas. Como si fuéramos de nuevo adolescentes, nos hacemos las preguntas de los quinceañeros: ¿puedo salir?, ¿hasta qué hora? ¿puedo irme el fin de semana con mis amigos? Y no solo con la vida social, también respecto a los hábitos personales, de pareja y, por supuesto, en el trabajo.

Se ha repetido en muchos foros que estos meses hemos tenido más tiempo para pensar y reflexionar sobre qué es lo que más nos importa, de manera que al volver a la vida 'normal', lo reflexionado nos llevaría a vivir una vida más auténtica. Sin embargo, no está claro ni que vayamos a volver a tener una vida normal (si por normal entendemos la vida pre-COVID19) ni que estos meses

nos hayan servido de aprendizaje para ser mejores. Le respuesta a estas cuestiones la encontraremos con el paso del tiempo. Lo que sí resulta evidente es que, si no tomamos las riendas de nuestras vidas ahora, en la descovificación, la vida continuará y nosotros nos quedaremos atrás.

Además de las dudas y cuestiones sobre nuestra vida personal y social, una pregunta que se hacen los médicos en el regreso a quién sabe dónde es cómo será la nueva medicina post-COVID. ¿Cómo será la medicina post-COVID? Distante. Los centros sanitarios, públicos y privados, grandes hospitales y Atención Primaria, se están preparando para marcar distancia con los enfermos. Para la telemedicina, fundamentalmente a través de asistencia telefónica y de videoconsultas, pero también por correo electrónico y mediante páginas web sanitarias. Este tipo de servicios ya estaban aumentado de forma exponencial en la era pre-COVID (prisiones, atención a domicilio, emergencias, medicina humanitaria y militar, atención privada, etcétera), pero ahora se están convirtiendo en el nuevo paradigma de la medicina. En la nueva normalidad.

Los servicios de telemedicina se justificaban porque permitían eliminar determinadas barreras, bien por distancia geográfica o por falta de recursos. En ambos supuestos, la telemedicina suponía una mejora en la prestación de servicios sanitarios en contextos donde resultaba difícil acceder a la tecnología o a una medicina especializada. En la era post-COVID la justificación es otra. No se trata de falta de recursos ni de distancia geográfica, se justifica por la necesidad de mantener otro tipo de distancia: la interpersonal. Los enfermos y usuarios no deben saturar los centros sanitarios y cuando acudan han de mantener una distancia física de seguridad. Si se atiende a los enfermos por teléfono o por videoconsulta, se evita que las salas de espera se saturen y que los pacientes de alto riesgo -víctimas potenciales de contagio- se acerquen a los centros sanitarios. Podemos imaginar la medicina del futuro, al menos en el corto plazo: médicos convertidos en telefonistas y teleconsejeros, nada de contacto personal con los enfermos.

Dejando a un lado los problemas técnicos, deontológicos y legales que esto puede suponer (seguridad e identidad de los interlocutores, consentimiento para aceptar este tipo de consultas, confidencialidad de los datos, etcétera), lo más importante, y que no podemos olvidar, es que la telemedicina disminuye la calidad asistencial. La relación clínica es terapéutica porque permite un mejor conocimiento de los enfermos y de la enfermedad y, al ser generadora de confianza, mejora la adhesión y la continuidad asistencial. Que tengamos que aceptar que la medicina post-COVID tiene que incorporar la telemedicina no significa admitir que esto sea mejor o igual que la atención personal de los pacientes. Con la telemedicina la información no es igual, ni son equiparables las explicaciones de los profesionales, los pacientes no se comunican ni pueden aclarar sus dudas como si estuvieran delante del médico, sin olvidar que, si ya es difícil cotejar lo que el paciente entiende en una consulta presencial, es mucho más difícil si la consulta se produce por mail o teléfono. Un último detalle: se ha observado que, con el fin de facilitar el proceso, en la telemedicina existe tendencia a generar menos pruebas complementarias y a simplificar el tratamiento y el seguimiento. Todo ello reduce la calidad asistencial.

• Si queremos seguir aplaudiendo al sistema sanitario, este tiene que continuar siendo de calidad. Más aún, debe mejorarla. La medicina se basa en una relación clínica que es personal, confidencial y terapéutica. De acuerdo, aceptamos que provisionalmente tengamos que incorporar la telemedicina para asegurar la distancia social en los centros sanitarios; pero hay

que recalcar su provisionalidad, porque muchos médicos (especialmente aquellos a los que no le gustan los pacientes, que por supuesto los hay), gestores y empresas del sector de la telemedicina ya sueñan con que este apaño provisional se convierta en definitivo, con que la telemedicina llegue para quedarse. Los médicos deben tener claro que la medicina se practica con el enfermo. Que para que la medicina sea buena y de calidad es preciso interactuar y tocar. Si declinan de esto olvidan la esencia de su profesión. Conforme vayamos recuperando la 'normalidad' deberemos ir volviendo a la medicina presencial. Si tenemos esto claro y no dejamos que pasen por encima de nosotros (y de los enfermos) aquellos interesados en que veamos a los enfermos desde la distancia, una vez más tendremos un motivo para seguir aplaudiendo.

Editorial Univadis. 19 mayo. 2020

ALIANZA FLASOG

PONEMOS A
TU MARCA
EN DONDE DEBE VERSE

ESCRÍBENOS A
alianza@flasog.org

VIVIR CERCA DE POZOS DE PETRÓLEO Y GAS SE RELACIONA CON BAJO PESO AL NACER

Vivir cerca de pozos activos de petróleo y gas puede incrementar el riesgo de las embarazadas de tener hijos con bajo peso al nacer, especialmente en zonas rurales, según un nuevo estudio sobre casi 3 millones de nacimientos en California (Estados Unidos), publicado en *Environmental Health Perspectives.*

El estudio, financiado por la *Junta de Recursos del Aire de California*, es uno de los más grandes de su tipo y el primero en el estado. Analizó los registros de casi 3 millones de nacimientos de personas que viven 10 kilómetros alrededor de al menos un pozo de petróleo o gas entre 2006 y 2015.

A diferencia de estudios anteriores, examinó los nacimientos en áreas rurales y urbanas, y las personas que viven cerca sitios activos e inactivos de petróleo y gas.

El estudio encontró que, en las zonas rurales, las mujeres embarazadas que vivían a menos de 1 kilómetro de los pozos de mayor producción tuvieron 40% más probabilidades de dar a luz a niños con bajo peso al nacer y 20% más probabilidades de tener niños pequeños para su edad gestacional, en comparación con las personas que vivían más lejos de los pozos o cerca de los pozos inactivos. Entre los nacimientos a término, los niños tenían de media 36 gramos menos.

Las personas que viven cerca de pozos activos en áreas urbanas también tenían probabilidades ligeramente mayores de tener hijos pequeños para la edad gestacional. El estudio no encontró una relación significativa entre la proximidad a los pozos de petróleo y gas y los nacimientos prematuros.

"Nacer con bajo peso al nacer o pequeño para la edad gestacional puede afectar el desarrollo de los recién nacidos y aumentar su riesgo de problemas de salud en la primera infancia e incluso en la edad adulta", explica Rachel Morello-Frosch, autora principal del artículo.

Referencias
Disclaimer

Environ Health Perspect.
2020;128(6):67001. doi:10.1289/EHP5842
Noticias Médicas. 10 jun. 2020

EL USO DE BENZODIACEPINAS ANTES DE LA CONCEPCIÓN SE RELACIONA CON UN MAYOR RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO.

Las mujeres que toman benzodiacepinas antes de quedar embarazadas tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico, según un estudio realizado sobre una muestra de casi 1,7 millones de mujeres que se publica en *Human Reproduction.*

La investigación ha encontrado que el riesgo de embarazo ectópico fue un 50% más elevado en mujeres que habían completado una receta de benzodiacepinas en los 90 días anteriores a la concepción.

Los embarazos ectópicos ocurren en 1 o 2% de los embarazos cada año y son una emergencia de salud grave para las mujeres. Son responsables del 6-13% de las muertes relacionadas con el embarazo. También pueden provocar complicaciones graves e infertilidad.

Aunque se sabe que las infecciones pélvicas, el uso de tecnología reproductiva, los dispositivos intrauterinos, el tabaquismo y el aumento de la edad son factores de riesgo para embarazos ectópicos, aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un embarazo ectópico no tienen un factor de riesgo conocido.

Elizabeth Wall-Wieler, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford (Estados Unidos), que dirigió la investigación, señala que *"la mayoría de los estudios que estudian el uso de medicamentos como las benzodiacepinas en el embarazo se centran en el efecto sobre el niño".*

"A mí me interesa el impacto que tienen estos medicamentos en la salud de la mujer, y descubrí que aunque el uso de medicamentos específicos en torno a la concepción podría estar afectando al sistema reproductivo, no había ninguna investigación sobre el uso de medicamentos psicotrópicos en el riesgo de un embarazo ectópico -añade-. Ello a pesar de que se ha comprobado que el uso de benzodiacepinas en el embarazo está asociado a aborto espontáneo, resultados adversos del nacimiento y el desarrollo del niño".

Wall-Wieler y colegas analizaron datos de reclamaciones de seguros de salud de Estados Unidos sobre 1.665.446 embarazos en mujeres de entre 15 y 44 años entre el 1 de noviembre de 2008 y el 30 de septiembre de 2015. De estos, el 1% de las mujeres completaron al menos dos recetas de benzodiazepinas por un total de suministro mínimo de diez días en los 90 días anteriores a la concepción.

Un total de 30.046 (2%) embarazos fueron ectópicos y 17.990 (1% del total) correspondieron a mujeres que tenían una prescripción de benzodiacepinas antes de la concepción.

"Esto se traduce en 80 embarazos ectópicos de más por cada 10.000 embarazos entre las mujeres expuestas a las benzodiazepinas en comparación con aquellas que no estuvieron expuestas a estos fármacos antes de la concepción", explica Wall-Wieler.

Referencias
Disclaimer
Hum Reprod. 2020; deaa082. doi:10.1093/humrep/deaa082
Noticias Médicas. 4 jun. 2020

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

ESPERAMOS UN POCO MÁS PARA EL EVENTO DE G.O. MÁS IMPORTANTE DE LATINOAMÉRICA

www.flasog.org

/@FLASOG

SECCIÓN TELEMEDICINA
LA ERA POST COVID-19 PARECE QUE SERÁ LA ERA DE LA TELEMEDICINA, PERO ¿CÓMO?

Parece existir consenso en que una de las consecuencias de la pandemia de Covid-19, será que los responsables de los sistemas sanitarios de todo el mundo recapaciten sobre el papel que ha de tener la tecnología digital en la atención médica. Y no tanto por la aparición de herramientas nuevas, sino por la necesidad que se ha evidenciado de emplear alternativas tecnológicas que ya existían a la atención sanitaria tradicional.

Precisamente en esta sección hemos hablado de cómo se ha tenido que gestar una respuesta rápida al fenómeno de la congestión sanitaria producida por la atención al coronavirus, y que muchos países han intentado derivar la asistencia hacia canales telemáticos. Las empresas que ofrecen sistemas de consulta médica mediante videoconferencia están registrando la mayor demanda de su breve historia, y gobiernos como los de EE.UU. o Australia han aprobado medidas urgentes para el reembolso al paciente de estas consultas. Otros, como el británico, han empleado con mayor intensidad canales de los que ya disponían, como el chatbot sobre coronavirus que puso en marcha el NHS.

En nuestro entorno, numerosos equipos clínicos de atención primaria han tenido que emplear sistemas de control y seguimiento de los pacientes para garantizar que mantengan la asistencia necesaria, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas. Desde una humilde línea telefónica, hasta un sistema más avanzado de videoconsulta, los casos de uso de sistemas de atención remota han aumentado al mismo tiempo que progresaba la pandemia, y parece claro que muchas de las nuevas prácticas van a persistir. En parte, se pretendía mantener una línea de atención adaptada a la disponibilidad de estos nuevos canales, y también evitar que muchos pacientes tuvieran que acudir a sus lugares de consulta presencial habituales en el curso del confinamiento.

"La atención primaria con ayuda del teléfono está consiguiendo que miles y miles de pacientes infectados estén siendo tratados y seguidos en sus domicilios sin necesidad de acudir al hospital, evitando su colapso", comentaba Hermenegildo Marcos, representante nacional de médicos de atención primaria rural del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) en un reportaje de la agencia SINC.

Este nuevo panorama para la telemedicina, en sus distintos niveles, se representa también en el hecho de que las compañías tecnológicas son cada vez más relevantes como proveedores de las organizaciones sanitarias, y que los grandes gigantes mundiales (Google, Amazon, Apple o Microsoft) tienen cada día mayor interés en buscar utilidad (y negocio) sanitarios a su ingente capacidad innovadora.

Lo que sería iluso es pensar que la telemedicina (palabra que es la acepción más común para referirnos

a la asistencia sanitaria en remoto) solo consiste en montar un sistema de teleconsulta. Algo tan sencillo ahora mismo como hacer una videollamada y que médico y paciente se encuentren a través de una pantalla y una red de comunicación. Las oportunidades (y los requerimientos) para la telemedicina van mucho más allá. La puesta en marcha de estos servicios no consiste solo en elegir una herramienta para la conectividad y ponerla a funcionar. Alrededor de ello hay mucha más oportunidades, como las relacionadas con las aplicaciones móviles, los sistemas de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial, o la llamada terapéutica digital.

En Europa, es verdad que la primera ola de la salud digital se ha centrado principalmente en resolver asuntos como las comunicaciones, el acceso a los servicios tradicionales y la organización del flujo de información. Sin embargo, la nueva ola tecnológica se orienta a buscar la manera de aprovechar la digitalización para mejorar también los resultados clínicos, y esto tiene mucho que ver con muchos otros avances que se están produciendo. De hecho, algunos gobiernos (y la propia Comisión Europea) ya estaban trabajando en cómo definir las nuevas reglas para facilitar el mayor aprovechamiento posible de la salud digital, y promover el sector mediante una mayor orientación hacia el manejo integral de las enfermedades.

Esta nueva frontera se estaba viendo, por ejemplo, en Alemania tras la aprobación de una ley que permitía a los médicos recetar aplicaciones de salud reembolsadas por el sistema. A partir de ese momento, se empezó a producir un movimiento amplio de creación de herramientas cada vez más avanzadas, muchas de las cuales provenían de pequeñas startups que vieron una gran oportunidad en el campo de la salud y una eventual recompensa a su trabajo creativo.

Otro proyecto relevante es el que había iniciado la UE para integrar las bases de datos de los estados miembros y hacer posible el acceso a una prestación farmacéutica más o menos unificada, o a servicios asistenciales compartidos por los distintos países.

En el campo de las terapias digitales, se abrían paso soluciones orientadas sobre todo al área de la modificación de los hábitos, sistemas de apoyo a la toma de decisiones personales para llevar una vida más saludable. Algunas de las ideas que se han presentado en este campo se acompañan del uso de aplicaciones o dispositivos cuantificadores, como pulseras y relojes inteligentes, que permiten un mayor control de las variables fisiológicas de las personas y la creación de modelos de mejora basados en la información y los incentivos.

Y para finalizar, una de las grandes áreas de la revolución digital para la sanidad, seguramente la más relevante, es la de la aplicación de la Inteligencia Artificial, que casi cada semana presenta alguna novedad en la invención de algoritmos avanzados de análisis de datos médicos, y que está aportando oportunidades no solo para perfeccionar la interpretación de la información clínica y los diagnósticos, sino también para rediseñar circuitos asistenciales y eliminar contactos innecesarios de los pacientes con el sistema.

Como se puede comprobar, en el umbral de esta nueva era de la telemedicina no solo podemos hablar de cómo establecer una teleconsulta, sino de un universo de aplicaciones de la tecnología digital a la asistencia sanitaria, que por su propia esencia acabarán haciéndose convergentes. Es la oportunidad para una transformación de los canales de acceso, pero también para aumentar la generación de valor asistencial e integrar alrededor de la tecnología muchas nuevas funciones, algunas completamente nuevas y algunas sustitutivas de las anteriores.

Para que todo esto sea posible, habrá que hacer de la necesidad, virtud. La crisis del covid-19 va a verse continuada por una crisis económica en todos los países occidentales, de incierto desarrollo, y la inversión en tecnología se va a ver afectada. Pero también hay un amplio convencimiento en que si se produjera una incorporación cabal de la tecnología digital en la sanidad se ganaría en eficacia, eficiencia y reducción a medio plazo de costes innecesarios.

Referencias

Disclaimer

El coronavirus y las consultas a distancia: ¿en qué punto está la telemedicina en España? https://www.agenciasinc.es/Reportajes/El-coronavirus-y-las-consultas-a-distancia-en-que-punto-esta-la-telemedicina-en-Espana Médicos e Internet. 22 may. 2020

SECCIÓN TELEMEDICINA
TELEMEDICINA, SUS ASPECTOS DEONTOLÓGICOS Y SUS IMPLICACIONES TÉCNICAS

Hay quien ha dicho que por causa de la pandemia de coronavirus, en un año se van a tener que abordar las transformaciones sanitarias que en otras circunstancias se harían en diez.

Una de las más relevantes tendrá que ver sin duda con la telemedicina. La respuesta sanitaria a la pandemia ha supuesto, en la mayoría de los países del mundo, que se tengan que emplear canales innovadores para atender a los pacientes en unas circunstancias que no aconsejaban su presencia física en los centros de salud u hospitales. Igual que en estos meses se ha vivido el auge de las reuniones virtuales o el teletrabajo, también ha sido el momento de eclosión de la telemedicina.

En esta sección ya hemos hablado de este fenómeno, y de cómo se ha buscado una utilidad inmediata a herramientas que, de otra parte, estaban ya disponibles para la práctica clínica desde hace tiempo. El desarrollo de la teleconsulta, por ejemplo, se ha acelerado poderosamente en tiempos de confinamiento, y hay una opinión prevalente que dice que ha llegado para quedarse, porque los resultados de esta forzosa "prueba de concepto" son favorables.

El fenómeno ha ocupado a la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, que ha emitido un informe sobre la telemedicina en el acto médico. Y más concretamente, sobre la consulta médica no presencial, la e-consulta o la consulta online, según mencionan en su preámbulo.

El informe está contextualizado en la situación actual, y se menciona que "la covid-19 nos ha obligado a replantear el ejercicio de la propia Medicina, no solo en ámbitos clínico-asistenciales, sino también en la forma de comunicación entre los propios profesionales sanitarios y entre estos y los pacientes". De ahí que "se ha impulsado a la telemedicina como una alternativa tecnológica y organizativa que permite y ha permitido, atender a nuestros pacientes en determinadas condiciones, facilitar su acceso al sistema sanitario o favorecer la seguridad del paciente y del resto de la población como ha ocurrido durante la pandemia".

En un análisis del contexto social y tecnológico, el informe de la OMC menciona los cambios relativos a la digitalización de muchas de las actividades cotidianas antes y durante la pandemia. "La generalización de la telefonía móvil inteligente en amplios sectores de la población, y el estímulo que ha supuesto el confinamiento por la pandemia de covid-19 al uso de redes sociales, mensajería instantánea, videoconferencias, teletrabajo, y otras formas de conectividad virtual, ha sido el catalizador de un cambio cualitativo en la actitud y competencia de la población y los profesionales para trasladar una parte de los contactos clínicos a las consultas no presenciales".

A partir de aquí, se menciona el hecho de que se ha producido un desplazamiento hacia la atención telemática "que tanto el médico como el paciente deben utilizar con responsabilidad y considerarlo en sí un verdadero acto médico". Y se menciona también el posible problema del exceso de utilización de estos canales más directos: "es frecuente que, debido a la novedad del sistema y su forma de implantación, el paciente no tenga claro que la llamada de su médico es ya en sí un acto médico, por lo que pueda tender a sobreutilización de éste limitando así el acceso a otros pacientes que lo necesiten".

Entre los requerimientos deontológicos, el documento de la OMC menciona algunos muy relevantes, como que "se debe garantizar cuestiones tan esenciales como la intimidad, la confidencialidad y el secreto de los datos clínicos, de los que se puedan tener conocimiento, bien directa o indirectamente". Sugiere al mismo tiempo la posibilidad de que el número de teléfono personal se requiera obligatoriamente en el momento de abrir historia clínica, "ya que, si no se conoce bien al paciente pueden darse situaciones en las que se rompa esa confidencialidad".

Entre las ventajas reconocidas de la telemedicina se menciona la mayor accesibilidad a ciertos servicios médicos y la eficiencia derivada de disminuir significativamente costes como los desplazamiento de los pacientes o las horas de trabajo perdidas. También, que se evitan riesgos para la salud y para el paciente por su presencia en entornos asistenciales.

Como conclusiones más relevantes, el informe establece que:

- Todas las tecnologías han de estar encaminadas a la mejora de la humanización de la medicina, pilar esencial del Código Deontología.
- Es preciso actuar con la prudencia que todo cambio aconseja, ajustando las respuestas a las circunstancias personales de cada paciente.
- En situación de normalidad, la opción de usar la atención a distancia debe estar consensuada con el paciente.
- Es imprescindible dotar de un tiempo específico y suficiente en la agenda asistencial, para que la consulta telemática reúna los requisitos de calidad y calidez.
- El uso de medios telemáticos u otros sistemas de comunicación no presenciales son conformes a la Deontología Médica siempre que haya voluntad y consentimiento al menos verbal del paciente, familiar responsable o tutor legal según corresponda del que debe quedar constancia en la historia clínica.

Cuestionamientos de base más técnica.

En definitiva, la OMC reconoce el papel de la teleconsulta y establece las condiciones deontológicas para su uso adecuado.

No obstante, hay algunas cuestiones que tienen que ver con aspectos técnicos que no están suficientemente tratadas en el documento, tal vez por tratarse de un análisis general.

Por ejemplo, en una de las conclusiones, la OMC establece que "se debe hacer constar por escrito en la historia clínica el medio de teleasistencia por el que se ha realizado la consulta, así como el tratamiento médico pautado y recomendaciones dadas".

Esta idea de transcribir posteriormente, de manera manual, el desarrollo de una teleconsulta resulta contradictorio con el hecho de que de por sí la tecnología para la teleconsulta permite el registro directo, como grabar las videoconferencias o archivar sin salvedades el contenido de una conversación realizada mediante un sistema de mensajería. Seguramente en el futuro se establezca algún requisito para que este tipo de comunicaciones se integren directamente en la historia clínica digital, no solo por motivo de una salvaguarda legal sino también por su eventual interés clínico.

Otra de las cuestiones técnicas que afectan al plano deontológico es la relativa a la seguridad de las herramientas empleadas. Se hace necesario establecer estándares (como la norma HIPAA norteamericana) que garantice a los profesionales que las comunicaciones se encuentran debidamente protegidas, y mucho más sin son archivadas. En cierto modo, es también una obligación deontológica procurar que los sistemas tecnológicos de comunicación con los pacientes tengan tanta seguridad de uso como se exige para dispositivos o procedimientos clínicos.

Y, por último, y como también hemos tratado en esta sección, la telemedicina no es solo la videoconsulta. Hay toda una constelación de herramientas -desde plataformas de comunicación multicanal hasta sistemas de análisis de la información médica mediante Inteligencia Artificial, pasando por todo tipo de mecanismos de monitorización o control remoto del paciente- que es posible integrar a este tipo de canales. En esto, también es necesario introducir normas deontológicas que orienten la relación médico paciente en el espacio digital más completo.

Disclaimer

Documento "La telemedicina en el acto médico". Organización Médica Colegial. https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_e-consulta_ccd_10_06_2020.pdf

Médicos e Internet. Publicado en UNIVADIS. 12 jun. 2020

EL ÓXIDO NITROSO ES SEGURO PARA CONTROLAR EL DOLOR DURANTE EL PARTO

Investigadores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Colorado y del Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina del Campus Médico de Anschutz (Estados Unidos) muestran que el uso de óxido nitroso como opción para aliviar el dolor de las mujeres durante el parto es seguro para los recién nacidos y las propias madres.

El estudio, publicado en el *Journal of Midwifery & Women's Health*, encuestó a 463 mujeres que usaron óxido nitroso durante el parto. El estudio es el más grande y el primero de su tipo en Estados Unidos en reportar los índices de efectos secundarios del uso de óxido nitroso durante el parto, así como las razones por las que las mujeres que están de parto después de una cesárea se convierten a otras formas de alivio del dolor.

De las mujeres que comenzaron a usar óxido nitroso como técnica inicial de alivio del dolor, el 31% usó solo óxido nitroso durante el parto y el 69% hizo la transición a otro método de alivio del dolor como la epidural y/o los opiáceos. "El óxido nitroso es una opción útil y segura para la analgesia del parto en Estados Unidos. Y para algunas madres que están de parto, ese es todo el alivio del dolor que necesitan", explica Priscilla M. Nodine, autora principal del trabajo.

La razón que se cita con más frecuencia (96%) para convertir el óxido nitroso en una terapia alternativa es el inadecuado alivio del dolor. Las probabilidades de conversión de óxido nitroso aumentaron aproximadamente 3 veces cuando el trabajo de parto fue aumentado con oxitocina y cuando el trabajo de parto fue inducido.

Además, las que tenían un historial de cesárea y experimentaron un parto post-cesárea tuvieron más de 6 veces más probabilidades de conversión a analgesia neuraxial o epidural. Las probabilidades de conversión a analgesia neuraxial disminuyeron en un 63% para las personas que habían dado a luz anteriormente en relación con las que lo hacían por primera vez.

Recientemente reintroducido como una opción de alivio del dolor durante el parto en los Estados Unidos, el óxido nitroso tiene una larga historia de uso en muchas naciones desarrolladas y está cada vez más disponible en los Estados Unidos. "Aunque existe un buen número de pruebas anecdóticas de seguridad y eficacia sobre la forma en que el óxido nitroso afecta el dolor durante el parto, se dispone de pocos análisis sistemáticos de los resultados de las cohortes", concluye Nodine.

Referencias
Disclaimer

J Midwifery Womens Health. 2020;10.1111/jmwh.13124. doi:10.1111/jmwh.13124
Noticias Médicas. 5 jun. 2020

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

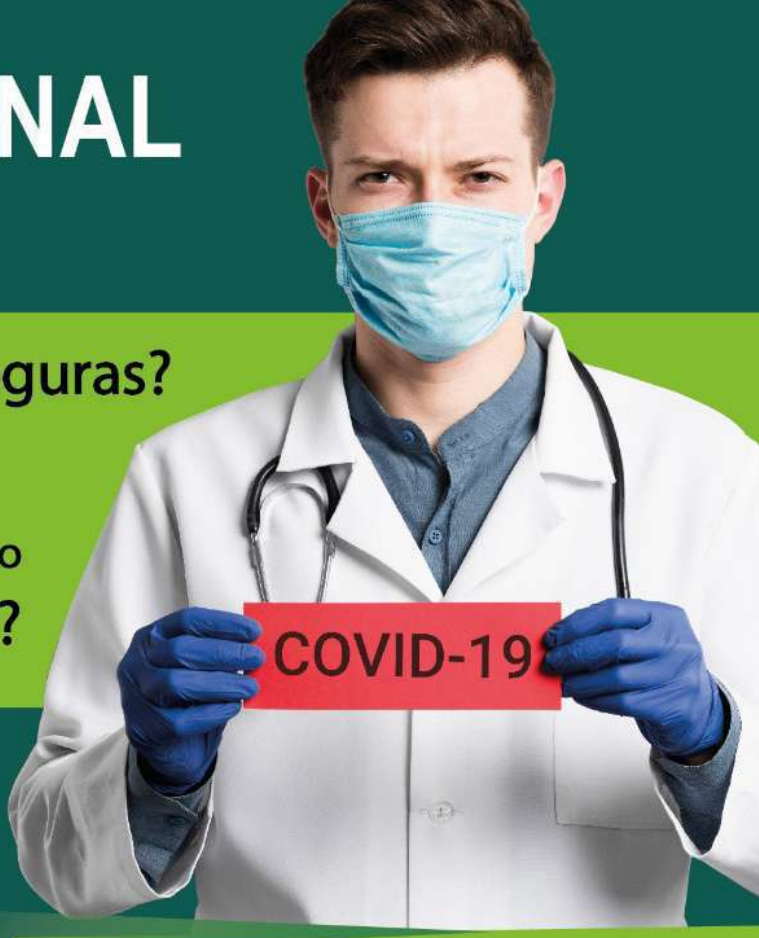
En pandemia COVID sin costo a nuestros afiliados

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 bridará el apoyo profesional
que necesitas

www.corporativopmn.com
Facebook: Corporativo PMN

COMEGO

COMEGO VIRTUAL

15 AL 17 JULIO 2020

Innovación y calidad en salud femenina

Un congreso #DesdeCasa, con la excelencia de siempre.

¡VIVE UNA NUEVA EXPERIENCIA!

Esto es innovación **COMEGO®**

VISITA NUESTRO VIDEO

Inscripción e información en
www.comego.org.mx

EL ESTRÓGENO PODRÍA PROVOCAR QUE EL ALCOHOL RESULTE MÁS GRATIFICANTE PARA LAS MUJERES

Los niveles fluctuantes de estrógeno pueden hacer que el alcohol sea más gratificante para las mujeres, según una nueva investigación publicada en el *Journal of Neuroscience.*

Científicos de la Universidad de Illinois (Estados Unidos) consideran que desentrañar las vías de señalización involucradas podría revelar tratamientos basados en el sexo para los trastornos por consumo de alcohol.

Las mujeres son más susceptibles que los hombres a los efectos negativos del alcohol, posiblemente debido a la hormona sexual estrógeno. Los autores activaron receptores de estrógenos en ratones y rastrearon cómo la activación influyó en los efectos del alcohol en el cerebro.

El equipo apuntó a dos subtipos de receptores de estrógenos en el área tegmental ventral (VTA), región del cerebro involucrada en la recompensa y refuerzo de medicamentos. La activación del subtipo de receptor de estrógeno alfa provocó que las neuronas se dispararan aún más de lo normal en respuesta al alcohol.

El aumento de la activación de las neuronas libera más dopamina y podría traducirse en una mayor sensación de recompensa al beber, lo que hace que el abuso sea más probable cuando aumentan los niveles de estrógeno.

Luego los científicos redujeron el número de receptores de estrógenos en el VTA de ratones machos y hembras. Esto disminuyó el comportamiento de consumo excesivo de alcohol en ratones hembras, pero no tuvo ningún efecto en ratones machos, a pesar de que también tienen estrógeno en sus cerebros.

Referencias

Disclaimer

J Neurosci. 2020;JN-RM-2364-19. doi:10.1523/JNEUROSCI.2364-19.2020

Noticias Médicas. 4 jun. 2020

UNA VACUNA TERAPÉUTICA CONTRA EL VPH PUEDE MEJORAR LOS RESULTADOS EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO RECURRENTE AVANZADO

La combinación de una vacuna terapéutica contra el virus del papiloma humano (VPH) con dos fármacos de quimioterapia estándar puede prolongar la supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino recurrente avanzado, según un ensayo clínico publicado en Science *Translational Medicine.*

Los resultados sugieren que la integración de las vacunas terapéuticas contra el cáncer con los regímenes farmacológicos tradicionales podría fortalecer la inmunidad contra el cáncer y mejorar los resultados en pacientes con cáncer de cuello uterino en etapa terminal, que actualmente tienen pocas opciones de tratamiento.

Las vacunas terapéuticas contra el cáncer funcionan expandiendo la población de linfocitos T específicos del tumor, lo que provoca una inmunidad antitumoral más sólida. Estas vacunas han demostrado ser prometedoras en el tratamiento de lesiones precancerosas causadas por el VPH.

Sin embargo, otros tipos de células, como las células mieloides, representan un obstáculo importante porque pueden suprimir la expansión de los linfocitos T, contrarrestando la estimulación proporcionada por la vacuna.

Sobre la base de trabajos anteriores, Cornelis Melief y colegas de la compañía *ISA Pharmaceuticals*, administraron la vacuna terapéutica contra el VPH ISA101 a 77 pacientes con cáncer cervical positivo para el VPH que recibieron los medicamentos de quimioterapia carboplatino y paclitaxel.

Aunque los pacientes experimentaron efectos secundarios relacionados con la quimioterapia, la vacuna fue bien tolerada y no causó ninguna reacción adversa adicional.

Los investigadores observaron que los fármacos redujeron la cantidad de células mieloides supresoras, permitiendo que ISA101 estimule mejor los linfocitos T. Finalmente, el 43% de las pacientes lograron regresión tumoral y otro 43% mostró enfermedad estable.

Además, las pacientes que mostraron respuestas más fuertes a la vacuna tuvieron una mediana de supervivencia general más larga de 16,8 meses en comparación con aquellas que mostraron respuestas más débiles (11,2 meses). Los científicos planean ahora realizar más estudios para comparar los beneficios de agregar ISA101 a los regímenes de quimioterapia versus recibir quimioterapia sola.

Referencias
Disclaimer

Science Translational Medicine 18 Mar 2020: Vol. 12, Issue 535, eaaz8235. DOI: 10.1126/scitranslmed.aaz8235
Noticias Médicas. 25 mar. 2020

APROBADO EN LA UNIÓN EUROPEA ROMOSOZUMAB PARA LA OSTEOPOROSIS GRAVE EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

La Comisión Europea ha aprobado romosozumab, registrado como Evenity, para el tratamiento de la osteoporosis grave en mujeres posmenopáusicas que presentan un alto riesgo de fractura, según acaban de anunciar las compañías UCB y Amgen, que lo han desarrollado.

"Con la aprobación de romosozumab podemos ofrecer a médicos y pacientes una nueva opción terapéutica que impulse cambios positivos en favor de la prevención de nuevas fracturas", declara la responsable del *Departamento de Salud Ósea y vicepresidenta ejecutiva de UCB, Pascale Richetta.*

Esta autorización se produce después de que el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la *Agencia Europea del Medicamento (EMA)* emitiera un dictamen positivo para este novedoso medicamento el pasado mes de octubre.

Se trata de un anticuerpo monoclonal humanizado para el desarrollo óseo diseñado para inhibir la actividad de la esclerostina con un efecto dual: por un lado, aumenta la formación del hueso, y por otro reduce -en menor medida- la disminución de la masa ósea, lo que se denomina resorción ósea, de modo que disminuye el riesgo de fractura.

El desarrollo de romosozumab incluye un amplio programa que incluye 19 estudios clínicos donde han participado más de 14.000 pacientes. Se prevé que el primer lanzamiento de este medicamento en la Unión Europea será a lo largo del primer semestre de 2020.

"Romosozumab supone un avance significativo en el tratamiento de la osteoporosis para los médicos que necesitan tratar a sus pacientes con un medicamento que pueda aumentar rápidamente la densidad mineral ósea en 12 meses. Esta aprobación de la Comisión Europea posibilitará que este tratamiento esté disponible para los millones de mujeres con alto riesgo de fractura en la Unión Europea", comenta el vicepresidente ejecutivo de I+D de Amgen, David M. Reese.

Disclaimer

© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.

Noticias Médicas. 16 dic. 2019

LA ACTIVIDAD FÍSICA PREVIENE ANUALMENTE CASI 4 MILLONES DE MUERTES PREMATURAS EN TODO EL MUNDO

Cada año se evitan al menos 3,9 millones de muertes prematuras en todo el mundo gracias a la actividad física que practican las personas, según un nuevo estudio publicado en *The Lancet Global Health* por investigadores de las universidades de Cambridge y Edimburgo (Reino Unido).

El equipo argumenta que con demasiada frecuencia nos centramos en las consecuencias negativas para la salud de los bajos niveles de actividad física cuando podríamos celebrar los logros que se consiguen con ella.

"La investigación de los factores del estilo de vida, como la falta de actividad física, la mala alimentación, el consumo de alcohol y el tabaquismo, tiende a centrarse en los daños que esto tiene para la salud -recuerda el investigador Paul Kelly-. *Esto ayuda a crear una narrativa para tratar de prevenir y reducir estos comportamientos".*

"También creemos que es valioso tratar de comprender los beneficios que confieren los 'comportamientos saludables' para argumentar a favor de mantenerlos y aumentarlos -continúa y se pregunta-. ¿Podemos analizar los niveles de actividad de la población y estimar los beneficios de salud de toda esta actividad para la sociedad?"

En su estudio, Tessa Strain y colegas utilizaron un número conocido como la Fracción Prevenida para la Población, en este caso, la proporción de muertes que se evitaron debido a que las personas sean físicamente activas.

El equipo analizó datos publicados previamente para 168 países, sobre la proporción de la población que cumple con la recomendación global de l**a Organización Mundial de la Salud** de al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada durante la semana, o 75 minutos de actividad de intensidad vigorosa, o un equivalente combinado.

La proporción de la población que alcanzó la cantidad recomendada de actividad física varió sustancialmente entre países, del 33% para Kuwait, al 64% para el Reino Unido y al 94% para Mozambique.

Al combinar estos datos con estimaciones del riesgo relativo de morir prematuramente para las personas activas en comparación con las personas inactivas, los autores pudieron estimar la proporción de muertes prematuras que se evitaron porque las personas están físicamente activas.

Descubrieron que a nivel mundial, debido a la actividad física, el número de muertes prematuras fue un promedio de 15% menor de lo que hubiera sido, 14% para las mujeres y 16% para los hombres, lo que equivale a aproximadamente 3,9 millones de vidas salvadas cada año.

A pesar de la considerable variación en los niveles de actividad física entre países, la contribución positiva de la actividad física fue notablemente consistente en todo el mundo, con una tendencia general hacia una mayor proporción de muertes prematuras evitadas para los países de bajos y medianos ingresos.

En los países de bajos ingresos, se evitó un promedio del 18% de las muertes prematuras en comparación con el 14% de los países de altos ingresos. Así, por ejemplo, en Estados Unidos se previnieron 140.200 muertes prematuras anualmente y en el Reino Unido, 26.600.

Los expertos en salud a menudo enmarcan el debate en términos de la cantidad de muertes tempranas debido a la falta de actividad física, estimando que 3,2 millones mueren prematuramente cada año. Pero los investigadores dicen que al mostrar cuántas muertes se evitan, también podría ser posible enmarcar el debate de una manera positiva y esto podría tener beneficios para la promoción, las políticas y los mensajes de población.

"Estamos acostumbrados a ver las desventajas de no hacer suficiente actividad, ya sea deportes o un gimnasio o simplemente una caminata rápida a la hora del almuerzo, pero al centrarnos en la cantidad de vidas salvadas, podemos contar una buena noticia de lo que es ya se está logrando -destaca Strain-. Nos dice lo bien que se está haciendo y nos ayuda a decir 'mira cuánto beneficio ya está proporcionando la actividad física, hagamos las cosas aún mejores aumentando aún más los niveles de actividad física' ".

"Aunque existe el riesgo de complacencia (la gente pregunta por qué necesitamos invertir más cuando ya está proporcionando beneficios), esperamos que nuestros hallazgos alienten a los gobiernos y las autoridades locales a proteger y mantener los servicios en climas económicos complicados", concluye.

Disclaimer

Lancet Global Health 2020. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30211-4
Noticias Médicas. 22 jun. 2020

OMS ACONSEJA LEVANTAR EL AISLAMIENTO A LOS 13 DÍAS DE PRESENTAR SÍNTOMAS DE COVID-19 Y SIN NECESIDAD DE PCR

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* ha actualizado su documento de criterios para el periodo de cuarentena de los pacientes con COVID-19, estableciendo que parece seguro que puedan estar en una cuarentena de 13 días desde que iniciaron los síntomas y sin necesidad de realizarles un test PCR para permitirles salir del aislamiento.

Según el organismo de Naciones Unidas, sobre la base de las pruebas que muestran que el virus puede cultivarse en muestras respiratorias después de 9 días de aparición de síntomas, especialmente en pacientes con enfermedad leve, y que suele ir acompañado de un aumento de anticuerpos neutralizantes y la resolución de síntomas, es seguro que dejen de estar aislados en el día 13 desde que iniciaron sintomatología.

No obstante, añade que los criterios clínicos exigen que los síntomas de los pacientes se hayan resuelto por lo menos tres días antes de salir del aislamiento, con un tiempo mínimo de aislamiento de 13 días desde la aparición de los síntomas.

"Estas modificaciones de los criterios para la salida del aislamiento (en un centro de salud o en otro lugar) equilibran la comprensión del riesgo infeccioso y la práctica de exigir pruebas de PCR negativas repetidas, especialmente en entornos de transmisión intensa o con suministros de pruebas limitados", detalla la **OMS.**

Asimismo, y aunque es probable que el riesgo de transmisión después de la resolución de los síntomas sea mínimo en base a lo que se conoce actualmente, la **OMS** avisa de que "no se puede descartar completamente". Según destaca, "no existe un enfoque de riesgo cero", y la dependencia estricta de la confirmación por PCR de la eliminación del ARN viral crea otros riesgos como, por ejemplo,

la necesidad de recursos para la cepa o la limitación del acceso a la atención médica para los nuevos pacientes con enfermedades agudas.

Por otra parte, la **OMS** señala que en los pacientes con enfermedades graves que son sintomáticos durante periodos prolongados, un enfoque basado en el laboratorio también podría ayudar a tomar decisiones sobre la necesidad de un aislamiento prolongado. Ese enfoque basado en el laboratorio puede incluir, "aunque se necesitan más investigaciones para validarlo", la medición de la carga viral y la neutralización de los niveles de anticuerpos (o de anticuerpos equivalentes comprobados).

Disclaimer
© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.
Noticias Médicas. 19 jun. 2020

FASGO
Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Escuela FASGO
Cursos 2º Semestre

Principios de Uroginecología
Los problemas de la práctica diaria

Directora
Dra. Marta Ledesma

El Ginecólogo en la Atención de la Adolescente

Directoras
Dra. Graciela Lewitan y
Dra. Graciela Schabelman

Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica

Directores
Prof. Tit.
Dr. Silvio Tatti
Doc. Aut.
Dra. Laura Fleider

Epidemiología

Directora
Dra. Belén Pérez Lana

El Ginecólogo Ante la Patología Mamaria

Director
Dr. Jorge Bustos

Oncología Ginecológica

Director
Dr. Gonzalo Franco

Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo

Directora
Dra. Matilde Quaranta

Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

Directora
Dra. Belén Pérez Lana

Doppler Básico para Tocoginecología
¿Cómo Interpreto y Resuelvo?

Director
Dr. Nicolás Ávila

Nefropatías en el Embarazo
¿Cómo la Enfoco?
Resolución de Casos Clínicos

Directoras
Dra. Liliana Voto y
Dra. Amelia Bernasconi

Hemorragias y Embarazo
¿Cómo la Enfoco?
Resolución de Casos Clínicos

Directores
Dra. Liliana Voto y
Dr. Nicolás Basanta

Conozca los Programas

Inicio: Agosto de 2020

Más información en http://cursos.fasgo.org.ar/

FLASOG

VISITA LA SECCIÓN DE COVID-19 DE LA PÁGINA WEB

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

www.flasog.org/covid-19

/@FLASOG

gineco FLASOG

ÓRGANO DE DIFUSIÓN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

¡MANTENTE ACTUALIZADO!

www.flasog.org/revista

/@FLASOG