

EDITORIAL LA IMPORTANCIA DE LA CERTIFICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz.
Director Científico FLASOG (2017-2020).
Vicepresidente Consejo Mexicano de Ginecología
y Obstetricia (2019-2021)

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

Las competencias de los especialistas en Ginecología y Obstetricia, así como de las subespecialidades que derivan de esta: Uroginecología, Medicina Materno Fetal y Biología de la Reproducción, son el resultado en general de los centros de enseñanza reconocido por las autoridades de los gobiernos federales.

En México, la *Secretaría de Educación Pública* (equivalente en Latinoamérica de Ministerio), es el órgano máximo que regula todo el proceso educativo de cualquier profesionista.

En el caso de los médicos de todas las especialidades, la mencionada Secretaría se auxilia de *CONACEM* (*Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas*) que otorga la idoneidad a todos los Consejos de Especialidades Médicas para que estos ofrezcan mecanismos y condiciones para que presenten el examen de certificación y el mantenimiento de vigencia (cada 5 años este último).

En México es obligatorio por ley estar certificado. Para llevar a cabo esta labor, el *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia* mantiene una actualización permanente de un banco de reactivos, a través de los comités compuesto por pares que son rigurosamente seleccionados.

Aparte de cumplir con el principal requisito del que ya hablamos, el *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia* analiza los resultados obtenidos en el examen de certificación por los egresados de cada uno de los centros formadores de especialistas y los comunica a los encargados de estos, para señalar las áreas de oportunidad y puedan trabajar en los campos de aprendizaje con la intención de mejora, en temas de importancia capital, por ejemplo: hemorragia obstétrica.

Lo mismo hacemos a nivel de todo el territorio nacional, a través de comunicar a cada una de las 7 regiones en las que está dividida la *Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología* (FEMECOG); la

idea es que estas diferentes regiones dediquen y prioricen los temas en donde hay deficiencias, en los programas científicos de los Congresos Regionales, y así contribuir a mejorar la enseñanza, tratando de incidir en mejores resultados de la morbilidad.

Otra función que actualmente realiza el *Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia*, es la de intercambio con otros Consejos de Especialidades distintas a la ginecología y obstetricia, acerca de los mecanismos usados para evaluación de sus especialistas.

Estamos iniciando un intercambio de información con organismos de certificación de otros países, para así tener parámetros de comparación internacional y obtención de datos para benchmarking.

En conclusión, la certificación y vigencia de la misma cada 5 años nos mantiene actualizados y esto nos traduce una mejor preparación, por ende un camino que nos llevará a mejores resultados en la calidad de la atención médica de nuestros pacientes. Vale la pena apoyar el valioso trabajo que desempeñan los consejos de las especialidades en beneficio de las mujeres latinoamericanas.

EL CONGRESO TENDRÁ LUGAR DE MANERA VIRTUAL,
DEL 25 AL 28 DE ABRIL DE 2021,
EN UNA DE LAS PLATAFORMAS MÁS INNOVADORAS
DEL MOMENTO.



EL CLÍNIC Y SANT JOAN DE DÉU DESARROLLARÁN EL PRIMER GRAN PROYECTO EUROPEO DE PLACENTA ARTIFICIAL



Hoy se ha presentado en el *CosmoCaixa* un proyecto pionero sobre placenta artificial, único en Europa, que tiene como objetivo aumentar la supervivencia de los recién nacidos prematuros extremos, así como minimizar las graves secuelas que la gran mayoría tienen. El proyecto, que se desarrollará durante los próximos cinco años en dos fases, cuenta con la financiación de cerca de 7 millones de euros de la *Fundación “la Caixa”*.



*Neonato prematuro extremo en la incubadora
(Foto: Francisco Avia - Hospital Clínic)*

En el acto participaron el director general del Hospital Clínic de Barcelona, Josep Maria Campistol; el director gerente del Hospital Sant Joan de Déu, Manel del Castillo; el director de BCNatal y líder del proyecto, Eduard Gratacós; el director general de la *Fundación “la Caixa”*, Antonio Vila, y el director corporativo de Investigación y Salud de la *Fundación “la Caixa”*, Àngel Font.

En Europa se producen cada año 25.000 nacimientos de recién nacidos prematuros extremos que son aquellos que han nacido antes de la 28ª semana de gestación. Según datos publicados en la revista *JAMA* de 2015, la supervivencia entre los recién nacidos a los seis meses o menos de gestación es del 25% -75%. De los recién nacidos

que sobreviven, entre el 75% -95% presentan secuelas relacionadas con el desarrollo cerebral, cardiovascular y respiratorio, entre otras, en la edad infantil y adulta.

La placenta artificial mantendrá al recién nacido en un entorno similar al útero materno que estará conectado a un cordón umbilical artificial, lo que permitirá disminuir estas secuelas y los costes.

Según declaraciones del doctor Eduard Gratacós, director *BCNatal (Hospital Clínic y Hospital San Juan de Dios)* centro de referencia en medicina fetal donde se llevará a cabo esta iniciativa, “*este es uno de los proyectos de investigación más disruptivos y singulares que se pueden realizar hoy en medicina fetal. Solo disponer de una plataforma experimental como la que se construirá ya permitirá investigaciones paralelas de gran importancia para entender el desarrollo fetal normal y anormal. Esto ampliará la capacidad de atraer inversión para I + D + I en Barcelona, Cataluña y España, y una nueva generación de técnicas y procedimientos que revolucionarán la medicina fetal actual*”.

Proyecto que se desarrollará en dos fases

La *Fundación “la Caixa”* destinará cerca de 7 millones de euros a este proyecto pionero, que se desarrollará en dos fases a lo largo de cinco años. La primera fase, en la que se invertirán 3,35 millones de euros, se centra en el desarrollo y la validación experimental, mediante el uso de un modelo animal ovino, para más adelante trasladarlo a la práctica clínica si se cumplen los indicadores de éxito. Al final de la primera fase, un panel de expertos valorará los avances alcanzados, y se decidirá si se inicia la fase preparatoria para la aplicación clínica.

En una segunda fase, se evaluarán los efectos ya a largo plazo en el desarrollo cerebral, cardíaco,



pulmonar y metabólico, y se introducirán mejoras principalmente en el ambiente y la nutrición para conseguir el mejor sistema. Una vez realizadas estas evaluaciones, se iniciarán los pasos para transferir el sistema a una aplicación clínica, incluyendo la valoración de todos los aspectos éticos e incorporando la opinión y la experiencia de familias que han tenido un bebé prematuro.

Funcionamiento de la placenta artificial

El proyecto de placenta artificial representa un gran reto médico y tecnológico, y precisa de muchas áreas de investigación puntera para su realización, ya que hay que transportar con éxito un feto de entre 500 y 1.000 gramos desde el útero materno hasta una bolsa artificial donde, rodeado de líquido, su cordón debe seguir recibiendo oxígeno y alimentos.

En la placenta artificial el recién nacido estará situado en un entorno físico líquido, lo más parecido al útero materno, dentro de un recipiente blando realizado con materiales biocompatibles, y protegido de sonidos y luces, aunque se reproducirán sonidos similares a los del útero materno. Estará conectado, a través de su cordón umbilical, a un oxigenador desarrollado y adaptado especialmente para el feto, que le aportará la cantidad necesaria de oxígeno. A través de este cordón, recibirá también nutrientes, hormonas y otras sustancias que el feto recibe de la madre o que produce directamente la placenta, y que son esenciales para su correcto desarrollo.

El recién nacido estará monitorizado continuamente, siempre de forma no invasiva, mediante ecografía del flujo sanguíneo, la presión arterial y la frecuencia cardíaca, pero también se utilizarán microsensors en el líquido amniótico o el cordón umbilical. Los resultados obtenidos en los experimentos serán integrados y evaluados mediante inteligencia artificial para poder realizar mejoras en el sistema.

Los primeros pasos

El grupo de investigación interdisciplinario de *BCNatal* ya hace dos años que trabaja en este proyecto, en el que ya han desarrollado los componentes principales de la placenta. Para llevar a cabo la iniciativa, se contará con la colaboración de decenas de profesionales de los hospitales Sant Joan de Déu y Hospital Clínic de Barcelona, y con la participación imprescindible de varios centros tecnológicos de Barcelona, incluidos, entre los más relevantes, el *Instituto Químico de Sarriá* (biomateriales), la *Universidad Politécnica de Catalunya* (robótica e inteligencia artificial) y el *Instituto de Bioingeniería de Catalunya* (microsensores). Además, el proyecto contará con varios comités supervisores que integran a expertos no médicos (en derechos reproductivos y bioética, entre otros), y madres y padres de niños prematuros.

Clinic Barcelona, Hospital Universitario. IDIBAPS. 3 de diciembre del 2020.

LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION DE ESTADOS UNIDOS ORIENTA SOBRE ALERGIAS Y PREOCUPACIONES SOBRE EL EMBARAZO CON LA VACUNA DE PFIZER/BIONTECH CONTRA LA COVID-19

Alicia Ault



La *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos ha aclarado su postura sobre la administración de la vacuna de *Pfizer/BioNTech* COVID-19, indicando que es segura para las personas con antecedentes de alergias, pero no para aquellas con antecedentes de reacciones alérgicas graves a cualquier componente de la vacuna.

La advertencia está incluida en la hoja de información de la *FDA* para los profesionales de la salud, pero surgen dudas sobre si la vacuna, autorizada para uso de emergencia por la *FDA* recientemente, debería administrarse a personas con antecedentes de alergias.

La Dra. Sara Oliver, oficial del servicio de inteligencia epidémica del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos, el 11 de diciembre informó en una reunión del *Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización* (ACIP) de la agencia que dos profesionales sanitarios de Reino Unido con historial de reacciones alérgicas graves tuvieron una reacción a la vacuna de *Pfizer/BioNTech*. Un tercer profesional sanitario sin antecedentes de alergias desarrolló taquicardia, añadió la Dra. Oliver.

“Quiero asegurar al público que aun cuando vimos estas pocas reacciones en Gran Bretaña, no se observaron en datos de los ensayos clínicos más grandes”, comentó el Dr. Peter Marks, Ph. D., director del *Center for Biologics Evaluation and Research* (CBER) en la *FDA*, durante una rueda de prensa el 12 de diciembre.

“Con la vacuna de *Pfizer/BioNTech* nos sentimos cómodos al administrarla a los pacientes que han tenido otras reacciones alérgicas, además de las

reacciones alérgicas graves a una vacuna o a uno de sus componentes”, dijo.

El Dr. Marks sugirió que las personas informaran a sus médicos sobre cualquier historial de reacciones alérgicas. También señaló que el gobierno federal proporcionará a los sitios de administración de vacunas, al menos inicialmente, epinefrina, difenhidramina, hidrocortisona y otros fármacos necesarios para controlar las reacciones alérgicas.

La *FDA* va a vigilar muy de cerca los efectos secundarios, así como las reacciones alérgicas, “pero creo que aún necesitamos aprender más y por eso vamos a tomar precauciones. Es posible que tengamos que modificar las cosas a medida que avanzamos”, puntualizó el Dr. Marks.

La Dra. Oliver indicó que el 12 de diciembre el *CDC* convocó un panel externo con experiencia en seguridad de vacunas, inmunología y alergias, “para recopilar conocimiento de expertos sobre posibles casos”, y que la *FDA* está obteniendo más datos de las autoridades reguladoras de Reino Unido.

Preocupaciones con respecto al embarazo

Sin embargo, los funcionarios de la agencia tenían poco que decir sobre la seguridad o eficacia de la vacuna para las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

La información de la *FDA* a los profesionales de la salud señala que “los datos disponibles sobre la vacuna de *Pfizer/BioNTech* COVID-19 administrada a mujeres embarazadas son insuficientes para informar los riesgos asociados con la vacuna durante el embarazo”.

Además, la agencia declaró que “no hay datos disponibles para evaluar los efectos de la vacuna de *Pfizer/BioNTech* contra la COVID-19 en el lactante amamantado o en la producción/excreción de leche”.



El Dr. Marks dijo que para las mujeres embarazadas y las personas con inmunosupresión “será algo que los proveedores deberán considerar de forma individual”. Sugirió que las personas consulten con sus médicos para sopesar los posibles beneficios y riesgos potenciales.

“Ciertamente, la COVID-19 en una mujer embarazada no es algo bueno”, puntualizó el Dr. Marks.

Una persona puede decidir ponerse la vacuna. “Pero eso no es algo que estemos recomendando, es algo que dejamos al individuo”, concluyó.



Este artículo fue originalmente publicado en Medscape.com y adaptado para Medscape en español, parte de la Red Profesional de Medscape. Noticias Médicas de Medscape. 17 dic. 2020

RECOMENDACIONES QUE DIMOS A LAS PACIENTES PARA UNAS NAVIDADES LO MÁS SEGURAS POSIBLES AÚN SON VÁLIDAS

Andrea Arnal



Univadis España contactó con varios expertos para elaborar esta breve guía en la que se establecen los puntos claves sobre qué aconsejar a los pacientes para tener unas fiestas navideñas lo más libres de COVID-19 posible.

No romper la burbuja de convivencia

No bajar la guardia y seguir manteniendo los mismos contactos que hasta ahora es fundamental para reducir el riesgo de contagio, también en fiestas: “Si hasta estos meses hemos intentado juntarnos solo con los grupos más estrechos del trabajo, o alguna parte de la familia que es inevitable ver porque son dependientes... yo seguiría manteniendo estos grupos”, señala Anna Fernández, profesional de medicina familiar y comunitaria, y coordinadora de la sección jóvenes médicos de la *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* (SemFYC). “Si en lugar de 10 personas son 6, mejor. Y si son 4, mejor todavía”, señala.

A esta recomendación se le une Fernando Navarro y Javier Precioso, médicos de familia y miembros del equipo médico *PacientesSemergen*. *es de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria* (Semergen): “Además, es recomendable que no acudan grupos de muchos núcleos de convivencia ni alternar a lo largo de las fiestas, ya que el riesgo de contagio aumenta de forma exponencial al reunirse personas de diferentes ámbitos sociales”.

Llevar la mascarilla el mayor tiempo posible

De nuevo, la mascarilla será fundamental para evitar el contagio en las reuniones: “Aunque seamos los de siempre, o los mínimos posibles, debemos mantener la mascarilla el máximo rato

posible”, apunta Fernández. “Hay que intentar que tanto en la sobremesa como al llegar, cuando todavía no estamos sentados, la llevemos puesta”. Eso también incluiría los viajes que hacemos dentro del hogar, como ir al baño o a la cocina. Y Navarro recuerda que las mascarillas recomendables “son las quirúrgicas y las ffp2, que confieren mayor protección a quien las porta”.

Reducir el tiempo de las reuniones y aumentar la distancia social

Los dos especialistas coinciden al afirmar que, en la medida de lo posible y si el tiempo lo permitiera, las reuniones deberían llevarse a cabo en espacios abiertos: “Actualmente se conoce el papel fundamental de la transmisión aérea en el contagio, por lo tanto, se aconseja que las reuniones se realicen en el exterior”, señala Precioso. En este aspecto, el experto apunta a que puede ser más recomendable realizar las reuniones “durante el día que durante la tarde o noche, ya que el clima y la temperatura pueden ser más bonancibles”.

Si no se pueden hacer en la calle, la alternativa es siempre un lugar lo más ventilado posible, tratando de mantener en todo momento la mayor distancia social (especialmente durante las comidas, pero también en el momento de saludar) y reduciendo al máximo el tiempo de visita: “Esto es importante porque a mayor tiempo de exposición, va a existir un mayor riesgo de contagio. Un consejo en lo que atañe a las reuniones familiares es, en caso de que tengan lugar, que los encuentros sean breves y no se eternicen las sobremesas: ya habrá más tiempo”, concluye Navarro.

Actuar como si estuviéramos en un restaurante

En el momento de sentarnos, Fernández aconseja que nos comportemos “como si estuviéramos en un restaurante”, es decir, que “si estás cocinando para no convivientes, que sea con mascarillas, que los



platos ya vengan servidos, que si uno sirve, sea el único que toque las pinzas, no compartir platos o copas, etcétera”. Eso incluye también servir los entrantes o los postres, los turrone y los dulces de forma individual y ya preparados para que sean manipulados por la menor gente posible.

No fiarse de los test de antígenos

Desde que se aprobara recientemente la compra de test de antígenos en las farmacias, los médicos de atención primaria están recibiendo en sus consultas a pacientes que preguntan sobre su efectividad, si bien su realización no está recomendada: “Imprime una sensación de falsa seguridad, y no hay que olvidar que además de la sensibilidad y especificidad de la propia prueba, cada contacto con otra persona hace que estemos potencialmente en riesgo de una nueva infección, por lo que son tremendamente efímeras”, explican Navarro y Precioso, quienes insisten además en que “hay muchos factores que pueden hacer que la fiabilidad del resultado no sea la esperada”. Por eso, los médicos desaconsejan recomendarlas en consulta de cara a las próximas celebraciones.

Extremar la precaución en los viajes (y evitarlos en la medida de lo posible)

Las recomendaciones oficiales del Ministerio determinan que hay que reducir los viajes en la medida de lo posible, pero hay casos en los que es inevitable. Para aquellos que vienen de países con una alta incidencia por COVID-19, se requiere la realización de una prueba PCR dentro de las 72 horas antes de viajar, y que durante el trayecto se extremen las precauciones. Algunas de ellas son las que enumera Navarro, como “llegar con margen (puede que haya más controles o mayor tiempo de espera por las medidas restrictivas) evitar las aglomeraciones, así como los viajes en hora punta,

en caso de permanecer mucho tiempo en un espacio cerrado o con poca ventilación maximizar la utilización de la mascarilla y comprobar que sea de un nivel de filtración adecuado”.

El aislamiento preventivo, útil pero poco realista

A la pregunta de si debería la gente aislarse para reducir las probabilidades de ser contagiado, todos los expertos consultados afirman que puede ser una opción, pero, además de no reducir a cero la posibilidad de contagio, en opinión de Fernández se trata de una iniciativa poco realista: “Hay poca gente que puede decir que es capaz de aislarse 10 días. Lo recomendable, más que el aislamiento, es evitar las máximas relaciones sociales posibles: si a lo mejor si has ido a una reunión familiar de mucha gente, intentar no acudir al día siguiente a otra, o a un concierto, o a un centro comercial...”.

Noticias. UNIVADIS. 16 dic. 2020

ESTO ES LO QUE SABEMOS SOBRE LA NUEVA VARIANTE DEL COVID-19



El Reino Unido ha detectado una nueva variación del COVID-19 que, según el director médico de Inglaterra, es más contagiosa que las variantes anteriores.

El profesor *Chris Whitty* dice que se está realizando un «trabajo urgente» para descartar si la nueva variante, prevalente en el sureste de Inglaterra, puede causar una mayor tasa de mortalidad.

«No hay evidencia actual que sugiera que la nueva variedad cause una mayor tasa de mortalidad o que afecte a las vacunas y tratamientos, aunque se está trabajando urgentemente para confirmarlo», dijo en un comunicado.

Sin embargo, un virus que se propaga más fácilmente podría resultar en más casos, lo que a su vez podría dar lugar a más hospitalizaciones y potencialmente a más muertes. Incluso con una vacuna, esto podría hacer que controlar la propagación del virus sea mucho menos manejable.

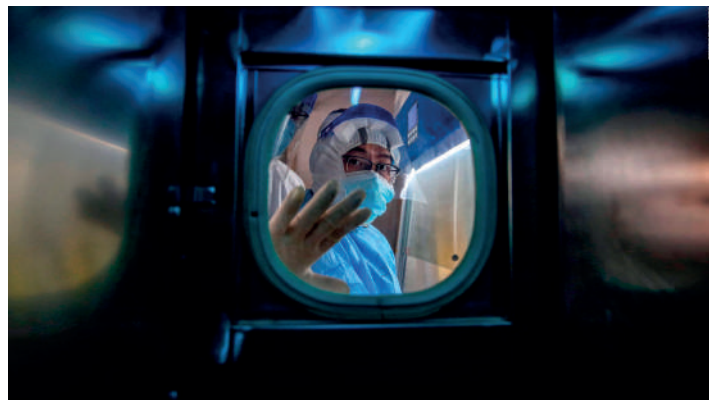
Lo que sabemos

El primer ministro de Gran Bretaña, Boris Johnson, dijo que la nueva variante podría ser hasta un 70% más transmisible que la variante anterior, aunque todavía existe una «considerable incertidumbre».

El rastreo hacia atrás usando evidencia genética sugiere que la nueva variante del Reino Unido surgió en septiembre y luego circuló a niveles muy bajos en la población hasta mediados de noviembre, según *England Public Health* (EPH).

«El aumento de casos relacionados con la nueva variante salió a la luz por primera vez a finales de noviembre, cuando PHE estaba investigando por qué las tasas de infección en Kent

no disminuían a pesar de las restricciones nacionales. Luego, descubrimos un grupo vinculado a esta variante que se extendía rápidamente a Londres y Essex», dijo la agencia.



Varios expertos han sugerido que esta nueva variante podría haber sido amplificada debido a un evento súperpropagador; podría ser la mutación que de alguna manera hace que se propague más fácilmente sin causar una enfermedad más grave; o pudo haber sido por casualidad.

Los científicos de EPH aún tienen que identificar el mecanismo exacto para el probable aumento en la transmisión, aunque típicamente una mutación en la proteína de pico, la parte del virus que se adhiere a las células huésped, puede aumentar su transmisibilidad, dijo la agencia.

Dónde se ha detectado

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) dice que la nueva variante también se ha identificado en Dinamarca, los Países Bajos y Australia.

Australia dijo el lunes que había detectado dos casos de la nueva variante en instalaciones de cuarentena australianas.



Qué están haciendo otros países en respuesta

Más de una docena de países han prohibido viajar desde el Reino Unido en respuesta a la nueva variante.

Estos países incluyen Holanda, Bélgica, Alemania, Perú, España.

Reino Unido: menos vuelos por variante del COVID-19 2:10

Otros países han impuesto otras restricciones, como la República Checa, que impuso una cuarentena obligatoria de 10 días a cualquier persona que llegue del Reino Unido.



Por CNN 21 Diciembre, 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**

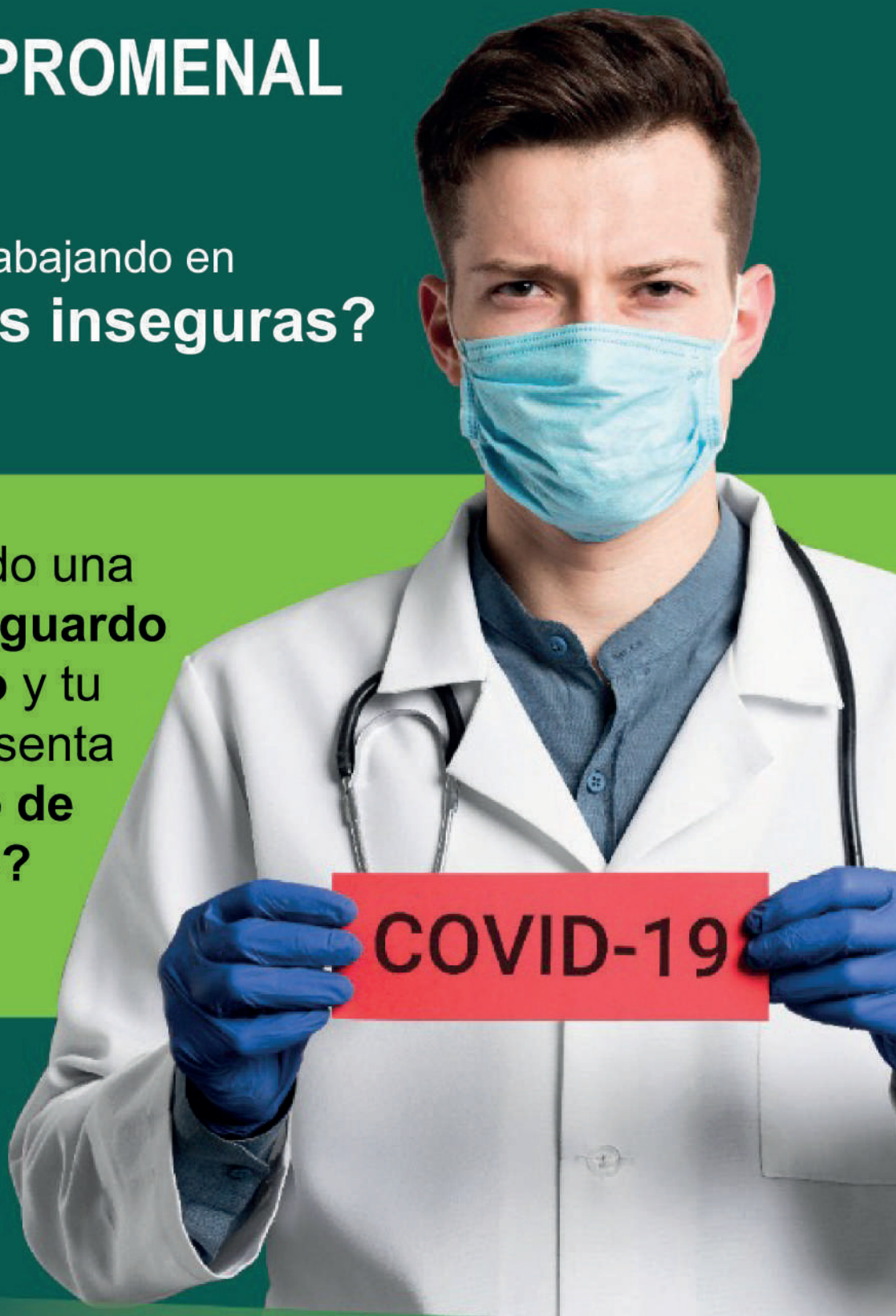


PROMENAL

¿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 brindará el apoyo
profesional que
necesitas



www.corporativopmn.com
Facebook: Corporativo PMN

MÁS SOBRE LA NUEVA VARIANTE DE SARS-COV-2: PREGUNTAS FRECUENTES

Peter Russell



Los científicos ahora están seguros de que una nueva variante del virus SARS-CoV-2 es más contagiosa, pero dicen que se están realizando estudios para probar su impacto en contener la COVID-19.

¿Qué tiene de diferente esta variante?

La nueva variante del virus SARS-CoV-2, conocida como VUI-202012/01, o linaje B.1.1.7, contiene una cantidad inusualmente grande de mutaciones.

Tres de las mutaciones tienen efectos biológicos potenciales. Estos se han identificado como:

- Mutación N501Y: uno de los seis residuos de contacto clave dentro del dominio de unión al receptor que puede aumentar la afinidad de unión a la ACE2 humana y murina.
- La delección de la proteína de la espícula 69-70del, que afecta la capacidad de evadir la respuesta inmune humana.
- Mutación P681H adyacente al lugar de división de furina.

¿Cómo se identificó?

La cepa fue identificada por la vigilancia llevada a cabo por *Public Health England* tras observar un aumento en los casos en Kent y Londres.

Los dos primeros genomas muestreados pertenecientes al linaje B.1.1.7 se recolectaron el 20 de septiembre en Kent, seguidos de otro el 21 de septiembre en el Gran Londres.

¿Cómo está de extendida?

Según el *COVID-19 Genomics Consortium UK* (COG-UK), a 15 de diciembre, había 1.623 genomas en el linaje B.1.1.7.

De estos, 519 fueron muestreados en el Gran Londres, 555 en Kent, 545 en otras regiones del Reino Unido, incluidas Escocia y Gales, y cuatro en otros países.

¿Es más contagiosa?

Los datos genómicos sugieren una tasa de crecimiento de la nueva variante del virus un 71% más alta que otras variantes (nivel de confianza de 95%: 67% a 75%).

Aunque es demasiado pronto para decir con certeza que la variante es responsable de un mayor número de casos, el *New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group* (NERVTAG) dijo el 18 de diciembre que la variante había “demostrado un crecimiento exponencial durante un periodo en el que estaban implementadas las medidas de bloqueo nacional”.

El panel concluyó que VUI-202012/01 “demuestra un aumento sustancial de la transmisibilidad en comparación con otras variantes”.

¿Es más peligrosa?

Sharon Peacock, directora ejecutiva de COG-UK, dijo el 22 de diciembre en una sesión informativa organizada por Science Media Center: “No tenemos evidencia de que exista una asociación con un resultado peor”.

El profesor Tom Connor, lector de la Facultad de Biociencias de la *Cardiff University*, dijo que era demasiado pronto para estar seguro, ya que los resultados



se determinaron 28 días después del diagnóstico. “Aún no estamos en el punto de disponer de la información hacer ese análisis”, dijo en la sesión informativa.

Public Health England comentó: “Actualmente no tenemos evidencia de que la variante tenga más probabilidades de causar una enfermedad grave o mortalidad, pero continuamos las investigaciones para comprender esto mejor”.

¿Se ha identificado esta nueva variante en algún otro lugar a parte del Reino Unido?

Algunos expertos han insinuado que el Reino Unido podría haber sido más rápido que otros países a la hora de detectar variantes del virus.

Según el Profesor Connor: “Es probable que estén apareciendo variantes similares en otras partes del mundo”.

¿Existe evidencia de que los niños ahora sean contagiadores?

Los expertos dijeron el 23 de diciembre que no había evidencia de que este fuera el caso.

Sin embargo, Judith Breuer, profesora de virología y codirectora de la División de Infección e Inmunidad del University College de Londres, dijo: “Sabemos que el coronavirus se transmite muy fácilmente entre los niños, por lo que no me sorprendería si finalmente el SARS-CoV -2 terminó propagándose entre los niños”.

¿Será resistente a las vacunas?

No hay evidencia actual de que la nueva variante de SARS-CoV-2 sea resistente a las vacunas contra la COVID-19 actualmente desarrolladas y aprobadas de emergencia.

Public Health England dijo esta semana que actualmente se están realizando trabajos de laboratorio prioritarios para averiguarlo.

Ravi Gupta, profesor de microbiología clínica

en la *University of Cambridge*, dijo que “es muy poco probable que la nueva variante escape a las vacunas porque las vacunas provocan respuestas de células T, respuestas de anticuerpos, y ambas respuestas se dirigen a múltiples partes de la proteína de la espícula”.

Ugur Sahin de BioNTech, cuya vacuna contra la COVID-19 fue la primera en ser aprobada para su uso de emergencia en todo el mundo dijo que confiaba en que la vacuna de la compañía seguiría siendo efectiva contra la nueva variante. Sin embargo, reconoció que se necesitaban más investigaciones antes de poder confirmar la eficacia. A la par, informó que en caso de requerirse, la compañía podría producir una nueva vacuna para la variante de COVID-19 en 6 semanas.

¿No se esperaba esta nueva variante?

No es raro que los virus sufran mutaciones; la gripe estacional muta todos los años. Se han observado variantes del SARS-CoV-2 en otros países, como España.

El profesor Tom Solomon, director de *NIHR Health Protection Research Unit in Emerging and Zoonotic Infections*, en *University of Liverpool*, destacó: “SARS-CoV-2, el virus que causa COVID-19, está evolucionando y mutando todo el tiempo, como hacen todos los virus similares. Tales cambios son completamente esperados”.

El Dr. Jeremy Farrar, director del *Wellcome Trust*, dijo que el último desarrollo mostró que todavía habría sorpresas con SARS-CoV-2. “Tenemos que ser humildes y estar preparados para adaptarnos y responder a los nuevos y continuos desafíos a medida que avanzamos hacia el 2021”.

Este artículo fue originalmente publicado en Medscape.com y adaptado para Medscape en español. Noticias Médicas de Medscape. 23 dic. 2020

LAS CONSECUENCIAS DE NO VACUNARSE CONTRA EL CORONAVIRUS



Reino Unido, Estados Unidos y Canadá ya empezaron la vacunación contra el COVID-19. Sin embargo, muchas personas han dicho que no se pondrían la vacuna.

En la primera etapa, el plan de vacunas irá centrado al personal de salud y residentes de centros de atención a largo plazo, que son los más vulnerables a contraer COVID y tener consecuencias devastadoras. Se espera que millones sean vacunados antes de fin de año.

La vacuna contra el coronavirus aún no está ampliamente disponible, por lo que se espera que en EE.UU. los adultos menores de 65 que gozan de buena salud y los niños deban esperar hasta finales de la primavera o incluso el verano de 2021 para acceder a la vacuna. Esto depende además de cuántas vacunas sean aprobadas para el público y cuán rápido sean fabricadas y distribuidas.

Pero si bien la vacuna es una buena noticia para la comunidad científica y para muchos es el principio del fin de la pandemia, el desarrollo de la vacuna en solo once meses —en comparación con investigaciones de vacunas que han durado años—

ha generado un gran escepticismo. Tanto, que muchos han dicho que no se vacunarían. Al menos, no por el momento, y las consecuencias pueden ser devastadoras, según expertos.



Diana Carolina, médico del Sistema de Salud Memorial, recibe la vacuna contra el coronavirus de Pfizer y BioNTech en Miramar, Florida, el 14 de diciembre de 2020. (Crédito: CHANDAN KHANNA/AFP via Getty Images)

«Las implicaciones de no vacunarse son relativamente sencillas: te puede dar el COVID muy severo y te puedes morir», le dijo a CNN en Español el Dr. Joseph Varón, jefe de personal del *United Memorial Medical Center* en Houston. «Yo creo que es muy importante que la gente entienda que uno debe de vacunarse. Uno requiere tener esa vacuna».

No ponerse la vacuna podría dejar a aquellos con más posibilidades de contraer una enfermedad por coronavirus mucho más violenta que los que sí se la pongan, según el Dr. Varón.

«Es decir, si la enfermedad empieza a avanzar, la gente que esté vacunada va a salir adelante. La gente



que no (esté vacunada) va a tener la infección y lo peor es que puede contagiarle a otro. Entonces desde el punto de salud pública te vuelves un problema», dijo Varón, que agregó que quienes tienen condiciones preexistentes pueden tener consecuencias mucho más graves como la muerte, justo como vemos en la actualidad.

La protección de la vacuna contra el coronavirus

Hasta este momento se sabe que la única vacuna con autorización, la de *Pfizer y BioNTech*, tiene hasta un 95% de eficacia en combatir el coronavirus con dos dosis. Pero no se sabe cuánto durará la inmunidad. Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, «es muy pronto» para saber de cuánto es la protección de la vacuna a largo plazo.

Si una persona decide no vacunarse, las implicaciones pueden ser más amplias, pues no solo no obtendrá la protección contra el COVID-19, sino que podría dificultar potencialmente la obtención de inmunidad colectiva y hacer vulnerables a los grupos de alto riesgo que posiblemente no puedan recibir la vacuna.

«Ese momento de inmunidad colectiva se retrasa porque el virus existe al poder saltar de una persona a la otra y si las personas ya tienen anticuerpos, pues eso representa una manera de bloquear la transmisión del virus», le dijo a CNN el Dr. José Torradas, médico de emergencias y vocero del *Colegio Americano de Médicos de Emergencias*, con sede en Pensilvania, Estados Unidos.

El Dr. *Anthony Fauci*, el principal experto en enfermedades infecciosas de EE.UU. dijo la semana pasada que espera que el país tenga un programa de vacunación regular en el que de manera muy rápida la mayor parte de personas puedan vacunarse y así volver a la normalidad, ya sea en el verano de 2021 o en el otoño.

«Mi esperanza y mi proyección es que si conseguimos que la gente se vacune en masa para que consigamos ese gran porcentaje de la población, a medida que nos acercamos al otoño, podamos tener un verdadero consuelo de que la gente esté en la escuela, segura en la escuela, ya sea de kinder a grado 12, o en la universidad», agregó Fauci.

¿Cómo lograr una inmunidad colectiva con la vacuna?

Expertos coinciden en que aplicarse la vacuna de manera colectiva puede contener la pandemia. Según la más reciente encuesta de *NPR/PBS Newshour/Marist College*, un 32% de los encuestados no se pondrían la vacuna, mientras que un 61% dijo que sí (en septiembre un 49% dijo que sí se pondrían la vacuna).

Se estima que una vacuna contra el COVID-19 deberá ser aceptada por al menos el 55% de la población para proporcionar inmunidad a la comunidad, según la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y algunos científicos anticipan que se necesitarán números aún mayores.

Para Torradas no vacunarse haría seguir la situación como la que se vive en el presente, en la que más de 73 millones de personas se han infectado con coronavirus y 1,6 millones de personas han muerto desde el inicio de la pandemia. Más de 300.000 de ellas en EE.UU.

«En términos de los que no se vacunan, no es que sean un peligro más de lo que pueden ser ahora mismo», dijo Torradas. «Es entendiendo que al no vacunarse si no tienes anticuerpos, te puedes infectar y eso no quiere decir que no puedas infectar gente que haya sido vacunada. La gente que ha sido vacunada tiene por lo menos una probabilidad más alta de no tener complicaciones severas».

El problema de la desinformación

El movimiento contra las vacunas ha ido ganando fuerza en los últimos años, y algunos padres se niegan a vacunar a sus hijos contra enfermedades que alguna vez fueron erradicadas, como la polio y el sarampión.

«Hay un sentimiento general contra la ciencia, contra la autoridad y contra las vacunas entre algunas personas en este país, un porcentaje alarmantemente grande de personas, en términos relativos», le dijo a CNN en meses pasados, el *Dr. Fauci*.

Y esa desinformación puede ser mortal en términos de salud pública en medio de una pandemia devastadora que ha dejado a millones de infectados.

«Desafortunadamente no se ha creado un ambiente de confianza y de información adecuada debido a todas las comunicaciones erróneas y mal informadas que ha dado el gobierno de este país. Y eso causa esa reticencia», le dijo a CNN en Español la Dra. Flor Muñoz, experta en vacunas e investigadora del *Baylor College of Medicine*.

Según Muñoz, es desafortunada la desinformación que se tiene sobre las vacunas. La experta insta a las personas a que aprovechen la «mejor opción que tenemos en este momento», que son las vacunas para ayudar a erradicar la letalidad de esta pandemia.

«Ha sido la mejor opción a nivel de la historia de la humanidad. El hecho de tener vacunas que eliminen infecciones que puedan ser como estas. Es lo que ha arrastrado la humanidad muchas plagas anteriores y de muchas epidemias anteriores», agregó Muñoz.

Los expertos siguen insistiendo en que la vacunación, que aún no es masiva y solo está disponible para ciertos grupos, no es la única respuesta a la pandemia. Hay que continuar con el lavado de manos, el distanciamiento físico y el uso de tapabocas para frenar la propagación del virus.

*Por Melissa Velásquez Loaiza . 16 Diciembre, 2020
Con información de Carolina Melo de CNN en Español y
Maggie Fox, Katie Hunt, Harry Enten y Elizabeth Cohen de CNN.*

LA PÉRDIDA DE OLFATO Y GUSTO POR LA COVID-19 AFECTA MÁS A LAS PERSONAS JÓVENES Y LAS MUJERES



La pérdida del olfato y del gusto es uno de los síntomas característicos de la COVID-19. Según los estudios realizados en diferentes países afecta entre un 5 a 85% de las personas infectadas por el coronavirus. Investigadores del *Hospital Clínic-IDIBAPS* han analizado la prevalencia de este síntoma en varios subgrupos de pacientes y los estudios concluyen que más de la mitad tienen pérdida de olfato o del gusto y, de estos, en más del 90% en deterioro se produce en los dos sentidos.



Joaquim Mullol (izquierda) e Isam Alobid

El equipo del Clínic-IDIBAPS, encabezado por Joaquim Mullol, responsable de la Unidad de Rinología y Clínica del Olfato del Servicio de Otorrinolaringología del Clínic y jefe del grupo Inmunoalergia Respiratoria Clínica y Experimental del IDIBAPS, e Isam Alobid, coordinador del grupo Multidisciplinario de Cirugía de Base de Cráneo del Hospital Clínic e investigador del mismo grupo, ha coordinado desde el inicio de la pandemia tres estudios y diversos artículos originales y de revisión sobre la pérdida del olfato y del gusto en el contexto de la COVID-19.

Desde el inicio de la pandemia, según datos de la *Organización Mundial de la Salud*, se han reportado más de 73 millones de casos de COVID-19 en todo el mundo y más de 1,6 millones de muertes. Aunque muchas personas tienen síntomas respiratorios, una parte importante de los diagnósticos positivos son asintomáticos o pre-sintomáticos con un período de incubación más largo, lo que conlleva que el número de portadores sea elevado. Este hecho, sumado a la elevada transmisibilidad del virus, contribuye a su rápida propagación.

Entre estos síntomas se encuentra también la pérdida del olfato y/o del gusto, una afectación que es común a otras infecciones como el resfriado común o la gripe.

Un grupo de médicos e investigadores del *Clínic-IDIBAPS* ha liderado varios estudios multicéntricos sobre la pérdida de gusto y de olfato debida a la COVID-19 en diferentes subgrupos de pacientes.

Estudios de prevalencia de la pérdida de olfato o gusto en personas con COVID-19

En un estudio coordinado por los Dres. Mullol y Alobid se evaluaron la frecuencia y la gravedad de la disfunción del olfato y/o del gusto (DOG) en pacientes con COVID-19 y su relación con características demográficas, ingreso hospitalario y con otros síntomas o enfermedades.

En el primer estudio, publicado en el *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, se evaluaron los datos de 846 pacientes y 143 controles de 15 hospitales españoles. Se observó que la DOG fue dos veces más común entre pacientes con COVID-19 en comparación con los controles. Más de la mitad de las

personas con COVID-19 presentaban una pérdida grave del olfato (53.7%) o del gusto (52.2%) y, de estos, en más del 90% el deterioro afectó los dos sentidos.

Por otra parte, los resultados demostraron que la DOG es un síntoma común en COVID-19 principalmente en pacientes jóvenes y no hospitalizados. Entre los pacientes afectados de DOG, uno de cada tres presentó pérdida del gusto o del olfato como síntoma inicial de la enfermedad.

En otro estudio, publicado en el *European Archives of ORL*, se evaluó la frecuencia y gravedad de la DOG en pacientes no ingresados positivos a PCR para SARS-CoV-2 en comparación con controles con resfriado común o gripe y PCR negativa. Se incluyeron 197 pacientes y 107 controles de cinco hospitales españoles.

La frecuencia de pérdida de olfato (70.1%) y sabor (65%) fue significativamente superior entre los pacientes con COVID-19 respecto a los controles (20.6% y 19.6%, respectivamente). La pérdida simultánea de gusto y olfato también fue mayor en los pacientes con COVID-19 (61.9% vs. 10.3%).

“En este estudio, al igual que en el anterior, la pérdida de olfato y gusto debida a la COVID-19, fue predominante en personas jóvenes de menos de 50 años y en mujeres, que representaban un 63% de los afectados con esta sintomatología, señalan los investigadores.

“De las observaciones se desprende que una disfunción olfativa repentina y grave en el marco de la pandemia del COVID-19 y en ausencia de pérdida de olfato debida a otras enfermedades respiratorias, como rinitis alérgica grave, rinosinusitis aguda o crónica, debe alertar a los médicos sobre la posibilidad de tener una infección por SARS-CoV-2“, añaden. En este sentido, el estudio del sentido

del olfato puede ser útil para identificar pacientes que requieran medidas de aislamiento y/o tratamiento inicial y podría reducir el número de contagios evitando la propagación de la COVID-19.

Entrenar el olfato para recuperarlo

Tres de cada cuatro pacientes con COVID-19 presentan una mejora de la pérdida de olfato pasado un mes desde el diagnóstico. Esta mejora con el tiempo indica que el virus provoca una inflamación y no un daño permanente al neuroepitelio olfativo en la mayor parte de los pacientes.

En caso de que la pérdida de olfato persista, se debe considerar el inicio de tratamiento, aunque se desconoce la eficacia de los tratamientos disponibles en la actualidad para la disfunción olfativa postviral. Cabe destacar que no hay medicamentos eficaces en la pérdida de olfato y el gusto por causa postviral.

Sin embargo, el entrenamiento olfativo ayuda a la recuperación del olfato. Esta terapia implica la exposición repetida a un conjunto de olores conocidos (limón, rosa, eucalipto, anís, ahumado, vinagre) durante 10 segundos cada uno, dos veces al día durante, al menos, tres meses. Se trata de un procedimiento seguro y útil en pacientes que lo inician dentro de los 12 primeros meses después del inicio del síntoma. “Este entrenamiento mejora la disfunción olfativa y el uso de olores a concentraciones elevadas es beneficioso para la mejora del olfato”, señalan Joaquim Mullol e Isam Alobid.

*Clinic Barcelona, Hospital Universitario. IDIBAPS.
18 de diciembre del 2020*



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

CONGRESO VIRTUAL

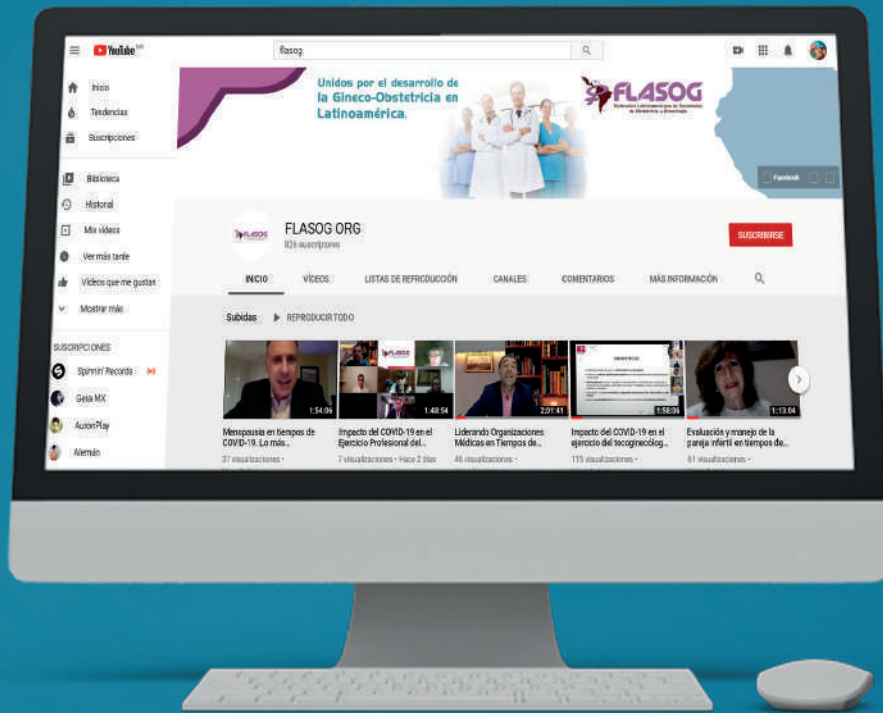
**LATINOAMÉRICA
SE CONECTARÁ EN
2021**

www.flasog.org

   /@FLASOG



SUSCRÍBETE A NUESTRO CANAL DE



www.flasog.org

   /@FLASOG



gineco FLASOG

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



¡MANTENTE ACTUALIZADO!

www.flasog.org/revista

   /@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

