gineco FLASOG

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

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

EDITORIAL

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO AL USO DEL ULTRASONIDO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LAS PACIENTES EN ETAPA DE TRANSICIÓN (PERIMENOPAUSIA –MENOPAUSIA).

Juan Carlos Quintero M MD

PROCEDIMIENTOS Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR EN LA ERA DEL COVID-19

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

MANEJO ACTUAL Y FUTURO DEL CLIMATERIO

Dr. Eduardo Storch

Revista oficial FLASOG

/@FLASOG
www.flasog.org

Mayo
No. 14 - Año 2020

FLASOG

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

COMUNICADO

El Comité Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), informa que debido a la emergencia sanitaria global condicionada por la pandemia de COVID- 19 y de común acuerdo con la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia (SPGO) y el Comité Organizador Local (COL), ha resuelto postergar la realización del XXIII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología que debía realizarse en la Ciudad de Asunción entre el 06 y 10 de septiembre del 2020, para la última semana del mes de Abril del 2021, con fecha de iniciación para el día Domingo 25 de dicho mes.

Sin más por el momento, Atentamente,

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente FLASOG

Dr. Luis Hernández Guzmán
Secretario FLASOG

COMITÉ EJECUTIVO
FLASOG
2017 - 2020

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

REVISTA MÉDICA CON ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y CONSULTA

gineco FLASOG

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

CONTENIDO

EDITORIAL pg.5
CONSIDERACIONES ESPECIALES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO AL USO DEL ULTRASONIDO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LAS PACIENTES EN ETAPA DE TRANSICIÓN (PERIMENOPAUSIA –MENOPAUSIA).
Juan Carlos Quintero M MD

PROCEDIMIENTOS Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR EN LA ERA DEL COVID-19 pg.7
Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández

MANEJO ACTUAL Y FUTURO DEL CLIMATERIO pg.21
Dr. Eduardo Storch

Esta publicación es editada a través de la FLASOG con artículos de los ginecólogos y obstetras de Latinoamérica. Los análisis, opiniones y comentarios aquí expresados no representan la postura de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia. Todos los derechos intelectuales son propiedad de los autores. Los permisos para su reproducción total o parcial son reservados a los mismos. Esta publicación es elaborada por Interactive Marketing S.A. de C.V. con sede en Cancún, México.

Iddeas creative mkt.

EDITOR
Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

EDITOR ASOCIADO
Dr. Néstor Garello (Argentina)
Dr. Ariel Marrufo Soda (México)
Dr. Samuel Karchmer K. (México)

CONSEJO CONSULTIVO EDITORIAL
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (México)
Dr. Emilio Valerio Castro (México)
Dra. Wendy Cárcamo (Honduras)
Dr. Juan Diego Viillegas Echeverri (Colombia)
Dra. Blanca Lilia Fretes (Paraguay)

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Paulo Meade Treviño (México)
Dra. Desiree Mostajo Flores (Bolivia)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas (Colombia)
Dra. Mercedes Pérez (Venezuela)
Dr. Dalton Ávila Gamboa (Ecuador)
Dra. Ivonne Díaz Yamal (Colombia)
Dr. Alfredo Célis López (Perú)
Dr. Gustavo Ferreiro Delgado (Uruguay)
Dra. Viridiana Gorbea Chávez (México)
Dr. Claudio Sosa (Uruguay)
Dr. Samuel Seiref (Argentina)
Dr. Rodrigo Zamora (México)
Dr. Edgar Iván Ortíz (Colombia)

Coordinador gráfico
Lic. Oskar Magaña

Diseñadora editorial
Lic. Ximena Miranda

Coordinadora editorial
Lic. Teresa Suárez

El consejo editorial de la revista *Gineco FLASOG* invita a los gineco-obstretas latinoamericanos a enviar sus trabajos para publicación; el único requisito es que tengan alguna relación directa con la Ginecoobstetricia. Los trabajos serán recibidos en Word al correo editorial@flasog.org

CONSIDERACIONES ESPECIALES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO AL USO DEL ULTRASONIDO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LAS PACIENTES EN ETAPA DE TRANSICIÓN (PERIMENOPAUSIA –MENOPAUSIA).

Juan Carlos Quintero M MD. Ginecobstetra
Ultrasonido Ginecología y Obstetricia.
Universidad del Valle. HUV. Centro Médico Imbanaco Cali
Correo: juancarlosquinetro63@gmail.com

En cada época de la vida de nuestras pacientes, el ultrasonido o ecografía ha sido de gran importancia y hemos sido testigos de la evolución que este método ha alcanzado con equipos de alta resolución y con la adecuada aplicación de técnicas de exploración que nos permiten nombrarlo como la herramienta fundamental en gran parte de nuestra práctica diaria. En las pacientes que se encuentran en este grupo de edad, etapa de transición, perimenopausia o menopausia establecida es importante mencionar algunas consideraciones especiales cuando hablamos de los métodos diagnósticos o de tamizaje.

Incluiremos en estas recomendaciones a todas las pacientes mayores de 40 años que al menos tengan un año sin presentar menstruación, pacientes histerectomizadas mayores de 50 años y pacientes con menopausia diagnosticada. Pacientes sintomáticas y asintomáticas. Se mencionarán algunos aspectos que pueden afectar la interpretación de los estudios practicados por Ultrasonido siguiendo parámetros de medicina evidencial.

En estas pacientes ocurren cambios fisiológicos y pueden tener en su historia eventos que afectan la calidad de los estudios y/o su interpretación, como pueden ser terapia hormonal de reemplazo, antecedentes de cirugías ginecológicas, obesidad, atrofia genital, patologías en órganos vecinos (infecciones urinarias, incontinencia, patología colo-rectal, sistema músculo esquelético), estenosis post radioterapia entre otras. Debemos conocer si se han practicado estudios previos, como por ejemplo legrado, biopsia o procedimientos diagnósticos o terapéuticos como histeroscopia. Es muy importante indicar una adecuada preparación para los estudios de ecografía en pacientes con estreñimiento cónico, por ejemplo: recomendar aplicación de enemas evacuantes el día previo y el día del examen. En pacientes con antecedente de histerectomía, idealmente iniciar el estudio de ecografía transvaginal con vejiga llena o parcialmente llena, para usarla como punto de referencia y mejorar la ventana acústica. En pacientes con disfunción miccional o prolapso genital evaluar inmediatamente después de micción espontánea y reportar el volumen de orina residual. Debemos familiarizarnos con la evaluación dinámica del piso pélvico, pues es de gran ayuda en la adecuada evaluación del prolapso genital y así poder recomendar la terapia adecuada.

La mayoría de pacientes en este grupo de edad consultan por sangrado vaginal anormal, dolor pélvico cónico, vulvodinia, sensación de masas en vagina, franco prolapso genital asociado o incontinencia urinaria o fecal. Otras pacientes se encuentran asintomáticas y deben ser incluidas en procesos de tamizaje (carcinoma de ovario y endometrio principalmente) según factores de riesgo o historia familiar.

Con respecto a tumores de ovario es indudable el aporte de la ecografía como herramienta de tamizaje y de diagnóstico. Se recomienda ecografía transvaginal a toda paciente en este grupo mencionado para detección precoz de patología ovárica o anexial al menos cada 2 años. El riesgo de cáncer de ovario en mujeres mayores de 50 años puede llegar al 2 o 3 % y es bien conocido que el 70 % se detectan en estadios III o IV con sobrevida muy reducida. Siguiendo los parámetros ecográficos muy difundidos podemos acercarnos al diagnóstico con alta sensibilidad y especificidad. En pacientes con patología endometrial ocurre algo diferente pues el 90 % son sintomáticas, siendo el sangrado anormal un punto de alerta que nos permite detectar la patología en estadios más tempranos. Recordemos que el punto de corte en grosor endometrial es de 4 mm en pacientes que no reciben THR (terapia hormonal de reemplazo). Debemos enfocarnos no solo en el grosor endometrial como único parámetro, también es muy importante la descripción de la zona de interfase miometrio-endometrio. En casos en donde no se logra definir adecuadamente la línea endometrial se recomienda practicar histerosonografía como complemento importante (instilación de solución salina estéril en cavidad uterina). El ultrasonido también nos permite vigilar muy bien el cérvix uterino (detección de CA de cérvix y su extensión parametrial) y el cuerpo uterino (vigilancia de miomas y su posible degeneración o sospecha de sarcoma).

En lo referente a dolor pélvico crónico puede estar muy relacionado al prolapso genital, disfunción miccional o en la defecación y enfermedad vascular o insuficiencia venosa (varicocele pélvico). El Doppler nos permite hacer un mapa muy preciso de la circulación pélvica. La valoración del piso pélvico por ecografía translabial o transperineal es de gran ayuda. En ocasiones debe practicarse vía rectal (masas en el canal rectal o anal). El estudio multicorte o tridimensional nos permite visualizar de una manera más real lo que ocurre en los diferentes compartimientos cuando evaluamos el piso pélvico.

La historia clínica y el examen físico complementado por un estudio de Ultrasonido nos permite prestar una mejor atención a nuestras mujeres en etapa de transición o menopausia establecida. Contando con adecuada información y preparación en cada caso podemos dar una mejor orientación al clínico. Es muy importante consignar datos de la historia clínica en las órdenes de ecografía, hallazgos al examen físico, estudios previos etc. También debemos recomendar a nuestras pacientes siempre portar los estudios previos para su apropiada comparación que en muchos casos es determinante. El ultrasonido es el estudio de primera elección como complemento a nuestra práctica clínica y si seguimos algunas de estas recomendaciones seguro tendremos mejores resultados beneficiando así a nuestras pacientes.

PROCEDIMIENTOS Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR EN LA ERA DEL COVID-19

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Miembro del Comité de Cáncer Ginecológico FLASOG
vvargashernandez@yahoo.com.mx

RESUMEN

El mundo se enfrenta a una nueva pandemia viral, COVID-19, que se ha extendido por su rápida transmisión comunitaria, alta virulencia y viabilidad superficial sostenida y que no tiene precedentes. La sincronización de los procedimientos de diagnóstico y manejo para pacientes con pruebas de detección para cáncer del cuello uterino (CaCu) anormales, y en entornos donde se han suspendido las consultas no esenciales y procedimientos electivos, se recomienda que las personas bajo programas de detección para CaCu con reporte en el Pap de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado se pospongan las evaluaciones diagnósticas de 6 a 12 meses. En los reportes de lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL), deben tener intentos documentados de contacto y evaluación del diagnóstico programada dentro de los 3 meses; mientras que, en HSIL sin sospecha de invasión deben contactarse y programarse los procedimientos dentro de los 3 meses. Si existe sospecha de invasión deben ser vistas dentro de 2 semanas y evaluadas en 2 semanas (en 4 semanas desde el reporte inicial a la referencia), así como carcinoma de células escamosas, células glandulares atípicas que favorecen neoplásico, adenocarcinoma endocervical in situ, adenocarcinoma; el diagnóstico histopatológico de sospecha de invasión por biopsia cervical/vaginal, o enfermedad invasiva después de un procedimiento de escisión cervical, escisión vaginal o biopsia/escisión vulvar, y desarrollo repentino de síntomas fuertemente sugestivos de malignidad; sin embargo, debe considerarse, que algunas personas con pruebas de tamizaje anormales y hallazgos histopatológicos requerirán una revisión caso por caso o individual, de acuerdo y sujetos a cambios debido al entorno sanitario. Los médicos deben continuar los protocolos de seguimiento que garanticen informar a los pacientes con resultados anormales cuando las preocupaciones por COVID-19 disminuyan hasta el punto de que se pueda restablecer la atención rutinaria para problemas no esenciales; al contener el brote de COVID-19, los pacientes deberán ser tratados de la forma rutinaria, el juicio clínico siempre debe usarse

cuando se aplica a una paciente individual y no aplicarse a todas las situaciones relacionadas con las pacientes. Las tecnologías de imágenes digitales representan una oportunidad importante durante la pandemia para compartir imágenes colposcópicas con centros de referencia, con el objetivo de evitar cualquier concentración de pacientes. Todos los pacientes deben someterse a un examen de detección de COVID-19 y usar una máscara quirúrgica. Un sistema de evacuación de humo con filtro de alta eficiencia es obligatorio para eliminar el humo quirúrgico. Los instrumentos electroquirúrgicos deben establecerse a la potencia más baja posible y no usarse durante largos períodos continuos para reducir la cantidad de humo quirúrgico. Se debe usar el siguiente equipo de protección personal: guantes quirúrgicos estériles repelentes de fluidos, un par de guantes subyacentes, protección ocular, máscara FFP3, gorro quirúrgico y bata. El colposcopio debe estar protegido por una cubierta transparente desechable y aplicar una lente protectora que debe desinfectarse después de cada uso, se sugiere privilegiar el uso de un video colposcopio. El CaCu en etapa temprana en un entorno donde la cirugía oncológica aún está permitida, se recomienda proceder con la atención estándar cuando el acceso es limitado; asegurarse que la enfermedad esté localizada por estudios de imagen (si están disponibles), y considerar posponer-la, por las posibles complicaciones, por un período de 6–8 semanas, o hasta que se resuelva la crisis. En conclusión, durante la pandemia de COVID-19, la selección correcta de pacientes necesitan evaluación clínica para ver si puede posponerse su manejo con seguridad para todos; debemos adoptar medidas agresivas para reducir la frecuencia de visitas y, aunque habrá diferencias entre países, estados, instituciones e incluso entre médicos individuales, haciendo todo lo posible, aún no sabemos cómo se manejarán los procesos neoplásicos en los próximos meses, pero cambiarán dramáticamente durante esta pandemia.

Palabras clave: COVID-19, epidemiologia, mortalidad, transmisión, síntomas, inmunosupresión, pandemia, cirugía, colposcopia, manejo oncológico.

PROCEDURES AND MANAGEMENT OF THE PATHOLOGY OF THE LOWER GENITAL TRACT IN THE ERA OF COVID-19

ABSTRACT

The world is facing a new viral pandemic, COVID-19, which has spread due to its rapid community transmission, high virulence, and sustained surface viability; unprecedented, synchronization of diagnostic and management procedures for patients with abnormal cervical cancer (CaCu) screening tests, and in settings where nonessential consultations and elective procedures have been discontinued, it is recommended that individuals under programs Screening for CaCu with Pap report of low-grade squamous intraepithelial lesion, diagnostic evaluations are postponed from 6 to 12 months; in reports of high-grade squamous intraepithelial injury (HSIL), they must have documented attempts at contact and scheduled diagnostic evaluation within 3 months; in HSIL without suspicion of invasion, procedures should be contacted and scheduled within 3 months; if there is suspicion of invasion, they should be seen within 2 weeks and evaluated in 2 weeks (in 4 weeks from the initial report to the reference); as well as squamous cell carcinoma, atypical glandular cells, which favor neoplastic, endocervical adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma; histopathological diagnosis of suspected invasion by cervical / vaginal biopsy, or invasive disease after a cervical excision, vaginal excision, or vulvar biopsy / excision procedure; and sudden development of symptoms strongly suggestive of malignancy; however, it should be considered that some people with abnormal screening tests and histopathological findings will require

a case-by-case or individual review; agree and subject to change due to healthcare environment. Clinicians should continue follow-up protocols that ensure that abnormal patients are informed when concerns about COVID decrease to the point that routine care for nonessential problems can be restored; by containing the COVID-19 outbreak, patients should be routinely treated; Clinical judgment should always be used when applied to an individual patient, and not apply to all patient-related situations. Digital imaging technologies represent an important opportunity during the COVID-19 pandemic to share colposcopic images with reference centers, in order to avoid any concentration of patients. All patients must undergo a COVID-19 screening test and wear a surgical mask. A highly efficient filter smoke evacuation system is required to remove surgical smoke. Electrosurgical instruments should be set to the lowest possible power and should not be used for long continuous periods to reduce the amount of surgical smoke. The following personal protective equipment should be worn: sterile fluid repellent surgical gloves, one pair of underlying gloves, eye protection, FFP3 mask, surgical cap, and gown. The colposcope should be protected by a disposable transparent cover. A protective lens should be applied and disinfected after each use. The use of a video colposcope should be preferred. The CaCu in early stage: in an environment where cancer surgery is still allowed, it is recommended to proceed with standard care, when access is limited, it is considered, to ensure that the disease is localized by imaging studies (if available), and consider postponing it, for possible complications, for a period of 6–8 weeks, or until the crisis resolves. In conclusion, during the COVID-19 pandemic, the correct selection of patients needs clinical evaluation; To see if its management can be safely postponed for all, we must adopt aggressive measures to reduce the frequency of visits; and there will be differences between countries, states, institutions and even between individual doctors, all doing everything possible, we still do not know how the neoplastic processes will be handled in the coming months; But, they will change dramatically during this pandemic.

Key words: COVID-19, epidemiology, mortality, transmission, symptoms, immunosuppression, pandemic, surgery, colposcopy, oncological management.

ANTECEDENTES

El mundo se enfrenta a una nueva pandemia viral, COVID-19, que se ha extendido por su rápida transmisión comunitaria, alta virulencia y viabilidad superficial sostenida. La mayoría de personas infectadas y contagiosas solo presentan síntomas leves, como fiebre, incluso son asintomáticas. COVID-19 es una enfermedad respiratoria causada por el nuevo coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)-CoV-2, virus de ARN monocatenario, se utiliza el término “COVID-19” para referirse a la enfermedad respiratoria viral y “Coronavirus” para el virus SARS-CoV-2.

La propagación actual de este padecimiento tiene tasa exponencial, los mecanismos de transmisión aceptados, es a través de la transmisión primaria por gotitas respiratorias al toser, estornudar y contagio cercano entre personas (1.83metros)1; la transmisión del virus en asintomáticos y la eliminación para la transmisión no se comprende bien [2].

El período de incubación de COVID-19 es de 3 a 7 días, pero puede durar hasta 2 semanas desde la infección hasta los síntomas 3. COVID-19 se asocia con fiebre y con síntomas leves (sin o con leve neumonía) en 80% de pacientes, la enfermedad grave (disnea, taquipnea, disminución saturación de oxígeno en sangre o infiltrados pulmonares) en 14% de casos; la crítica (insuficiencia respiratoria, choque séptico y/o falla orgánica múltiple) en 5% de casos [1,4].

Muchos pacientes son infecciosos 1-2 días antes de iniciar síntomas. Las tasas de mortalidad (TM) varían 0.9% a 2.3%; principalmente ocurre en mayores de 70 años de edad, por enfermedad crítica y/o con comorbilidades médicas pre-existentes (por ejemplo: enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, [3] hipertensión y niveles altos de LDH, por lo que necesitan observación cuidadosa e intervención temprana para prevenir el desarrollo potencial de COVID-19 grave. Los hombres con lesión cardíaca severa, hiperglucemia y dosis altas de corticosteroides pueden tener mayor riesgo de muerte [5].

La fisiopatología, epidemiología y forma de transmisión de COVID-19 son mal entendidas; aún no existen medicamentos específicos ni antivirales autorizados. Algunos pacientes han recibido un nuevo fármaco en investigación, Remdesivir; sin embargo, no está claro si el medicamento se puede usar de manera segura en mujeres embarazadas o lactantes.

COVID-19 es una infección "nueva" (para humanos) y se supone que la inmunidad del huésped es mínima, es más contagioso que la gripe y la TM es 10 a 15 veces mayor que ésta e impacta los pulmones de manera diferente que la gripe.

La neumonía bacteriana está descrita con mayor frecuencia en la infección por influenza que por coronavirus. La Infección bacteriana superpuesta, si no se trata con éxito con antibióticos, potencialmente puede conducir a sepsis, colapso cardiovascular y muerte. No todos los pacientes con COVID-19 lo harán ni requieren hospitalización, el tratamiento es en gran medida de apoyo (que puede incluir o no soporte respiratorio invasivo). Se puede presentar un deterioro clínico con el desarrollo del Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) caracterizado por inflamación pulmonar de inicio rápido y generalizada, sin edema pulmonar cardiogénico bilateral, hipoxemia severa y bajo índice de ventilación/perfusión alveolar, que se presenta en la segunda semana de la enfermedad. La mayoría de muertes se asocian con el desarrollo de SDRA [6,7].

A diferencia de la neumonía bacteriana normal, no existen tratamientos farmacéuticos para el SDRA y el único tratamiento es la ventilación mecánica. De 20 a 30% de pacientes hospitalizados con COVID-19 y neumonía requieren cuidados intensivos para soporte respiratorio, y no se recomiendan dosis de corticosteroides debido a las preocupaciones sobre la eliminación viral prolongada. En casos de infección por coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) junto con otros países, en Estados Unidos, se estima que están infectados 96 millones de personas en las próximas semanas y meses. La magnitud de la epidemia hará que falle el sistema de salud, sin potencial real de superar su capacidad, las pruebas y detección del coronavirus será insuficientes para contener el virus porque ya se ha infiltrado en la comunidad en todo Estados Unidos en las semanas anteriores, a medida que la epidemia se propaga, la gravedad de la enfermedad, número de individuos infectados y escasez de suministros, en conjunto hacen que sea necesario suspender todo tratamiento no urgente.

Debido a la naturaleza de la propagación y riesgo de una mayor mortalidad, las demandas sociales deben ser consideradas en todas nuestras actividades y recomendaciones. Los enfoques principales para abordar el impacto en la salud pública de COVID-19 incluyen la contención, mitigación de riesgos, incluido el mejoramiento personal, higiene, distanciamiento social, optimización y preservación de recursos, las siguientes recomendaciones están basadas sobre los conceptos de salud pública, independientemente del entorno, y tener en cuenta la salud de pacientes, personales paramédicos, médicos, y población en general. Estas recomendaciones cambian a medida que evoluciona la pandemia, para garantizar la orientación más reciente y actualizada, periódicamente [6-8].

MITIGACIÓN DE RIESGOS Y DISTANCIA SOCIAL

La optimización de la respuesta a COVID-19 requiere considerar las implicaciones del virus en sí mismo en

pacientes, personal de salud y médicos, puesto que la infección por coronavirus se ha generalizado y se sugiere que las estrategias de salud pública como el distanciamiento social, evitar de multitudes y otras técnicas son cruciales para "aplanar la curva" de la diseminación del coronavirus, al cumplir con lo siguiente: lavado de manos apropiado, evitar contacto cercano y permanecer en casa.

Cuando está febril considere evaluar el estado de salud del paciente, incluida la temperatura corporal, antes de hospitalizar, realice la separación de personas con fiebre y síntomas respiratorios; haga pruebas apropiadas y cuarentena, si se justifica; minimice la cantidad de médicos, personal paramédico y pacientes en la clínica; informe por teléfono y limite los visitantes a una sola persona de apoyo o alentar el uso de métodos alternativos de participación, como por teléfono o video; implemente procedimientos para que el personal trabaje virtualmente o desde su hogar, entendiendo que los arreglos deben ser individualizados.

Cuando se deban realizar procedimientos urgentes, minimice el tiempo que la paciente espera en el área de recepción o sala de espera; fomente la formación cruzada del personal en caso de ausencia del personal; implemente un sistema de telesalud para pacientes nuevos y recurrentes; cumpla con las recomendaciones de la autoridad de salud pública para el distanciamiento social; las prácticas de medicina se cambian de la práctica habitual a un modelo de telesalud, a través del uso de teléfonos o computadoras seguras, audio-video en lugar de consultas presenciales en consulta entre médico y paciente.

Es apropiado y alentador utilizar la telesalud para realizar nuevas consultas en pacientes para su seguimiento; para educación de la paciente en preparación para su manejo planificado; en consultas de salud mental por parte de profesionales de la salud mental, asesoramiento de enfermería, así como coordinación administrativa y discusiones sobre la atención al paciente [4,7-11]. Es necesario realizar un inventario de los equipos de protección personal (EPP) disponibles y desarrollar estrategias para optimizar el uso y oferta.

Se recomienda evitar viajes no esenciales, especialmente a áreas altamente impactadas, cuando sea posible, ya que tener un gran número de personas que se congregan en centros de viaje (aeropuertos, estaciones de tren, etc.), sentarse de cerca en aviones, trenes, autobuses, entre otros, contradice directamente los principios del distanciamiento social y podría promover la propagación de la enfermedad a la comunidad. Una política de viajes que limita viajes de negocios y desalienta los viajes personales; por lo que deben evitar viajar fuera de su país, estado o, en algunos casos, ciudad y utilizar la telesalud en circunstancias en que los pacientes están geográficamente distantes del médico.

El tratamiento de las pacientes se debe modificar o suspender con el principio de mitigar riesgos y conservación de recursos, suspender los tratamientos no urgentes, solo atender casos urgentes y se remitan a los pacientes a control posterior. En las embarazadas por el impacto y el riesgo potencial de COVID-19, sobre el embarazo, el feto y bienestar del niño, la atención debe individualizarse y posponerse un tratamiento adicional después.

Es recomendable suspender todas las cirugías electivas, los procedimientos de diagnóstico de intervención no urgentes, asesorar a los pacientes sobre el riesgo de infección para la mujer embarazada que desarrolla COVID-19, ya que todavía son relativamente desconocidos[11], pues no existen datos sobre el riesgo de complicaciones del embarazo cuando se adquiere COVID-19, durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, otras infecciones conocidas por coronavirus durante el embarazo, como el SARS, se han asociado con un aborto espontáneo, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino[11].

Evaluar modelos de personal de práctica para asegurar que el médico, enfermería y de anestesia estén disponibles para proporcionar cualquier necesidad crítica y cuidado urgente. Dotación de personal y equipo: los laboratorios deben contar con el número mínimo de personal requerido para realizar todas las actividades de control de calidad para garantizar la seguridad y ejecución de casos urgentes.

Se debe considerar a los miembros de laboratorio rotativos y de entrenamiento cruzado en caso de enfermedad del personal, exposición o necesidad de cuarentena. Si todos/la mayoría de los miembros del laboratorio están en cuarentena, deberán derivarse a un centro capaz de brindar la atención o contratar personal. Dada la falta de evidencia para sugerir la transmisión por sangre, sexual o transplacentaria, actualmente no se toman precauciones necesarias especiales, como el VIH y la hepatitis, solo el uso de precauciones universales es imprescindible para el manejo. Dicha limpieza debe hacerse inmediatamente después del uso y antes y el equipo se vuelve a poner en servicio general.

Cada clínica debe desarrollar y/o revisar sus planes de emergencia y el mantenimiento continúe sin interrupción y las muestras de pacientes infectados con coronavirus se manejen de la misma manera como tejidos de pacientes que son seropositivos para otras enfermedades infecciosas. Es esencial proporcionar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y personal, para que comprendan el impacto de la amenaza, cómo se manifiesta en pacientes, personal de salud y atención médica; los profesionales de la salud mental son de vital importancia para abordar estas necesidades en los pacientes por igual [7-12], así como las preocupaciones del paciente y del personal incluyen:

La pandemia de COVID-19 presenta una amenaza sin precedentes de inimaginables proporciones al bienestar psicológico y emocional de los pacientes y el personal. La invisibilidad e incertidumbre de la pandemia pueden provocar sentimientos de pánico, terror, impotencia, desesperanza y pérdida de control.

Las preocupaciones del paciente incluyen la cancelación de tratamientos no urgentes, el impacto potencial del coronavirus y COVID-19 en el embarazo y el feto, así como el riesgo de exposición e infección. Las preocupaciones del personal médico incluyen manejo de la ansiedad y las preguntas del paciente, la exposición o exponiendo a otros a COVID-19, aumentaron las preocupaciones de cuidado de niños con cancelaciones escolares, carga de trabajo debido al personal limitado y la incertidumbre financiera.

Se debe reconocer la creciente necesidad de apoyo emocional y psicológico, tanto en pacientes como en personal de salud. Los profesionales de la salud mental deben ser utilizados para ayudar a apoyar pacientes y personal en riesgo de problemas psicológicos o emocionales graves. Las prácticas deben estar preparadas para facilitar las referencias apropiadas cuando se indique. La salud telemental debe utilizarse para aumentar la accesibilidad a los profesionales de la salud mental y ser coherente con las prácticas de distanciamiento social. Los profesionales de la salud mental también pueden ser utilizados para capacitar al personal en el manejo del aumento demandas de pacientes en crisis, para proporcionar recursos comunitarios para hacer frente, y para proporcionar psicoeducación sobre cómo reducir el riesgo de traumatización [7-12].

LA INFECCIÓN Y ENFERMEDAD POR COVID-19 Y MANEJO DE LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

La propagación pandémica del nuevo coronavirus SARCOV2 y su enfermedad relacionada con COVID-19 está cambiando radicalmente la organización y estructura de los sistemas de salud mundialmente, con la necesidad de tratamiento urgente masiva de pacientes que necesitan asistencia respiratoria. En terapia intensiva se han adoptado cambios organizativos en todo el mundo para optimizar los recursos en salud, como la necesidad de posponer actividades quirúrgicas no urgentes y servicios ambulatorios, realizando solo casos y cirugías urgentes principalmente en oncología.

En lo que respecta a servicios ambulatorios, los casos que requieren evaluación en 3 días (urgencia) o 10 días (prioridad a corto plazo) no se posponen y deben ser garantizados en los centros de salud 13, diferir la cirugía electiva y retrasar la atención de rutina para problemas no esenciales [14]. Se publican recomendaciones para el tratamiento quirúrgico de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 [15]; sobre cómo manejar a pacientes incluidos

en el proceso de detección del cáncer de cuello uterino (CaCu), así como aquellas pacientes que necesitarían evaluación en la clínica de colposcopia para cirugía ambulatoria del tracto genital inferior (TGI), aunque la mayoría de evaluaciones de estas pacientes se posponen de manera segura, existe un porcentaje significativo de pacientes que necesitan contacto urgente para excluir o confirmar un diagnóstico oncológico, como CaCu u otras neoplasias del TGI [16-18]. En un resultado de una prueba de detección o biopsia diagnóstica, existe la necesidad urgente de una orientación clara sobre las precauciones de seguridad que deben adoptarse al realizar la colposcopia o cirugía ambulatoria del TGI en casos sospechosos o confirmados de pacientes COVID-19, requiere:

(1) La selección correcta de pacientes que necesitan una evaluación rápida para patologías del TGI.

(2) Los procedimientos de seguridad que deben implementarse con respecto a la emergencia COVID-19.

Se ha publicado una guía provisional 15 para recomendaciones en casos de pruebas de tamizaje para la detección de CaCu. En reporte de una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) cervical, la evaluación diagnóstica podría posponerse a 6-12 meses; al contrario, personas con lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL), debe realizarse intentos para contactarlos y evaluar el diagnóstico con programación dentro de los 3 meses. En HSIL sin sospecha de invasión, los procedimientos se programan dentro de los 3 meses y en los que hay sospecha de invasión, dentro de las 2 semanas seguidas de una evaluación y dentro de las 2 semanas posteriores a ese contacto (es decir, 4 semanas desde el informe inicial al envío) y pueden adoptarse en diferentes entornos.

Sin embargo, existe la necesidad de recomendaciones que también consideren a los pacientes no incluidos en los programas de detección o con una necesidad urgente de evaluación en una clínica de colposcopia; países con buena cobertura de tamizaje para la detección de CaCu [18]; su efecto protector contra CaCu se reducirá en mujeres sin tamizaje organizado a la mitad en comparación con la detección organizada (OR 0.57; IC del 95%, 0.3-1.1 frente a OR 0.25; IC del 95%, 0.1-0.5), [19] la evaluación de segundo nivel en clínicas de colposcopia será crucial.

La mayoría de centros de detección en la mayoría de países, suspendió sus actividades, causando fragmentación de la cobertura a nivel nacional, es razonable esperar un aumento en el porcentaje de pacientes que se les realizarán pruebas de detección espontáneas o no serán evaluadas en absoluto, con un riesgo potencial incrementado de diagnóstico de CaCu perdido o retrasado. Los médicos involucrados en la prevención del CaCu requerirán un esfuerzo considerable para garantizar un buen nivel de asistencia, las pacientes necesitan ser evaluadas en una clínica ambulatoria de colposcopia dentro de 2 a 4 semanas; si el reporte del Pap es de carcinoma de células escamosas, células glandulares atípicas, a favor neoplásico (AGC-FN), adenocarcinoma endocervical in situ o adenocarcinoma [20]. Las pacientes con diagnóstico histopatológico de sospecha de invasión por biopsia necesitan tratamiento por escisión para confirmar el diagnóstico, si se confirma histopatológicamente invasión después de un procedimiento escisional cervical, vaginal o vulvar necesitan evaluación del estadio clínico para su manejo por equipo multidisciplinario o envío a un centro especializado o cuando desarrollan síntomas sugestivos de neoplasias del TGI.

La evaluación diagnóstica programada dentro de 3 meses es para pacientes con HSIL, células escamosas atípicas que no pueden excluir HSIL (ASC-H) o células glandulares atípicas no especificadas de otra manera (AGS-NOS) en el Pap cervical [16,17,20]. Las pacientes con diagnóstico de HSIL sin sospecha de invasión de una biopsia con (HSIL), en cuello uterino, vagina o vulva o neoplasia intraepitelial diferenciado [21].

Las pacientes con prueba de virus de papiloma humano de alto riesgo (VPH-ar), positiva, con Pap cervical

normal, LSIL o células escamosas atípicas de importancia indeterminada (ASC-US) 20 o con diagnóstico histopatológico de LSIL en biopsia de cuello uterino, vagina o vulvar [21] se pospone 6 a 12 meses. El seguimiento después del tratamiento para HSIL no debe posponerse. Los pacientes deben completar el programa de vacunación contra el VPH (de 2/3 dosis), siempre que todas las dosis se administren dentro del 1 año 22. Las recomendaciones deben ser evaluadas y eventualmente aplicadas caso por caso, no es posible excluir que algunos pacientes necesiten un tratamiento individualizado, ni sustituyen el juicio clínico; además, varían con el tiempo en relación con la tendencia a la propagación pandémica de COVID-19, incluido el regreso al tratamiento estándar al momento en que la evaluación no es urgente puede programarse nuevamente.

Las nuevas tecnologías de imágenes digitales para apoyar la colposcopia o reemplazarla (es decir, colposcopia móvil o digital) [23,24] representa una oportunidad importante durante la pandemia de COVID-19 para compartir colposcopia imágenes a centros de referencia, al mismo tiempo o más tarde con envío de imágenes o videos. Esta teleconsulta es útil si el objetivo es evitar concentrar a pacientes en centros y realizar examen con la misma calidad en diferentes instalaciones, reduciendo así la posibilidad de infección y propagación del virus.

La conexión digital también podría contribuir a la formación de una red entre clínicas de colposcopia, al mejorar globalmente la calidad de los servicios de atención médica. La colposcopia digital podría ser particularmente útil en países emergentes, donde el impacto de COVID-19, que potencialmente puede ser peligroso; incluso la capacitación a colposcopistas podría implementarse con la colposcopia digital [25-28].

PRECAUCIONES DURANTE EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO COLPOSCÓPICO DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

En pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, el objetivo es la seguridad esencial durante la colposcopia y cirugía ambulatoria para la patología del TGI, para proteger al personal de salud en todos los niveles de la exposición a la enfermedad. El principal riesgo potencial durante la cirugía para la enfermedad del TGI es el riesgo de exposición a aerosoles cuando se utilizan instrumentos láser electroquirúrgicos de dióxido de carbono (CO2) que producen gran cantidad de humo quirúrgico; éste puede contener partículas virales, como en los procedimientos escisionales realizados por láser de CO2 o LEEP, donde el VPH, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus de la hepatitis B, se encontró en la mucosa de las vías respiratorias superiores de los cirujanos [25-28]. Incluso la transmisión es más probable para virus transmitidos por la sangre y en la actualidad no existen casos registrados de secreciones vaginales que resulten positivas para COVID-19 [28].

No podemos subestimar el riesgo de infección por COVID-19 por aerosol o el tabaquismo, se deben tomar todas las precauciones de seguridad necesarias para la cirugía ambulatoria del TGI en pacientes con COVID-19, sospechosos o confirmados. A todas las pacientes se les realiza una prueba antes de la cirugía para COVID-19, deben usar una máscara quirúrgica; se debe utilizar un sistema de evacuación de humo con filtro de alta eficiencia, conectado directamente al espéculo o pieza de mano electroquirúrgica, es obligatorio eliminar el humo quirúrgico, el aerosol y proporcionar una visualización satisfactoria durante el procedimiento. Los instrumentos electroquirúrgicos deben establecerse a la potencia más baja posible y no usarse durante largos períodos de tiempo continuos para reducir la cantidad de humo quirúrgico.

En la medida de lo posible, se recomienda que la hemostasia se obtenga sin instrumentos electroquirúrgicos, tanto en láser CO2 como LEEP, el uso de bisturí no es la primera opción para la escisión cervical o vaginal, incluso si el problema del humo quirúrgico pudiera evitarse con el

cono con bisturí, el riesgo de complicaciones inmediatas y a largo plazo supera este beneficio [28]; se aceptan los procedimientos de biopsias o extirpaciones de vulva y se realizan con bisturí, lo que limita el uso de electrocirugía a lo estrictamente necesario.

Se recomiendan dispositivos e instrumentos desechables durante todo el procedimiento. Los dispositivos o instrumentos no desechables deben mantenerse limpios durante los procedimientos y deben someterse a una desinfección separada y un etiquetado adecuado. Los desechos clínicos deben etiquetarse y eliminarse por separado. La protección del médico y del equipo de protección personal debe realizar la higiene de manos antes y después de cada procedimiento, uso de guantes quirúrgicos estériles repelentes de líquidos, un par de guantes subyacentes, protección para los ojos, máscara FFP3, gorro quirúrgico y bata. El personal médico quirúrgico debe usar y quitárselos de acuerdo con los procedimientos estandarizados. El colposcopio se protege con una cubierta transparente desechable para reducir la posibilidad de contaminación y también se debe aplicar lente protectora para desinfectarse después de cada uso; finalmente, se debe preferir el uso de un video colposcopio, en lugar de un soporte binocular. La limpieza y desinfección postoperatorias de la sala de operaciones deben estandarizarse de acuerdo con los protocolos nacionales, locales y las nuevas recomendaciones COVID-19. Los procedimientos enumerados deben considerarse, además de los procedimientos estándar utilizados para la seguridad de los pacientes y médico para reducir el riesgo de complicaciones infecciosas asociadas con la cirugía ambulatoria del TGI y prevenir la transmisión de infecciones relacionadas con la instalación entre diferentes pacientes [29].

Los pacientes con cáncer son más susceptibles a la infección viral que las personas sanas debido al estado de supresión inmunitaria causado por el manejo oncológico, como cirugía o quimioterapia; por lo tanto, estas pacientes pueden tener un mayor riesgo de COVID-19 y peor pronóstico [30].

Wenhua Liang y colegas 31 fue el primero en centrarse en la infección por COVID-19 en pacientes con cáncer, quienes tenían más probabilidades de desarrollar COVID-19, por ser una infección altamente contagiosa a la que todos, factor de morbilidad más importante es la exposición a una fuente de infección.32 Los pacientes con cáncer tuvieron peores resultados con COVID-19, también informaron la edad media (63,1 años) es significativamente mayor que la de aquellos sin cáncer (48,7 años), lo que sugiere que la edad avanzada se asocia con peores resultados de COVID-19 [33].

El mayor riesgo para los pacientes con cáncer es la incapacidad de recibir los servicios médicos necesarios (tanto en términos de llegar al hospital como a la provisión de atención médica normal), debido a la pandemia que ha afectado los servicios médicos con menos médicos; se recomienda a pacientes que no visiten los hospitales debido al riesgo de infección. Los efectos adversos entre los pacientes que reciben inhibidores del punto de control inmunitario (como la miocarditis grave y la neumonitis) [34] son más difíciles de diagnosticar y podrían no tratarse de inmediato, lo que podría afectar su sobrevida.

Durante esta epidemia, además de una mejor protección, los pacientes con cáncer necesitan asesoramiento médico en línea e identificación y tratamiento adecuados de casos críticos, las decisiones sobre si posponer o no el tratamiento del cáncer deben tomarse individualmente y de acuerdo con el riesgo para el paciente y la situación prevaleciente porque los retrasos podrían conducir a la progresión del tumor y, en última instancia, a resultados más pobres [33-35].

El CaCu en etapa temprana en un entorno donde la cirugía oncológica aún está permitida, se recomienda proceder con la atención estándar; cuando el acceso a la cirugía es limitado, se considera, asegurar que la enfermedad esté localizada por estudios de imágenes, como tomografías computarizadas o imágenes PET / CT (si están disponibles), y si es así, considerar posponer procedimientos que puede

considerarse de alto riesgo de tiempo operatorio prolongado, o posibles complicaciones intraoperatorias y/o postoperatorias, como como traquelectomía radical o histerectomía radical, por un período de 6–8 semanas, o hasta que se resuelva la crisis.

En enfermedad de bajo riesgo (< 2cm, histopatología de bajo riesgo), considerar cono o traquelectomía simple ± BGC, si están disponibles y son factibles. En tumores macroscópicos mayores, consideración la quimioterapia neoadyuvante para el CaCu localmente avanzada: el hipofraccionamiento (aumentando dosis por día y reducir el número de fracciones) para reducir el número de veces que la paciente tiene que venir a visitas al hospital y tratamientos. La braquiterapia en CaCu no debe retrasarse en pacientes sin síntomas de COVID-19; mientras que en pacientes con radioterapia que visitan diariamente cara a cara a la telemedicina, considerarlas a semanales, a menos que se requiera un examen [36].

Toda cirugía durante la pandemia de COVID-19 debe considerarse de alto riesgo y la protección del equipo quirúrgico al lado de la cama debe estar al más alto nivel. La cirugía robótica ayudar a reducir la estancia hospitalaria para pacientes que necesitan urgentemente cirugía oncológica compleja, dejando espacio para pacientes con COVID-19; comparada con laparoscopía o abierta convencional, reduce potencialmente no solo la contaminación con fluidos corporales y gases quirúrgicos, sino también la cantidad de personal médico expuesto directamente, pero se deben tomar precauciones quirúrgicas generales y prevención de fugas de gas segura y efectiva, reducir la cantidad de personal, la presión intraabdominal a 8 mm Hg o menos, menor uso de potencia de electrocauterización y evitar el uso de dispositivos de sellado ultrasónico [37].

Habrá diferencias entre países, estados, instituciones e incluso entre médicos individuales, haciendo todo lo posible en tales situaciones de crisis; aún no sabemos si la forma en que tratamos el cáncer en los próximos meses cambiará dramáticamente durante esta pandemia. Si bien estamos acostumbrados a aconsejar a los pacientes sobre su mejor opción de tratamiento, nos enfrentaremos a una dimensión completamente nueva, en la que tendremos que equilibrar los beneficios de las terapias oncológicas con el mayor riesgo de pacientes con cáncer de infecciones [38] por SARS-CoV-2.

Debemos adoptar medidas agresivas para reducir la frecuencia de visitas al hospital de pacientes con cáncer durante una epidemia viral en el futuro. Para los pacientes que requieren tratamiento, deben existir protocolos de aislamiento adecuados para mitigar el riesgo de infección [39] por SARS-CoV-2.

CONCLUSIÓN

En conclusión, durante la pandemia de COVID-19, la selección correcta de las pacientes que necesitan evaluación en la clínica de colposcopia que no puede posponerse, es obligatoria y recomendable; con la seguridad para pacientes y médicos, así como el mantenimiento de un alto nivel de conciencia sobre las estrategias de prevención y protección laboral. Deben realizarse todos los procedimientos necesarios a este respecto.

1. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, et al. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [Updated 2020 Apr 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/
2. Jasper Fuk-Woo Chan, Shuofeng Yuan, Kin-Hang Kok, Kelvin Kai-Wang To, Hin Chu, Jin Yang, Fanfan Xing, Jieling Liu, Cyril Chik-Yan Yip, Rosana Wing-Shan Poon, Hoi-Wah Tsoi, Simon Kam-Fai Lo, Kwok-Hung Chan, Vincent Kwok-Man Poon, Wan-Mui Chan, Jonathan Daniel Ip, Jian-Piao Cai, Vincent Chi-Chung Cheng, Honglin Chen, Christopher Kim-Ming Hui, Kwok-Yung Yuen. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family clusterLancet 2020; 395: 514–23
3. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, Ren R, Leung KSM, Lau EHY, Wong JY, Xing X, Xiang N, Wu Y, Li C, Chen Q, Li D, Liu T, Zhao J, Li M, Tu W, Chen C, Jin L, Yang R, Wang Q, Zhou S, Wang R, Liu H, Luo Y, Liu Y, Shao G, Li H, Tao Z, Yang Y, Deng Z, Liu B, Ma Z, Zhang Y, Shi G, Lam TTY, Wu JTK, Gao GF, Cowling BJ, Yang B, Leung GM, Feng Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N. Engl. J. Med. 2020 Jan 29 (E-pub) (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316)
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323(13):1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
5. Xiaochen Li, Shuyun Xu, Muqing Yu, Ke Wang, Yu Tao, Ying Zhou, Jing Shi, Min Zhou, Bo Wu, Zhenyu Yang, Cong Zhang, Junqing Yue, Zhiguo Zhang, Harald Renz, Xiansheng Liu, Jungang Xie, Min Xie, Jianping Zhao. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 in patients in Wuhan. J Allergy Clin Immunol. 2020 Apr 12 doi: 10.1016/j.jaci.2020.04.006 (ttps://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130)
6. Hoehl S, Rabenau H, Berger A, et al. Evidence of SARS-CoV-2 Infection in Returning Travelers from Wuhan, China. N Engl J Med. 2020;382(13):1278–1280. doi:10.1056/NEJMc2001899
7. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. J. Med. Virol. 2020, Apr;92(4):418-423
(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25681)
8. A Danielle Iuliano, Katherine M Roguski, Howard H Chang, David J Muscatello, Rakhee Palekar, Stefano Tempia, Cheryl Cohen, Jon Michael Gran, Dena Schanzer, 9.- Benjamin J Cowling, Peng Wu, Jan Kyncl, Li Wei Ang, Minah Park, Monika Redlberger-Fritz, Hongjie Yu, Laura Espenhain, Anand Krishnan, Gideon Emukule, Liselotte van Asten, Susana Pereira da Silva, Suchunya Aungkulanon, Udo Buchholz, Marc-Alain Widdowson, Joseph S Bresee, Global Seasonal Influenza-associated Mortality Collaborator Network. Estimates of Global Seasonal Influenza-Associated Respiratory Mortality: A Modelling Study. Lancet. 2018 Mar 31;391(10127):1285-1300. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33293-2.
9. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020;41(2):145–151. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003
10. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. Am J Obstet Gynecol. 2020;S0002-9378(20)30197-6. doi:10.1016/j.ajog.2020.02.017
11. Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic- ASRM, As of March 17, 2020
12.Italian Ministry of Health. Guidelines for remodeling of the deferrable planned activity during COVID-19 emergency.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_6_file.pdf. Accessed March 28, 2020.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission of COVID-19 in the United States.
https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/guidance-hcf.html. Accessed March 28, 2020.
14. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. Ann Surg. 2020;10.1097/SLA.0000000000003924. doi:10.1097/SLA.0000000000003924
15. ASCCP. ASCCP Interim Guidance for Timing of Diagnostic and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests. https://www.asccp.org/covid-19. Accessed March 28, 2020.
16. Vargas-Hernandez VM, Vargas Aguilar VM. Current Screening in Cervical Cancer. Arc Cancer Sci Treat. 2018;1(1):103.
17. Vargas Hernandez VM. Toward A Better Screening for Cervical Cancer. Cytol Histol Int J 2020, 4(1): 000116.
18. N Segnan, G Ronco, S Ciatto. Cervical Cancer Screening in Italy
19. Eur J Cancer. 2000 Nov;36(17):2235-9. doi: 10.1016/s0959-8049(00)00316-6. DOI: 10.1016/s0959-8049(00)00316-6
20. Nayar R, Wilbur DC. The Pap Test and Bethesda 2014: “The reports of my demise have been greatly exaggerated.” (After a quotation from Mark Twain). Acta Cytol. 2015;59:121-132
21. Vargas-Hernandez VM. Screening and Prevention of Cervical Cancer in the World. J Gynecol Res Obstet. 2017;3(3):86-92. 6
22. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 - Recommendations. Vaccine. 2017;35:5753-5755.
23. Grant BD, Quang T, Possati-Resende JC, et al. A mobile-phone based high-resolution microendoscope to image cervical precancer. PLoS One. 2019;14:e0211045.
24. Taghavi K, Banerjee D, Mandal R, et al. Colposcopy telemedicine: live versus static swede score and accuracy in detectig CIN2+, a cross-sectional pilot study. BMC Womens Health. 2018;18:89.
25. Zhou Q, Hu X, Zhou J, Zhao M, Zhu X, Zhu X. Human papillomavirus DNA in surgical smoke during cervical loop electrosurgical excision procedures and its impact on the surgeon. Cancer Manag Res. 2019;11:3643-3654.
26. Baggish MS, Poiesz BJ, Joret D, Williamson P, Refai A. Presence of human immunodeficiency virus DNA in laser smoke. Lasers Surg Med. 1991;11:197-203.
27. Kwak HD, Kim SH, Seo YS, Song KJ. Detecting hepatitis B virus in surgical smoke emitted during laparoscopic surgery. Occup Environ Med. 2016;73:857-63.
28. Andrea Ciavattini, Giovanni Delli Carpini, Luca Giannella, Rosa De Vincenzo, Antonio Frega, Paolo Cattani, Fausto Boselli, Francesco Sopracordevole, Maggiorino Barbero. Expert consensus from the Italian Society for Colposcopy and Cervico-Vaginal Pathology (SICPCV) for colposcopy and outpatient surgery of the lower genital tract during the COVID-19 pandemic. Int J Gynecol Obstet 2020; 1–4. doi: 10.1002/ijgo.13158.
29. Wenhua Liang, Weijie Guan, Ruchong Chen, Wei Wang, Jianfu Li, Ke Xu, Caichen Li, Qing Ai, Weixiang Lu, Hengrui Liang, Shiyue Li, Jianxing He Cancer Patients in SARS-CoV-2 Infection: A Nationwide Analysis in China Lancet Oncol. 2020 Mar;21(3):335-337. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
30. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer. Lancet Oncol. 2009;10(6):589-597.

31. Liang W, Guan W, Chen R. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020 doi: 10.1016/S1470-2045(20)30096-6.
32. Chen N, Zhou M, Dong X. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020;395:507–513.
33. Wang D, Hu B, Hu C. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020 doi: 10.1001/jama.2020.1585. published online Feb 7.
34. Wang Y, Zhou S, Yang F. Treatment-related adverse events of PD-1 and PD-L1 inhibitors in clinical trials: a systematic review and meta-analysis. JAMA Oncol. 2019;5:1008–1019.
35. Hanping Wang, Li Zhang, Risk of COVID-19 for patients with cancer. Lancet Oncol. 2020 Apr; 21(4): e181. doi: 10.1016/ S1470-2045(20)30149-2
36. Ramirez PT, Chiva L, Eriksson AGZ, et al. Int J Gynecol Cancer Published Online First: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/ ijgc-2020-001419
37. Kimmig R, Verheijen RH, Rudnicki M, for SERGS Council. Robot assisted surgery during the COVID-19 pandemic, especially for gynecological cancer: a statement of the Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS). J Gynecol Oncol. 2019 Jan;31:e59.
https://doi.org/10.3802/jgo.2020.31.e59
38. Combs SE, Belka C, Niyazi M, Corradini S, Pigorsch S, Wilkens J, Grosu AL, Guckenberger M, Ganswindt U, Bernhardt D. First statement on preparation for the COVID-19 pandemic in large German Speaking University-based radiation oncology departments. Radiat Oncol. 2020 Apr 7;15(1):74. doi: 10.1186/s13014-020-01527-1.
39. Yu J, Ouyang W, Chua MLK, Xie C. Transmisión de SARS-CoV-2 en pacientes con cáncer en un hospital de atención terciaria en Wuhan, China. JAMA Oncol. Publicado en línea el 25 de marzo de 2020. doi: 10.1001 / jamaoncol.2020.0980

ilimit®

Drospirenona / Etinilestradiol

Libertad ilimitada

sin perder el ritmo

Anticonceptivo Oral Combinado de 4ta generación[1]

99% de Protección Anticonceptiva[1,2]

92.5% de apego al tratamiento[1]

Actividad ANTIMINERALOCORTICOIDE[3-6]

Reduciendo la ganancia de peso, la tensión mamaria, las náuseas y el dolor de cabeza

ilimit® Drospirenona / Etinilestradiol contiene drospirenona[6]

Actividad ANTIANDROGÉNICA[3-6]

Teniendo efectos positivos sobre el acné y la seborrea

Cajas con **28 comprimidos**[6]

Reg. No. 143M2010SSA IV

Reg. No. 143M2010SSA IV

REFERENCIAS:
1. Bachmann, G., & Kopacz, S. (2009). Drospirenone/ethinyl estradiol 3 mg/20 µg (24/4 day regimen): hormonal contraceptive choices–use of a fourth-generation progestin. *Patient Preference and Adherence*, *3*, 259-264. https://doi.org/10.2147/ppa.s3901 **2.** Rapkin, A. J., Sorger, S. N., & Winer, S. A. (2008). Drospirenone/ethinyl estradiol. *Drugs of Today (Barcelona, Spain: 1998)*, *44*(2), 133-145. https://doi.org/10.1358/dot.2008.44.2.1191057 **3.** Machado, R. B., Pompei, L. M., Giribela, A. G., & Giribela, C. G. (2011). Drospirenone/Ethinylestradiol: A Review on Efficacy and Noncontraceptive Benefits. *Women's Health*, *7*(1), 19–30. https://doi.org/10.2217/whe.10.84 **4.** Vargas, B. C. (2011). Comparación entre el etinilestradiol-acetato de ciproterona vrs. Etinilestradiol-Drospirenona para el tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, *68*(598), 287-293. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc113f.pdf **5.** Muhn, P., Fuhrmann, U., Fritzemeier, K. H., Krattenmacher, R., & Schillinger, E. (1995). Drospirenone: a Novel Progestogen with Antimineralocorticoid and Antiandrogenic Activity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *761*(1), 311–335. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1995.tb31386.x **6.** Siegfried Rhein. (2014). *IPP Amplia Ilimit®*.

Aviso de Publicidad No: 193300202C7052

Ginecología Siegfried Rhein

Permiso de Publicidad: 183300271180368

SISTEMA CERTIFICADO • ISO 9001:2015 • ISO 14001:2015 • ISO 45001:2018

MANEJO ACTUAL Y FUTURO DEL CLIMATERIO

Dr. Eduardo Storch
Ex Profesor Adjunto de Ginecología y Obstetricia
Universidad de la República (UdelaR)
Past President de la Sociedad Uruguaya de
Endocrinología Ginecológica y Menopausia (SUEGYM)
Experto Latinoamericano en Menopausia de la
Federación Latinoamericana de Sociedades de
Climaterio y Menopausia (FLASCYM)

"A nuestras madres, que padecieron sus ciclos biológicos.
A nuestras hijas mujeres, para que sigan disfrutando de ellos"
Mirta Videla - "La mujer su climaterio y menopausia"[1]

CLIMATERIO Y EXPECTATIVA DE VIDA

A pesar de lo que ya se ha avanzado, queda todavía mucho por delante en relación al abordaje del climaterio de la mujer.

Desde el punto de vista biológico y epidemiológico, cabe señalar que el proceso de envejecimiento humano comienza muy temprano en relación a la duración crológica de la vida, pues el receso psico-biológico se inicia después de los 25 años[2].

Este proceso se hace evidente en la segunda o tercera década de la vida, pero hoy en día nadie podría considerar anciana a una persona de 30 años.

El aumento de la expectativa de vida al nacer, debido a las mejores condiciones sanitarias y de medicina preventiva, permite que las mujeres vivan prácticamente un tercio de sus vidas luego de la menopausia.

El estudio de la menopausia y su cuidadosa atención, han disminuido el índice de mortalidad, pero a su vez, han aumentado los problemas de salud relacionados con el envejecimiento.

Por ello, el climaterio es un tema importante en el mundo entero y especialmente para Uruguay, ya que es el país latinoamericano con mayor cantidad de personas mayores de 60 años y se encuentra entre los 20 países más envejecidos del mundo[3].

Aun así, incluso a nivel global, no existen su cientes servicios sociales o médicos especializados para atender a este grupo, que presenta una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, músculo-esqueléticas,

tumorales y psiquiátricas. Esto es importante, ya que la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis, son las consecuencias más serias de la postmenopausia no controlada.

No se ha terminado de comprender completamente, la verdadera magnitud sanitaria de este problema en muchos lugares del mundo, y no se tiene un enfoque moderno y actualizado de la mujer adulta durante el climaterio, como sería deseable en el siglo XXI.

Previniendo las posibles consecuencias indeseables del climaterio, no solo se lograría un importante ahorro económico para el país y las instituciones de asistencia médica, sino también para las familias y para las mujeres particularmente; ya que ellas deben afrontar además del peso nanciero de las enfermedades y sus secuelas, el enorme efecto psicológico de una posible invalidez.

Es justamente por las razones expuestas, que debe encararse la atención de este grupo con mayores necesidades, no solo en el área médica y social sino también emocional y psicológica.

En la última década -afortunadamente- se ha visto un cambio importante en la actitud y posición, tanto de los profesionales de la salud, como también de las mujeres y de las sociedades científicas, que se ocupan de la salud en la edad media de la vida[4].

Los temores en cuanto al tratamiento hormonal, propagado por los medios luego del estudio WHI *(de sus siglas en inglés, Women's Health Initiative)* [31] han empezado a disiparse y reemplazarse por el optimismo de que pueden obtenerse beneficios, utilizando la terapia hormonal correctamente y durante la "ventana de oportunidad".

La vida de las mujeres sigue aumentando en la mayoría de los países debido principalmente al descenso en las infecciones y de la mortalidad materna. Por otra parte, las mujeres actualmente son más activas durante la vida media e incluso a edades mayores[5].

Sea cual sea la clase de vida que tengan, es necesario que estén lo más saludables posible a medida que se envejece.

LA COMUNIDAD Y LAS PACIENTES

Aunque se han obtenido logros en la investigación, en la evidencia científica y en las recomendaciones de las autoridades sanitarias internacionales, en la práctica clínica el abordaje de la paciente climatérica aún está lejos de ser el deseado.

Siguen existiendo malos hábitos de alimentación y ejercicio en muchos países, donde se puede apreciar una verdadera epidemia de obesidad, diabetes, osteoporosis, enfermedad cardiovascular y muerte por accidente cerebro vascular[6].

Todo ello, frente a la mayor expectativa de vida de la población y con la edad jubilatoria a edades más tardías, tiene gran repercusión en la calidad de vida por las limitaciones de las enfermedades prevenibles, por sus repercusiones psicológicas y sobre la sexualidad.

Por otro lado, hay pacientes que a pesar de atenerse a las recomendaciones necesarias para el cuidado de la salud, pretenden tratamientos "anti age", cuando en realidad se debería enfocar en mejorar hábitos y en su "new age".

Tal como arma Raquel Santiso Sanz, aquellas mujeres que "tienen la obligación social de mantenerse jóvenes, sintiendo que serán socialmente mejor aceptadas manteniendo una imagen más joven, están negando su propia trayectoria". Borrar la edad del rostro es borrar la identidad, el poder y la historia. No poder identificarse con mujeres mayores, es una manera de negar o no poder imaginar el futuro, y no poder sentir orgullo por la propia vida[7].

Ello se aprecia sobre todo en las ciudades y en las clases sociales altas, debido a lo que cabría por definir como "síndrome de la civilización y el elogio de la belleza", no así en las zonas rurales o en las clases económicamente bajas, donde las niñas se convierten en madres y las mujeres se convierten en mujeres mayores, sin transiciones biológicas ni psicológicas. En las áreas rurales las mujeres tampoco consultan con frecuencia y se apoyan más en familiares y amigas, donde por lo general, existe mala información y falsas creencias[8].

Muchas mujeres norteamericanas, al igual que las de otros países, están utilizando tratamientos de alternativa, los cuales no han sido probados y su seguridad y e cacia no ha sido evaluada[9].

Una encuesta realizada en Uruguay en 1997 por la Empresa Consultora CIFRA[10] reveló que: el 52% de las mujeres desconocían los efectos negativos que podía tener el tratamiento hormonal, el 10% le atribuía la posibilidad de ser cancerígeno, el 13% aumento de peso, el 8% hirsutismo

y el 17% le asignaba otros efectos negativos *(ver gráfico 1).*

En cuanto al concepto del principal beneficio del tratamiento hormonal, el 50% lo desconocía, solamente el 21% refería que mejoraba la calidad de vida, el 6% pensaba que tenía beneficios sobre los sofocos y el 6% sobre el hueso, mientras que el 2% no refería ningún beneficio y el 15% le atribuía otros beneficios tales como la mejora del ánimo, la estética, la sexualidad y otros *(ver gráfico 2)*.

Los cambios sociales, dados por el empoderamiento de la mujer y el feminismo (que apunta a la fortaleza de la mujer en todos los aspectos y que no admite debilidades por los cambios del climaterio), lleva a consultar menos y a no reconocer que se necesita el apoyo de la medicina para sobrellevar esa etapa y para prevenir morbilidades en el futuro.

Como sostiene la psicóloga Deborah Legorreta[11], el desconocimiento de lo que le está ocurriendo a una persona, le genera angustia y hasta puede aumentar la intensidad de los síntomas. Es por ello que los médicos deben poner mayor énfasis del que existe actualmente en esta etapa.

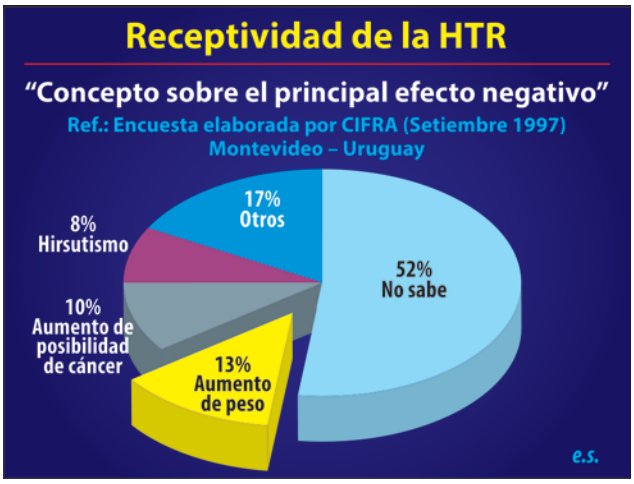
Con una población mundial en constante aumento, los trabajadores de la salud se tendrán que centrar en mejorar la longevidad de las mujeres con calidad de vida. Para ello, el climaterio constituye una excelente oportunidad[12].

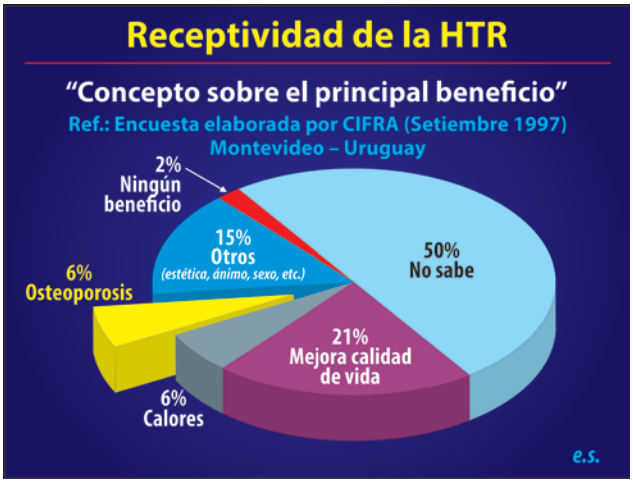
Habiendo pasado más de una década del estudio WHI, se ha demostrado que no existe un aumento del riesgo cardiovascular en ningún grupo etario con el uso de estrógenos, salvo la trombosis, lo cual a su vez depende del tipo de estrógeno utilizado, la dosis y la vía de aplicación.

El cáncer de mama aumenta en forma marginal en los tratamientos combinados de estrógenos y progestágenos dependiendo del tiempo de uso, pero cuando se utilizan estrógenos solos, existe un descenso significativo tanto del cáncer de mama como de la mortalidad.

Incluso, en mujeres jóvenes, durante la *"ventana de oportunidad"* para el tratamiento, existe evidencia de que aquellas que reciben solamente estrógenos, incluso muestran beneficio coronario y descenso de la mortalidad por todas las causas.

En nuestro modelo de atención médica aún persiste el foco en la enfermedad y poco en la prevención de esta, y concentra la tecnología y el conocimiento médico en forma tal que impide el control de la mujer sobre su propio cuerpo y destino.





Es por esto que para idear políticas sociales y de salud, se deben tener en cuenta las necesidades de los tributarios del sistema, y obviamente, ello debería realizarse de manera multi e interdisciplinaria entre todas las especialidades que involucran la atención del climaterio femenino.

EL TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

El problema no pasa solamente por los médicos, sino también por el sistema de atención médica, el cual tiene grandes diferencias a nivel global y también en el mismo continente o incluso en el mismo país.

Existen modos de atención muy diferentes, como ser: públicos, universitarios, seguros de pre pago, colectivos y privados o la consulta privada propiamente dicha y cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, así como diferente acceso en tiempo y forma a la consulta, a los estudios, o a la medicación.

La diferencia de costos de los estudios y de los medicamentos según el tipo de asistencia, también juega un rol importante en el abordaje de la mujer y su climaterio.

Por todo lo mencionado, además del multiempleo que existe en muchos países, las bajas remuneraciones, los costos asistenciales y de los medicamentos, es que habría que instrumentar un sistema que fuese más beneficioso para todas las partes, pacientes, médicos e instituciones.

Los médicos que prestan atención en solitario ofrecen las siguientes ventajas:

- Trato personalizado y humanizado
- Reconocimiento del paciente por parte del personal administrativo
- Tiempo para un trato preferencial, cuando corresponde
- Actuación en nombre propio
- Actitud y ambiente familiar
- Agilidad en la toma de decisiones
- Gastos ajustados a las necesidades del paciente
- Flexibilidad cuando es necesaria
- Amplitud de días y horarios

También son muy útiles las Unidades Especializadas en climaterio, que se constituyen en modelo y órgano rector, de normatización, diagnóstico y tratamiento de las pacientes[14].

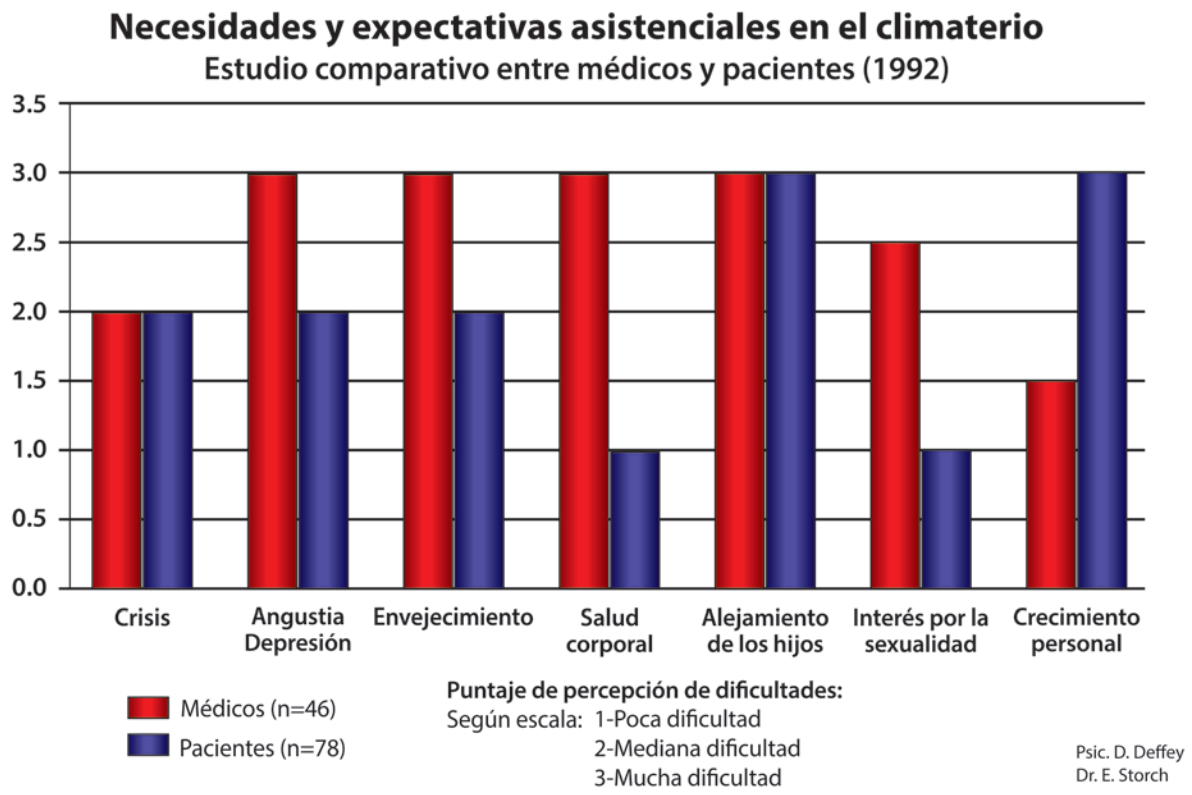
Las ventajas y objetivos de este tipo de unidades son:

- Concentración de conocimiento, experiencia y habilidades desarrolladas por el personal, constituyéndose en centro de referencia, tanto para los tratamientos de rutina como para los problemas.
específicos.
- Tratamientos controlados más fácilmente y supervisados bajo normas establecidas.
- Existencia de servicios auxiliares de diagnóstico de rápido acceso.
- Programas de educación para la salud de fácil implementación.
- Reducción de los costos de los estudios y de los tratamientos, al ser utilizados por personal especialmente entrenado.
- Evaluación permanente de lo actuado.
- Elaboración de estudios de investigación epidemiológica.

LOS MÉDICOS

Ya se mencionaron anteriormente los avances en la atención del climaterio, pero existe por otra parte desinterés global de muchos médicos incluso de ginecólogos, a la atención de las pacientes climatéricas, quienes además implican mayor tiempo de dedicación.

Una encuesta encomendada por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU)[15], reveló que los médicos presentaban escaso entusiasmo por las bajas remuneraciones y el multiempleo, todo lo cual atenta contra la relación médico paciente, en especial en aquellas disciplinas que exigen mayor tiempo y dedicación, algo necesario con las pacientes durante el climaterio.



El 83% de los médicos consideró que el multiempleo, que involucra aproximadamente a la mitad de la profesión en Uruguay, incide negativamente sobre las posibilidades de ejercer éticamente la profesión.

Por tanto, las mujeres durante su climaterio, salvo que se atiendan con médicos dedicados especialmente a esa etapa de la vida, siguen teniendo dudas y necesidades insatisfechas en ese período importante y crucial.

Como dice Neves-e-Castro, todos los médicos deberían tener la obligación de disponer del tiempo para un abordaje empático con las pacientes, escuchar sus problemas y ofrecerles el apoyo necesario. Comportarse siempre primero como un ser humano compasivo y tener una visión amplia de la propia medicina, para poder ser finalmente un buen especialista, como lo exige el abordaje correcto del climaterio[16]. Es decir, dedicarse a la mujer en forma holística aparte del enfoque de su climaterio.

Solamente de esa manera podría revertirse la opinión que tenía Voltaire de los médicos cuando decía que "médicos son aquellas personas que recetan medicinas de las que saben poco, para curar enfermedades que no conocen, en personas de las cuales no saben nada".

En una investigación realizada en Uruguay por Denise Defey y Eduardo Storch[17], sobre los aspectos socioculturales del climaterio, se analizó la forma en que las mujeres se percibían a sí mismas y cómo percibían sus necesidades en el cuidado de la salud. Ello se contrastó con la opinión que tenían sobre los mismos puntos los ginecólogos de sexo masculino.

Ambos grupos, el de las pacientes y el de los médicos, coincidieron en la importancia de la soledad en esta etapa de la vida, la relación de pareja, el síndrome del nido vacío, así como la belleza personal, pero muchos puntos analizados mostraron grandes diferencias entre ambos grupos.

Por una parte, los ginecólogos hombre percibieron a las mujeres como más preocupadas por su sexualidad, depresión, falta de proyectos de futuro y su salud, que lo que ellas mismas estaban en realidad.

En cambio, las mujeres consideraron al climaterio como un período de crisis vital, pleno de oportunidades, de cumplir con metas trazadas y de cambios positivos en el estilo de vida hacia una mayor autonomía *(ver gráfica 3*).

En un estudio reciente Castiglione y cols. llegaron a similares conclusiones[18].

LA FEMINIZACIÓN DE LA MEDICINA

Las mujeres han pasado a ser la mayoría de los profesionales de la medicina, ya en 1990 la participación de las mujeres en la profesión médica alcanzaba al 70% de los egresados de la Facultad de Medicina.

Si se consideran los lugares de atención dependientes del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, las mujeres constituyen el 62% contra un 38% de hombres.

En ese sentido, es de destacar que en la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay el porcentaje de mujeres corresponde al 53% de los miembros de la sociedad[19].

Es de esperar que la feminización de la medicina y en particular en ginecología, contribuya positivamente en el abordaje de la mujer en todos los aspectos de su vida, y en particular, del relegado período del climaterio.

EL FUTURO

En los últimos años, se han realizado grandes avances en el manejo del tratamiento hormonal del climaterio lo que permite un mejor futuro y una atención más segura luego de la menopausia[20].

Los principales avances han sido:

• Reconocer la existencia de la ventana de oportunidad para el tratamiento, en los primeros 10 años luego de la menopausia, durante los cuales los beneficios del tratamiento hormonal en mujeres sanas superan los riesgos.

• El uso de la vía transdérmica en vez de la vía oral para los estrógenos a los efectos de reducir el riesgo de tromboembolismo.

• La utilización de progesterona micronizada oral o vaginal, para prevenir la hiperplasia y el cáncer de endometrio, sin incrementar el riesgo del cáncer de mama o el tromboembolismo.

• El uso de los endoceptivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel, que constituyen una forma muy atractiva de hormonoterapia en la perimenopausia, ya que provee anticoncepción y reducción del sangrado uterino.

Por todo ello, en el futuro las mujeres pueden aspirar a un climaterio libre de síntomas y a un tratamiento mucho más seguro y eficaz.

Optimizando la salud en la perimenopausia, se puede mejorar no sólo la calidad de vida sino también reducir el riesgo de síndrome metabólico, de enfermedad cardiovascular, problemas cognitivos, así como la mortalidad precoz.

A los efectos de optimizar los bene cios y minimizar los efectos secundarios y riesgos, se han desarrollado y se siguen desarrollando, agentes que actúan en receptores de aquellos tejidos sobre los que interesa que actúen, a la vez que se evitan la interacción en otros tejidos tales como el endometrio o la mama.

Asimismo, la aproximación farmacogenómica permitirá identificar mujeres con diferentes requerimientos basados en la identificación de las variaciones genéticas de las enzimas involucradas en el metabolismo hormonal.

Ello permitirá a los profesionales de la salud seleccionar las preparaciones correctas, en las dosis correctas, en el momento correcto para cada individuo, obteniendo de esta manera el mayor bene cio y minimizando los riesgos.

Aún así, habrá que descubrir los mecanismos mediante los cuales los factores biológicos y ambientales afectan a los síntomas a través de los mecanismos epigenéticos.

El abordaje e ciente del climaterio nunca antes ha sido tan importante como lo es ahora y sobre todo como lo será en el futuro, debido al crecimiento de la población, particularmente en la edad media de la vida y los adultos

mayores, con la carga que ello implica desde el punto de vista sanitario y económico.

Es por eso, que se deberá acompasar el envejecimiento poblacional con la prevención de la salud durante el climaterio, por parte de los centros de investigación así como de las autoridades gubernamentales que rigen las políticas sanitarias.

En el futuro, el abordaje de la mujer climatérica dispondrá de más herramientas genéticas y moleculares para orientar el tratamiento en forma muy personalizada y minimizar los riesgos, pero lo importante es comenzar desde el inicio mismo de la menopausia, para prevenir las enfermedades que suelen aparecer en los diez años subsiguientes.

Como sostiene Baber, existe una creencia que lo relativo al climaterio y particularmente a su sintomatología, es algo peculiar de los países occidentales. No obstante, los estudios realizados en comunidades multiétnicas viviendo en occidente, y en particular en Asia, han demostrado que la menopausia y sus consecuencias son iguales que en las otras regiones del mundo. Por ello, los problemas de la postmenopausia son de gran impor- tancia en los servicios de salud en el mundo entero[21].

Todo lo señalado, tendrá implicancia en las mujeres y en la sociedad como un todo, por el impacto económico, días de trabajo y productividad perdidos.

Los epidemiólogos, que rápidamente critican el tratamiento hormonal, no aportan soluciones alternativas para las mujeres que sufren los severos síntomas climatéricos, y fallan con sus estrategias de prevención para el problema del envejecimiento[22].

Vale repetir las siguientes preguntas:

- ¿Por qué algunas mujeres se afectan más severamente que otras?
- ¿Cómo podemos prevenir esto?
- ¿Cómo pueden utilizarse los tratamientos hormonales y los productos alternativos para optimizar la calidad de vida y la salud a largo plazo?

Los cambios de hábitos son indispensables para lograr una buena salud en la postmenopausia, pero no suficientes por sí solos y existe una imperiosa necesidad de continuar con la investigación para entender el impacto que tiene el hipoestrogenismo a largo plazo, especialmente en la insuficiencia ovárica prematura.

Afortunadamente, el tratamiento hormonal está siendo rescatado después de la caída que tuvo por el estudio WHI, pero hay que seguir abogando por ello junto a las medidas saludables del estilo de vida[23].

MANEJO ACTUAL Y FUTURO DEL CLIMATERIO

En el futuro, la menopausia deberá ser abordada más que nunca en forma positiva. Se trata del inicio de un período en el que las mujeres se liberan de la procreación y de los trastornos del ciclo, lo cual para muchas ha sido un problema por lo que reciben con beneplácito la nalización de los ciclos menstruales.

En esta etapa, es esencial que las mujeres estén ab- solutamente informadas de los posibles tratamientos hormonales, así como de las alternativas al mismo[24].

Habrá que extremarse para que las mujeres adultas mayores estén lo más saludable posible, e intentar desarrollar un tratamiento hormonal ideal que aporte solamente bene cios sin riesgos, de modo tal, que se pueda indicar a la mayoría de ellas.

Es tiempo ya de que los tabús sobre la menopausia y su tratamiento sean exorcizados mediante las consideraciones racionales de la biología humana, la educación profesional y la comunicación pública efectiva.

Aún hoy existen muchas mujeres que sufren en silencio por los molestos síntomas de la menopausia.

Los profesionales de la salud, tienen la enorme tarea de prevención, apoyo e información en un ambiente en el cual las mujeres puedan plantear con tranquilidad qué es lo que las afecta, y expresar sus ansiedades, lo cual le permitirá al médico indicarle el tratamiento individualizado que le optimice la salud en la segunda mitad de la vida.

La psicóloga Patricia Larrocca, en su tesis doctoral[25], mani esta que las mujeres entrevistadas para la tesis, comentaron que no habían recibido mayor información y que la que han adquirido había sido a través de los testimonios de amigas que ya pasaron por ello, de la búsqueda de informes o en libros, pero fundamentalmente de la información que obtienen de su médico cuando asisten a consultar frente a los primeros síntomas, es decir, cuando ya están en el proceso.

Algunas entrevistadas para la realización de esa tesis, han expresado la necesidad de que la información sobre el climaterio se facilite y extienda, también aludiendo a que sus parejas, familias y otros, conozcan las características de esta etapa.

El climaterio trae consigo momentos de incertidumbre que provocan un estado de confusión, especialmente cuando se carece de información, frente a lo que se crean falsas expectativas.

En el futuro también habrá que aumentar la utilización de las redes sociales. Los medios proveen un número importante de beneficios para las pacientes ya que pueden interactuar con los médicos y compartir experiencias. Se ha demostrado que las redes sociales mejoran no solamente la comprensión de las condiciones médicas y de su manejo, sino que además, disminuyen los niveles de ansiedad y depresión de las pacientes. Por otra parte, ello implica un uso correcto de las mismas por parte de

los profesionales y tener en cuenta que éstas pueden ser mal utilizadas.

Atendiendo esas situaciones, y evitando el mal uso de las redes, se puede tener un amplio contacto con un grupo interesado de lectores, que hoy en día tienen incluso la posibilidad de acceder a la información adecuada en los dispositivos móviles. No se debe ignorar el potencial de las redes sociales en el afán de disminuir el mal uso de las mismas, ya que tienen la capacidad de transformar la difusión médica, la educación y la salud pública[26].

Las enfermedades crónicas que afectan a millones de mujeres en el mundo son la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis, el cáncer y la demencia. La incidencia de todas esas enfermedades está incrementada por la obesidad cuya prevención es uno de los desafíos mayores de la sociedad.

Para ello, la necesidad que las mujeres tomen el control de su propia salud mediante la prevención, los hábitos saludables y cuando corresponde, los tratamientos médicos. Es tarea del personal de la salud, animar a las mujeres en ese sentido, para ayudarlas a tener una vejez fructífera y saludable. Esa misión del equipo de salud es muy importante, ya que las personas son más proclives a tomar medicinas que adoptar cambios del estilo de vida, lo cual es una condición “sine qua non” para una mejor salud.

Por tanto, como dice Manuel Neves-e-Castro[27], aquellos que tienen a su cargo la salud de la mujer en el climaterio, deben en primer lugar ser empáticos con la paciente, dispensarle tiempo para escucharla, para apoyarla y aplicar primero los mejores conocimientos de la medicina interna y recién después los de la buena endocrinología y ginecología[28].

En sus re exiones bioéticas, Fernando Lolas opina que “las dimensiones de lo propio, lo bueno y lo justo, son las que consecuentemente examinadas, pueden orientar las decisiones que demanda la práctica cotidiana y permiten la expansión constante de la medicina como disciplina y como profesión”[29].

A esas dimensiones, han de atenerse los médicos y tal como dicen Panay y Fenton[30]), los objetivos, aspiraciones y puntos de acción serían a través de:

• la educación médica continua

• los medios, dejando de lado la actitud alarmista y ciñéndose a lo que marca la ciencia médica mediante periodistas especializados
• la industria, con el desarrollo de nuevos productos
• las mujeres recurriendo a fuentes de información confiables.

El cineasta polaco Kieslovski, opinaba que en la cinematografía *"se invierte demasiado en la tecnología; demasiado dinero, demasiados talentos, todo se ha desarollado demasiado rápido, y nadie sabe para qué"*. No es aceptable en medicina, que todo lo que se ha invertido en conocimiento y en tecnología, no se traduzca en el resultado de la salud de las mujeres durante el climaterio y en la vejez.

Ese será el mayor desafío de los médicos y de las autoridades sanitarias, en el futuro abordaje del climaterio en todo el mundo.

FLASOG

PARTICIPA
EN NUESTRO BLOG

ENVÍA TU ARTÍCULO A
comunicacion@flasog.org

www.flasog.org
/@FLASOG

BIBLIOGRAFÍA

1. Videla Mirta. La mujer su climaterio y menopausia. Ediciones Cinco, 1992. Buenos Aires. Argentina
2. Ramos María B., Aspectos psicológicos de la menopausia. http://www.facmed.unam.mx/sms/ temas/2010/08_ago_2k10.pdf.
3. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Instituto Nacional de Estadística del Uruguay.http:// www.ine.gub.uy/documents/10181/39317/ Uruguay_en_cifras_2014.pdf/aac28208-4670- 4e96-b8c1-b2abb93b5b13.
4. Panay Nick, Fenton Anna (2016) Climacteric: past, present and future! Climacteric, 19:5, 413-414, DOI: 10.1080/13697137.2016.1227543.
5. Lumsden M.A., Sassarini J. The evolution of the human menopause. Climacteric, 22:2, 111-116.
6. Chan Margaret. Obesidad y diabetes, una plaga lenta pero devastadora: discurso inaugural de la Directora General en la 47a reunión de la Academia Nacional de Medicina. https://www.who.int/dg/ speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/es/.
7. Santiso Sanz Raquel. La menopausia y la edad media de las mujeres: un análisis antropológico. Univer- sidad de Zaragoza. DOI: https://doi.org/10.26754/ ojs_ais/ais.200112196.
8. Leno González D., Leno González J.L., Lozano Guerrero, M.J. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales www.um.es/ eglobal/ No 9 Noviembre 2006
9. Straus Stephen. Research into complementary and alternative medicine: problems and potential. BMJ 2001;322:181.
10. CIFRA. Empresa consultora https://www.cifra.com. uy/.
11. Legorreta Peyton Deborah La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. Asociación mexicana para el estudio
del climaterio. http://www.scielo.org.co/pdf/apl/ v25n1/v25n1a5.pdf.
12. Lobo R.A. (2014) What the future holds for women after menopause: where we have been, where we are, and where we want to go, Climacteric, 17:sup2, 12-17, DOI:10.3109/13697137.2014.944497.
13. Acevedo Guerra, Jorge Reseña de “Bioética y Me- dicina” de Fernando Lolas Stepke Acta Bioethica, vol. VIII, núm. 1, 2002, pp. 149-153 http://www. redalyc.org/pdf/554/55480116.pdf.
14. Davey D.A. (2018) Menopausal hormone therapy: a better and safer future, Climacteric, 21:5, 454-461.
15. Sindicato Médico del Uruguay. Feminización de la Medicina. Cambios profundos. https://www. smu.org.uy/publicaciones/ noticias/noticias95/ art5.htm.
16. Neves-e-Castro, Manuel. When a dream comes through. Gynecological Endocrinology, August 2007; 23(8): 433–435.
17. Defey D, Storch E, Cardozo S, Díaz O, Fernández G. The menopause: women’s psychology and health care. Soc Sci Med. 1996 May;42(10):1447-56.
18. Castiglione Claudia, Licciardello Orazio, Rampullo Alberto, Campione Chiara. Representation of future changes in meno-

pausal women. Procedia - Social and Behavioral Sciences 116 (2014) 4993 – 4997.
19. Sociedad Ginecotocológica del Uruguay. Porcentaje de mujeres. http://www.sguruguay.org/.
20. Davey D.A. (2018) Menopausal hormone therapy: a better and safer future, Climacteric, 21:5, 454-461.
21. Baber R.J. (2014) East is east and West is west: perspectives on the menopause in Asia and The West, Climacteric, 17:1, 23-28.
22. Panay Nick, Fenton Anna (2016) Menopause in the 21st century: the need for research and develop- ment, Climacteric, 19:3, 213-214.
23. Pérez A. Luis Ernesto, Rojas C. Ingrid. Menopausia: panorama actual de manejo. Rev Med. 19 (1): 56-65, 2011.
24. Panay Nick, Fenton Anna (2015) Menopause – natural selection or modern disease?, Climacteric, 18:1, 1-2.
25. Larrocca Patricia. Climaterio e influencias socio-culturales. Percepción y significado del climaterio en mujeres argentinas residentes en la Zona Norte del Gran Buenos Aires. Tesis doctoral. https://dspace.palermo.edu:8443/bitstream/handle/10226/1724/Larroca_Patricia_Tesis_CC.pd- f?sequence=1&isAllowed=y.
26. Fenton Anna, Panay Nick Social media and health. Climacteric 2013;16:609–610.
27. Neves-e-Castro Manuel. The only best way to care for climacteric women Gynecol Endocrinol, 2017; 33(7): 501–502.
28. Neves-e-Castro Manuel (2016) Is there a meno- pausal medicine?, Gynecological Endocrinology, 32:8, 591-591.
29. Lolas Fernando. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Edit. Universitaria ISBN 956- 11-1376-7 Santiago de Chile, Nov. 1998.
30. Panay Nick, Fenton Anna. A global consensus statement on menopause hormone therapy – Aims, aspirations and action points. Climacteric 16(2):201-201 – April 2013.
31.Risks and Bene ts of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. JAMA. 2002;288(3):321-333. doi:10.1001/ jama.288.3.321

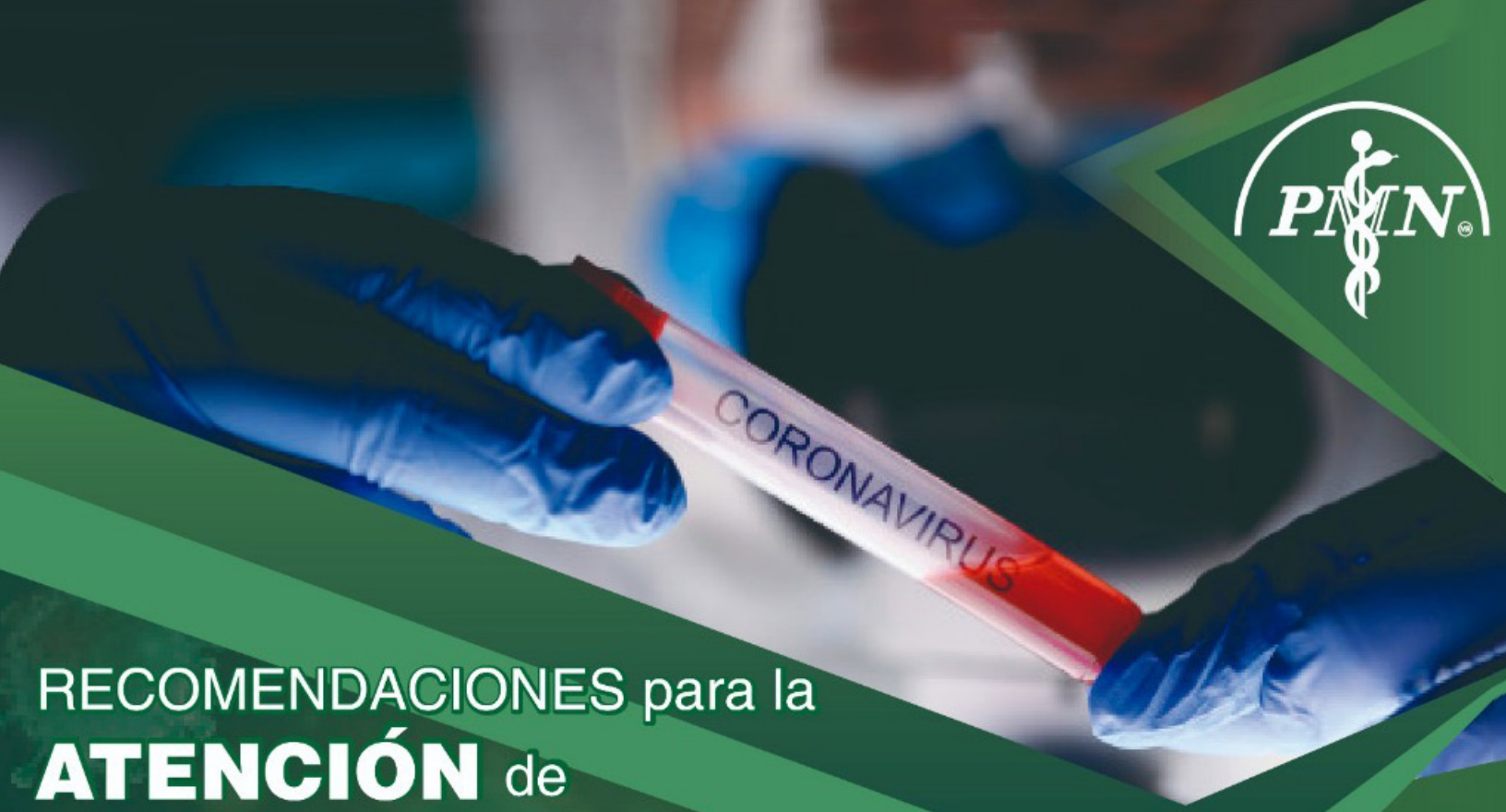
CONSENTIMIENTO INFORMADO. DERIVADO DE EMERGENCIAS SANITARIAS COMO EL COVID-19.

El consentimiento informado es mediante el cual un paciente o su representante legal o familiar más cercano acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitarlos, paliativos o de investigación. En el cual se deben plasmar de manera clara los beneficios y riesgos esperados.

Derivado de la emergencia sanitaria declarada recientemente recomendamos que te cerciores agregar en tu consentimiento informado como un riesgo: **"las infecciones, y el riesgo de contagio por emergencia sanitaria"**. Adicionalmente a los riesgos que comúnmente describes en cada uno de los procedimientos médicos que realices.

Lo anterior para que el paciente se encuentre perfectamente informado de las consecuencias de someterse a algún procedimiento quirúrgico o médico que no sea de urgencia.

Corporativo PROMENAL
(CAJ) Centro de Atención Jurídica
Las 24 hrs. Los 365 días del año.
01800 0872 766



RECOMENDACIONES para la **ATENCIÓN** de **MUJERES EMBARAZADAS** con sospecha o **COVID-19**

Al presentarse la mujer con nosotros debemos tener y realizar.
*Al llegar binomio o embarazada deberá:

1.- En el Triage Respiratorio- Obstétrico.

El médico deberá tener el equipo de protección sin utilizar accesorios.

Deberán contar con monitor para signos vitales.Interrogatorio con preguntas inherentes al COVID-19 más las de comorbilidades. Si tiene fiebre, tos, dolor muscular y problemas respiratorios, sospechoso.

No tiene síntomas se manda a toco o consulta.Con síntomas respiratorios leve referir a domicilio con datos de alarma obstétricos o respiratorios.

Con síntomas respiratorios severos, hospitalizar y estabilizar.

Casos sospechosos o confirmado, hospitalizar e iniciar vigilancia epidemiológica. No tener la infraestructura referir a hospitales oficiales con ambulancia asistido de 2 médicos.

Urgencia.
Mujer tener mascarilla sin acompañante.

Valoración:
Historia clínica. Radiografía tórax, hemograma, verificar monitorización FC Y ecografía fetal.

Vigilancia binomio.

FEMECOG

REVISTA DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Órgano de difusión científica
Mayo 2020

BOLETÍN FLASOG

¡MANTENTE ACTUALIZADO!

SIGUE NUESTRAS ACTIVIDADES Y NOTICIAS EN NUESTRO BOLETÍN

Encuéntralo cada día 1ro. de mes
en nuestras redes sociales y sitio web.

www.flasog.org

/@FLASOG

FLASOG

SÍGUENOS
EN NUESTRAS REDES

/@FLASOG

VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB

www.flasog.org

COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS