

COMITÉ EJECUTIVO FLASOG

Dr. Néstor Garello Presidente

Dr. Miguel Ruoti Cosp Vicepresidente

Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz Secretario

Dr. Cuauhtémoc Celis González Tesorero

Dr. Luis Hernández Guzmán Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortiz Liscano Past President

> Dra. Flory Morera Directora Científica

Dr. José De Gracia Director Administrativo

Dr. Miguel Gutiérrez Director Ejecutivo

Dr. Jorge Méndez Trujeque Editor del Boletín

EDITORIAL LA SEDE DE FLASOG

Dr. José De Gracia
Director Administrativo
FLASOG

Muchos colegas se preguntan, ¿qué es FLASOG?, ¿por qué tiene una estructura organizativa compleja? En esta oportunidad en unas cortas líneas vamos a resumir las funciones de la Dirección Administrativa de nuestra Federación

La Federación Latinoamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) tiene establecido su fundamento legal y administrativo en la República de Panamá bajo la figura de "Fundación FLASOG" y cuenta con oficina propia ubicada en la ciudad de Panamá en el 8vo. piso del Edificio RBS Tower, calle Ramón H. Jurado, Paitilla.

Esta situación (legal y administrativa) otorga a la Federación la posibilidad de llevar a cabo relaciones contractuales con organismos nacionales e internacionales de toda índole, como lo son contratos, avales, relaciones bancarias, obrero-patronales, etc.

Nuestras oficinas cuentan con un archivo actualizado de las actividades

realizadas por FLASOG, ya sean del Comité Ejecutivo, de los 18 comités de trabajo, Actas de las Asambleas Ordinarias y Extraordinarias, contratos con las industrias farmacéuticas, avales de actividades científicas de Latinoamérica.

Contamos con la base de datos más grande de Ginecólogos-Obstetras de nuestra región, aproximadamente 15,000 colegas.

En nuestra secretaría se generan y archivan todas las comunicaciones oficiales de FLASOG, ya sea a las Sociedades filiales o las organizaciones con las cuales tenemos algún vínculo académico, gremial y/o financiero como FIGO, ACOG, FECASOG, OPS, OMS, UNPHA, etc.

Somos responsables, en conjunto con la Tesorería, de la elaboración, manejo y control del presupuesto y su ejecución realizando los pagos aprobados por el Comité Ejecutivo y recaudando los ingresos de las distintas fuentes que posee la Federación.



Contamos en la Dirección Administrativa con asesores como Cedeño & Méndez, nuestro bufete de abogados, MG Consulting Group, Contadores Públicos Autorizados, al igual que servicios de mensajería y soporte técnico.

El personal de la oficina está constituido por una secretaria, nuestra Coordinadora Administrativa la Lcda. Maiteé Rangel y mi persona. Participamos de todas las reuniones del Comité Ejecutivo y formamos parte del Comité de Alianza y Búsqueda de Recursos y de las Comisiones de Estatutos y Reglamentos y de Presupuesto.

Como ven somos una empresa compleja con muchas facetas y en constante actualización de todos los procesos administrativos.

En tu próxima visita a la Ciudad de Panamá no pierdas la oportunidad de conocer las oficinas sede de FLASOG, mismas que están a la disposición de todas la Sociedades filiales.



PONEMOS TU MARCA EN DONDE DEBE VERSE



UN NUEVO FÁRMACO ES EFICAZ PARA TRATAR LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Jaleesa Baulkman





Quienes sufren depresión posparto pueden tener una opción de tratamiento más conveniente, en comparación con el único fármaco aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos para tratar específicamente este trastorno del estado de ánimo.

Las observaciones de la fase 3 de un ensayo clínico publicado en *JAMA Psychiatry* muestran que *zuranolona*, fármaco oral, mejoró los síntomas centrales de la depresión posparto después de solo 3 días.

La depresión posparto afecta aproximadamente a una de cada ocho mujeres, según Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos. Brexanolona, aprobada por la FDA en 2019 para tratar esta afección, se administra por vía intravenosa durante un periodo de 60 horas con supervisión médica.

"Muchas mujeres no tienen cuidado infantil y no pueden ir a un hospital durante 72 horas para recibir tratamiento", comentó la autora del estudio, Dra. Kristina Deligiannidis, profesora asociada en Feinstein Institutes for Medical Research, en Manhasset, Estados Unidos. "El campo realmente necesita una variedad de tratamientos nuevos y novedosos de acción rápida. Es de suma importancia que tratemos la depresión posparto lo más rápido posible, porque tiene efectos significativos en la función materna, el estado de ánimo y la capacidad para cuidar al bebé".

La Dra. Deligiannidis y sus colaboradores colocaron al azar a 153 voluntarias entre las edades de 18 y 45 años, que tenían 6 meses o menos después del parto, en un grupo que recibiría un placebo o 30 mg de zuranolona al día durante 2 semanas. Las participantes tuvieron seguimiento durante 45 días para probar el efecto del fármaco.

Los investigadores midieron la depresión utilizando la escala de calificación de Hamilton para la depresión (HAMD-17), donde una puntuación de 10 a 13 significa que un paciente tiene síntomas leves, 14 a 17 significa síntomas leves a moderados, y cualquier valor superior a 17 equivale a síntomas moderados a graves. Al inicio del estudio la puntuación media de HAMD-17 de los de los grupos de zuranolona y placebo fue de 28,4 y 28,8, respectivamente.

Los investigadores encontraron que después del día 3, 41% del grupo de zuranolona tuvo reducción de 50% o más en la puntuación HAMD-17 desde el inicio. Para el día 15, el día después de su última dosis, 72% de quienes habían tomado zuranolona tenía reducción de HAMD-17, en comparación con 56% de las que habían tomado el placebo. Para el día 45 hubo aumento a 75% en el grupo de zuranolona y a 57% en el grupo de placebo.

La Dra. Deligiannidis, que inicialmente no estaba segura de cuánto tiempo tardarían las pacientes en ver los



efectos beneficiosos de zuranolona, se sorprendió de lo rápido que parecía ser el fármaco oral en el ensayo clínico. A diferencia de brexanolona, que se infunde vía intravenosa y tiene acceso rápido al cerebro y al sistema nervioso, zuranolona es un fármaco oral que debe pasar por el estómago y el tracto gastrointestinal y luego debe ingresar al sistema sanguíneo para cruzar la barrera hematoencefálica.

Para el día 15, 45% de las mujeres que tomaron zuranolona recibió puntuación HAMD-17 de 7 o menos, lo que significa que ha remitido la depresión. Para el día 45, 53% de las mujeres que habían tomado el fármaco estaba en remisión.

Aunque zuranolona fue bien tolerada, aproximadamente 5% del grupo experimentó eventos adversos. De las que experimentaron efectos secundarios, 15% presentó somnolencia, 9% sufrió dolores de cabeza y 8% tuvo mareos y desarrolló una infección de las vías respiratorias superiores. Las participantes también sufrieron diarrea y sedación.

La Dra. Lissette Tanner, maestra en salud pública, F. A. C. O. G., que no participó en el estudio, señaló que los hallazgos del estudio actual eran prometedores y serían una gran alternativa a brexanolona.

"Tiene el beneficio adicional de que es un agente oral en lugar de una inyección, por lo que sé que a menudo muchas pacientes se preocupan", destacó la Dra. Tanner, profesora asistente de ginecología y obstetricia de la *Emory University*, en Atlanta, Estados Unidos. "Es una perspectiva emocionante para la atención clínica poder prescribir un agente oral que permita que las pacientes puedan sentirse cómodas tomándolo en casa".

En lo que respecta al método del estudio, la Dra. Tanner señaló que los investigadores utilizaron la escala HAMD-17 en contraposición a la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), algo que se utiliza "mucho más en situaciones clínicas y los proveedores están mucho más familiarizados con esta. El uso de la puntuación EPDS sería más aplicable en términos de introducir estos fármacos en la verdadera atención clínica".

En cuanto al seguimiento, la Dra. Tanner indicó que puede ser necesario realizar investigaciones en curso que sigan a los participantes del estudio durante más de 45 días.

"Para los síntomas depresivos en particular, estos a menudo disminuyen y fluyen. Por tanto, ver si hay respuesta a largo plazo a estos fármacos o simplemente un inicio inmediato, será importante en el futuro", agregó.

La Dra. Tanner también está interesada en estudios farmacocinéticos que involucran zuranolona para saber la cantidad de fármaco que puede pasar potencialmente a la leche materna.

La Dra. Deligiannidis y la Dra. Tanner han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. Este contenido fue originalmente publicado en MDEdge, parte de la Red Profesional de Medscape.

Noticias Médicas. Medscape. 9 de julio de 2021







The Leading
Global Event
in Gynaecology
and Obstetrics

Virtual Congress 21–28 October Congress Workshops 2–24 October

IINSCRÍBETE!

www.flasog.org

¶ ♥ ◎ /@FLASOG

LA SALUD CARDIACA DE LAS MUJERES SE VINCULA CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Anna Goshua



Mujeres con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular previos al embarazo han tenido desenlaces del embarazo cada vez más desfavorables, entre ellos, mayor tasa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos maternos y muertes fetales, señala un nuevo estudio.

"Con cada factor de riesgo cardiovascular adicional —y cualquiera que fuera el factor de riesgo— hubo aumento graduado y constantemente más elevado del riesgo de cada una de las complicaciones del embarazo", comentó a Medscape la autora principal, Dra. Sadiya Khan, de Northwestern University Feinberg School of Medicine, en Chicago, Estados Unidos.



Dra. Sadiya Khan

Estudios previos han demostrado que la existencia de factores de riesgo individuales como obesidad e hipertensión antes del embarazo conllevan peores desenlaces maternos y neonatales. No obstante, identificar la asociación con la carga total de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular previos al embarazo puede ayudar a guiar las estrategias de prevención exhaustivas que van más allá del enfoque en cualquier factor de riesgo, señalaron los autores.

Los resultados fueron publicados el 20 de julio en la versión electrónica de European Journal of Preventive Cardiology.

Los investigadores analizaron 18'646.512 embarazos utilizando datos maternos y fetales

obtenidos del National Center for Health Statistics de Estados Unidos y combinaron datos a nivel individual de partos de mujeres de 15 a 44 años de edad (media: 28,6 años) entre 2014 y 2018.

Las mujeres se clasificaron con base en la presentación de 0 a 4 factores de riesgo de enfermedad cardiovascular previos al embarazo: hipertensión, diabetes, tabaquismo no notificado e índice de masa corporal menor a 18,5 kg/m2 o más de 24,9 kg/m2. Todos los análisis se ajustaron con respecto a edad materna en la fecha del parto, raza/grupo étnico, escolaridad, recepción de atención prenatal, paridad y pluralidad de nacimientos.

Más de 60% de las mujeres tuvo uno o más factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: 52,5% tuvo uno; 7,3% dos; 0,3% tres, y 0,02% cuatro.

La asociación entre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y todos los desenlaces adversos del embarazo dependió de la dosis. Por ejemplo, en comparación con mujeres sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular previos al embarazo, los risk ratios (IC 95%) de ingreso en la unidad de cuidados intensivos materna fueron:

- 1,12 (1,09 a 1,15) para 1 factor de riesgo.
- 1,86 (1,78 a 1,94) para 2 factores de riesgo.
- 4,24 (3,85 a 4,68) para 3 factores de riesgo.
- 5,79 (4,07 a 8,23) para 4 factores de riesgo.

En comparación con las mujeres sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular previos al embarazo, las mujeres con los cuatro factores de riesgo tuvieron mayor riesgo de manera estadísticamente significativa para todos los desenlaces adversos.

 Riesgo 5,8 tantos mayor para el ingreso en la unidad de cuidados intensivos.



- Riesgo 3,9 tantos mayor para nacimiento prematuro.
- Riesgo 2,8 tantos mayor para bajo peso al nacer.
- Riesgo 8,7 tantos mayor para muerte fetal.

Se observaron resultados similares en un análisis de mujeres que tuvieron su primer niño.

"La salud durante el embarazo y la atención prenatal comienzan antes del primer trimestre. Esto es un reto cuando los embarazos no son planeados e implican una conversación más detallada, en especial en Estados Unidos, en torno a proporcionar acceso a atención médica asequible para adultos jóvenes", destacó la Dra. Khan.

"Estamos observando aumento de los factores de riesgo y menor percepción del riesgo cardiovascular personal, en especial en este grupo de edad específico", comentó a Medscape la Dra. Nieca Goldberg, directora médica del Joan H. Tisch Center for Women Health del NYU Langone Medical Center, en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, añadiendo que las mujeres más jóvenes no creen que puedan tener riesgo de enfermedad cardiovascular.



Dra. Nieca Goldberg

Asimismo, muchos factores externos condicionan que algunas mujeres tengan máximo riesgo de carecer de acceso a la atención necesaria. En comparación con mujeres sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, el estudio reveló que las mujeres con uno o más factores de riesgo tenían, en promedio:

• Menos logros educativos (79,5% a 85,3% frente a 88,7% de terminación de escuela secundaria).

- Menos probabilidad de recibir atención prenatal (97.8% a 98.5% frente a 98.7%).
- Mayor prevalencia de multiparidad (64,4% a 69,3% frente a 56,9%).
- Mayor prevalencia de aborto espontáneo o inducido (27,4% a 46,0% frente a 23,4%).

Se necesita un análisis más profundo de cómo los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular previos al embarazo afectan diversas características demográficas de las pacientes a fin de abordar las desigualdades en salud, destacó la Dra. Khan.

"Existen importantes discrepancias en la morbimortalidad de factores de riesgo cardiovascular, así como en el acceso a atención médica. Y estos pueden ser factores que estén contribuyendo a las notables discrepancias que observamos en la morbimortalidad materna, en que las mujeres afroestadounidenses e indígenas tienen más probabilidades de presentar no solo complicaciones graves, sino también muerte materna", observó.

Será importante "caracterizar mejor las causas fundamentales de las discrepancias en estos factores de riesgo cardiovascular que pueden contribuir a la elevada y creciente carga de morbimortalidad materna", añadió la Dra. Khan

Tanto la Dra. Khan como la Dra. Goldberg resaltaron que la atención previa a la concepción debe convertirse en una prioridad de salud pública.

"Una evaluación cardiovascular exhaustiva antes del embarazo debe ser la norma y en la actualidad no lo es. En el futuro me gustaría ver un enfoque cooperativo organizado entre cardiólogos y la comunidad ginecoobstetra para lograr que se evalúen los factores de riesgo en mujeres jóvenes", señaló la Dra. Goldberg.

Las limitaciones del estudio son el potencial de clasificación incorrecta de los factores de riesgo previos al embarazo, como el riesgo relacionado con índice de masa corporal autonotificado; imposibilidad de caracterizar el control de los factores de riesgo



y su potencial para modificar asociaciones con desenlaces adversos del embarazo; falta de datos disponibles sobre factores relativos al estilo de vida y la falta de vinculación con la mortalidad materna, señaló el equipo del estudio.

La Dra. Khan y la Dra. Goldberg han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. El estudio fue financiado por becas para investigación asignadas a la Dra. Khan por parte de National Institutes of Health y la American Heart Association.

Anna Goshua es interna y periodista de Medscape. Es estudiante de medicina y también de periodismo que previamente ha escrito artículos para STAT, Scientific American, Slate y otras agencias noticiosas. Se la puede contactar en agoshua@webmd.net o @AnnaGoshua.

Medscape Noticias Médicas. 4 de agosto de 2021



PROBLEMAS DE SALUD MENTAL SON PREVALENTES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

Neil Osterweil



Las mujeres con incontinencia urinaria tienen muchas más probabilidades de tener problemas de salud mental que las mujeres sin incontinencia, sugieren los resultados de una gran encuesta.

En una encuesta a nivel nacional en Portugal que incluyó a 10.038 mujeres, entre los participantes que informaron tener incontinencia urinaria, hubo un número significativamente mayor de casos de depresión, así como más consultas de salud mental, problemas de concentración y sentimientos de culpa o inutilidad, en comparación con las mujeres sin incontinencia, informó el Dr. Pedro Ramos, del *Centro Hospitalar Universitário São João*, en Oporto, Portugal.

"Los médicos deben ser conscientes de esta asociación para tener alto nivel de sospecha del estado de salud mental al evaluar a las mujeres con incontinencia urinaria y, por tanto, tratarlas de manera efectiva", señaló en un cartel presentado virtualmente durante el Congreso de la *European Association of Urology* (EAU) de 2021.

"Los altos niveles de depresión y la baja autoestima en las mujeres que informaron tener incontinencia son muy preocupantes", comentó la autora principal, Dra. Margarida Manso. "La incontinencia urinaria se puede tratar, y aunque existen algunos efectos secundarios potenciales del tratamiento, para algunas mujeres estos pueden ser preferibles a los impactos de la afección en la salud mental".

El Dr. Christopher Chapple, de Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, en Reino Unido, que no participó en el estudio, comentó que "la incontinencia urinaria es una afección clínica extremadamente importante que a menudo no es reconocida por los médicos hasta que los pacientes han estado sufriendo por un tiempo. Tiene impacto devastador en las personas afectadas, principalmente mujeres, pero también algunos hombres".

"Es importante que los pacientes con incontinencia urinaria se identifiquen en una etapa temprana después de que se desarrolle, se investiguen y se traten adecuadamente", agregó.

Detalles de la encuesta nacional

La Dra. Manso y sus colaboradores analizaron datos de una encuesta poblacional de salud que incluyó una muestra representativa de 10.038 mujeres portuguesas de 18 años o más. Aquellos con síntomas autoinformados de incontinencia urinaria en los 12 meses anteriores se clasificaron como incontinencia.

Los investigadores compararon la prevalencia de depresión y otras afecciones de salud mental, el número de consultas de salud mental y conductas de adicción, específicamente, el tabaquismo y el consumo de alcohol entre los participantes con y sin incontinencia.

Los datos se ajustaron por edad, nivel educativo e índice de masa corporal.

Encontraron que la prevalencia nacional de incontinencia urinaria entre las mujeres era de 9,9%. En contraste, la prevalencia estimada de incontinencia urinaria entre las mujeres en Estados Unidos es de 55%, según miembros de la Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction Research Network.[2]

La Dra. Manso y sus colaboradores encontraron que entre las mujeres con incontinencia urinaria la razón de prevalencia ajustada del diagnóstico de depresión fue mayor (1,66; IC 95%: 1,43 a 1,92), al igual que el



uso de consultas de salud mental (1,41; IC 95%: 1,03 a 1,93).

Además, entre las mujeres con incontinencia la razón de prevalencia fue mayor con respecto al estado de salud deficiente autoinformado (1,65; IC 95%: 1,46 a 1,88), dificultad para concentrarse (1,58; IC 95%: 1,38 a 1,82), y tener sentimiento de inutilidad o culpa en las últimas 2 semanas (1,49; IC 95%: 1,33 a 1,67).

"Sorprendentemente, no hubo diferencia en términos de comportamiento de adicciones, especialmente el tabaquismo actual", destacó el Dr. Ramos.

"Creemos que la conversación entre los pacientes y sus urólogos debe cambiar. Los médicos deberían preguntar a los pacientes sobre su salud mental cuando hablen de tratamientos, porque tratar sus problemas físicos podría ayudar con el efecto psicológico de la afección", añadió la Dra. Manso.

"Personalmente haré más hincapié en esto con mis pacientes y trataré de comprender mejor la carga mental de vivir con incontinencia", finalizó.

El estudio fue financiado internamente. Los autores y el Dr. Chapple han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. Noticias Médicas. Medscape. 15 de julio de 2021





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

Nuestros servicios en todas las coberturas:

*Asesoría médico legal 24/7

*Patrocinio ilimitado de abogados especialistas en medicina legal

*Representación legal:

- *Penal
- *Civil
- *Administrativa

*Pagos de garantías procesales

*Pago de reparación del daño

*Cobertura en todo México

En pandemia **COVID** sin costo a nuestros afiliados

Trámite y presentación de:

*Oficios y amparos por:

- *Falta de equipo de protección
- *Discriminación
- *Negativa de riesgo de salud
- *Rescisión de contrato
- *Violación de tus derechos

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



¿Estás trabajando en condiciones inseguras?

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

PROMENAL

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

www.corporativopmn.com Facebook: Corporativo PMN

COVID-19



SUSCRÍBETE A NUESTRO CANAL DE YouTube



LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO EN PERSONAS EMBARAZADAS ES EFECTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Pablo Hernández Mares





GUADALAJARA, MEX. La aplicación de un cuestionario de evaluación para el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en 540 mujeres embarazadas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), en la Ciudad de México, México, mostró alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta afección.

La Dra. María del Carmen Zamora Medina, especialista en medicina interna y reumatología adscrita al INPer y una de las autoras del estudio, comentó a Medscape en español que se calculó la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de lupus tomando como estándar de oro el diagnóstico por el especialista, para diferentes números de respuestas positivas en el cuestionario. "Identificamos que en presencia de 4 o más respuestas positivas al cuestionario, la sensibilidad era de 87,5% y la especificidad de 97% para el diagnóstico".

Una motivación que los llevó a realizar el estudio fue identificar que no todos los centros que

tienen atención a pacientes embarazadas cuentan con un reumatólogo.

"Para facilitar la identificación de las pacientes que requieren de una evaluación más exhaustiva por un reumatólogo, hicimos este estudio con una herramienta que ya se había diseñado previamente para identificar en población general el diagnóstico de lupus, lo aplicamos a mujeres embarazadas para saber si podría ser de utilidad para realizar un tamizaje", indicó.

Según el estudio en la población mexicana, dada su facilidad de uso y su relación costo-beneficio, este cuestionario debe aplicarse en todas las pacientes que acuden a una primera visita para mejorar la selección de quienes requieren una prueba de anticuerpos antinucleares, así como aquellas que deben ser derivadas a un reumatólogo.

De acuerdo con la Dra. Zamora, el cuestionario utilizado para su trabajo se ha usado por otros grupos de estudio con fines epidemiológicos en población general. "El cuestionario, originalmente en idioma inglés, fue validado en nuestro idioma por investigadores españoles en el estudio EPISER (Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España)".

Las pacientes con lupus tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, ya que puede reactivar la enfermedad, generar dificultades relacionadas con la misma, o tener mayor riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales, entre las cuales pueden estar mayor riesgo de preeclampsia, de óbito, de parto pretérmino o de restricción del crecimiento intrauterino.

"El seguimiento de estas pacientes debe realizarse de manera multidisciplinaria, por lo que es importante identificarlas desde el inicio del embarazo y hacerles



un plan individualizado de seguimiento de acuerdo con ciertos factores que tomamos en cuenta para estratificar el riesgo", destacó.

La Dra. Diana Yazmín Copado Mendoza, del Servicio de Medicina Materno-Fetal del INPer, coautora del estudio, mencionó a Medscape en español que el uso de este cuestionario de tamizaje para lupus eritematoso sistémico que consta de 10 preguntas puede realizarse con seguridad a todas las personas embarazadas.

Las preguntas, basadas en los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) de 1997, interrogan sobre la presencia o antecedente de ciertas manifestaciones, como artritis, caída de cabello, crisis convulsivas, fenómeno de Raynaud, eritema malar o dolor pleurítico. Para fines del estudio todas las preguntas tienen el mismo valor.

"Logramos ver que pudiera ser aplicable a embarazadas, evaluamos que fuera entendible, reproducible y que se pudiera hacer tanto por un pasante como el personal de enfermería, es decir, que no se requiere que alguien especializado realice la encuesta para obtener buenos resultados", puntualizó la Dra. Copado.

Aunque hay afecciones que pueden presentarse en el embarazo, los investigadores determinaron que con cuatro o más respuestas positivas de todo el conjunto del cuestionario es una herramienta efectiva para discriminar entre embarazadas con manifestaciones que podrían ser atribuibles al lupus.

Por su parte, la Dra. Mónica Vázquez, profesora de reumatología y directora del Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético de la Universidad de Guadalajara, que no participó en el estudio, manifestó a Medscape en español que el artículo es un gran esfuerzo por parte de los autores para conocer los casos de enfermedades autoinmunes, como el lupus o la artritis reumatoide.

"El valor de este artículo es extraordinario; es la primera vez que en una población abierta de mujeres que no aparentan tener ninguna enfermedad, a través de un cuestionario podemos saber si debemos referirlas al reumatólogo o no; como aporte de pertinencia social me parece extraordinario", enfatizó.

"Aquí tenemos un primer dato que antes no teníamos, ya sabemos con qué frecuencia lo vemos, y que 4 de cada 100 pueden tener lupus", indicó la Dra. Vázquez

Este tipo de estudios es muy importante para cualquier país, porque los médicos de primer contacto, en este caso, los ginecoobstetras, pueden tener una herramienta validada como la que ofrece el INper, destacó la especialista.

En tanto, el Dr. Raúl Martín Jiménez, especialista en medicina interna y académico de la Universidad de Guadalajara, que tampoco participó en el estudio, especificó que el grueso de las personas con lupus activo está en edad fértil, por lo que es bueno tener parámetros, criterios y seguimiento para que las personas con lupus puedan tener embarazos e hijos sanos.

"Hablar de lupus es hablar de una de las patologías más complejas dentro de las enfermedades reumáticas; suele haber mucho desconocimiento e incertidumbre, incluso muchos médicos no reumatólogos al conocer el diagnóstico de lupus aconsejan a sus pacientes no embarazarse", señaló el Dr. Raúl Martín Jiménez, quien agregó que tener el cuestionario puede ayudar a definir con mayor facilidad la preparación, el tratamiento y el seguimiento para evitar complicaciones.

De acuerdo con la investigación, el diagnóstico precoz del lupus eritematoso sistémico puede disminuir las complicaciones maternas y fetales relacionadas con esta enfermedad.

"Hemos visto que no existe ningún centro de referencia a nivel nacional que tenga la fortaleza



que nosotros tenemos, de contar con un servicio de reumatología con la calidad que tenemos; queremos hacer una planeación de este servicio multidisciplinario en el instituto y dar pauta para que pudiera ser replicable en otros hospitales", compartió la Dra. Copado como uno de los objetivos a largo plazo que se plantearon.

Los investigadores no señalaron alguna limitación o desventaja en este cuestionario que puede reproducirse libremente tanto en el ámbito público como en el privado y aplicarse durante la primera visita al ginecoobstetra, óptimamente en el primer trimestre o incluso antes, cuando la paciente tiene planes de embarazarse.

*Actualización 18 de agosto: Una versión previa presentaba invertidas las imágenes de las doctoras Copado Mendoza y Zamora Medina.

La Dra. Zamora Medina, la Dra. Copado Mendoza, la Dra. Vázquez y el Dr. Jiménez han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente.

Medscape Noticias Médicas. 26 de julio de 2021

¿LA MENOPAUSIA REALMENTE INFLUYE SOBRE LOS SÍNTOMAS Y LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

Matías A. Loewy



BUENOS AIRES, ARG. El efecto de la menopausia sobre los síntomas y la progresión de la discapacidad en mujeres con esclerosis múltiple sigue siendo controvertido y se requieren estudios prospectivos y aleatorizados bien diseñados para clarificar la cuestión y orientar la selección de tratamientos específicos, sostuvo una especialista italiana en la 4th Charcot Latin American Meeting, realizada de forma virtual entre el 16 y 17 de julio pasado.

Los resultados de los estudios a la fecha "son inconsistentes", señaló la Dra. Maria Pia Amato, directora de la Unidad de Esclerosis Múltiple de la Sección de Neurociencias de la Università degli Studi di Firenze, en Florencia, Italia, y actual presidenta del European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS).

Se calcula que 30% de los pacientes que actualmente tienen esclerosis múltiple lo constituyen mujeres perimenopáusicas o posmenopáusicas, algo favorecido por la aparición de los tratamientos modificadores de la enfermedad de muy alta eficacia, destacó la Dra. Amato. Y también se sabe que las fluctuaciones de los niveles hormonales durante la pubertad, el embarazo, el puerperio y la menopausia pueden ejercer fuerte influencia sobre la prevalencia y los resultados clínicos de la enfermedad.

Sin embargo, la evidencia sobre el efecto concreto de la menopausia es difícil de diferenciar de otros factores confundidores, como procesos biológicos de envejecimiento. Y también hay pocos datos sobre el impacto en la función ovárica de los fármacos modificadores de la enfermedad más modernos

La Dra. Amato citó estudios observacionales que sugieren que la menopausia es un "punto de inflexión" y empeora los síntomas de la menopausia (sobre todo genitourinarios y psiquiátricos) y la progresión de la discapacidad (según la escala de estado de discapacidad EDSS), como los estudios liderados por la Dra. Riley M. Bove, del Brigham and Women's Hospital y Harvard Medical School, en Boston, Estados Unidos.

Pero otros trabajos más recientes cuestionan esa relación, explicó la neuróloga italiana. Investigadores de Barcelona, España, hicieron seguimiento longitudinal de 496 mujeres con síndrome clínicamente aislado (primer episodio clínico sugestivo de esclerosis múltiple), de las cuales 74 entraron en la menopausia. Y no pudieron documentar cambios en la escala de discapacidad EDSS después de la menopausia cuando ajustaron por edad y duración de la enfermedad, publicó el European Journal of Neurology en febrero de 2021.

Los autores catalanes tampoco observaron un punto de inflexión cuando el análisis se limitó a las pacientes con diagnóstico confirmado de esclerosis múltiple o con menopausia precoz.

El escenario se dificulta porque la disminución de la función ovárica o "envejecimiento ovárico", medido por los niveles de la hormona antimulleriana, ha sido relacionada con mayor discapacidad y pérdida de materia gris en mujeres con esclerosis múltiple, independientemente de la edad cronológica y la duración de la enfermedad.

No obstante, otros autores admiten que es posible que la declinación de la función ovárica vaya en paralelo con la declinación de la función cerebral, y no que la primera contribuya con la segunda.





Dra. Berenice Silva

Terapia de reemplazo hormonal: ¿puede ser una ayuda?

"Desde el punto de vista biológico, uno esperaría que el impacto de la menopausia en la esclerosis múltiple fuera negativo, porque se pierde el efecto protector de los estrógenos. Pero en la clínica se ven pacientes que no están muy bien después de la menopausia y otras que están perfectas", comentó a Medscape en español la Dra. Berenice Silva, Ph. D., neuróloga del Centro Universitario de Esclerosis Múltiple del Hospital Ramos Mejía y becaria posdoctoral en el Laboratorio de Terapias Regenerativas y Protectoras del Sistema Nervioso Central de la Fundación Instituto Leloir, en Buenos Aires, Argentina.

Para la Dra. Silva, la evolución después de la menopausia "depende mucho de los tratamientos que las pacientes están haciendo y si lo empezaron o no de manera precoz".

Otro aspecto para considerar en el manejo de las pacientes es el frecuente solapamiento de los síntomas de la menopausia con los de la esclerosis múltiple, incluyendo trastornos genitourinarios, cognitivos y del sueño. "Los síntomas vasomotores de la menopausia también pueden causar la reaparición de síntomas neurológicos por un mecanismo similar al del fenómeno de Uhthoff", precisó la Dra. Amato.

Por ejemplo, discriminar si los déficits cognitivos o las alteraciones urinarias pueden atribuirse a la esclerosis múltiple o a la menopausia "es muy importante, porque en el primer caso podrían indicar falla de tratamiento y necesidad

de cambiar la medicación", señaló la Dra. Silva, quien recomendó derivar al especialista (neuropsicólogo, urólogo, etc.) para que realice los estudios específicos que permitan discernir el origen. "No hay que subestimar esos síntomas".

La Dra. Amato recomendó el tamizaje temprano y apropiado de las comorbilidades asociadas con la menopausia y la esclerosis múltiple, incluyendo el monitoreo de la presión arterial, la detección precoz de cáncer, el análisis de la densidad mineral ósea y la evaluación del riesgo aumentado de infecciones

Los interrogantes también subsisten alrededor del posible beneficio de la terapia de reemplazo hormonal sobre el curso de la esclerosis múltiple. El análisis del desempeño físico de un subgrupo de 95 participantes de la gran cohorte del Nurses Health Study mostró mejor calidad de vida en las mujeres que recibían esa terapia durante la menopausia.[5] Sin embargo, la Dra. Amato advirtió que podría tratarse de un caso de "causalidad reversa", porque las mujeres con mejor calidad de vida física y mental podrían ser más proclives a recibir el reemplazo hormonal.

"La decisión de la terapia de reemplazo hormonal debe ser individualizada, tomando en cuenta el riesgo (de trombosis o cáncer mamario) y los beneficios que puede traer a la paciente", manifestó la Dra. Amato.



Dra. María Célica Ysrraelit

"La clave es el manejo integral de las pacientes, multidisciplinario, que apunte a controlar todas las comorbilidades de la menopausia, desde el aumento de peso y la dislipidemia hasta la fatiga y la pérdida de la libido", comentó a Medscape en español la Dra. María Célica Ysrraelit, neuróloga del Departamento de Neuroinmunología y Enfermedades Desmielinizantes



del Instituto FLENI, en Buenos Aires, Argentina, e integrante del grupo de trabajo de enfermedades desmielinizantes de la Sociedad Neurológica Argentina, quien ha estudiado el efecto de las hormonas en la esclerosis múltiple.

Durante mucho tiempo los neurólogos han estado concentrados en las resonancias y en las prescripciones, soslayando una visión más global del paciente, planteó la Dra. Ysrraelit. "La menopausia era algo totalmente olvidado, ni siquiera estaba en la anamnesis. Pero eso está cambiando".

La especialista también consideró "muy llamativo" que el porcentaje de mujeres con esclerosis múltiple que recibe terapia de reemplazo hormonal sea muy bajo respecto del resto de la población, "por lo que quedan afuera de una terapia que según estudios in vitro y observacionales, podría ser beneficiosa en la reducción de síntomas y progresión de la discapacidad, pero faltan ensayos clínicos aleatorizados para confirmarlo".

La Dra. Ysrraelit expresó que hay síntomas de la menopausia y de la esclerosis múltiple que se confunden, como fatiga, disminución de la libido y mayor cansancio mental. Por lo tanto, en algunas pacientes que atraviesan la perimenopausia, "les sugerimos que conversen con el ginecólogo respecto de la posibilidad de recibir la terapia de reemplazo hormonal".

La Dra. Amato declaró que su Departamento recibió fondos para investigación de Bayer, Biogen, Merck, Novartis, Sanofi, Genzyme, Teva, Almirali, Roche, FISM y el Ministerio de Salud de Italia. También recibió honorarios como expositora o miembro del consejo asesor de Bayer, Biogen, Merck, Novartis, Sanofi, Genzyme, Teva y Roche.

Medscape Noticias Médicas. 27 de julio de 2021



ESTE ES EL RIESGO DE SOMETERSE A CIRUGÍA TRAS UNA INFECCIÓN RECIENTE POR CORONAVIRUS

Sonia Moreno



Quienes han tenido covid-19 poco antes de someterse a una cirugía parecen tener más riesgo de sufrir un tromboembolismo venoso posoperatorio potencialmente fatal.



Más de 15.000 cirujanos de todo el mundo participan en el estudio CovidSurg sobre la pandemia covídica y su impacto en el ámbito quirúrgico.

El tromboembolismo venoso (TEV), una complicación bien conocida de la cirugía, podría aparecer con mayor frecuencia en el caso de haber tenido una infección reciente por SARS-CoV-2. De hecho, según revela una investigación, los pacientes quirúrgicos que han tenido la infección poco antes de entrar en el quirófano tienen casi el doble de riesgo de TEV que los no infectados. En el caso de tener la covid-19 en el momento de la cirugía, la probabilidad se eleva a un 50% más, siempre según este trabajo, cuyas conclusiones han aparecido en la revista Anaesthesia.

Los casos de TEV asociados a la infección

también resultaron peores: el riesgo de fallecimiento se multiplicó por cinco en los pacientes con TEV durante los 30 días posteriores a la cirugía, frente a los que no desarrollaron el evento trombótico.

Por ello, los cirujanos que han llevado a cabo este estudio reclaman una atención posoperatoria de rutina de los pacientes quirúrgicos que incluya "intervenciones para reducir el riesgo de TEV en general", y más investigación para "definir los mejores protocolos para la prevención y el tratamiento de TEV en este entorno".

Casi 100 hospitales españoles

Son conclusiones que proceden del trabajo del equipo colaborativo CovidSurg: más de 15.000 cirujanos de todo el mundo, trabajando juntos para recopilar información científica sobre la pandemia covídica y su impacto en el ámbito quirúrgico.

El nuevo análisis que presentan ahora ha incluido a 128.013 pacientes, de 1.630 hospitales en 115 países. España es uno de los que aporta más participación hospitalaria, con 97 centros incluidos en el estudio.

Los pacientes se clasificaron como pacientes con embolia pulmonar o trombosis venosa profunda durante los 30 días posteriores a la cirugía.

El diagnóstico de SARS-CoV-2 se definió como perioperatorio (entre 7 días antes de la cirugía y 30 días después de la intervención); reciente (de 1 a 6 semanas antes de la cirugía); previo (7 semanas o más antes de la cirugía), o bien, sin diagnóstico pasado o presente.

La tasa de la trombosis venosa profunda posoperatoria fue del 0,5% (666/123.591) en pacientes sin la infección por SARS-CoV-2. En los pacientes con la infección por el coronavirus perioperatoria, se



situó en el 2,2% (50/2.317); en el 1,6% (15/953) en pacientes con SARS-CoV-2 reciente, y en el 1% (11/1.148) en pacientes con SARS-CoV-2 previo.

La barrera de las siete semanas

Tras ajustar los factores de confusión, se hizo evidente que los pacientes con SARS-CoV-2 perioperatorio tenían un 50% más de riesgo de la TEV y aquellos con SARS-CoV-2 reciente (de una a seis semanas antes de la intervención), un 90% más de riesgo. Los pacientes con SARS-CoV-2 previo (al menos siete semanas previas a la cirugía) tenían un 70% más de riesgo de TEV, pero este último resultado tuvo una significación estadística marginal.

Elizabeth Li, cirujana en el Hospital Universitario de Birmingham, centro que ha coordinado el estudio, asegura que "las personas que se someten a cirugía ya tienen un mayor riesgo de TEV que la población general, pero descubrimos que una infección por SARS-CoV-2 perioperatoria o reciente se asocia con un mayor riesgo de TEV posoperatorio. Los pacientes quirúrgicos tienen factores de riesgo de TEV, que incluyen inmovilidad, heridas quirúrgicas e inflamación sistemática, y la adición de la infección por SARS-CoV-2 puede aumentar aún más este riesgo".

El estudio también demostró que la TEV se asoció de forma independiente con la mortalidad a los 30 días, lo que aumentó el riesgo de muerte durante este período en 5,4 veces. En los pacientes con SARS-CoV-2, la mortalidad sin TEV fue del 7,4% (319/4.342) y con TEV fue de nuevo más de cinco veces mayor al 40,8% (31/76). Cirugía mayor

El análisis por subgrupos mostró un riesgo adicional en pacientes sometidos a cirugía mayor. "Lo más probable es que esto se deba a la menor proporción de pacientes con infección perioperatoria de SARS-CoV-2 que se someten a

una cirugía electiva menor durante la pandemia en curso. En general, los pacientes de cirugía menor estuvieron expuestos a menos factores de riesgo de TEV y la tasa de TEV inicial fue baja. La infección concurrente por SARS-CoV-2 no se asoció con un aumento significativo en el riesgo adicional", comentan en el estudio.

Los autores señalan una limitación importante de la investigación: que no se disponía de información sobre los regímenes de profilaxis para estos coágulos o la anticoagulación preoperatoria para prevenirlos, y dicen que "se necesita más investigación para definir los protocolos óptimos para prevención y tratamiento de TEV para pacientes quirúrgicos en el contexto de la infección por SARS-CoV-2".

Paciente quirúrgico, una cohorte singular

"A diferencia de los pacientes no quirúrgicos, la razón principal de ingreso hospitalario para pacientes quirúrgicos rara vez se debe a la covid-19, y también están presentes otras patologías primarias coexistentes que requieren intervención quirúrgica", señalan. Recuerdan que la cirugía implica la realización artificial de una herida "que aumenta el riesgo de hemorragia intraoperatoria y posoperatoria y pone en movimiento una cascada de respuestas inflamatorias que se sabe que alteran la hemodinámica y la coagulación" en el postoperatorio, incluso también en personas jóvenes y habitualmente sanas.

Además, los pacientes quirúrgicos electivos ingresan a menudo después de un período de autoaislamiento con movilidad reducida, "y muchos de estos pacientes tendrán ventilación mecánica perioperatoria", añaden. Todo ello hace necesario una definición del riesgo de TEV específica para pacientes quirúrgicos, "no solo para proporcionar una comprensión de referencia del riesgo perioperatorio en el contexto de covid-19, sino también para trabajar en la construcción de futuros regímenes de TEV específicamente adecuados para pacientes quirúrgicos con enfermedad activa o infección previa por SARS-CoV-2".



Sobre los regímenes profilácticos, Aneel Bhangu, cirujano colorrectal consultor de la Universidad de Birmingham, y autor del trabajo, manifiesta que "se debe considerar una mayor conciencia y vigilancia. Como mínimo, sugerimos un estricto cumplimiento de la profilaxis de TEV estándar de rutina para pacientes quirúrgicos, incluido el uso de medicamentos anticoagulantes cuando el riesgo de hemorragia es mínimo, y una mayor vigilancia y pruebas de diagnóstico en pacientes que presentan signos de TEV, como hinchazón en uno pantorrilla, dolor en el lado derecho del pecho y dificultad para respirar".

'CovidSurg', una colaboración internacional

El grupo CovidSurg ha brindado importantes conclusiones, refrendadas en diversas publicaciones científicas a lo largo de los meses pasados. Una de ellas, como recordó a este diario Ana María Minaya Bravo, líder del estudio CovidSurg en España, es la conveniencia de demorar la cirugía al menos siete semanas desde el diagnóstico de covid-19, tanto para reducir la mortalidad como la tasa de complicaciones pulmonares a los 30 días, siempre y cuando la situación del paciente lo permita.

"Los pacientes que persisten con síntomas en la séptima semana se beneficiarían de un retraso adicional hasta que los síntomas desaparezcan", en palabras de la cirujano general y del aparato digestivo en el Hospital Universitario del Henares, en Coslada (Madrid).

Diario Médico. 26/08/2021

LA QUIMIOTERAPIA DURANTE EL EMBARAZO NO NECESARIAMENTE DAÑA AL FETO

David Douglas



NUEVAYORK, USA. Aunque la quimioterapia dentro del primer trimestre del embarazo se asocia con mayor riesgo de malformaciones congénitas importantes, el retraso del tratamiento más allá de ese punto es innecesario, según un análisis de datos multinacionales.

Estos hallazgos "confirman que la quimioterapia durante el embarazo no tiene por qué ser perjudicial para el feto cuando se aplica correctamente", señaló el Dr. Frederic Amant a Reuters Health.

Existe consenso en que la quimioterapia no debe administrarse hasta después de que se complete la organogénesis, pero no está claro a qué edad gestacional se puede iniciar de manera segura para evitar la inducción de malformaciones congénitas, señalaron el Dr. Amant, del Antoni van Leeuwenhoek-Netherlands Cancer Institute, en Amsterdam, y sus colaboradores, en JAMA Network Open.

Para investigar utilizaron información de la International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP), cuyo registro cuenta con la participación activa de 73 hospitales en 28 países.

El equipo analizó datos de 755 mujeres embarazadas tratadas con quimioterapia entre 1977 y 2019. La edad promedio de la madre en el momento del diagnóstico de cáncer fue de 33 años; el cáncer de mama fue el tipo de cáncer más común (60%) y la mayoría de los embarazos (99,4%) terminó en un nacimiento vivo.

Un total de 27 recién nacidos (3,6%) tenía malformaciones congénitas importantes y 14 (1,9%) malformaciones congénitas menores. En aquellas en quienes la exposición a la quimioterapia fue antes de las 12 semanas de edad gestacional la

proporción de malformaciones congénitas importantes fue de 21,7%, aumento significativo del riesgo. El mayor riesgo fue para las mujeres que comenzaron la quimioterapia en el momento de la concepción.

Cuando se inició la quimioterapia después de las 12 semanas de edad gestacional la frecuencia de malformaciones congénitas mayores se redujo a 3,0%, cifra similar a las tasas esperadas en la población general.

La tasa de malformaciones menores también fue comparable con la esperada en la población general, con 4,3% cuando la exposición fue antes de las 12 semanas de edad gestacional, y 1,8% con exposición posterior.

Diecisiete de las 29 mujeres que recibieron quimioterapia antes de las 12 semanas de gestación no sabían de su embarazo. En general tres tuvieron aborto espontáneo y tres decidieron interrumpir la gestación. De los 23 neonatos restantes, seis (26,1%) tenían malformaciones congénitas.

Los investigadores señalaron que la gran cantidad de embarazos incidentales durante el tratamiento del cáncer "subraya la importancia del asesoramiento anticonceptivo y las pruebas de embarazo al inicio del tratamiento quimioterapéutico en mujeres jóvenes con cáncer".

El Dr. Amant agregó que la validez del límite de 12 semanas no se había demostrado previamente en un estudio clínico, y "algunos médicos posponen la quimioterapia hasta edad gestacional más avanzada, durante 18 o 20 semanas, pero nuestros datos sugieren que este retraso en el tratamiento no es necesario".

Traducido y adaptado por el equipo de Medscape en español.

Referencias

Reuters Health Information © 2021 Reuters Ltd. Citar este artículo: La quimioterapia durante el embarazo no necesariamente daña al feto - Medscape - 28 de junio de 2021.

¿POR QUÉ LAS PERSONAS COMPLETAMENTE VACUNADAS PODRÍAN NECESITAR VACUNAS DE REFUERZO? CINCO CONCLUSIONES SOBRE EL ANUNCIO DE LA CASA BLANCA

Maggie Fox



EE.UU. aplicará dosis de refuerzo contra el covid-19

(CNN) -- Suena confuso: los funcionarios federales de salud dicen que las vacunas de covid-19 están funcionando bien y brindan más del 90% de protección contra enfermedades graves y la muerte. Mantienen a la gente fuera de los hospitales.

Sin embargo, también dicen que los estudios muestran que incluso las personas vacunadas tienen más probabilidades de infectarse ahora, por lo que ahora están trazando planes para proporcionar vacunas de refuerzo, si los reguladores federales dan el visto bueno.

¿Cómo pueden ambas cosas ser verdad?

Es debido a un triple golpe de una inmunidad naturalmente menguante, una nueva variante que se mueve rápidamente y una población que ha tardado en vacunarse en primer lugar.

Las vacunas contra el coronavirus, especialmente las vacunas de Moderna y Pfizer/BioNTech, son notablemente efectivas, proporcionando más del 90% de efectividad contra las infecciones que causan síntomas.

Pero es importante recordar que las vacunas no detienen el resfriado del virus.

"Algunas personas piensan que si están vacunadas, hay algún tipo de campo de fuerza que las rodea", dijo Scott Hensley, inmunólogo y microbiólogo de la Universidad de Pensilvania.

Sin embargo, si el virus está en el aire, incluso las personas vacunadas lo inhalarán. Lo que hace la inmunidad es controlar lo que sucede después de eso.

Los anticuerpos importan

La primera línea de inmunidad viene en forma de anticuerpos. Estas proteínas pueden adherirse a un invasor como un virus y dificultar su ataque a las células o neutralizarlas por completo.

Una vacuna aumenta los niveles de estos anticuerpos y entrena al cuerpo para producir anticuerpos diseñados específicamente para detener un patógeno como el coronavirus.

Los anticuerpos pueden detener la infección viral rápidamente.

Esta producción comienza a disminuir con el tiempo, en gran parte porque el cuerpo necesita producir anticuerpos contra otros invasores, y el espacio es limitado.

Además, algunas de las nuevas variantes han desarrollado mutaciones que les ayudan a evadir los anticuerpos.

"Con algunas variantes, el virus puede llegar a entrar en las células y replicarse por una o dos rondas", dijo Hensley.

Eso puede ser lo que está sucediendo en EE.UU.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. (CDC) publicaron dos estudios el miércoles que mostraron que la inmunidad disminuyó entre las personas durante el verano. Si bien las vacunas todavía protegían en un 90% contra enfermedades graves y la muerte, aumentó el número de personas que contraían infecciones leves o asintomáticas.

"Los datos recientes dejan en claro que la protección contra las enfermedades leves y moderadas ha disminuido con el tiempo. Esto probablemente se deba tanto a la disminución de la inmunidad como a la fuerza de la variante delta generalizada", dijo el director



general de Sanidad de EE.UU., el Dr. Vivek Murthy, en una sesión informativa en la Casa Blanca el miércoles.

Un estudio de residentes de hogares de ancianos mostró que la inmunidad a cualquier tipo de infección se redujo del 75% en marzo al 53% en agosto.

Pero una tercera dosis de vacuna aumenta diez veces estos niveles de anticuerpos, dijo en la sesión informativa el Dr. Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas. "Es posible que se requieran niveles más altos de anticuerpos para protegerse contra delta", dijo.

Una segunda línea de defensa

Hay una segunda línea de defensa involucrada: la respuesta celular.

Los virus se adhieren a ciertas células del cuerpo e inyectan su propio material genético en ellas, secuestrando las funciones naturales de las células y obligándolas a convertirse en fábricas de virus.

Las células inmunes llamadas células T pueden reconocer estas células secuestradas y trabajar juntas para matarlas antes de que produzcan más virus. Las células B establecen una producción de anticuerpos más duradera y también pueden ayudar a reconocer y neutralizar los virus.

Esta respuesta inmune a más largo plazo es probablemente lo que mantiene a las personas fuera del hospital, dijo Hensley. Las células B y las células T no pueden prevenir la infección, pero la cortan de raíz, antes de que las personas se enfermen gravemente.

"El virus se elimina de forma mucho más eficaz en las personas vacunadas", dijo Hensley.

Aquí es donde entra parte del debate sobre la necesidad de refuerzos. La Organización Mundial de

la Salud y algunos expertos en enfermedades infecciosas señalan que las vacunas todavía están haciendo su trabajo más importante: prevenir enfermedades graves y la muerte.

"La tercera dosis probablemente hará muy poco para aumentar aún más la capacidad de la vacuna para reducir las hospitalizaciones y las muertes. Eso se debe a que la vacuna ya es bastante buena en eso", dijo Hensley.

Pero los funcionarios de salud federales dijeron que si bien no hay indicios de que este segundo nivel de protección haya comenzado a disminuir en EE.UU., los datos de Israel insinúan que puede haber comenzado a suceder allí. Debido a que Israel vacunó rápidamente a la mayoría de su población, los funcionarios estadounidenses están siguiendo el monitoreo allí para predecir lo que podría suceder en otros países.

Nuevas variantes

La variante delta ahora representa el 99% de las infecciones recién diagnosticadas en EE.UU., según los datos de los CDC. Es claramente más transmisible que las variantes anteriores. Esto por sí solo podría explicar los nuevos casos, pero existe una creciente evidencia de que puede eludir esa primera línea de defensa establecida por los anticuerpos.

"La efectividad de la vacuna generalmente disminuye contra la variante delta", dijo la directora de los CDC, la Dra. Rochelle Walensky, en la sesión informativa de la Casa Blanca.

Para apoyar esta idea, Walensky citó los llamados estudios de cohorte, que son estudios que siguen al mismo grupo de personas a lo largo del tiempo.

Uno, que cubría a 4.000 trabajadores de la salud y otros en la primera línea, encontró que la efectividad de la vacuna contra infecciones sintomáticas o asintomáticas cayó del 92% antes de la llegada de delta al 64% una vez que se generalizó.

Lo que hizo que los CDC pensaran que delta era



responsable fue lo siguiente: no importaba cuándo se vacunó a estos voluntarios, fue la llegada de delta lo que los hizo más propensos a infectarse.

El aire que respiramos

Ninguna persona vacunada correría el riesgo de una infección posvacunación si el virus aún no estuviera circulando.

El coronavirus se transmite por el aire y, mientras las personas no estén protegidas y respiren, lo propagarán.

"Incluso si estás vacunado, todos respiramos el mismo aire", dijo Hensley.

"Nuestras posibilidades de respirar realmente el SARS-CoV-2, ya sea que estés vacunado o no, siguen siendo las mismas".

Es por eso que los CDC han pedido que incluso las personas vacunadas comiencen a usar máscaras nuevamente en el interior, cuando podrían estar expuestas a la propagación.

"Es la única manera de evitar que el virus se te meta por la nariz", dijo Hensley.

Y aunque ningún estudio ha demostrado esto todavía, existe una creencia creciente entre los científicos de que se necesita una dosis menor de delta para infectar a las personas que con las variantes anteriores. Entonces, incluso si solo hay una pequeña cantidad de virus flotando en el aire, si las personas lo respiran, es más probable que se infecten.

Y cualquier persona infectada podría infectar a otra. El coronavirus puede ser transmitido por personas que no presentan síntomas.

Sin embargo, es casi seguro que las personas vacunadas eliminan la infección más rápidamente. "La inmensa mayoría de las hospitalizaciones y muertes continúan ocurriendo entre los no vacunados", anotó Murthy.

Inmunidad colectiva

Por eso, los funcionarios de salud, médicos y enfermeras de todo el país están pidiendo a gritos que se vacunen más estadounidenses y la OMS está presionando para que se distribuyan más vacunas al resto del mundo.

Mientras las personas se infecten con el coronavirus y lo propaguen, el virus infectará a algunas personas vacunadas. Y evolucionará hacia nuevas formas, quizá versiones que puedan evadir más fácilmente las vacunas.

De eso se trata la inmunidad colectiva: cuando hay suficientes personas inmunes a la infección que el virus deja de circular. Por lo general, esto solo ocurre con la vacunación generalizada.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) deben tomar la decisión de dar a las personas dosis de refuerzo, pero los funcionarios de la Casa Blanca dijeron que querían tener un plan listo para cuando eso suceda.

"No estamos diciendo que necesitas una dosis de refuerzo en este momento", dijo Walensky a CNN el miércoles por la noche.

"Estamos diciendo que estamos empezando a ver una disminución en la efectividad de la vacuna contra la enfermedad moderada y leve y nos estamos preparando para el próximo mes porque hemos visto en otros países que eso podría presagiar una disminución de la enfermedad grave".

CNN. 19 Agosto, 2021



SECCIÓN COVID

VACUNA COVID-19 DE PFIZER CAMBIA DE NOMBRE; SE COMERCIALIZARÁ COMO COMIRNATY

Rocío Mandujano Tovar



La vacuna COVID-19 de Pfizer, que ahora podrá comercializarse bajo la marca Comirnaty, es la primera en recibir la aprobación total, en todo el mundo.

La vacuna contra COVID-19 de Pfizer se llamará a partir de ahora Comirnaty, para su comercialización, después de que la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) de Estados Unidos concedió su aprobación total y se convierte en la primera vacuna de este tipo que obtiene la luz verde completa del regulador, en EEUU.

En una rueda de prensa, la comisionada en funciones de la FDA, Janet Woodcock, dijo que con esta autorización final, la población estadounidense "puede estar segura de que esta vacuna cumple con los estándares de oro de la FDA en cuanto a seguridad, eficacia y calidad de fabricación".

"Este es un momento crucial para nuestro país en la lucha contra la pandemia, ya que somos muy conscientes de que esta vacuna es una de nuestras mayores armas contra el virus", aseguró Woodcock.

En esa misma conferencia de prensa, el director del Centro de Evaluación e Investigación Biológica



de la FDA -encargado de supervisar las vacunas-, Peter Marks, explicó que esta nueva fase tiene el objetivo de generar una mayor confianza en la población que todavía no se ha vacunado contra COVID-19.

"Después de seguir nuestros rigurosos procesos para evaluar esta vacuna, esperamos que aquellos que han esperado hasta ahora para vacunarse lo hagan", afirmó Marks.

El experto también señaló que espera que esta luz verde ahuyente "afirmaciones falsas" como que las vacunas contra COVID-19 "causan infertilidad, contienen microchips, causan la enfermedad o que miles de personas han muerto por inocularse".

"Permítanme ser claro, estas afirmaciones simplemente no son ciertas: recibir una vacuna puede salvarle la vida", remarcó.

La vacuna de Pfizer obtuvo la autorización para uso de emergencia en Estados Unidos a mediados de diciembre para los mayores de 16 años, y fue ampliada en mayo para los mayores de 12.

La aprobación final se aplica solo a los mayores de 16 años, ya que Pfizer tiene que aportar más datos sobre el uso de la vacuna en menores de entre 12 y 15 años para lograr la autorización completa, que podría llevar meses.

Las autorizaciones de emergencia pueden ser empleadas por la FDA durante emergencias sanitarias para proporcionar acceso a productos médicos que pueden ser efectivos a la hora de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.

A diferencia de una autorización para uso de emergencia, la autorización completa dura indefinidamente a menos que algún tipo de efecto secundario inesperado se desarrolle.



Para lograr este tipo de aprobación, la empresa debe proporcionar datos ampliados sobre el proceso de fabricación y está sometida a inspecciones minuciosas de la FDA.

Más de 170 millones de estadounidenses en Estados Unidos están totalmente vacunados contra COVID-19, de los que más de 92 millones han recibido la vacuna de Pfizer.

La vacuna COVID-19 de Pfizer, que ahora podrá comercializarse bajo la marca Comirnaty, es la primera en recibir la aprobación total en todo el mundo.

Con información de EFE. Televisa News 23 de agosto 2021

SECCIÓN COVID

DESCUBREN 'SUPERANTICUERPO' QUE ATACARÁ TODAS LAS VARIANTES DE COVID-19

JBS



El 'superanticuerpo' podrá combatir a todas las variantes del Covid-19, lo que es un gran avance en tiempos pandémicos

ESTADOS UNIDOS.- Un grupo de científicos del *Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson* en Seattle, Washington, realizaron el descubrimiento de este nuevo 'superanticuerpo' el cual sería capaz de combatir todas las variantes del Covid-19, logrando una efectividad mayor de las vacunas o tratamientos anticovid.

La investigación fue publicada en la revista científica *Nature* en donde se revela que el grupo de científicos encontró al anticuerpo llamado S2H97 cuando experimentaban con hámsters y pese a que aún el informe es muy reciente, los resultados podrían ayudar a la creación de una vacuna más efectiva.

Durante el experimento se compararon al menos 12 anticuerpos proporcionados por la firma *Vir Biotechnology*, las cuales fueron extraídas de personas aisladas infectadas del SARS-CoV-2 o su pariente cercano.

El 'superanticuerpo' se adhiere de la misma manera que otros a la proteína viral, sin embargo este actúa de menara más eficaz pues no permite la unión del receptor humano. "Ese es el anticuerpo más genial que describimos", dijo *Tyler Starr*, bioquímico del *Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson* ante el descubrimiento del S2H97.

Meganews 2021-07-18

SECCIÓN COVID MODERNA INICIA ENSAYOS DE VACUNA ARNM CONTRA VIH



La farmacéutica Moderna inició los ensayos de su vacuna de ARNm contra VIH/sida.

El proyecto de Moderna es una colaboración con la Iniciativa Internacional de Vacunas contra el SIDA (IAVI) y la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF), informa el sitio oficial clinicaltrials.gov.

Según información los ensayos clínicos de fase 1 contemplan a 56 adultos sanos sin VIH para probar la seguridad de la vacuna mRNA-1644.

Cabe mencionar que el ARNm-1644 será la primera vacuna contra el VIH que será probada con humanos, asimismo la farmacéutica probará otra versión del candidato llamada mRNA-1644v2-Core.

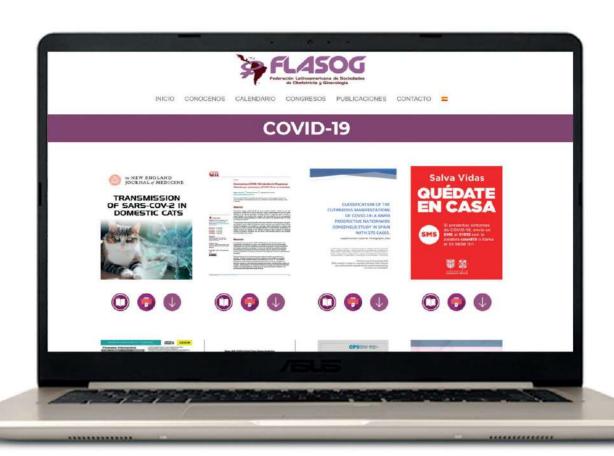
En enero el director de la compañía, Stéphane Bancel, dijo que Moderna buscaría una vacuna de vanguardia contra el VIH.

Turquesa News 23 agosto 2021





VISITA NUESTRA SECCIÓN COVID-19





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

¡MANTENTE ACTUALIZADO!

www.flasog.org/revista





SITIO WESTRO

