BOLETÍN FLASOG

AÑO 5 | NO. 49 | JUNIO 2022
Volumen 3

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Flory Morera González
(Costa Rica)

Dr. Jorge Vargas Guzmán
(República Dominicana)

Dra. Beatriz Sosa González
(Honduras)

Dr. Agnaldo Lopes da Silva
(Brasil)

Dr. Adolfo Rechkemmer Prieto
(Perú)

Dr. José Antonio Moreno
Sánchez (México)

Dr. Samuel Seiref
(Argentina)

Dr. Óscar Cerdas Salas
(Costa Rica)

Dr. José Pacheco Romero
(Perú)

ÍNDICE

EDITORIAL 3

- Anticoncepción y derechos sexuales y reproductivos en épocas de pandemia

- Anuncio de la Segunda Cumbre Flasog: Anticoncepción, Derechos Sexuales y Reproductivos. 6

SECCIÓN NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS 7

- XXXVI Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia.
- XXIII Congreso de Ginecología y Obstetricia. Costa Rica 2022.
- XXIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.
- Figo Regional Congress. Cartagena, Colombia.
- Escuela Fasgo. Cursos disponibles.
- 70 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Guadalajara, Jalisco.

SECCIÓN LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG 9

- Reporte de las actividades y planes de trabajo de los comités

SECCIÓN POSICIONES DE FLASOG 18

- Pronunciamiento del aborto seguro de FLASOG

SECCIÓN NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA 19

- La menopausia está vinculada a cambios proaterogénicos en 85 metabolitos
- ¿Es hora de abolir la menopausia o al menos retrasarla substancialmente?
- Dolores de cabeza en el embarazo y el posparto
- El acto médico
- Factores que influyen en la implantación de blastocistos euploides FIV

SECCIÓN MISCELÁNEAS 31

- Entrevista con el Presidente:
  Dra. Isabel Lloyd Martin, presidente de la Sociedad Panameña De Obstetricia y Ginecología, SPOG.

SECCIÓN ESCUCHANDO A LOS LECTORES 33

- Encuesta de opinión sobre la calidad del Boletín

EDITORIAL

Anticoncepción y derechos sexuales y reproductivos en épocas de pandemia

Dra. Flory Morera G.
Directora Comité Científico FLASOG

En estos momentos puede parecer trillado referirnos a la pandemia y muchos probablemente ya no quieran hablar de ella. Si bien es cierto que la actividad de contactos o enfermos graves por el COVID -19 está disminuyendo y las vacunas están logrando proteger a la población, aparecen nuevos retos que podrían inclusive ser más difíciles de enfrentar y en especial cuando lo asociamos a un tema del cual todavía tenemos una agenda pendiente, como es el de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo anticoncepción; derechos que a través de la historia están marcados por obstáculos como la intolerancia, la discriminación y no menos importante, barreras en el acceso a los servicios de salud, la información y la educación.

La atención de la pandemia requirió que los países replantearan las prioridades en salud, enfocando sus esfuerzos en tratar los casos moderados y graves, evitar nuevos contagios y por último desarrollar un programa de vacunación poblacional total en el menor tiempo posible. Como consecuencia inmediata de estas acciones algunos programas fueron relegados, como: la atención de anticoncepción, el tamizaje de cáncer, asistencia a control prenatal y/o atención de mujeres con embarazos no planeados, mujeres de riesgo mayor y con riesgo de aborto inseguro.

No solo el hecho que la política sanitaria de los países se enfocara en otros aspectos tuvo repercusión, también el enfoque de los profesionales de la salud tuvo responsabilidad. No estábamos preparados para dar respuesta, en parte por poco o nulo conocimiento de la enfermedad en un inicio, por lo que se consideraron supuestos riesgos de interacción entre COVID y uso de medicamentos entre ellos los hormonales; algunos personeros de salud o las pacientes mismas decidieron suspender la anticoncepción y terapias hormonales, entre otros, sin tener acceso a una consulta donde se les brindara la información apropiada u otra alternativa.

El verdadero impacto de esta coyuntura se verá con el tiempo: cuántas pacientes de riesgo se embarazaron y tuvieron complicaciones, cuántas muertes maternas tendremos por esto, qué tanto retraso hubo en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer ginecológico, qué impacto habrá en la mortalidad por enfermedades no transmisibles en nuestras mujeres.

Se ha estimado que una disminución del 10% en el uso de métodos anticonceptivos resultaría en 15.401.000 embarazos no deseados adicionales en 132 países de ingresos bajos y medios (1) como los nuestros, con todos los riesgos que esto conlleva.

"António Gutiérrez secretario general de la ONU, destaca las devastadoras consecuencias de la pandemia para las mujeres y las niñas, que atraviesan todas las esferas: desde la salud y la economía hasta la seguridad y protección social."

Entonces, ¿qué estrategias podríamos promover nosotros desde nuestro ámbito profesional , desde nuestra Federación (FLASOG), para mejorar? Definitivamente tenemos que actuar por el bien de nuestra población femenina, redoblar esfuerzos como facilitadores para que las mujeres tengan acceso a la información y educación por redes sociales, teleconsulta, consulta presencial, así como mediante organizaciones de la sociedad civil, que les permita retomar el control en cuanto a su salud sexual y reproductiva. Específicamente, recomendar métodos que sean eficaces en evitar embarazos no planificados,

en especial de uso seguro y a largo plazo, mientras se retorna a una “normalidad de los servicios”. Es nuestra responsabilidad y está a nuestro alcance.

El reto es conocer nuestra realidad pospandemia, reinventarnos para dar una respuesta y reconstruir a partir de los escombros una mejor sociedad.

En agosto 2022 se realizará la II Cumbre Latinoamericana de Anticoncepción y Derechos Sexuales y Reproductivos en Ciudad Panamá del 25 al 27, aquí será un espacio donde tendremos la oportunidad de revisar estos temas, conocer nuestra realidad latinoamericana y además debatir estrategias. Los invitamos a participar, necesitamos nuevamente reunirnos, tener nuestros espacios para capacitarnos y así ofrecer mejores opciones a nuestra población.

1. Expert Review of Clinical Pharmacology. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic.
2.Int J Gynaecol Obstet. 2020 Sep;150(3):273-274. In the response to COVID-19, we can’t forget health system commitments to contraception and family planning

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SPOG
1947

II CUMBRE FLASOG

ANTICONCEPCIÓN, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

25 AL 27 DE AGOSTO DE 2022
CIUDAD DE PANAMÁ - HOTEL HILTON

"La Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Latinoamericana post pandemia. UN DESAFÍO".

INSCRIPCIONES	Presencial	Virtual
Ginecólogos Obstetras		
Hasta el 31/05/2022	$150.00	$100.00
Del 01/06/2022 al 31/07/2022	$200.00	$100.00
A partir del 01/08/2022	$250.00	
Médicos Residentes, Generales y Enfermeros	$100.00	

DEL 25 AL 27 DE AGOSTO 2022, LA CITA ES EN PANAMÁ, PARA LA SEGUNDA CUMBRE FLASOG: ANTICONCEPCIÓN, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Estimados colegas Latinoamericanos, reciban todos el más fraternal saludo de parte del Comité Ejecutivo de FLASOG, aprovechando este contacto con todos Uds. para comentarles que la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en colaboración con la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG), se encuentran abocadas a la organización de la SEGUNDA CUMBRE FLASOG: ANTICONCEPCIÕN, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, a desarrollarse en el Centro de Convenciones del Hotel Hilton Panamá, entre los días 25 y 27 de agosto de 2022.

En las mismas se desarrollará un ambicioso programa científico de manera presencial con difusión virtual, del que participarán los más destacados especialistas de Latinoamérica e invitados especiales, en el que se abordarán los aspectos más relevantes vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos de nuestras mujeres, bajo el lema:

"La Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Latinoamericana post pandemia. UN DESAFÍO".

Se desarrollarán 9 Simposios:

I. Mortalidad Materna post COVID. (OPS/CLAP).
II. Anticoncepción hormonal en situaciones de riesgo.
III. Anticoncepción en las diferentes etapas de la vida.
IV. Red CLAP de centros centinelas de vigilancia de la calidad de atención a mujeres en situación de aborto en América Latina.
V. Perlas en anticoncepción hormonal.
VI. Anticoncepción y sexualidad. VII. Prevención de la violencia de género en Latinoamérica.
VIII. Consenso Latinoamericano de Expertos en Anticoncepción en situaciones socio-demográficas especiales: Adolescentes y post evento obstétrico. IX. Derechos de la anticoncepción en adolescentes.

5 Conferencias Plenarias:

1. Redes sociales e impacto en conductas de riesgo en población adolescente.
2. Prevención del aborto inseguro en América Latina. Rol de las Sociedades Científicas.
3. Para avanzar en las políticas y programas de anticoncepción, es esencial ampliar el acceso con base a la libre elección informada.
4. Anticoncepción de larga duración, ¿por qué no despegan? Estrategias para mejorar.
5. ¿Cuánto hemos avanzado en la prevención del aborto inseguro en Latinoamérica y el Caribe?

1 Conferencia Magistral: "Anticoncepción y terapias hormonales, durante y después de la pandemia". Como podrán observar, se desarrollará un jerarquizado programa académico que permitirá un análisis profundo de cada uno de los temas seleccionados y una activa participación de los asistentes a este trascendental evento.

Quiero hacerles llegar a todos un cordial saludo y una especial invitación para que nos acompañen en esta Segunda Cumbre FLASOG, donde además de aquilatar conocimientos, tendremos la oportunidad de estrechar lazos de amistad y confraternidad Latinoamericana.

LOS ESPERAMOS A TODOS EN PANAMÁ!!!!

Dr. Néstor C. Garello
Presidente FLASOG

RESPONSABLES DE SECCIÓN:
Dr. José Pacheco y Dr. Agnaldo Lopes

Inscríbase ahora para tarifas anticipadas: figo2022.org

Comité SALUD MATERNA

El 31 de mayo, 1 y 2 de junio se llevó adelante el Congreso Internacional de SOBIGA en Buenos Aires, Argentina.

El subcomité de Salud Materna del Cono Sur de FLASOG organizó el taller de Hemorragia Posparto en el que participaron más de 150 asistentes presenciales y 40 especialistas pudieron llevar a cabo las destrezas vinculadas a la Hemorragia Posparto, destacando los siguientes aspectos:

1) Manejo clínico de la Hemorragia Obstétrica.

2) Colocación y aplicación de balones hidrostáticos intrauterinos.

3) Suturas e intervenciones quirúrgicas en la HPP.

4) Shock hipovolémico obstétrico, clasificación, grados y fisiopatogenia.

5) Descripción y colocación de trajes no neumáticos en HPP.

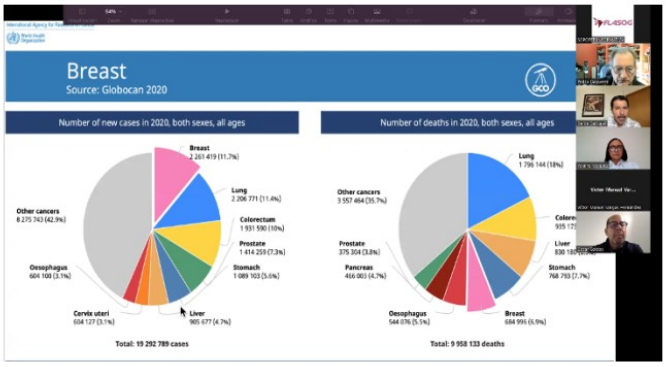
6) Manejo clínico y cirugía de control de daños.

El taller estuvo coordinado por el Dr. Héctor Bolatti, coordinador del Comité de Salud Materna, junto con el Dr. Roberto Casale, presidente del Comité Científico del Congreso y coordinador del Comité de Salud Materna de FASGO, así como también el Dr. Mario Pérez de Uruguay, Dr. José Lattus de Chile, el Dr. Paulo Meade de México, asesor del Comité de Salud Materna de FLASOG y el Dr. Roberto Tissera de Argentina.

Comité CÁNCER GENITO-MAMARIO

El pasado 28 de mayo se llevó a cabo la Jornada de Cáncer de Mama para Ginecólogos.

Evento organizado por el Comité de Cáncer Genito-Mamario que contó con la participación de 12 docentes y 3 coordinadores. Se obtuvieron 508 inscriptos y 208 asistentes en vivo.



Hora Centroamérica	T E M A
08:00 – 08:05	**BIENVENIDA.** Coordinador comité cáncer Genito – Mamario FLASOG: Dr. Dante Carbajal Ocampo
08:05 – 08:30	**EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA EN LATINOAMÉRICA.** Dr. Dante Carbajal Ocampo Ginecólogo/ Oncólogo
08:30 – 09:00	**FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN** Dr. Daniel Antonio Castaños García Cirujano oncólogo
09:00 – 09:30	**DETECCIÓN OPORTUNA, TAMIZAJE Y OTROS ESTUDIOS DE IMAGEN** Dra. Yolaine Vásquez Cirujana oncóloga
09:30 – 10:00	**ABORDAJE DE LESIONES SOSPECHOSAS NO PALPABLES Y PALPABLES.** Dra. Roxana Cárdenas de Galdos Cirugía oncológica y mastología
10:00 – 10:15	**PREGUNTAS Y RESPUESTAS**
10:15 – 10:30	RECESO
10:30 – 11:00	**ETAPIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO** Dr. Franco Dolmi García Patólogo oncólogo
11:00 – 11:30	**CARCINOMA DUCTAL IN SITU, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO** Dra. Diana Montoya Cirugía Oncológica y Cirugía General
11:30 – 12:00	**CÁNCER DE MAMA ETAPAS TEMPRANAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO** Dr. Andrés del Castillo Ginecólogo- Oncólogo y Mastología
12:00 – 12:15	**PREGUNTAS Y RESPUESTAS**
12:15 – 12:30	RECESO
12:30 – 13:00	**TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES TRATADAS DE CÁNCER DE MAMA** Dr. Víctor Vargas Hernández Ginecólogo-Oncólogo
13:00 – 13:30	**HORMONOTERAPIA Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS** Dra. Eva Ruvalcaba Limón Ginecóloga-Oncóloga
13:30 – 14:00	**FERTILIDAD Y CÁNCER DE MAMA** Dr. Fernando Meléndez Ginecólogo- Endocrinología ginecológica y reproducción humana.
14:00 – 14:15	**PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

HORARIO
8 hs. Centroamérica
9 hs. México, Colombia, Panamá, Ecuador, Perú
10 hs. Cuba, Dominicana, Venezuela, Bolivia, Chile y Paraguay
11 hs. Argentina, Uruguay y Brasil

ORGANIZA
Comité Cáncer Genito-Mamario FLASOG

EVENTO NO ARANCELADO

Para ver la grabación de la jornada puede escanear el siguiente código QR:

Comité TRACTO GENITAL INFERIOR

El comité continua con el cuestionario para realizar un diagnóstico para conocer la realidad de la Patología del Tracto Genital Inferior en LATAM, lo que nos permitirá orientar con mayor precisión las diversas acciones de capacitación con los especialistas.

En este sentido les agradecemos se puedan tomar unos minutos para completar esta encuesta que será de gran utilidad para todos y tardará unos minutos en completarla; para lo cual solo es necesario escanear el siguiente código QR:

Comité DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Se llevó a cabo el 11 de mayo un Taller de liderazgo y advocacy sobre aborto seguro para miembros de las Sociedades que integran FLASOG.

Para ver la grabación de la jornada puede escanear el siguiente código QR:

Por último, ya se tiene listo el Programa Académico de la II Cumbre LATAM de Adolescencia y Derechos Sexuales y Reproductivos que se llevará a cabo en el formato Híbrido (presencial y virtual) del 25 al 27 de agosto en Panamá.

Se llevarán a cabo 9 Simposios, 4 Plenarias y 1 Magistral.

Simposio I: Mortalidad Materna post Covid (OPS/CLAP): Perfil epidemiológico de la mortalidad materna antes y durante la pandemia.

Simposio II: Anticoncepción hormonal en situaciones de riesgo.

Simposio III: Anticoncepción en las diferentes etapas de la vida.

Simposio IV: Red CLAP de centros centinelas de vigilancia de la calidad de atención a mujeres en situación de aborto en América Latina.

Simposio V: Perlas en anticoncepción hormonal.

Simposio VI : Anticoncepción y Sexualidad.

Simposio VII Prevención de la violencia de género en Latinoamérica.

Simposio VIII: Consenso Latinoamericano de Expertos en Anticoncepción en situaciones sociodemográficas especiales: Adolescentes y post evento obstétrico.

Simposio IX: Derechos de la anticoncepción en adolescentes.

Plenaria: Redes sociales e impacto en conductas de riesgo en población adolescente.

Plenaria: Prevención del aborto inseguro en América Latina. Rol de las Sociedades Científicas.

Plenaria: Anticoncepción de larga duración ¿por qué no despegan? Estrategias para mejorar.

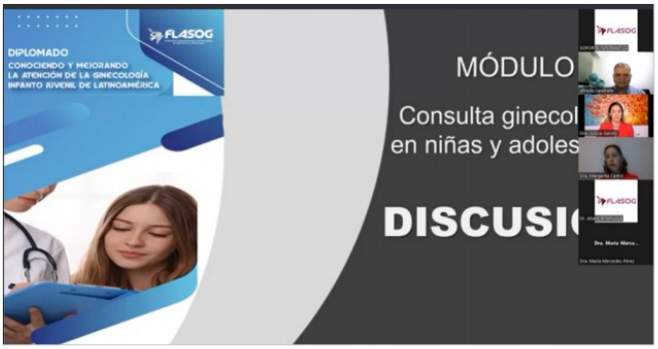
Plenaria: Cuánto hemos avanzado en la prevención del aborto inseguro en Latinoamérica y el Caribe.

Charla: Anticoncepción solo progestinas.

Magistral: Anticoncepción y terapias hormonales, durante y después de la pandemia.

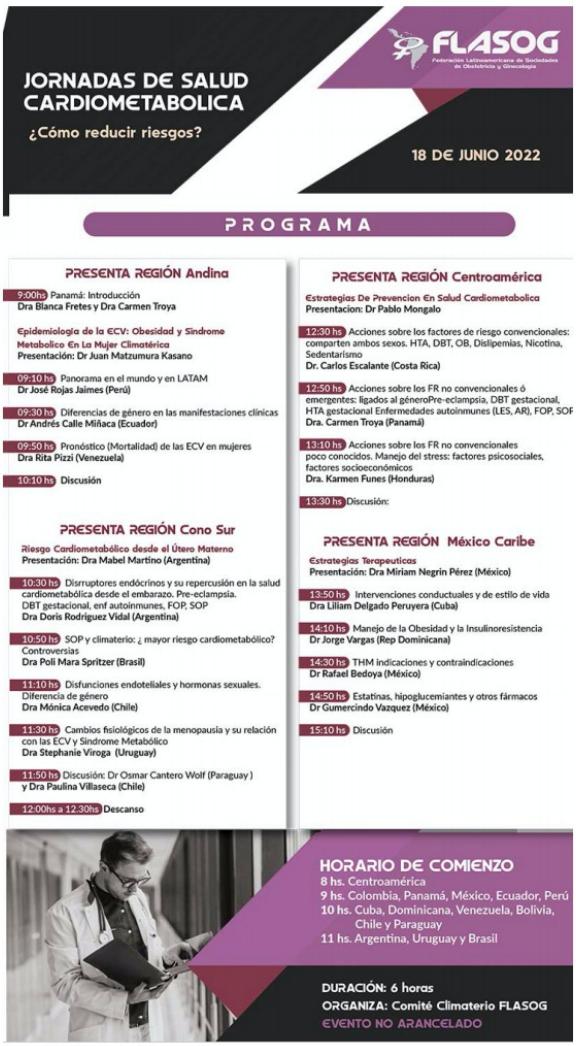
Comité INFANTO ADOLESCENCIA

Continúa con mucho éxito el desarrollo de la Segunda Edición del Diplomado Infanto Juvenil de FLASOG 2022, con la participación de 276 especialistas en Ginecología y Obstetricia que buscan mejorar sus competencias en Infanto Adolescencia.



Comité CLIMATERIO

Se llevó a cabo el 18 de junio una Jornada Virtual de "Salud Cardiometabólica en la mujer climatérica" ¿Cómo reducir riesgos? Participaron excelentes panelistas de todo Latinoamérica.



Comité ULTRASONIDO EN GINECO-OBSTETRICIA

Este comité continua con el trabajo de investigación a través de un cuestionario online para conocer la Situación Diagnóstica de la Ultrasonografía GO en LATAM. Si todavía no lo completaste lo puedes hacer accediendo a este link https://forms.gle/nW6UpUaGjMaB13im9

O pueden escanear el código QR:

Comité CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

El 16 y 18 de agosto se llevarán a cabo dos Master Class de Histerectomía. Retomando los abordajes y expandiendo lo tecnológico, con destacados especialistas de Iberoamérica.

COMITÉ:
CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA. (CIMIN)

Fecha:16 y 18 agosto

Horarios: 09h00 Centroamérica
10h00 México, Panamá y Región Andina.
11h00. Rep. Dominicana, Venezuela y Paraguay
12h00. Cono Sur, Chile y Brasil

Modalidad Virtual

Comité BIOÉTICA

El Comité de Bioética continúa el trabajo de investigación para establecer el nivel de conocimiento sobre bioética que manejan los especialistas de Obstetricia y Ginecología de Latinoamérica.

Se puede completar escaneando el siguiente código QR:

Por otra parte, se llevará a cabo el 2do Webinar del Comité de Bioética programado para el 27 de julio “Temas fundamentales para el ejercicio profesional ”.

Tendrá la participación de destacados panelistas especialistas y la coordinación de la Dra. María Mercedes Pérez.

Comité PERINATOLOGÍA

Se llevó a cabo una sesión interna del Comité de Medicina Perinatal a los efectos de lograr conclusiones sobre la Cesárea vs. el Parto, en el cual participaron los integrantes del Comité y de los Subcomités de diversos países.

Comité DESARROLLO DIRECTIVO

Se llevará a cabo 3er. Diplomado de Habilidades Directivas para Sociedades Médicas que pertenezcan a FLASOG, con un nuevo formato online de 8 semanas de duración; con un distinguido grupo de profesores y un contenido temático especializado y de actualidad.

Este diplomado está dirigido a todos los médicos directivos o que buscan comenzar con la labor directiva y les permitirá una profesionalización de su función dentro de la Sociedad a la que representan.

INSCRIPCIONES
educacion@flasog.org

Por otra parte, el comité realizará un Webinar el martes 28 de junio sobre "La Profesionalización Directiva", cuyo objetivo es incentivar la formación del médico en habilidades directivas.

Comité ALIANZAS Y BÚSQUEDA DE RECURSOS

Se está trabajando con la empresa KENES para la elaboración de un Dossier de productos FLASOG, quienes serán los responsables de la comercialización de los mismos.

FLASOG

VISITA NUESTRO SITIO WEB

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

www.flasog.org

/@FLASOG

ABORTO SEGURO EN LATINOAMÉRICA

RESPONSABLES DE SECCIÓN:
Dr. Óscar Cerdas y Dra. Beatriz Sosa

El Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) reconoce que la atención del aborto seguro está establecida en el marco de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, de los Derechos Humanos, y de las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia1 y de la Organización Mundial de la Salud[2].

El aborto seguro[3] se refiere a la interrupción del embarazo cuando se practica de forma legal, es realizado por personal médico capacitado, con la tecnología adecuada y en condiciones de bioseguridad, conforme a los principios de la bioética, medicina basada en evidencia y a la buena práctica médica[4]. Su finalidad es proteger la salud de las mujeres, adolescentes y niñas, ayudando a prevenir los más de 25 millones de abortos no seguros que se producen actualmente cada año, prevenir los millones de mujeres que son hospitalizadas por complicaciones del aborto no seguro y evitar la muerte de 39,000 mujeres anualmente.

La atención del aborto seguro, en un contexto de legalidad, busca acoger y brindar el servicio de mayor calidad e integralidad posible a las mujeres, adolescentes y niñas, en quienes está en riesgo su vida o su salud, y/o en caso que mujeres lo soliciten en forma voluntaria y bajo información de riesgos beneficios, y nunca bajo la amenaza de la criminalización; busca la protección de la vida, la salud y la dignidad de las mujeres, adolescentes y niñas, especialmente las más vulnerables y marginalizadas.

En Latinoamérica y el Caribe la atención del aborto seguro tiene muchas desigualdades legales, ya que en algunos países está totalmente prohibido, en otros está permitido cuando está en riesgo la vida, o cuando está en riesgo la vida y la salud, y hay un grupo de países donde no hay restricción alguna para el acceso al aborto seguro[5]. Esperamos que en el futuro no muy lejano las mujeres, adolescentes y niñas puedan estar en igualdad de condiciones para acceder al aborto seguro sin restricción alguna en todos los países.

Esperamos que este pronunciamiento brinde elementos de salud pública con una mirada bioética y de derechos humanos, que permita a los médicos ginecoobstetras brindar un mayor acceso a una atención médica esencial y urgente como es el aborto seguro.

Referencias

1. https://www.figo.org/es/aborto-seguro
2. Organización Mundial de la Salud.Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo. ISBN 978-92-4-004576-7 (version electronica). 2022
3. https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1
4. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre el término del embarazo por indicación médica. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial, Oslo, Noruega, agosto 1970, y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006, y la 69ª Asamblea General de la AMM, Reikiavik, Islandia, octubre 2018.
5. Center for Reproductive Rights (CRR), The World's Abortion Laws 2016, Nueva York: CRR, 2016, mapa, http://worldabortionlaws.com/map

LA MENOPAUSIA ESTÁ VINCULADA A CAMBIOS PROATEROGÉNICOS EN 85 METABOLITOS

RESPONSABLES DE SECCIÓN:
Dr. Samuel Seiref y Dr. Adolfo Rechkemmer

Los cambios en los niveles de hormonas sexuales femeninas en el período de transición de la perimenopausia a la postmenopausia temprana

estarían relacionados con alteraciones en el perfil lipídico con una dirección proaterogénica y el consiguiente impacto en la salud cardiovascular y metabólica de las mujeres. Habría una 'huella metabolómica proaterogénica' que modula el metabolismo de las lipoproteínas y los lípidos, incluidos cambios significativos en las HDL y las LDL. La terapia hormonal revertiría dichos cambios, específicamente aumentado los primeros y disminuyendo los segundos.

Con datos del Estrogenic Regulation of Muscle Apoptosis (ERMA), estudio de cohortes prospectivo, Eija K. Laakkonen, profesora asociada de gerontología y salud pública en la Universidad de Jyväskylä, Finlandia y su equipo analizaron la información de 218 mujeres finlandesas perimenopáusicas que no usaban terapia hormonal al inicio. Las mujeres fueron monitoreadas a través de diarios menstruales y mediciones de estradiol y FSH y se evaluaron los niveles de 180 metabolitos (lípidos, lipoproteínas y amnioácidos) al inicio y cada 3 a 6 meses hasta la postmenopausia. Los investigadores también evaluaron el uso de Terapia Hormonal en cada visita de seguimiento.

La edad media inicial fue de 52 años; la mediana de seguimiento de 14 meses (rango intercuartílico 8-20 meses). Encontraron que el cambio hormonal de la menopausia explicaba directamente las variaciones en 85 metabolitos, con tamaños del efecto que oscilaron entre el 2,1 % y el 11,2 %. La concentración total de ácidos grasos en suero no cambió, pero el perfil de ácidos grasos cambió de dirección poliinsaturada a saturada. Los resultados persistieron después de ajustar la edad inicial, la duración del seguimiento, el nivel educativo, estilo de vida, tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física y calidad de la dieta. Un segundo análisis exploratorio sugirió que el uso de TH, al igual que algunos otros estudios, se asociaron con aumentos en HDL y reducciones en LDL; sin embargo, en este último caso, no se pueden sacar conclusiones sólidas debido al pequeño número de mujeres (35) que iniciaron la TH.

Referencias

Karppinen JE, Törmäkangas T, Kujala UM et. Al. Menopause modulates the circulating metabolome: evidence from a prospective cohort study. European Journal of Preventive Cardiology 2022; 00,1–12 In press https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac060

¿ES HORA DE ABOLIR LA MENOPAUSIA O AL MENOS RETRASARLA SUBSTANCIALMENTE?

"La investigación sobre los ovarios tiene como objetivo aumentar la fertilidad y alargar la vida al retrasar la menopausia, pero el objetivo definitivo sería acabar con ella por completo".

La menopausia afecta sustancialmente la calidad de vida y el desempeño laboral de las mujeres y lo hace de manera desproporcionada en las mujeres de nivel socioeconómico más bajo. Según el National Institute of Health de EE. UU., el 75 por ciento de las mujeres experimentan algunos de los síntomas más comunes, como sofocos, sudores nocturnos, palpitaciones y migrañas, y estos duran en promedio más de siete años. El 60% sufre síntomas urogenitales como sequedad vaginal, sexo doloroso, incontinencia y disminución de la líbido, y el 45 por ciento sufre síntomas de salud mental como ansiedad, depresión, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse. Los síntomas más comunes, si no se tratan, causan pérdida de productividad laboral. Después de la menopausia, aumenta el riesgo de enfermedad y muerte, pero las mujeres que tienen una menopausia más tardía tienden a vivir más.

Justo cuando las mujeres alcanzan el punto máximo de crecimiento profesional, tienen que esperar un tiempo para convertirse en madres o arriesgarse a perder la oportunidad de dar a luz. A los cuarenta o cincuenta años, cuando finalmente alcanzan roles de liderazgo, el número de óvulos con los que nacieron se agota, hormonas como los estrógenos disminuyen y llega la menopausia. Comienza una avalancha de cambios a menudo brutales: el fin de la fertilidad, síntomas menopáusicos que pueden socavar el funcionamiento diario y mayor riesgo de patologías relacionadas con la edad, desde enfermedades cardíacas hasta pérdida ósea y demencia. Así es como siempre ha sido y se asumió que tenía que ser. ¿Y si no tuviera que ser así? ¿Se debería superar la programación evolutiva? Y si fuera posible, ¿se podría hacerlo en forma segura? La hipótesis es que, al abolir o retrasar la menopausia, no solo se extendería la fertilidad de las mujeres, sino que también se pospondría la aparición de una cascada de posibles problemas de salud.

Entre las preguntas de investigación por responder se podrían mencionar: ¿por qué los ovarios envejecen mucho antes que el resto del cuerpo, volviéndose básicamente geriátricos cuando una mujer tiene treinta y tantos años?; ¿cuáles son las razones biológicas por las que se necesita la menopausia, si es que se necesita, considerando el hecho de que solo unas pocas especies, incluidas las orcas y los narvales, la padecen? Nuestros primos cercanos, los chimpancés, no detienen sus ciclos femeninos hasta cerca de la edad de la muerte.

"Esta es una batalla importante para la humanidad, la productividad y las mujeres", manifiesta una de las investigadoras entrevistadas por la autora. "Si funciona, podría cambiar la forma en que pensamos sobre el género y el envejecimiento en la sociedad". Se busca identificar la causa original y fundamental del envejecimiento ovárico, la señal o combinación de señales en el cuerpo que inician el envejecimiento de los ovarios, y corregirla, hasta que entendamos cuál es ese factor causal.

Pero, en realidad, no todos están listos para la posibilidad de una fertilidad prolongada y una vida posterior más saludable. "La reacción instintiva a algo como esto es: suena muy de ciencia ficción, la menopausia ocurre por una razón y debemos respetar la biología", "No hay duda de que debemos mitigar los impactos de la menopausia", "pero, ¿ se necesita usar un [nuevo] fármaco para ello? Posiblemente No."

Ya se tiene un tratamiento que podría contribuir en gran medida a reducir los síntomas de la menopausia y los riesgos para la salud que la acompañan: la terapia hormonal. Desde 2002, luego de la publicación del Estudio WHI, los médicos tienden a mostrarse reacios a recetar estrógenos debido a que mostró que aumentaba el riesgo de cáncer de mama. Pero muchos expertos argumentan que los resultados se han malinterpretado, exagerando enormemente los riesgos y subestimando los beneficios. "El problema es que no tenemos suficientes mujeres que lo tomen y no lo toman el tiempo suficiente". Si más mujeres comenzaran la terapia hormonal antes del daño corporal causado por la disminución de los estrógenos y la mantuvieran por más tiempo, posiblemente no se necesitaría el ansiado fármaco para ralentizar el reloj biológico

"Expandir la longevidad reproductiva no implica que se respalde el embarazo en edades reproductivas avanzadas, debido a los riesgos para las madres y los bebés". Tener solo unos pocos años más de función ovárica para que una mujer de 43 años tenga más posibilidades de concebir con sus propios óvulos y dar a las mujeres unos pocos años más antes de la menopausia, posiblemente conduciría a una disminución de la enfermedad y un menor riesgo general de muerte. Al menos en teoría, podría ser posible mantener la señalización ovárica sin tener un período (menstruación). "Queremos que las mujeres sean saludables", "que sus huesos sean fuertes, que sus cerebros estén limpios y que sus corazones funcionen correctamente". Pero muchas mujeres se opondrían a tener más ciclos hormonales y extender los años de menstruación; además de que ello se correlaciona con un mayor riesgo de cáncer de ovario y que la menopausia trae alivio a condiciones como la endometriosis y la anemia.

Hay un sinnúmero de grupos de investigación con interés en investigar sobre el envejecimiento y la salud de la mujer en forma interdisciplinaria. En su búsqueda rastrean toneladas de datos acerca de síntomas y tratamientos. Se trabaja en construir una red global no solo de científicos, sino también médicos, financiadores y expertos en biotecnología, farmacéutica y tecnología, con el objetivo de acelerar los descubrimientos a través de la experiencia compartida. Mientras tanto propone un enfoque menos conservador, comenzando la terapia mas tempranamente y sostenerla en el tiempo, sin desmerecer que "debido a la importante carga social del tema, hay mucha presión para encontrar la fórmula mágica que le permita a una mujer aumentar su longevidad reproductiva, o la solución mágica para extender la longevidad y la fertilidad sin comprender realmente los mecanismos subyacentes del envejecimiento", dice. "Me preocupa que las cosas se estén moviendo demasiado rápido sin la ciencia detrás".

"Si pudiéramos retrasar cinco años la edad en la que pasa la menopausia, eso cambiaría las reglas del juego". Muchos investigadores estarían satisfechos con eso. Pero para una de las científicas entrevistadas, ese objetivo es solo un paso en el camino hacia su mejor oportunidad para la menopausia: terminar con ella.

Referencias

Grace Rubinstein. NEO.LIFE.
https://neo.life/2022/06/is-it-time-to-cancel-menopause/.
Último ingreso 06/06/2022

Comité de Guías de Práctica Clínica–Obstetricia

Esta Guía de Práctica Clínica fue desarrollada por el Comité de ACOG sobre Guías de Práctica Clínica-Obstetricia en colaboración con Catherine S. Stika, MD; Kathleen Brookfield, MD, PhD, MPH; y Laura Mercer, MD, MBA, MPH, con la consulta de Nina Riggins, MD, PhD y Huma U. Sheikh, MD.

Propósito:

Proporcionar recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia para la evaluación y el tratamiento de las cefaleas primarias y secundarias en el embarazo y el posparto.

Población objetivo:

Pacientes embarazadas y posparto con antecedentes o que experimentan dolores de cabeza primarios o secundarios nuevos.

Métodos:

Esta guía se desarrolló utilizando un protocolo a priori en conjunto con un equipo de redacción compuesto por dos especialistas en obstetricia y ginecología designados por el Comité de Guías de Práctica Clínica-Obstetricia de ACOG y un experto externo en la materia. Los bibliotecarios médicos de ACOG completaron una búsqueda bibliográfica exhaustiva de literatura primaria dentro de Cochrane Library, Registro Cochrane de Ensayos Controlados de la Colaboración Cochrane, EMBASE, PubMed y MEDLINE. Los estudios que avanzaron a la etapa de selección de texto completo fueron evaluados por dos autores del equipo de redacción sobre la base de criterios estandarizados de inclusión y exclusión. Los estudios incluidos se sometieron a una evaluación de la calidad y se aplicó un marco de evidencia a decisión GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) modificado para interpretar y traducir la evidencia en declaraciones de recomendación.

Recomendaciones:

Esta Guía de Práctica Clínica incluye recomendaciones sobre intervenciones para prevenir el dolor de cabeza primario en personas que están embarazadas o que intentan quedar embarazadas, posparto o amamantando; evaluación de pacientes sintomáticas que presentan cefaleas primarias y secundarias durante el embarazo; y opciones de tratamiento para los dolores de cabeza primarios y secundarios durante el embarazo y la lactancia. Las recomendaciones se clasifican por fuerza y calidad de la evidencia. Los puntos de buenas prácticas no calificados se incluyen para proporcionar orientación cuando no se pudo hacer una recomendación formal debido a pruebas inadecuadas o inexistentes.

Introducción

El dolor de cabeza en pesonas embarazadas y posparto puede ser la recurrencia de un dolor de cabeza primario, ya sea migraña, tipo tensional o cefalea en racimos. Alternativamente, puede surgir del desarrollo de un dolor de cabeza secundario, que puede resultar de la exacerbación de una afección médica preexistente, la manifestación inicial de un problema primario relacionado con el sistema nervioso central o un problema neurológico exclusivo del embarazo y el período posparto.(1)

Más de 3 mil millones de personas en todo el mundo tienen dolores de cabeza recurrentes incapacitantes (2). Aunque el dolor de cabeza de tipo tensional es

más común, la discapacidad asociada con la migraña es mayor y se clasifica como la principal causa de discapacidad en mujeres menores de 50 años según el Estudio de la Carga Global de Enfermedad de 2019 (3,4). Porque la migraña afecta preferentemente a las mujeres (una de cada cinco) más que a los hombres (1 de cada 16) (5) y los picos de prevalencia durante la edad reproductiva (6), las migrañas que requieren tratamiento son comunes en personas embarazadas y lactantes. Abordar el manejo seguro y efectivo de la migraña es importante en la preparación para el embarazo, así como durante el embarazo y la lactancia.

Resumen de recomendaciones

Prevención de dolores de cabeza primarios

ACOG recomienda que los obstetras revisen los medicamentos que un paciente está usando para la prevención del dolor de cabeza y consideren continuarlos, disminuirlos, cambiarlos o suspenderlos debido a la probable disminución de los síntomas del dolor de cabeza durante el embarazo. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE MUY BAJA CALIDAD)

Evaluación de dolores de cabeza primarios y secundarios

Evaluar a los pacientes para detectar antecedentes de migrañas durante la evaluación previa al embarazo y en su visita inicial del embarazo, incluidos los síntomas, la frecuencia de ocurrencia y el historial de medicamentos o intervenciones, o ambos. (PUNTO DE BUENAS PRÁCTICAS)

ACOG recomienda la evaluación de los dolores de cabeza secundarios con una historia cuidadosa, un examen físico y otras pruebas según corresponda, incluidas las técnicas de imagen y el examen del líquido cefalorraquídeo cuando esté indicado. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

Las características de un dolor de cabeza secundario que merecen atención inmediata incluyen dolor de cabeza "trueno", inicio rápido, presión arterial alta, cambios visuales, déficits neurológicos o alteración de la conciencia, vómitos y fiebre. (PUNTO DE BUENAS PRÁCTICAS)

ACOG sugiere la evaluación de dolores de cabeza en el embarazo que justifican imágenes cerebrales o vasculares con técnicas de resonancia magnética que limitan el uso de gadolinio. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

En el contexto de la preeclampsia y la cefalea, es importante considerar etiologías secundarias alternativas (es decir, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible [RCVS], síndrome de encefalopatía reversible posterior [PRES], infección) si se acompaña de un nivel alterado de conciencia, vómitos o fiebre. (PUNTO DE BUENAS PRÁCTICAS)

ACOG recomienda consultar con anestesiología cuando la cefalea secundaria se presenta 24-48 horas después de la anestesia regional con dolor occipito-frontal clásico y rasgos posturales. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

Opciones de tratamiento para dolores de cabeza primarios y secundarios

ACOG sugiere que el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el embarazo para la migraña intratable se limite al segundo trimestre debido al riesgo de efectos fetales adversos. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA

DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda acetaminofén 1.000 mg por vía oral como terapia inicial para el tratamiento de la migraña aguda. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE MUY BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere el uso de paracetamol combinado con cafeína para el tratamiento de la migraña en el embarazo, pero con cierta precaución para los posibles efectos fetales a dosis de cafeína superiores a 200 mg por día. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda no usar productos combinados que contengan butalbital durante el embarazo debido a la ausencia de analgesia suplementaria y los riesgos asociados de uso excesivo de medicamentos dolor de cabeza y adicción. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda metoclopramida 10 mg (intravenosa o enteral), sola o en combinación con difenhidramina 25 mg (intravenosa o enteral) como tratamiento adicional para la cefalea persistente en el embarazo. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda no usar productos que contengan alcaloides del cornezuelo de centeno para tratar las migrañas en el embarazo. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda no usar medicamentos que contengan narcóticos opioides (codeína, hidrocodona, oxicodona, hidromorfona) para tratar las migrañas en el embarazo. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG sugiere el uso cauteloso de prednisolona, magnesio intravenoso o sumatriptán para el tratamiento secundario de la cefalea persistente en el embarazo. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda el uso de paracetamol, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (con la excepción de la dosis estándar de aspirina), cafeína y metoclopramida en pacientes lactantes para el tratamiento de la migraña. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere que los triptanos pueden ser utilizados por pacientes lactantes, pero aconseja un modelo de toma de decisiones compartido con respecto a la necesidad de evitar la lactancia materna durante un período de tiempo específico después de su uso. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda no usar productos combinados que contengan butalbital durante la lactancia debido a la ausencia de analgesia suplementaria y los riesgos asociados de uso excesivo de medicamentos dolor de cabeza y adicción. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda no usar medicamentos que contengan opioides (codeína, hidrocodona, oxicodona, hidromorfona) para el tratamiento de dolores de cabeza en pacientes lactantes. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

ACOG recomienda no usar alcaloides del cornezuelo de centeno para tratar la migraña en mujeres lactantes. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda el tratamiento con sulfato de magnesio, el control de la presión arterial y el parto en mujeres que presentan dolor de cabeza persistente atribuido a preeclampsia con características graves. (RECOMENDACIÓN SÓLIDA, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

ACOG sugiere que a los pacientes diagnosticados con un dolor de cabeza secundario a una punción dural accidental se les ofrezca tratamiento con un parche de sangre epidural. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG sugiere un tratamiento inmediato para la trombosis del seno venoso central (CVST) con dosis ajustadas de heparina de bajo peso molecular para prevenir secuelas significativas a largo plazo. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

EL ACTO MÉDICO

Dr. José Antonio Moreno Sánchez

La Medicina se sustenta en el principio del servicio al ser humano en función de su salud y sus objetivos son: propiciar su bienestar físico y mental, curar o por lo menos aliviar su enfermedad; su ética es antropocéntrica, es decir humanista y sus valores son el decoro, la honestidad, el altruismo y la integridad moral, que constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en comunidad. La docencia e investigación médica son parte constitutiva de la práctica médica y su realización se inscribe en las más antiguas tradiciones y son esfuerzos sociales corporativos de la más alta responsabilidad, por lo que su orientación y control se fundamenta en los principios éticos más relevantes de nuestra época. (1)

Laín Entralgo describe al acto médico como toda acción o disposición que el médico realiza en el ejercicio de su profesión en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como los que se deriven directamente de éstos e implica un encuentro entre dos personas, determinado en su contenido, en su figura y en su curso por la intención principal del médico es la voluntad de ayuda técnica, y la del enfermo, la necesidad de atención para su curación. (2)

La Organización Médica Colegial de España establece en el Artículo 7.1 de su Guía de Ética Médica que el Acto Médico es toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del dolor, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos. (3)

Como podemos apreciar en estas aproximaciones para la definición del acto médico, existen dos elementos comunes indisociables: la necesidad de ayuda y el deseo voluntario y genuino de ayudar a quien presenta dolor o sufrimiento; dado que la finalidad del acto médico, por naturaleza propia es proteger la salud, se realiza por profesionales debidamente capacitados y sus acciones se basan en la literatura médica generalmente aceptada, en un contexto de licitud y legitimidad, es decir apegado a las leyes, normas y reglamentos establecidos y ejecuta procedimientos toda vez que ha obtenido en debida forma el consentimiento del paciente o su representante legal.

El acto médico además implica el compromiso ético y jurídico de emplear todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), apoyado en sus conocimientos, su capacidad técnica, su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin que esto signifique y mucho menos obligue a garantizar los resultados, pero sí con la previa y honesta advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo. (4)

Respecto al campo del saber requerido, no solamente abarca algunas ciencias particulares como la biología, la anatomía o la fisiología, sino también de otros saberes que no son ciencias. También la prudencia -disposición que perfecciona al intelecto en la elección del mejor medio para alcanzar un fin propuesto- junto con las demás virtudes morales permite a algunos médicos ser ejemplares y dignos de referencia para otros. Siendo el hombre el objeto material de la actividad médica y su compleja realidad. Además de las ciencias, del conocimiento y las virtudes morales, necesita de una perspectiva que logre la aprehensión

esencial del ser humano, esto para comprender los límites y exigencias éticas en el actuar del médico. Esa aproximación es el aporte de la filosofía. (5)

El acto médico además de que conlleva buena fe, también se ejecuta bajo un régimen de libertad prescriptiva en favor del personal médico, ya que presta sus servicios a su leal saber y entender en beneficio del paciente, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. Lo anterior significa que el personal de salud puede optar de entre las distintas alternativas aceptadas por la lex artis ad hoc. (6)

La actividad de un médico converge siempre a un punto crítico e ineludible, donde se actualiza y justifica la razón de su existencia como requerido y prestador de ayuda. Sin ese instante, su labor sería vana y el anhelo del paciente frustrado. En algún momento la voluntad del clínico se inclina hacia un curso de acción. En algún momento después que su razón ha considerado el conocimiento teórico de su arte, ha evaluado las preferencias, temores y particulares circunstancias de su paciente, elige lo que resolvió como mejor en términos de salud para él. (7)

Por otra parte, es indispensable aclarar que en la actualidad, aunque el acto médico se desarrolle bajo un esquema que no es estrictamente formal en términos legales ya que por lo general no requiere de la forma escrita para la contratación de servicios, la documentación de este sí es obligatoria por lo que se requiere contar con un expediente clínico, en términos de lo previsto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica (8) y en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. (9)

Existen además otras acciones que realizan los médicos, donde es aún más difícil distinguir si están destinadas o no a sanar o prevenir alguna enfermedad como en el caso de la cirugía estética que buscan un objetivo distinto. Por tratarse de una materia que requiere de un conocimiento o destreza que solo estos profesionales poseen, son realizados por ellos y se cuestiona si todas las acciones que los médicos realizan conllevan la misma exigencia ética, es decir si existen acciones que un médico debe siempre efectuar por obligación en su trabajo; si existen otras que electivamente el médico pudiera o no realizar, y si por último existen acciones que un médico simplemente no debiera realizar bajo ninguna circunstancia. (10)

Una posible afectación del acto médico se produce en el ámbito de la atención institucional, donde por razones de organización burocrática la relación entre el médico y el paciente se torna impersonal, ya que el paciente es visto por varios médicos de acuerdo con el día y la hora en que requiere ser atendido, situación muy distinta a aquella relación en el medio particular, pues casi en la totalidad de los casos siempre es el mismo médico quien los atiende.

Otro aspecto a considerar, es la necesidad vigente de médicos de solucionar diversos problemas en los cuales la prevención y curación de enfermedades tienen poca o ninguna relación y que pueden percibirse desvinculadas del objeto primordial de la medicina como pueden ser: investigación, docencia, administración hospitalaria, contralorías médicas de clínicas y hospitales; evaluación de riesgo en compañías de seguros; peritajes médicos judiciales; evaluaciones médicas para obtención de certificados de salud o licencias de conducir; asesorías a empresas farmacéuticas o de equipamiento e insumos clínicos.

Conviene enfatizar que el acto médico no se fundamenta en la protección de los intereses de nuestra profesión, sino en la preservación de la calidad de la atención en bien del paciente, quien como ser humano que requiere ayuda; además tiene derechos inalienables respecto al cuidado de la vida y la protección de su salud, por lo que las actitudes omisas, indolentes o carentes de responsabilidad merman su efectividad terapéutica.

Finalmente, las constricciones impuestas al médico por el Sistema de Atención Gerenciada de Salud, con participación de terceros pagadores, pone en riesgo la lealtad y solidaridad que debe al paciente. El sistema referido le genera un conflicto de lealtades: por un lado, aquellas en favor del paciente y por otro, las que favorecen a las empresas; bajo tales condiciones, el médico, al renunciar al manejo de la dolencia, insensiblemente contribuye y en forma activa a la deshumanización de la medicina al mismo tiempo que contribuyen a la pérdida de la confianza y de su liderazgo. (11)

Referencias

1 Vera Carrasco, Oscar. (2013). ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Revista Médica La Paz, 19(2), 73-82. Recuperado en 21 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es&tlng=es. 2 Laín Entralgo Pedro. El médico y el enfermo. Biblioteca para el Hombre Actual. Ed. Guadarrama, S.A. Madrid, 1969, p 10.

3 Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf

4 Guzmán F y cols. El acto médico Implicaciones éticas y legales. , Acta Médica Colombiana Vol. 19 N° 3 ~ Mayo-Junio - 1994

5 Besio R., Mauricio. (2010). EL ACTO MÉDICO: ¿UNA CREACIÓN ORIGINAL? REFLEXIONES SOBRE SU ESENCIA, SURGIMIENTO Y RIESGOS A LOS QUE SE EXPONE. Acta bioethica, 16(1), 51-60.

https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100008

6 Casa Madrid Mata, Octavio. El acto médico y el derecho sanitario. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.

7 Besio Rollero Mauricio. SOBRE EL ACTO MÉDICO. Cuadernos de Bioética 2003/1ª, http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/25.pdf

8 Reglamento de la Ley General De Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última Reforma DOF 19-12-2016.

9 NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico DOF: 15/10/2012.

10 Ibid. 7

11 Mariátegui Chiappe J. El Acto Médico: Criterios de definición y límites. Diagnóstico, Vol 40 No 1, enero-feb 2001. http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2001/enefeb01/indice.html

REVISIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLANTACIÓN DE BLASTOCISTOS EUPLOIDES DESPUÉS DE LA FECUNDACIÓN IN VITRO

Reshef EA,, Robles A, Hynes JS, Turocy JM, Forman EJ. A review of factors influencing the implantation of euploid blastocysts after in vitro fertilization. Fertil Steril May 01; 2022, Vol 3, Num 2, p. 105-120

Esta es una revisión exhaustiva de la literatura actual que aborda los factores que están involucrados en la implantación exitosa de blastocistos euploides. Incluye un análisis exhaustivo de los estudios publicados sobre los factores de laboratorio que pueden afectar el rendimiento de los blastocistos euploides, incluida la morfología, el día de la biopsia y la rebiopsia. También se exploran los factores subyacentes preexistentes del paciente que pueden afectar el resultado de la transferencia de embriones (ET) de los blastocistos euploides, incluido el índice de masa corporal y las anomalías endocrinas. Se revisa el papel del entorno uterino y su impacto potencial en la implantación exitosa de blastocistos euploides, incluido el grosor y el patrón endometrial, la arquitectura uterina y la adenomiosis. Finalmente, se analizan los estudios publicados sobre el entorno de estimulación y los métodos de preparación endometrial para la ET congelada. Los embriones euploides parecen tener resultados similares independientemente de la edad materna (hasta la edad de aproximadamente 40 años), el protocolo ET congelado-descongelado (en mujeres ovulatorias), la estimulación o el tipo desencadenante, o las condiciones de cultivo. Se puede esperar una disminución de las tasas de implantación de los blastocistos euploides con una morfología más pobre, los biopsiados el día 7, los dos veces biopsiados / congelados y los que después de un ET difícil. Los pacientes con edad muy avanzada, alto índice de masa corporal, adenomiosis, síndrome de ovario poliquístico y posiblemente portadores de metilentetrahidrofolato reductasa pueden tener un mayor riesgo de fracaso de la implantación euploide o pérdida temprana del embarazo. Este análisis solo se aplica a aquellos que son capaces de producir blastocistos euploides. Hay una falta de evidencia para apoyar cualquier intervención que posteriormente aumente la implantación.

Puntos esenciales:

1. Para elegir el blastocisto euploide óptimo para la transferencia de un solo embrión, se debe considerar el grado morfológico del embrión, el estado de la zona pelúcida y el día del desarrollo del blastocisto.
2. La sincronía entre el endometrio y el embrión parece desempeñar un papel clave en la implantación de blastocistos euploides.
3. Los factores del paciente, como el peso óptimo y el estado de la hormona tiroidea, deben abordarse para optimizar un embarazo saludable después de la transferencia de un blastocisto euploide.
4. La elección de la estimulación de la fertilización in vitro y los protocolos de transferencia de embriones congelados-descongelados no parece tener un impacto significativo en la implantación exitosa de blastocistos euploides.
5. El momento, el tamaño y el número de biopsias embrionarias parecen tener un impacto en la implantación de un blastocisto euploide.

El nacido vivo después de la fertilización in vitro (FIV) depende de la implantación exitosa de un embrión en un endometrio receptivo. En general, tres factores contribuyen a la implantación embrionaria: calidad embrionaria, receptividad endometrial y, la técnica de

transferencia de embriones (ET). De estos factores, la calidad del embrión es posiblemente el más importante y quizás el menos comprendido en este momento. Con el advenimiento de las pruebas genéticas preimplantacionales para la aneuploidía (PGT-A), el estado de ploidía de un blastocisto se puede determinar con alta precisión. Tener un complemento correcto de cromosomas es un criterio necesario, pero no suficiente, para dar como resultado un nacimiento vivo sano y, por lo tanto, un buen indicador para determinar si un tratamiento de FIV tendrá éxito. Sin embargo, aproximadamente un tercio de los blastocistos euploides considerados de calidad lo suficientemente alta como para transferirlos no se implantan con éxito.

Se han investigado una variedad de factores para predecir el éxito de la FIV. Algunos de los estudios previos han sido sesgados por la variación de la calidad embrionaria en la transferencia de múltiples embriones no probados, donde la aneuploidía embrionaria no se puede descartar como un factor que limitó el éxito. Al controlar la ploidía, estas variables se pueden estudiar sistemáticamente para determinar qué factores pueden predecir mejor si un blastocisto euploide se implanta con éxito. A nivel embrionario, la morfología, la etapa de expansión del blastocisto y el momento del desarrollo del blastocisto pueden ser predictivos. Incluso si un blastocisto tiene el potencial de provocar un nacimiento vivo, otros factores pueden afectar su capacidad de implantación, incluidos los factores maternos (edad, índice de masa corporal [IMC] y estado de salud general), factores paternos (edad y calidad del esperma), factores uterinos (grosor endometrial, patrón y compactación y patología uterina), protocolos de medicación y condiciones de laboratorio. Esta revisión explora los estudios retrospectivos y prospectivos publicados que han incluido solo blastocistos euploides después de la biopsia por trofoectodermo y pgt-A y examina los muchos otros factores que pueden afectar la implantación. Al estudiar estos factores, los médicos pueden ser más capaces de aconsejar a los pacientes sobre el éxito y optimizar la selección para la transferencia electiva de un solo embrión (eSET).

2022DOI:https://doi.org/10.1016/j.xfnr.2022.03.001

RESPONSABLE DE SECCIÓN:
Dr. Jorge Méndez Trujeque

Nombre de la Sociedad:
Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, SPOG.

País:
Panamá

Año de fundación:
1947

Tipo de Administración:
Junta directiva

Presidente:
Dra. Isabel Lloyd Martin

Tiempo de Gestión:
2 años

Fecha de inicio y fin de su gestión:
27 mayo 2021 al 22 de abril 2023

Fecha de su próximo congreso nacional y lugar:
Cumbre FLASOG en Anticoncepción Derechos Sexuales y Reproductivos, 25, 26 y 27 de agosto, Hotel Hilton, Ciudad de Panamá.

Con respecto a su institución:

¿Cuáles son sus fortalezas?
Los directivos son bien organizados y capacitados en sus cargos profesionalmente.

¿Qué áreas de oportunidad tienen?
Trabajamos con ONGs y diversas fundaciones por beneficio para las mujeres panameñas.

¿Cuáles son sus debilidades?
Dejar pasar oportunidades con grupos o donantes internacionales.

¿Cuáles son sus amenazas?
Grupos religiosos extremos que están en contra de la educación sexual.

Razón de Muerte Materna y principales causas en su país:
Hemorragia postparto. La razón de muerte materna casi duplicó sus cifras en el año 2020, en comparación con el pasado 2019; de 39.4 a 84 por 100,000 NV.

Situación de la despenalización del aborto en su país:
Despenalizado por causal violación (menos de 2 meses) y causal salud (materna y fetal) hasta la semana 22.

Situación de la violencia de género en su país:
Es problema que continúa y se logró aumento de pena por femicidios.

Situación de problemas médico-legales en su país:
No son comunes, pero sí los hay (ocasionales).

Sitio web de su institución y redes sociales que utilizan:
Facebook, Instagram, página web, Spogpanama.org, LinkedIn y Twitter.

¿Qué enseñanza le ha dejado esta pandemia a su institución?
Antes de la pandemia habíamos iniciado con reuniones ordinarias en modalidad híbridas (virtual y presencial) y, con la cuarentena obligatoria establecida en la República de Panamá, desde marzo 2020 hasta octubre del mismo año, la virtualidad se convirtió en la única opción por más de un año. Aprendimos que las transmisiones virtuales nos permiten estar cerca, a pesar de estar lejos.

¿Qué comentario tiene sobre FLASOG y su Boletín?
Nos mantiene al día en todo lo que acontece en nuestros países y fomenta la educación médica continua y la investigación científica en nuestra población.

¿Algún comentario adicional que quiera hacer?
Sentimos que es importante:
• Capacitar en llenado de certificados de defunción
• Reforzar las Alianzas con especialidades para que reporten Muertes Maternas y llenen bien las causas de muerte
• Capacitar en planificación familiar
• Capacitación en código rojo y ALSO (por otras causas de muerte en embarazadas)

Muchas gracias.

RESPONSABLE DE SECCIÓN:
Dr. Alvaro Erramuspe

LINK ESTUDIO OPINIÓN BOLETÍN JUNIO 2022

https://forms.gle/vyR5uThGQZLuVJtn8

O pueden ingresar a través al escanear el código QR:

COMITÉ EJECUTIVO
2021 – 2023

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 Lizcano
Past President

Dra. Flory Morera
Directora Científica

Dr. José De Gracia
Director Administrativo

Dr. Miguel Gutiérrez
Director Ejecutivo

COMITÉ DE COMUNICACIONES

COORDINADOR
Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

ASESORA
Dra. Linda Valencia (Guatemala)

REGIÓN MÉXICO Y EL CARIBE
Dra. Paola Iturralde Rosas Priego (México)

REGIÓN CENTROAMÉRICA
Dra. Alejandra Díaz (Honduras)

REGIÓN ANDINA
Dr. Carlos Lugo (Venezuela)

REGIÓN CONO SUR
Dra. Patricia Cingolani (Argentina)

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

CONSULTOR
Dr. Alvaro Erramuspe

FLASOG

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SUSCRÍBETE

A NUESTRO CANAL DE YouTube

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SÍGUENOS EN TWITTER

www.flasog.org
/@FLASOG