# BOLETÍN FLASOG

AÑO 5 | NO. 51 | OCTUBRE 2022 Volumen 5

#### 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)





EDITORIAL	
La realidad sobre mortalidad materna en Latinoamérica. Importancia de la relación interinstitucional FIGO-FLASOG.	3
Dr. Edgar Iván Ortiz Lizcano, Past Presidente FLASOG	
<ul> <li>SECCIÓN NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS</li> <li>Suelto Carta de aviso Ginecología y Obstetricia, 2023.</li> <li>Congreso FECASOG, 2023.</li> <li>Invitación a registro a Congreso FECASOG, 2023.</li> <li>Congreso SGU</li> </ul>	5
SECCIÓN LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG  • Reporte de las actividades y planes de trabajo de los comités	9
SECCIÓN POSICIONES DE FLASOG	12
Declaración Panamá	
SECCIÓN NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA	14
Cambios cerebrales en la menopausia	
<ul> <li>El uso de criterios glicémicos más bajos para el diagnóstico de diabetes gestacional no resulta en menor riesgo de complicaciones ni de un bebé para la edad gestacional</li> </ul>	
<ul> <li>Enfoques generales para el manejo médico de la supresión menstrual</li> </ul>	
<ul> <li>Una introducción sobre el virus de la viruela del mono para obstetras-ginecólogos</li> </ul>	
SECCIÓN MISCELÁNEAS	23
• Entrevista con el Presidente:	
Dr. Orlando Javier Flórez Victoria, Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSG)	
SECCIÓN ESCUCHANDO A LOS LECTORES	25

• Encuesta de opinión sobre la calidad del Boletín

#### **EDITORIAL**

### La realidad sobre mortalidad materna en Latinoamérica. Importancia de la relación interinstitucional FIGO-FLASOG.



Edgar Iván Ortiz Lizcano Fideicomisario Regional por América Latina en el Board de la FIGO Past Presidente FLASOG

La pandemia tuvo un gran impacto en la mortalidad materna de América Latina, observándose un marcado incremento de muertes asociadas a la neumonía por COVID 19; al punto que los indicadores nacionales observados en los años 2020 y 2021 mostraron un retroceso de la razón de mortalidad materna de 10, incluso 15 años en varios países de la región.

Las proyecciones de las agencias de cooperación internacional y estudios académicos auguraban una lenta recuperación del indicador a partir del año 2021; no obstante gracias a la vacunación, lo observado en el primer semestre del 2022, permite predecir que llegaremos a los indicadores prepandemia antes de lo esperado.

Durante los años 2020 y 2021 predominaron las muertes maternas de causa indirecta, lo que generó un equivocado paradigma que llevó a muchos gobiernos a elevar campañas argumentado para ello que, por primera vez, las causas directas de muerte materna iban en descenso, ignorando que el impacto de la infección por COVID 19 minimizaba el impacto de estas causas, las cuales permanecieron inmodificables y me atrevo a asegurar que se incrementaron en algunos países latinoamericanos.

El comportamiento de la mortalidad materna en el primer semestre del 2022 nos enfrenta a esta realidad, nuevamente las causas directas predominan sobre las causas indirectas de muerte materna y como ha sido el común denominador: los trastornos hipertensivos del embarazo, la hemorragia posparto y la sepsis continúan siendo las primeras causas de defunción, con un agravante,

que las mujeres son el grupo más afectado pospandemia y se retrocedió en lo que habíamos avanzado en términos de derechos sexuales y reproductivos.

Así las cosas, la realidad pospandemia nos contrasta con un escenario donde hay menos oportunidad de acceso a los anticonceptivos en especial a la anticoncepción de emergencia; las estrategias de prevención del aborto inseguro se debilitan por políticas públicas que limitan el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo; la oportunidad de control prenatal se minimizó y echó al traste la norma de al menos cuatro controles prenatales durante el embarazo y, las redes de atención se desconfiguraron en la medida que el COVID 19 copó los recursos y los espacios impactando negativamente su capacidad resolutiva, especialmente para el manejo de las emergencias obstétricas.

La FIGO, consciente de esta realidad, ha hecho un llamado a todas las Sociedades Regionales y Nacionales para promover acciones que apoyen los esfuerzos que los países hoy realizan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y cumplir en nuestro caso con la meta de la Agenda Sostenible de Salud de las Américas de la OPS 2016-2030, de alcanzar una razón de 30 por 100,000 nacidos vivos en América Latina.

Como Fideicomisario Regional ante el Board de la FIGO y con el apoyo del Comité Ejecutivo de FLASOG presentamos a consideración de FIGO un proyecto orientado a "la promoción de la seguridad clínica en el manejo de emergencias obstétricas en poblaciones vulnerables de América Latina", a través del cual, en una alianza con el CLAP/OPS/OMS, se aspira a capacitar facilitadores de nueve países de la región; de tal manera que adquieran los conocimientos, habilidades y competencias para replicar talleres



orientados a promover las mejores prácticas para el manejo de las emergencias hipertensivas, la hemorragia posparto, la sepsis, la prevención del tromboembolismo pulmonar, la reanimación cardiopulmonar y la interpretación del monitoreo fetal intraparto, utilizando para ello simulación de baja fidelidad.

Este proyecto será realidad gracias a esa fuerte relación interinstitucional FIGO-FLASOG y las alianzas con otros cooperantes, como ocurre en este caso con el CLAP, el cual contribuirá a estrechar las relaciones de nuestras Sociedades Nacionales con sus gobiernos, convirtiéndose en un modelo hoy más necesario que nunca, en la que solo ante la crisis mundial que vivimos, solo la unión, los esfuerzos mancomunados y las alianzas interinstitucionales lograrán revertir las secuelas de la pandemia y de las guerras fratricidas que están al orden del día.

No obstante, a pesar que las sociedades médicas tenemos claro lo que hay que hacer para reducir la muerte materna y estamos en condiciones de hacerlo, el problema va más allá de nosotros, por lo que se precisan abordajes intersectoriales, ya que corremos el riesgo de que este tipo de esfuerzos sean insuficientes sin el involucramiento de otros sectores claves en la disminución de las terribles desigualdades que vive nuestra región y que determina una pobre oportunidad de acceso a los servicios de salud.



# NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología



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

La Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología tiene el placer de convocarles al CONGRESO DE LA SOCIEDAD CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, que sesionará del 8 al 12 de mayo del año 2023 en las funcionales instalaciones del Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba.

#### AUSPICIAN

- Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud (CNSCS)
- Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública Sociedad Cubana para el Desarrollo Científico de la Familia (SOCUDEF)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
- Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB)

#### TEMAS CENTRALES

- · Medicina materno-fetal y perinatal
- Morbilidad materna extremadamente grave
- Mortalidad materna
- Violencia sobre la mujer
- Actualidad de medios diagnósticos en Obstetricia y Ginecología
- Salud sexual y reproductiva
- Manejo de la pareja infértil (Ginecología de la reproducción e infertilidad) Cirugía mínimamente invasiva
- Ginecología pediátrica y de la adolescente

- Ginecología en la mediana y avanzadas edades.
   Disfunciones del suelo pélvico Patología del tracto genital inferior, colposcopia y anoscopia de alta resolución Ginecología oncológica
- Simulación y docencia en espacios virtuales
- Aspectos médicos legales en Obstetricia y Ginecología
- Salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID

El congreso se proyecta en versión híbrida. Las modalidades del programa científico son conferencias, mesas de discusión coordinadas, simposios, paneles de expertos y poster digital. Contará además con cursos presenciales asociados al evento el 8 de mayo y estos mismos cursos de forma virtual el 16 de mayo.

Paralelamente al XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología se desarrollará una exposición en la cual las instituciones, universidades, editoriales, hospitales, centros de investigación, laboratorios, firmas especializadas, tanto nacionales como extranjeras, dispondrán de una ocasión excepcional para exponer, promocionar y comercializar sus equipos, productos, literatura y otros medios afines a la temática del evento. Toda la información referente a precios, normas de participación, condiciones para el envío de mercancías, etc., podrá obtenerse a través de Ferias y Exposiciones del Palacio de Convenciones.

Le esperamos en La Habana del 8 al 12 de mayo del año 2023.

Un saludo cordial, Dr. Andrés Breto García.

Presidente.











#### INSCRIPCION VIRTUAL



#### **PROGRAMA**

#### GINECOLOGÍA

- -Climaterio
  -Catrateglias reductores de câncer heredo familiar -Dolor pélvico -Patologia mamaria -Piao pélvico -Salud sexual y reproductiva -Tracto genital inferior

#### OBSTETRICIA

- OBSTETRICIA

  -Buerras prácticas en control Grávido puerperal
  -Nacimiento
  -Precciamsia
  -Prematurez

   «Qué nos dejo la pandemia? Rot de la telemedicina sin pandemia, experiencias de mujeres COVID y embarazo/nacimiento
   Restricción del crecimiento intrauterino

#### ÂREA DE INTERÉS VIRTUAL

- Câncer de cuello de útero 
  COVID y embarazo 
  Fertilidad y complicaciones obstétricas 
  Formación en Ginecología 
  Historoscopia, nuevos usos en la práctica diaria, Istmocale-HMR 
  Novedades en cáncer de endometrio 
  Obesidad

- -Obesidad -Patología médica y embarezo -Puerperio -Técnicas quirúrgicas-videos

#### **CURSOS PRE-CONGRESO**



- Anticoncepción en situaciones especiales e introducción a la AMEU
- Abordaje de la sexualidad en la consulta integral de la mujer
- Laparocopía ginecológica e histeroscopia hou
   Avances y actualización en ecografía
  ginecológica, obstétrica y Doppier
- Manejo de patología vulvar en la práctica clínica habitual
- ABC de la medicina reproductiva en la práctica diaria
- Taller oasis (Obstetric anal sphincter injuries)
  Consultas ginecológicas frecuentes en la niña.
- De lo teórico a lo práctico

#### **INVITADOS**

- Andrés del Castillo =
- Humberto Dionisi == Dra. Lina Núñez ==

- Dra. Lina Núñez 

   Dr. Mariana Toziano 

   Dr. Adharo Nieto 

   Dr. Adharo Nieto 

   Dr. Guillermo Campuzzano 

   Dr. Miguel Angel Mancera R. 

   Dr. Miguel Angel Mancera R. 

   Dr. Adye

   Dr. Roberto Mekikilán 

   Dra. Silvia Olzerovich 

   Dra. Silvia Olzerovich 

   Dr. Mauro Vasco 

   Dr. Mauro Vasco 

   Dr. Mauro Vasco 

   Dr. Roberto Merickiló 

   Dr. Bolando Herrero 

   Dr. Bolando Herrero 
   Dr. Bolando Herrero 
   Dr. Bolando 
   Dr

- Dra. María Jesús Cancelo Tor. Rolando Herrero
  Dra. Mirlam Negrin Pérez B 1
  Dr. Hector Bolatit
  Dr. Julian Di Guillinin
  Dr. Fernando Monge
  Dr. José Palaclos Jaraquemad
  Dr. David Visequez
  Dr. David Visequez
  Dr. David Nesco





# SITIO WESTRO

Actualizado diariamente con artículos y protocolos de las instituciones más prestigiosas de Latinoamérica y el mundo. www.flasog.org FJ@/@FLASOG ■ © 86 TY OF PUBLICACIONES CONOCENOS XIMOS EVENTOS

### LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG



Comité DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Se llevó a cabo el 30 de septiembre de forma virtual el Simposio Avances en la implementación de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Latinoamérica y el Caribe de forma conjunta con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Honduras en la que se obtuvieron 320 inscritos.

Simposium

AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE

DERECHOS SEXUALES Y

DERECHOS REPRODUCTIVOS

EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Dr. Montro de de control de control

RESPONSABLES DE SECCIÓN:

Dr. José Antonio Moreno y Dr. Jorge Vargas
EQUIPO RESPONSABLE BOLETÍN OCTUBRE 2022

Dr. Alvaro Erramuspe
CONSULTOR EN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Para lograr visualizar el Simposium escanear el código QR o entrar al siguiente enlace: <a href="https://youtu.be/bGREzCilSzc">https://youtu.be/bGREzCilSzc</a>



#### Comité INFANTO ADOLESCENCIA

Está culminando el diplomado "Conociendo y mejorando la Atención de la Ginecología Infanto Juvenil de Latinoamérica".

Un programa de 12 módulos y más de 250 asistentes.





Se está analizando la apertura de un 3er grupo y su registro para asegurar el lugar.

#### Comité ULTRASONIDO EN GINECO-OBSTETRICIA

Se llevó a cabo con gran éxito el webinar: "Diagnósticos Ecográficos importantes para disminuir la Mortalidad Materno Fetal", contando con la participación de destacados panelistas y la inscripción de 2101 especialistas.



Para poder visualizar la misma se puede escanear el código QR o entrar al siguiente enlace: <a href="https://youtu.be/AD-3pPMep9Y">https://youtu.be/AD-3pPMep9Y</a>





#### Comité DESARROLLO DIRECTIVO

Está culminando la 3a edición del Diplomado en "Desarrollo de Habilidades Directivas" y se está analizando la apertura de un nuevo grupo.





#### Comité EJECUTIVO

Se llevó a cabo en Cartagena, Colombia, domingo 30 y lunes 31, un taller de "Clarificación de Valores", brindados por IPAS y en el que participaron los 19 presidentes de la Sociedades que integran FLASOG, junto con autoridades del Comité Ejecutivo de FLASOG.





#### **POSICIONES DE FLASOG**

#### Declaración de Panamá. Agosto del 2022.

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



La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en el marco de la II Cumbre de Anticoncepción y Derechos Sexuales y Reproductivos, realizada en Ciudad de Panamá del 25 al 27 de agosto de 2022, convocó a un taller para definir los alcances de un proyecto avalado por FIGO sobre "Clarificación de valores en Salud Sexual y Reproductiva en América Latina con énfasis en países vulnerables", que busca fortalecer a líderes de las 19 Sociedades afiliadas a FLASOG para lograr un mayor compromiso en la defensa de todos los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres como parte inseparable de los Derechos Humanos, en consideración a que los avances observados en la Región distan mucho de lo esperado y que la pandemia del COVID 19 propició un marcado retroceso, siendo las mujeres el grupo más afectado postpandemia.

Por ello consideramos de suma importancia, la protección del derecho a una vida sexual satisfactoria libre de violencia y de riesgo de adquirir enfermedad o embarazo no deseado, el derecho a una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte, el derecho de decidir libremente sobre su fertilidad y el derecho a la interrupción del embarazo en casos permitidos por la legislación de cada país.

Para tal efecto, se convocó a un grupo de colegas con gran experiencia y reconocimiento en el tema, a los Presidentes de las 19 Sociedades afiliadas, a Miembros del Comité Ejecutivo de FLASOG, al Trustee Regional para Latinoamérica de FIGO, a la Directora de la División de Salud y Bienestar Sexual y Reproductivo de FIGO

- y a Representantes de Agencias de Cooperación Internacional con proyectos relacionados con el tema, quienes coincidieron en elaborar esta declaración como un testimonio de la conformación de una alianza que procurará fortalecer el compromiso plasmado en la "Declaración de Santa Cruz de la Sierra", en el año 2002 y que compromete a las Sociedades miembros con las siguientes acciones necesarias para alcanzar esos objetivos:
- Que cada Sociedad y Federación de Ginecología y Obstetricia conforme o fortalezca los Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos, con la participación de otras disciplinas que promueven el ejercicio de estos derechos.
- Que cada Sociedad y Federación de Ginecología y Obstetricia promueva la inclusión de colegas jóvenes para dar continuidad, seguimiento y asegurar el cumplimiento de estas recomendaciones.
- Actuar directamente con ginecólogos-obstetras, particularmente profesores, jefes de servicios de ginecología y obstetricia, directores de maternidades, o en posiciones de ejecutivos en organismos públicos o privados, para promover su participación en los talleres de clarificación de valores que enriquezcan su proceso formativo, tendiente a garantizar la implementación de servicios que respondan a las necesidades de promoción, protección y aplicación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Incluir en las actividades de educación continua, promovidas por las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de cada país, los temas referentes a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Convocar a los profesores de Facultades / Escuelas de medicina y Escuelas formadoras de



profesionales de la salud y ciencias afines, para incluir en sus currículos, contenidos que respondan a las necesidades de las mujeres para el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Estos contenidos deben incluir conceptos de género y de derechos humanos, el respeto a la diversidad, evitando la imposición de valores personales sobre los derechos de la mujer.

- Lograr que las Sociedades de Obstetricia y Ginecología junto con las autoridades gubernamentales de Salud, redacten e implementen Normas que definan los procedimientos que aseguren la existencia de servicios técnicos y suministros en el sector público, que permitan la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Establecer alianzas con instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, también preocupadas con este problema, con el fin de potencializar el efecto de sus acciones.
- Servir de fuente de información a los medios de comunicación masiva, para la diseminación de informaciones científicamente correctas en lo que se refiere a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Néstor Garello Presidente FLASOG

Enrique Guevara Coordinador Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

> Miguel Gutiérrez Director Ejecutivo

# NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA Cambios Cerebrales en la Menopausia

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



Después de la menopausia, las mujeres mostraron una mayor carga de hiperintensidades de la substancia blanca que las mujeres y los hombres premenopáusicos contemporáneos, un aumento acelerado de WMH. Las hiperintensidades de la sustancia blanca son pequeñas lesiones cerebrales más comunes con la edad y la presión alta no controlada. Han sido asociadas con deterioro cognitivo, mayor riesgo de accidente cerebrovascular y enfermedad de Alzheimer. Parecerían ser más comunes en mujeres posmenopáusicas que en hombres de edad similar. El estudio Rhineland, publicado "on line" en la revista Neurology fue realizado por el Centro Alemán de Enfermedades Neurodegenativas en 3140 adultos, de 30 a 95 años con una media de 54 años. De ellos, 1973 (57,9%) fueron mujeres: 806 premenopáusicas y 1167 postmenopáusicas (59,1%). Mostró en las resonancias magnéticas cerebrales de mujeres premenopáusicas y hombres de la misma edad, que no había diferencias en las hiperintensidades de la substancia blanca. Con el avance de la edad, "el volumen de hiperintensidad de la substancia blanca se aceleró tanto en hombres como en mujeres, pero la aceleración fue más rápida en las mujeres: las mujeres posmenopáusicas tenían más hiperintensidades de la substancia blanca que las mujeres premenopáusicas de edad similar.



Lohner V, Pehlivan G, Sanroma G et al. The Relation Between Sex, Menopause, and White Matter Hyperintensities: The Rhineland Study Neurology 2022 Jun 29;10.1212/WNL.0000000000200782. doi:10.1212/WNL.0000000000200782. Online ahead of print.

# El uso de criterios glucémicos más bajos para el diagnóstico de diabetes gestacional no resulta en menor riesgo complicaciones ni de un bebé grande para la edad gestacional



La diabetes gestacional se define como la elevación de los niveles de glucosa en el segundo o tercer trimestre de la gestación habiendo descartado diabetes previa. Es un importante problema de salud mundial con implicaciones inmediatas y de por vida para la mujer afectada y su bebé. Los riesgos relacionados con el embarazo incluyen altas tasas de trabajo de parto inducido, parto por cesárea, preeclampsia y nacimiento de un lactante grande para la edad gestacional. Asimismo, incrementa el riesgo de diabetes de tipo 2 en los siguientes años. Para el diagnóstico se utilizan diversos criterios con el fin de identificar de forma correcta pacientes con el padecimiento, discriminándolos de quienes no lo tienen, para que puedan acceder al tratamiento adecuado para reducir desenlaces perinatales. Esto suena sencillo, sin embargo, son pocos los temas en endocrinología donde existe una controversia persistente como esta. Si se usan umbrales de glucosa bajos aumentará el número de personas diagnosticadas, mientras que, si se usan umbrales más altos, serán más específicos, dejarán sin diagnóstico a mujeres con casos leves.

The New England Journal of Medicine publicó los resultados del estudio multicéntrico, randomizado GEMS (Gestational Diabetes Mellitus Trial of Diagnostic Detection Thresholds), realizado en Nueva Zelandia, con el fin de evaluar si la detección y tratamiento de la diabetes gestacional con el uso de un índice glucémico más bajo conduce a una menor morbilidad perinatal sin mayor riesgo relacionado con la salud materna que dicha detección y tratamiento con criterios glucémicos más altos; un objetivo adicional fue determinar las diferencias en el uso de los servicios de salud entre los dos grupos de prueba.

Incluyó 4.061 mujeres embarazadas que no presentaban diagnóstico de diabetes o historia de diabetes gestacional y tuvieron una curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 g entre las 24 y 32 semanas de gestación. Las participantes fueron aleatorizadas en una relación 1:1 a dos grupos: a) umbrales de glucosa baja (glucosa en ayunas 92 mg/dl, ≥180 mg/dl a los 60 minutos o≥153 mg/dl a los 120 minutos), y b) umbrales de glucosa alta (glucosa basal ≥99 mg/dl o glucosa a las dos horas ≥162 mg/dl). En ambos grupos, a las mujeres que cumplieron el criterio, se les informó que presentaban diabetes gestacional y se les trató de acuerdo con el manejo usual de dicha entidad, que incluía: terapia nutricional, monitoreo sanguíneo de glucosa y tratamiento farmacológico según sea necesario. Después del nacimiento, cada bebé recibió atención de acuerdo al protocolo del hospital dado. Los participantes del ensayo, el personal de salud, y los investigadores desconocían la asignación al grupo de ensayo. El desenlace primario fue el nacimiento de un infante con peso mayor al percentil 90 para la edad gestacional según los estándares publicados por Fenton- Organización Mundial de la Salud en 2013. El desenlace neonatal secundario incluyo edad gestacional, antropometria, Score de Apgar menor de 4 a los 5 minutos, enfermedad pulmonar, uso de soporte respiratorio, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, infecciones, encefalopatía, trauma al nacimiento, distocia de hombros, muerte perinatal y uso de los servicios de salud incluyendo admisión a unidad de cuidados intensivos. Como indicadores de salud materna incluyó: preeclampsia, inducción del parto, modo de nacimiento, aumento de peso, hemorragia postparto y complicaciones infecciosas, uso de los servicios de salud y duración de la estadía pre y postnatal.



Las características demográficas en las pacientes reclutadas estuvieron balanceadas. La edad media fue de 31 años, con aproximadamente 50% de primigestas, con edad gestacional media al momento de la curva de tolerancia de 27 semanas.

Se diagnosticó diabetes estacional en 310 de 2022 mujeres (15.3 %) en el grupo de criterios de índice glucémico más bajo y en 124 de 2039 mujeres (6.1 %) en el grupo de criterios de índice glucémico más alto. De 2019 bebés nacidos de mujeres en el grupo de criterios de índice glucémico más bajo, 178 (8.8 %) eran grandes para la edad gestacional, y entre 2031 bebés nacidos de mujeres en el grupo de criterios de índice glucémico más alto, 181 (8.9 %) eran grandes para edad gestacional (riesgo relativo ajustado, 0,98; intervalo de confianza del 95 %, 0,80 a 1,19; P = 0,82).

La inducción del trabajo de parto, el uso de servicios de salud, el uso de agentes farmacológicos y la hipoglucemia neonatal fueron más comunes en el grupo de criterios glucémicos más bajos que en el grupo de criterios glucémicos más altos. Los resultados de los otros desenlaces secundarios fueron similares en los dos grupos del ensayo y no hubo diferencias sustanciales entre los grupos en cuanto a los eventos adversos.

De manera interesante, se notó un incremento en los eventos de hipoglucemia del infante en las madres asignadas al grupo de umbrales de escrutinio bajos (10.7% frente a 8.4%). Como era de esperar, se encontró un aumento en la tasa de tratamiento hipoglucemiante en las mujeres del grupo de umbrales bajos comparadas con las de umbrales altos (10.9% frente a 4.6%; RRa: 2.40; IC 95%: 1.90 a 3.03), así como una mayor frecuencia en el parto inducido en ese grupo. Estos datos

subrayan lo complejo que es diagnosticar de forma correcta a las pacientes que puedan o no presentar diabetes gestacional. Si bien no hay diferencia en el desenlace primario del estudio (nacimiento de feto con peso mayor al P90 para la edad gestacional) entre ambos grupos, las personas asignadas al grupo de valores bajos tuvieron un mayor uso de los servicios de salud.

Crowther CA, Samuel D, McCowan L, Edlin R, y cols. Lower versus higher glycemic criteria for diagnosis of gestational diabetes. N Engl J Med. Ago 2022;387(7):587-598.



## Enfoques Generales para el Manejo Médico de la Supresión Menstrual

ACOG (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología), Consenso Clínico, Número 3, Setiembre 2022



El propósito de este documento es revisar las opciones de manejo, los principios generales y los enfoques de asesoramiento actualmente disponibles para pacientes en edad reproductiva que solicitan supresión menstrual. consideraciones para poblaciones únicas, incluidos adolescentes, pacientes con discapacidades físicas o cognitivas o ambas, y aquellos con acceso limitado a la atención médica. Los ginecólogos deben estar familiarizados con el uso de la terapia hormonal para la supresión menstrual (incluidas las pildoras anticonceptivas orales combinadas, los parches hormonales combinados, los anillos vaginales, las píldoras de progestágeno solo, el acetato de medroxiprogesterona de depósito, el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel y el implante de etonogestrel). Los enfoques de asesoramiento deben individualizarse en función de las preferencias y los objetivos del paciente, la eficacia media del tratamiento, y contraindicaciones o factores de riesgo de eventos adversos. El asesoramiento sobre la elección de la medicación hormonal para la supresión menstrual debe abordarse con el mayor respeto por la autonomía de la paciente y sin coerción. La amenorrea completa puede ser dificil de lograr; por lo tanto, los obstetras-ginecólogos y otros médicos deben asesorar a los pacientes y cuidadores, si corresponde, sobre expectativas realistas.

La supresión menstrual se refiere al uso de medicamentos hormonales para disminuir la frecuencia y el volumen de las menstruaciones fisiológicas y, en algunos casos, lograr la amenorrea. El objetivo de la supresión menstrual debe ser una reducción en la cantidad y el total de días de flujo menstrual, y una estrategia de manejo eficaz requiere familiarizarse con las opciones para la supresión menstrual. Los enfoques de asesoramiento deben

individualizarse en función de las preferencias y los objetivos del paciente, la eficacia media del tratamiento y las contraindicaciones o factores de riesgo de eventos adversos. La amenorrea completa puede ser dificil de lograr; por lo tanto, los obstetras-ginecólogos y otros médicos deben asesorar a los pacientes y cuidadores, si corresponde, sobre expectativas realistas. Los obstetras y ginecólogos pueden asegurar a los pacientes y cuidadores que los métodos hormonales utilizados para suprimir la menstruación no afectan la fertilidad futura y no aumentan el riesgo de cáncer. De hecho, el uso continuo de píldoras anticonceptivas orales combinadas (OCP) disminuye el riesgo de ciertos tipos de cáncer.

Resumen de las recomendaciones del consenso

#### General

• Los ginecólogos deben estar familiarizados con el uso de la terapia hormonal para la supresión menstrual (incluidas las píldoras anticonceptivas orales combinadas, los parches hormonales combinados, los anillos vaginales, las píldoras de progestágeno solo, el acetato de medroxiprogesterona de depósito, el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel y el implante de etonogestrel). La elección del método debe individualizarse según las preferencias y los objetivos del paciente, la efectividad promedio del tratamiento y las contraindicaciones o factores de riesgo de eventos adversos. Debido a que la amenorrea completa puede ser difícil de lograr, los ginecólogos deben asesorar a las pacientes sobre expectativas realistas.

#### Principios generales de la consejería

• El asesoramiento sobre la elección de la medicación hormonal para la supresión menstrual debe abordarse con el mayor respeto por la autonomía de la paciente y sin coerción. Los ginecólogos deben participar en la toma de decisiones compartida con las pacientes, y



el asesoramiento basado en la evidencia debe incluir opciones de control menstrual y los beneficios y limitaciones de los diferentes métodos, así como expectativas realistas sobre la amenorrea completa.

• Cuando se analizan las opciones para la supresión menstrual, se debe obtener un historial completo y se deben aplicar los MEC de EE. UU. (Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de EE. UU.) para determinar el uso seguro de las opciones en función de las necesidades y preferencias individualizadas de la paciente.

#### Pacientes Adolescentes

- Los medicamentos hormonales (métodos de estrógeno y progestina) con el propósito específico de la supresión menstrual no deben iniciarse antes del inicio de la menarquia.
- Las opciones de terapia hormonal para la supresión menstrual son seguras y efectivas en adolescentes.

#### Pacientes transgénero y de género diverso

- Las personas transgénero y de género diverso pueden beneficiarse de la supresión menstrual para disminuir la disforia de género asociada con la menstruación.
- La terapia hormonal de afirmación de género con testosterona se puede utilizar para lograr la amenorrea. Los ginecólogos deben asesorar a las pacientes con potencial reproductivo que no deseen quedar embarazadas sobre la eficacia anticonceptiva de las opciones de supresión.

Pacientes con discapacidades físicas, cognitivas o ambas

• La supresión menstrual es una opción

segura y viable para pacientes con discapacidades físicas o cognitivas, o ambas, que necesitan o desean tener menos o ninguna menstruación. Aunque la supresión no debe iniciarse hasta la menarquia, la orientación anticipada antes de la menarquia puede ser muy útil y puede disminuir la ansiedad que sienten las pacientes y los cuidadores.

- Los pacientes con retraso cognitivo pueden tener problemas para comprender la menstruación o pueden enfrentar desafíos para mantener la higiene personal durante la menstruación. En este contexto, el enfoque de la supresión menstrual debe ser comparable con el de las pacientes que son neurotípicas (es decir, sin una diferencia neurológica definida) al comenzar con las opciones reversibles y de menor riesgo.
- Los ginecólogos deben educar a los pacientes tanto como sea posible en función

de sus capacidades cognitivas, mantener el respeto, maximizar la autonomía, evitar daños y abordar las preocupaciones del paciente y del cuidador.

#### Interacciones con medicamentos

• Los ginecólogos deben realizar una revisión exhaustiva del uso de medicamentos recetados y de venta libre por parte de una paciente para abordar cualquier posible interacción entre los medicamentos y los medicamentos hormonales para la supresión menstrual.

# Una Introducción sobre el virus de la Viruela del Mono para Obstetras-Ginecólogos.

DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO



Desde mayo de 2022, se han notificado más de 6.900 casos de infección por el virus de la viruela del mono en 52 países. El contacto cercano y sostenido de piel a piel, incluso durante la actividad sexual, parece ser el principal modo de transmisión. El riesgo de transmisión comunitaria generalizada sigue siendo bajo; sin embargo, la identificación rápida de la infección por el virus de la viruela del mono y el aislamiento de los individuos afectados es fundamental para prevenir una mayor transmisión. La mayoría, pero no todos, los casos han ocurrido en hombres; algunas infecciones han comenzado con lesiones anogenitales y pueden confundirse con infecciones comunes de transmisión sexual. Para facilitar el diagnóstico rápido y preciso de la infección por el virus de la viruela del mono, los obstetras-ginecólogos deben preguntar sobre los antecedentes de viaje recientes y las nuevas úlceras o lesiones y realizar una inspección visual exhaustiva de los sitios de la piel y la mucosa (oral, genital, área perianal) en pacientes que presentan nueva erupción. Los obstetras-ginecólogos deben familiarizarse con la aparición de lesiones de viruela del mono y saber a quién llamar para informar un caso sospechoso, cómo y cuándo realizar pruebas para detectar el virus de la viruela del mono y cómo aconsejar a los pacientes. En caso de sospecha, los obstetras y ginecólogos deben seguir las pautas de control de infecciones para prevenir la transmisión y hacer recomendaciones para prevenir una mayor propagación comunitaria. Este artículo describe el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la infección por el virus de la viruela del mono, la infección por el virus de la viruela del mono durante el embarazo y las implicaciones para la práctica de obstetras y ginecólogos.

Los obstetras-ginecólogos necesitan información actualizada porque pueden ser los primeros profesionales de la salud en ver a personas con síntomas de infección por el virus de la viruela del mono, particularmente si hay lesiones anales o genitales (que pueden confundirse fácilmente con infecciones comunes de transmisión sexual). Además. los orthopoxvirus plantean preocupaciones únicas durante el embarazo; aunque se sabe poco sobre la infección por el virus de la viruela del mono y el embarazo, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento oportunos pueden reducir el riesgo de resultados adversos.

#### CURSO CLÍNICO

El tiempo promedio entre el contacto con el virus de la viruela del mono y los síntomas es de 5 a 13 días ,con un rango de 4 a 17 días. 7,12 Las características clásicas de la infección incluyen fiebre, linfadenopatía, malestar general, dolor de cabeza y dolores musculares. La linfadenopatía puede ocurrir en las regiones submandibular, cervical, axilar o inguinal y puede ser unilateral o bilateral. Por lo general, una erupción se desarrolla aproximadamente de 1 a 4 días después de estos síntomas prodrómicos, caracterizados como profundos, vesiculares o pustulosos, que con mayor frecuencia comienzan centralmente y se extienden a las extremidades. La erupción puede durar de 2 a 4 semanas, progresando a través de etapas que incluyen máculas, pápulas, vesículas, pústulas y, finalmente, costras. 12 La erupción a menudo puede dejar cicatrices. Las lesiones son firmes, bien circunscritas, pueden ser umbilicadas o confluentes, y pueden estar en etapas variadas de progresión en diferentes sitios.

La distribución de las lesiones en el brote actual es inusual. Todos los pacientes hasta ahora han mostrado una erupción; sin embargo, las lesiones a menudo han



comenzado en áreas mucosas (por ejemplo, mucosa genital, perianal, oral) y se han localizado en un sitio específico del cuerpo. Los síntomas iniciales han incluido dolor anorrectal, tenesmo y sangrado rectal asociado con lesiones anogenitales. Aunque la mayoría de las infecciones han sido autolimitadas, varios pacientes han requerido hospitalización para el control del dolor de las lesiones anogenitales. La tasa de letalidad reportada en África Occidental oscila entre el 1% y el 11%.

#### TRANSMISIÓN

Las personas con infección por el virus de la viruela del mono deben considerarse contagiosas cuando se presentan síntomas, durante el período prodrómico y, lo que es más importante, mientras exhiben la erupción. Para minimizar la transmisión, personas sintomáticas deben aislarse rápidamente, cubrir cualquier lesión y usar una máscara bien ajustada si salen del aislamiento. Los pacientes deben evitar el sexo (oral, anal, vaginal), el contacto cercano y compartir toallas, ropa de cama, juguetes sexuales y cepillos de dientes. Los pacientes son contagiosos hasta que las costras se han formado, se han caído y se ha formado una capa fresca de piel intacta debajo. Las lesiones del virus de la viruela del mono pueden confundirse con afecciones dermatológicas o infecciones de transmisión sexual, como herpes genital, sífilis, linfogranuloma venéreo, varicela zóster, molusco contagioso y chancroide. Durante el embarazo, la infección por el virus de la viruela del mono puede confundirse con pápulas urticariales pruriginosas y placas del embarazo. Los obstetras-ginecólogos deben realizar pruebas del virus de la viruela del mono si tienen alguna sospecha clínica, particularmente en presencia de factores de riesgo como viajes recientes o contacto con un individuo con infección conocida o sospechada por el virus de la viruela del mono.

#### INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA VIRUELA DEL MONO Y EMBARAZO

La información sobre la infección por el virus de la viruela del mono durante el embarazo es limitada. En la literatura se han notificado cinco casos confirmados mediante pruebas de laboratorio; cuatro fueron identificados en la República Democrática del Congo y uno en Zaire. Entre estos casos, tres embarazos resultaron en pérdida fetal, incluidos dos abortos espontáneos y una muerte fetal. La evaluación de los restos fetales demostró una erupción maculopapular, hepatomegalia, derrames peritoneales e hidropesía fetal. La infección por el virus de la viruela del mono se confirmó mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa en tejidos fetales y en la placenta, con altas cargas virales detectadas en varios tejidos fetales. Un caso leve adicional de infección materna por el virus de la viruela del mono dio lugar al nacimiento vivo de un neonato supuestamente sano a término, sin evidencia de infección congénita por el virus de la viruela del mono. El quinto caso se detectó en 1983 en Zaire. En este caso, la infección materna por el virus de la viruela del mono se diagnosticó en el segundo trimestre del embarazo, seguida casi 6 semanas después por el nacimiento prematuro de un neonato con una erupción generalizada que sugiere una infección congénita por el virus de la viruela del mono. Posteriormente, el bebé murió de desnutrición a las 6 semanas de edad; no se disponía de pruebas de laboratorio neonatales para la infección por el virus de la viruela del mono, pero se descartó la sífilis congénita.

No se sabe si las personas embarazadas son más susceptibles a la infección por el virus de la viruela del mono o si la infección es más grave durante el embarazo. Se sabe que el virus de la viruela, un ortopoxvirus similar,



se asocia con una enfermedad más grave durante el embarazo, con una mayor tasa de letalidad y un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. Los resultados adversos del embarazo se han asociado con varios orthopoxvirus, incluida la infección por el virus de la viruela del mono durante el embarazo. Se han reportado abortos espontáneos y muerte fetal con el virus de la viruela del mono, el virus de la viruela, el virus de la viruela bovina y la infección por el virus vaccinia. Se ha notificado infección congénita con cuatro ortopoxvirus: virus de la viruela del mono, virus de la viruela, virus de la viruela bovina y virus de la vaccinia. El parto prematuro se ha notificado en un solo caso de infección por el virus de la viruela del mono, pero también se ha notificado con el virus de la viruela materna y la infección por el virus de la vaccinia. No se conoce la frecuencia y los factores de riesgo de los resultados adversos asociados con la infección por el virus de la viruela del mono durante el embarazo.

#### **TRATAMIENTO**

La infección por el virus de la viruela del mono puede ser autolimitada; sin embargo, ciertas poblaciones están en riesgo de enfermedad grave y deben considerarse para el tratamiento. Esto incluye a todas las personas embarazadas con infección por el virus de la viruela del mono, independientemente del trimestre de la infección, las personas que están amamantando y las personas con lesiones orales, oculares, genitales o anales.

Aunque no existen tratamientos específicos para la infección por el virus de la viruela del mono, dos antivirales y la inmunoglobulina vaccinia están disponibles en la Reserva Nacional Estratégica bajo nuevos protocolos de medicamentos en investigación de acceso ampliado en poder de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). **Tecovirimat** está aprobado por la FDA para el tratamiento de la infección por el virus de la viruela y puede resultar beneficioso para la infección por el virus de la viruela del mono. Está disponible en formulaciones orales e intravenosas. No hay datos en humanos sobre el uso de tecovirimat durante el embarazo; el desarrollo reproductivo y la toxicidad se limitan a los estudios en animales. No se observaron efectos tóxicos fetales en estudios con ratones que utilizaron **tecovirimat** oral a niveles aproximadamente 23 veces más altos que la dosis humana recomendada. No se sabe si el tratamiento con tecovirimat durante el embarazo previene la infección congénita por el virus de la viruela del mono.

Cidofovir, un antiviral aprobado por la FDA para el tratamiento de la retinitis por citomegalovirus en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), está disponible para el tratamiento de ortopoxvirus en un entorno de brote. En estudios con animales, el cidofovir se ha asociado con la embriotoxicidad y la teratogenicidad y anteriormente se clasificaba como Categoría C de la FDA. Esto indica que los estudios de reproducción animal han demostrado un efecto adverso en el feto y no hay estudios adecuados y bien controlados en humanos, pero los beneficios potenciales pueden justificar el uso del medicamento en mujeres embarazadas a pesar de los riesgos potenciales.

Por último, la vacuna inmunológica intravenosa Vaccinia está autorizada por la FDA para el tratamiento de complicaciones debidas a la vacunación con vaccinia y también está disponible para el tratamiento de ortopoxvirus en un entorno de brote. No se dispone de datos en humanos o animales sobre la inmunoglobulina intravenosa vaccinia durante el embarazo; sin embargo, otras inmunoglobulinas se han utilizado ampliamente en el embarazo sin efectos secundarios negativos. La



inmunoglobulina intravenosa Vaccinia se clasificó anteriormente como Categoría C de la FDA debido a la falta de datos.

#### **PREVENCIÓN**

La prevención primaria de la infección por el virus de la viruela del mono implica aislar a las personas con infección de otras personas y sus mascotas, evitar el contacto cercano y la actividad sexual con personas con infección y la vacunación posterior a la exposición. Cualquier contacto cercano, incluido el contacto sexual, con una persona conocida o sospechosa de tener infección por el virus de la viruela del mono debe evitarse hasta que todas las lesiones se hayan resuelto, las costras se hayan caído y se haya formado una capa fresca de piel intacta. Dado el período de incubación conocido para el virus de la viruela del mono, las personas identificadas como contactos cercanos de personas con infección por el virus de la viruela del mono deben ser rastreadas, informadas al departamento de salud y se les debe aconsejar que monitoreen los signos y síntomas durante 21 días. Los contactos que permanecen asintomáticos pueden participar en actividades de rutina.

#### PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN

La vacuna atenuada de virus vivos y la vacuna competente para la replicación también están disponibles para la profilaxis previa a la exposición. Actualmente, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomienda la vacunación de ciertas personas en riesgo de exposición a ortopoxvirus. Las personas cuyos trabajos pueden exponerlos al virus de la viruela del mono, incluido el personal de laboratorio y los trabajadores de la salud que administran una vacuna contra el virus vaccinia competente para la replicación o anticipan el

cuidado de muchos pacientes con infección por el virus de la viruela del mono, son elegibles para cualquiera de las vacunas. Actualmente no se recomienda la inmunización sistemática de todos los trabajadores de la salud. La vacuna atenuada de virus vivos es la vacuna preferida para la profilaxis previa a la exposición de personas embarazadas que son elegibles, y el embarazo no es una contraindicación para la profilaxis previa a la exposición.

#### CONCLUSIÓN

La infección por el virus de la viruela del mono se ha reportado en muchos países no endémicos, incluidos los Estados Unidos. Los casos se han relacionado con viajes internacionales y contactos cercanos y sostenidos, incluso durante las relaciones sexuales. La mayoría de los obstetras y ginecólogos nunca han visto un caso de infección por el virus de la viruela del mono y es posible que no estén al tanto de las pruebas, el tratamiento o las opciones de vacunas previas o posteriores a la exposición. Es probable que los obstetras-ginecólogos sean los primeros proveedores en ver a las personas con infección por el virus de la viruela del mono y pueden recibir preguntas de sus pacientes. Los obstetrasginecólogos necesitan información actualizada para diagnosticar rápidamente la infección por el virus de la viruela del mono; tratar a pacientes en riesgo de enfermedad grave, incluidas las personas embarazadas, y prevenir una mayor propagación de la infección.

\*Meaney-Delman D, Galang R, Petersen B, Jamieson D. A Primer on Monkeypox Virus for Obstetrician—Gynecologists. Diagnosis, Prevention, and Treatment. Obstetrics & Gynecology: July 11, 2022 - Volume - Issue - 10.1097/ AOG.000000000000004909 doi: 10.1097/AOG.00000000000004909

## MISCELÁNEAS Entrevista con el Presidente



RESPONSABLE DE SECCIÓN: Dr. Jorge Méndez Trujeque

#### Nombre de la Sociedad:

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSG)



#### País:

Colombia

#### Año de fundación:

1957

#### Tipo de Administración:

Junta Directiva Equipo Administrativo

#### Presidente:

Dr. Orlando Javier Flórez Victoria

#### Tiempo de Gestión:

2 años

#### Fecha de inicio y fin de su gestión:

Agosto 2022 - Agosto 2024

#### Fecha de su próximo congreso nacional y lugar:

Cartagena de Indias, Colombia, Mayo 2024

#### Con respecto a su institución:

#### ¿Cuáles son sus fortalezas?

- Marca generadora de confianza, experiencia y responsabilidad social.
- Actividades académicas de primer nivel para diferentes profesionales de la salud.
- Representación de las regiones con administración centralizada.
- Relacionamiento con los stakeholders sanas y a largo plazo.
- Solidez económica.

#### ¿Qué áreas de oportunidad tienen?

- Relacionamiento con el gobierno, organismos de cooperación, agencia y multilaterales.
- Desarrollar proyecto de Educación Fecolsog.
- Generar producto integral para la protección jurídica de los afiliados.
- Desarrollo de la relación con la comunidad.
- Alianza sin ternacionales.

#### Cuáles son sus debilidades?

- Creación de nuevos modelos de negocio con valor agregado para el asociado.
- Apoyar la afiliación y permanencia de especialistas en las filiales.
- Comunicación y creación de capacidades con las filiales y sus especialistas.
- Gobierno corporativo y estructura organizacional.
- Abordaje del tema gremial.
- Estandarización de procesos y procedimientos.

#### ¿Cuáles son sus amenazas?

- Falta de apoyo de la industria farmacéutica.
- Cambios legislativos que afectan el ejercicio de la profesión.
- Oferta de productos o servicios por parte de sociedades afines o empresas independientes.



# Razón de muerte materna y principales causas en su país:

55 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos a nivel nacional. Covid, preeclampsia, Hemorragia postparto.

# Situación de la despenalización del aborto en su país:

El aborto es permitido y es un derecho en Colombia cuando es solicitado por voluntad propia de la persona embarazada hasta la semana 24 del embarazo. A partir de las 24 semanas, el aborto no es penalizado cuando existe un riesgo para la salud o la vida de la mujer certificado por un médico, cuando el embarazo es resultado de violencia sexual denunciada a las autoridades o cuando el feto tiene malformaciones incompatibles con la vida, certificadas por un médico. (sentencia C 055- 2022 de la Corte Constitucional)

#### Situación de la violencia de género en su país:

Desde el 6 de julio del año 2015, en Colombia se conmemora la promulgación de la Ley 1761 "Por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones (Rosa Elvira Cely)", por lo cual quien incurra en delitos de feminicidio incurrirá en prisión de doscientos cincuenta (250) meses a quinientos (500) meses; sin embargo, las cifras de maltrato contra las mujeres y otros tipos de violencia como inequidad en el trabajo y diferencias salariales por causas de género persisten.

# Situación de problemas medicolegales en su país:

La Ginecología y Obstetricia es la primera especialidad en número de demandas, con el 16 % de todas las demandas.

# Sitio web de su institución y redes sociales que utilizan:

www.fecolsog.org Facebook, Twitter, IG y LinkedIn: @Fecolsog

# ¿Qué enseñanza le ha dejado esta pandemia a su institución?

Que se debe estar preparado para migrar rápidamente a nuevas tecnologías y modelos de trabajo. Es importante contar con un equipo administrativo experimentado que permita que la organización pese a los retos se pueda sobreponer. Asimismo, que no se pueden detener los procesos, sino buscar opciones innovadoras que permitan continuar el relacionamiento con todas las partes interesadas.

#### ¿Qué comentario tiene sobre FLASOG y su Boletín?

- Es una publicación que se acerca más a una revista que un boletín
- Tiene un diseño tradicional, con muy buen contenido.
- Se debe mejorar su difusión, el alcance de las redes de Flasog no es tan alto y solamente llegan a las sociedades filiales, de tal forma el ginecólogo en los países muchas veces no lo conoce.

#### ¿Algún comentario adicional que quiera hacer?

- Flasog tiene gran potencial, requiere fortalecimiento organizacional para contribuir a su crecimiento y debería tener una presencia mas activa con sus sociedades miembro.
- Flasog debe poner en marcha un plan de trabajo a mediano y largo plazo que fortalezca a la especialidad en América Latina.

Muchas gracias.



### **ESCUCHANDO A LOS LECTORES**



RESPONSABLE DE SECCIÓN: Dr. Alvaro Erramuspe

LINK ESTUDIO OPINIÓN BOLETÍN OCTUBRE 2022

https://forms.gle/18ykZ431br5kgcr8A

O pueden ingresar al escanear el código:





#### 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



# SUSCRÍBETE A NUESTRO CANAL DE YouTube





# SÍGUENOS EN TWITTER

www.flasog.org

