BOLETÍN FLASOG

AÑO 5 / NO. 47/ FEBRERO 2022
VOLUMEN 1

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 Rechermmer 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
- Prof. Dr. Néstor Garello. Presidente FLASOG 2021-2023

SECCIÓN NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS 4
- Cursos -Taller: "Manejo y Prevención de la Mortalidad Materna por Hemorragia Post Parto".
- Congreso de la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia SPOG
- Congreso SPOG 2022
- Congreso Mundial de medicina
- IX Congreso Internacional Nordeste
- XIX Congreso Uruguayo

SECCIÓN LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG 7
- Avances de los planes de trabajo de los comités

SECCIÓN POSICIONES DE FLASOG
- Posicionamiento del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos FLASOG sobre la erradicación de la violencia hacia las mujeres y las niñas de Latinoamérica 12

SECCIÓN NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA 13
- 2022 artículos FLASOG
- La Cleveland Clinic
- No todo lo que brilla es oro.
- ACOG Contraceptive
- La neumonía adquirida en la UCI
- SMFM consult series
- Reflexiones sobre las omisiones en el embarazo

SECCIÓN MISCELÁNEAS 30
- Entrevista con el Presidente: Dr. Francisco Javier Gómezpedroso Rea (FEMECOG)

SECCIÓN ESCUCHANDO A LOS LECTORES 34
- Encuesta de opinión sobre la calidad del Boletín

Estimados colegas y amigos Latinoamericanos, estamos presentando hoy una nueva versión de nuestro BOLETÍN FLASOG, luego de haber designado a los nuevos integrantes del Comité Editorial y trazado conjuntamente con el Comité de Comunicación y Social Media, un proyecto de publicación de aparición bi-mensual, que contempla algunos cambios respecto de la versión precedente, sin perder la esencia ni sus cualidades distintivas.

Es así que hemos puesto énfasis en generar un espacio, especialmente destinado a todas las Sociedades Nacionales Federadas en FLASOG, al que denominamos: **"Noticias de las Sociedades Federadas"**, sitio en el que podrán publicar y promocionar todas las actividades relevantes que cada Sociedad genere, como así también sus proyectos a nivel nacional o regional (Congresos, Seminarios Virtuales, Recomendaciones, Posicionamientos, etc.)

Para FLASOG, la labor de sus Comités de Trabajo resulta prioritaria y forma parte del soporte académico de la institución; en ellos están representadas cada una de las Regiones de la Federación y se ocupan de todos los aspectos vinculados a la salud de la mujer y el ejercicio profesional de nuestros colegas. Consideramos, por lo tanto, que su producción académica debe ser puesta a consideración de nuestros lectores y nos proponemos lograrlo a través de la sección: **"La Voz de los Comités de FLASOG"**, la que esperamos resulte de vuestro interés.

Así mismo se le dará difusión a través de **"Posiciones FLASOG"** a las Recomendaciones, Consensos y tomas de posición de FLASOG en temas de interés general para la salud y derechos de las mujeres, como así también en defensa de un ejercicio profesional digno y respetado.

Mantenemos uno de los ejes centrales de la publicación a través de **"Noticias e Información de Actualidad Médica"**, donde se ponen a consideración las publicaciones recientes más destacadas en referencia a la especialidad o temas médicos de interés general.

Consideramos también dentro de esta nueva versión del Boletín, que los lectores deben contar con su espacio, **"Escuchando a los Lectores"**, en el que puedan expresar sus inquietudes y aportes, que hagan al crecimiento de nuestra Federación, y que a través de una encuesta estructurada tengan la posibilidad de hacer una evaluación cualitativa de cada una de las secciones del Boletín.

Esperamos cumplir con los objetivos y expectativas que a partir del mes de abril del año 2012 y por iniciativa del Dr. Pío Iván Gómez, por ese entonces Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, estuvieron trazados para que viera la luz el Boletín FLASOG en versión virtual, del que fuera su responsable editor hasta septiembre de 2017, momento a partir del cual se le dio continuidad a través del Comité de Comunicación y Social Media, coordinado por el Dr. Jorge Méndez Trujeque.

Aprovecho para hacer un llamado a todas las Sociedades Nacionales Federadas en FLASOG y a cada uno de sus miembros asociados, para que enriquezcan con sus aportes a este Boletín que pretende ser el espacio de comunicación y contacto para todos los Gineco-Obstetras Latinoamericanos.

Reciban todos un cordial y afectuoso saludo.

Prof. Dr. Néstor C. Garello
Presidente FLASOG

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

Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología- SDOG

Se llevaron a cabo los días 4 y 5 de febrero del 2022, en Santo Domingo en el Hotel Sheraton, Salón Bonanza, y los días 07 y 08 de febrero en Santiago, Hotel Hodelpa Gran Almirante, dos *Cursos -Taller: "Manejo y Prevención de la Mortalidad Materna por Hemorragia Post Parto"*.

Dos cursos teórico-prácticos dedicados a médicos gineco-obstetras que laboran en hospitales de segundo o tercer nivel con guardias presenciales. Fueron impartidos por los connotados profesores mexicanos: Dr. Francisco Zea y Dr. Alejandro Posadas, creadores ambos de la Técnica Innovadora en la Hemorragia Posparto.

Se tuvo el aval académico del Colegio Médico Dominicano -CMD- y de la universidad, Instituto Tecnológico de Santo Domingo - INTEC.

También ya se está promoviendo el 10 Congreso Mundial de Medicina Perinatal, avalado por la SDOG, del 1 al 5 de junio en Punta Cana, Rep. Dominicana.

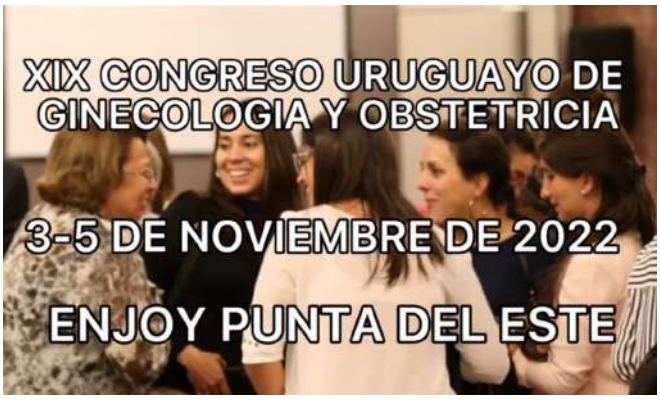
Del 1 al 4 de septiembre del 2022 se llevará a cabo en el Centro de Convenciones Hotel Barceló Palace De Luxe Punta Cana, Rep. Dominicana el V Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología Regional Nordeste y el IX Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología Regional Norte.

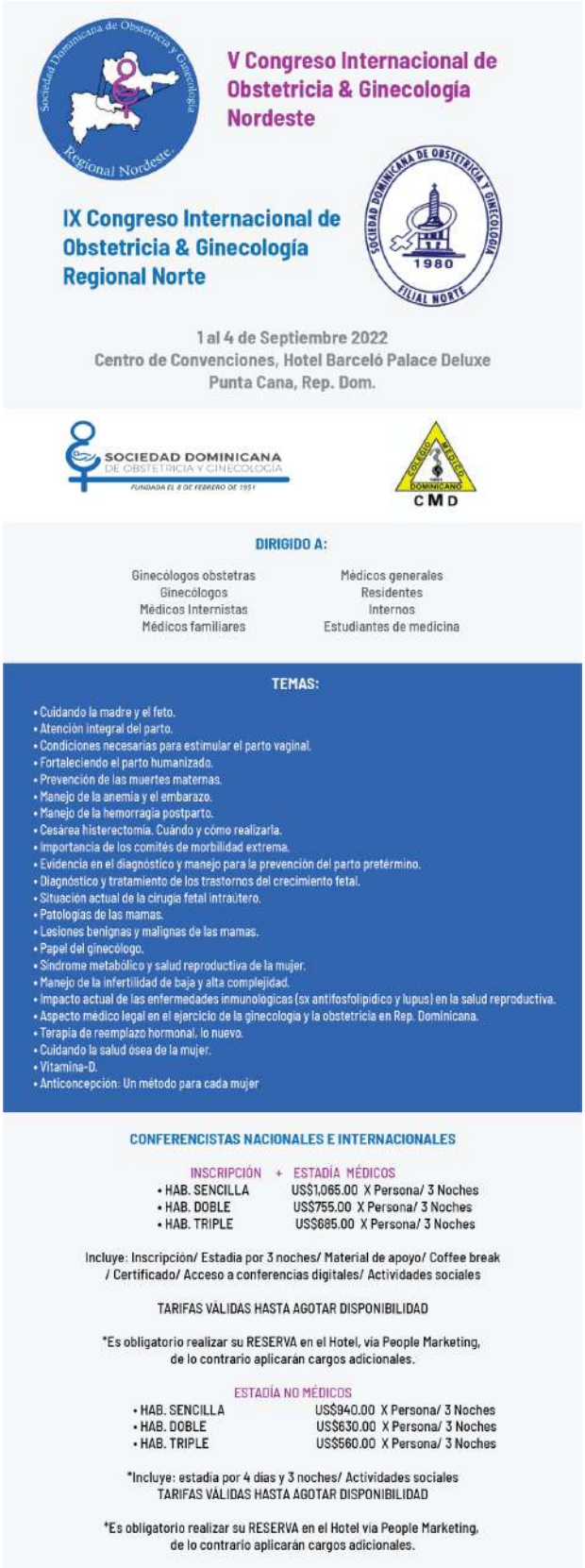
Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia SPOG

El 17, 18 y 19 de marzo se llevará cabo el Congreso de la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia SPOG en la modalidad híbrida, en el Hotel Westin de Playa Bonita en Homenaje al Dr. Tomás Arias y tendrá la participación de conferencistas nacionales e internacionales.

Sociedad Ginecotológica del Uruguay SOGIU

Se llevará a cabo con la modalidad híbrida el Congreso Nacional de la especialidad en el Hotel Conrad de Punta del Este, los días 3, 4 y 5 de noviembre del 2022.





V Congreso Internacional de Obstetricia & Ginecología Nordeste

IX Congreso Internacional de Obstetricia & Ginecología Regional Norte

1 al 4 de Septiembre 2022
Centro de Convenciones, Hotel Barceló Palace Deluxe
Punta Cana, Rep. Dom.

SOCIEDAD DOMINICANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
FUNDADA EL 8 DE FEBRERO DE 1951

CMD

DIRIGIDO A:

Ginecólogos obstetras
Ginecólogos
Médicos Internistas
Médicos familiares
Médicos generales
Residentes
Internos
Estudiantes de medicina

TEMAS:

- Cuidando la madre y el feto.
- Atención integral del parto.
- Condiciones necesarias para estimular el parto vaginal.
- Fortaleciendo el parto humanizado.
- Prevención de las muertes maternas.
- Manejo de la anemia y el embarazo.
- Manejo de la hemorragia postparto.
- Cesárea histerectomía. Cuándo y cómo realizarla.
- Importancia de los comités de morbilidad extrema.
- Evidencia en el diagnóstico y manejo para la prevención del parto pretérmino.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del crecimiento fetal.
- Situación actual de la cirugía fetal intrauterо.
- Patologías de las mamas.
- Lesiones benignas y malignas de las mamas.
- Papel del ginecólogo.
- Síndrome metabólico y salud reproductiva de la mujer.
- Manejo de la infertilidad de baja y alta complejidad.
- Impacto actual de las enfermedades inmunológicas (sx antifosfolipídico y lupus) en la salud reproductiva.
- Aspecto médico legal en el ejercicio de la ginecología y la obstetricia en Rep. Dominicana.
- Terapia de reemplazo hormonal, lo nuevo.
- Cuidando la salud ósea de la mujer.
- Vitamina-D.
- Anticoncepción: Un método para cada mujer

CONFERENCISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES

INSCRIPCIÓN + ESTADÍA MÉDICOS

• HAB. SENCILLA	US$1,065.00 X Persona/ 3 Noches
• HAB. DOBLE	US$755.00 X Persona/ 3 Noches
• HAB. TRIPLE	US$685.00 X Persona/ 3 Noches

Incluye: Inscripción/ Estadia por 3 noches/ Material de apoyo/ Coffee break / Certificado/ Acceso a conferencias digitales/ Actividades sociales

TARIFAS VÁLIDAS HASTA AGOTAR DISPONIBILIDAD

*Es obligatorio realizar su RESERVA en el Hotel, via People Marketing, de lo contrario aplicarán cargos adicionales.

ESTADÍA NO MÉDICOS

• HAB. SENCILLA	US$940.00 X Persona/ 3 Noches
• HAB. DOBLE	US$630.00 X Persona/ 3 Noches
• HAB. TRIPLE	US$560.00 X Persona/ 3 Noches

*Incluye: estadia por 4 días y 3 noches/ Actividades sociales
TARIFAS VÁLIDAS HASTA AGOTAR DISPONIBILIDAD

*Es obligatorio realizar su RESERVA en el Hotel via People Marketing, de lo contrario aplicarán cargos adicionales.

RESPONSABLES DE SECCIÓN:
Dr. J.A. Moreno, Dr. Jorge Vargas y Dr. Álvaro Erramuspe

Nos es grato presentar las diversas actividades programadas por los Comités para este bimestre.

Comité de SALUD MATERNA

Ha definido los tópicos para la elaboración de statements y guías de práctica clínica que comenzará a trabajar Hemorragia, Hipertensión y Sepsis.

Por otra parte está preparando una serie de talleres en Hemorragia Posparto a realizarse en las cuatro regiones que cuenta FLASOG para este 2022.

Finalmente, se tiene en estudio la participación con los temas de Salud Materna en los Congresos Nacionales y Regionales de las Sociedades que integran FLASOG

Comité TRACTO GENITAL INFERIOR

Se llevará a cabo el 3 de marzo un Webinar "Test de VPH como estrategia para el tamizaje: ¿Sí? ¿No? ¿Por qué? "a las 18h. Centroamérica y Ciudad de México, 19h. Región Andina, 20h. República Dominicana, Cuba, Venezuela y Bolivia, 21h. Cono Sur

Comité DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El Comité ha emitido una declaración sobre la erradicación de la violencia hacia las mujeres y niñas que se encuentra en el espacio del Posicionamientos FLASOG.

Está preparando un Taller de liderazgo y advocacy sobre aborto seguro para miembros de las Sociedades que integran FLASOG.

Ya ha elaborado un Decálogo sobre anticoncepción en la adolescencia.

Así como también una Infografía sobre mitos y realidades de los anticonceptivos.

Por último, se comenzó a trabajar en la Cumbre LATAM de Adolescencia y Derechos Sexuales y Reproductivos a llevarse a cabo de forma híbrida (presencial y virtual) en el mes de agosto en Panamá

Comité INFANTO ADOLESCENCIA

Se llevará a cabo a partir del 28 de marzo la segunda Edición del Diplomado Infanto Juvenil luego de un exitoso primer grupo de más de 200 asistentes con un nivel de aprobación del 70 % .

Comité CLIMATERIO

Se llevó a cabo el 26 de octubre el Simposio "Cerebro y Menopausia" con la participación de destacados panelistas se Latinoamérica, Estados Unidos y España. Asistieron 300 especialistas al Webinar y tuvimos un registro de más de 800 ginecobstetras que pudieron ver la grabación de este. Si todavía no lo hiciste, puedes verlo en nuestra Biblioteca Digital.

Por otra parte, se está preparando la Jornada "Salud Cardiometabólica en la mujer climatérica" a llevarse a cabo el sábado 18 de junio con la participación de excelentes panelistas.

Comité ULTRASONIDO EN GINECO-OBSTETRICIA

Este Comité lanzó un cuestionario online para conocer la Situación Diagnóstica de la Ultrasonografía GO en LATAM. Si todavía no lo completaste lo puedes hacer escaneando este código QR:

También en su proyecto de Educación Continua estableció un calendario de cursos para el período en 3 temas (Ginecología, Obstetricia y Mama) que se difundirán a la brevedad.

Comité APOYO A LA GESTIÓN PROFESIONAL

Este Comité está preparando unos encuentros regionales para en una primera instancia conocer sobre la situación de la Certificación y Recertificación de los especialistas en ginecología y obstetricia.

Comité ATENCIÓN A RESIDENTES

Este Comité ha venido trabajando intensamente en la conformación de los diversos subcomités regionales para poder avanzar en dos proyectos muy concretos: programar un documento con una serie de contenidos mínimos para el Programa de Residencia de ginecoobstetricia en Latinoamérica y poder establecer la Asociación Latinoamericana de Jóvenes Ginecoobstetras (ALAJOG).

Comité BIOÉTICA

El Comité de Bioética ha preparado un proyecto que tiene como objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre bioética que manejan los especialistas de obstetricia y Ginecología de Latinoamérica.

Para ello, ha preparado un cuestionario que puedes completar. Si todavía no lo has realizado, puedes hacerlo escaneando este código QR:

También está elaborando un documento donde se establezcan los principios de Bioética que pueden tener las diversas sociedades que integran FLASOG.

Así mismo, está por lanzar una serie de Webinares de sensibilización sobre el tema Bioética.

Por otra parte, se ha considerado conveniente que la FLASOG cuente con documento sobre principios de ética que sustente los principios y valores que nos rigen en el ejercicio profesional en el entendido de que será sometido a un ejercicio de consenso para su aprobación y adecuación continuo y permanente.

Finalmente, este Comité reafirma que uno de sus objetivos primordiales es asesorar al Comité Ejecutivo para emitir respuestas, pronunciamientos o posicionamientos de la FLASOG frente a los problemas bioéticos contemporáneos.

COMITÉ DE BIOÉTICA

Los integrantes el Comité de Bioética expresamos nuestro beneplácito y reconocimiento al Cuerpo Directivo de la FLASOG por haber concretado la integración de este Comité como cuerpo colegiado dentro de sus grupos de trabajo.

Como todos ustedes saben, la Bioética ha ido cobrando importancia no solo por lo que representa como interdisciplina para el estudio y análisis de los problemas que se presentan en el ejercicio de nuestra profesión, sino también por su utilidad práctica que ofrece alternativas racionales de solución fundamentadas y justas.

En la actualidad, se confrontan asuntos relevantes de nuestra especialidad como las técnicas de reproducción asistida, la anticoncepción, la interrupción del embarazo, la maternidad subrogada, el congelamiento de embriones, los trasplantes de órganos y tejidos, la cirugía de reasignación sexual, las terapias hormonales, la eugenesia, la eutanasia, la estética vulvovaginal, los tratamientos médicos y quirúrgicos innecesarios, la objeción de conciencia, los conflictos de interés y muchos temas más que sin duda generan polémica y expresiones diversas que deben considerarse y debatirse dentro de un ámbito respetuoso de reflexión y argumentación que nos ayude a preservar y resguardar la vida y la salud como bienes supremos.

Es por eso que los integrantes del Comité han elaborado su programa de trabajo para impulsar líneas de investigación para el determinar el conocimiento y aplicación de los cuatro principios básicos de la bioética por los Gineco-Obstetras de Latinoamérica y el Caribe y la integración de una encuesta sobre Códigos de Bioética dentro de las agrupaciones federadas. Por otra parte,

la difusión de temas vigentes de interés común mediante las diversas modalidades a distancia.

Recientemente hemos enviado al Comité Ejecutivo para su difusión, una Declaración de Principios que propone un marco de referencia viable para promover los valores y principios universales que nos permitan mejorar nuestra actuación como especialistas al cuidado de la salud de las mujeres en tanto se logra integrar un Código de Ética para la FLASOG.

Finalmente, les compartimos que el trabajo ordenado y comprometido de este Comité permitirá cumplir con el objetivo de asesorar al Comité Ejecutivo para emitir respuestas, pronunciamientos o posicionamientos de la FLASOG frente a los problemas bioéticos emergentes.

Comité COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y SOCIAL MEDIA

Este Comité ha estado trabajando en la actualización de la página Web de https://flasog.org/

También en un mejor aprovechamiento de los espacios en las Redes Sociales para lograr un mayor nivel de interacción los lectores.

Recordamos los espacios de Facebook, Instagram y Twitter.

Además, se trabajará en un espacio de una Biblioteca Digital para poder consultar los diversos temas que el especialista requiera cuando pretenda realizar un trabajo de publicación y/o investigación de su área de trabajo.

Comité DESARROLLO DIRECTIVO

El Comité de Desarrollo Directivo está preparando una serie de cápsulas informativas sobre Habilidades Directivas y Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Por otra parte, se llevará a cabo un Diplomado de Habilidades Directivas para todos los miembros directivos de las Sociedades que integran FLASOG, a los efectos de profesionalizar la función directiva.

¡ESPÉRALO PRÓXIMAMENTE!

Comité ALIANZAS Y BÚSQUEDA DE RECURSOS

Se están elaborando una serie de productos académicos que van a ser promocionados por FLASOG y serán atractivos para los miembros de la Industria.

En tal sentido, se continuará con la integración de un equipo de promoción, que acercará estos productos académicos que preparan los Comités.

POSICIONAMIENTO DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE FLASOG SOBRE LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y NIÑAS

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

La FLASOG a través de su Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos se une, promueve y fortalece los acuerdos internacionales, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

Reconocemos que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades.

Aunque se reconoce que la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad se ha generalizado y trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas, lo cierto es que algunos grupos de mujeres, como por ejemplo las mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, las mujeres migrantes, las mujeres que habitan en comunidades rurales o remotas, las mujeres indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado son particularmente vulnerables a este tipo de violencia.

Siendo nuestro objetivo velar por el derecho humano fundamental de las mujeres a vivir una vida libre de violencia al ser una Federación de Sociedades en Ginecología y Obstetricia que agrupa a sus especialistas, nos comprometemos a trabajar a favor de que se proteja en todos los países la vida digna, el bienestar físico, mental y social, así como el respeto a la autonomía de la mujer en todas las etapas de su vida

Comité Derechos Sexuales y Reproductivos
FLASOG

LOS PRODUCTOS PARA EL CABELLO USADOS DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN AFECTAR LOS NIVELES DE HORMONAS MATERNAS

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

Es frecuente en las consultas prenatales que las pacientes pregunten respecto posibles efectos deletéreos de las tinturas y productos para el cabello, sobre ellas y sus embarazos. A esas preguntas pretendió responder el artículo realizado por Zorimar Rivera Núñez y colaboradores adelantado el 17 de noviembre de 2021 y que se publicará el 15 de abril de 2022 en Environmental Research.

Los componentes de productos de belleza y de cuidado personal contienen como ingredientes una amplia gama de substancias químicas como ftalatos , bisfenolA (BPA), parabenos, triclosán, dioxano, pigmentos y metales tóxicos que pueden interactuar con el sistema endócrino alterando la síntesis, regulación, transporte metabolismo y los receptores hormonales.

El estudio realizado en Puerto Rico encontró que ciertos productos para el cabello como tinturas, decolorantes y alisantes entre otros, se asociaron con concentraciones más bajas de hormonas esteroides sexuales.

En una cohorte prospectiva se estudiaron la exposición ambiental en 1070 mujeres embarazadas entre 18 y 40 años (media de 28 años) y en sus hijos. Las participantes completaron una serie de cuestionarios sobre el uso de productos de cuidado personal como perfumes y colonias, jabones, lociones, cosméticos, esmalte de uñas, champús, acondicionadores, cremas de afeitar y enjuague bucal.

Se les midieron los niveles en sangre, dos veces en el embarazo, de: hormona liberadora de corticotropina, globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), estriol, progesterona, testosterona, hormona estimulante de la tiroides, triyodotironina total, tiroxina total y tiroxina libre.

El uso de productos para el cabello, como tintes y decolorantes, relajantes y mousse, se asoció con niveles más bajos de todas las hormonas esteroides sexuales en comparación con la falta de uso: SHBG (%Δ = −7,1, IC del 95%: −12,4, -1,8)), E3 (%Δ = −23,2, IC95%: −32,2,-13,0), progesterona (%Δ = −21,5, IC95%: −29,4,-12,9) y testosterona (%Δ = −21,5, 95% IC: −33,1, -7,8) ajustados por edad materna, educación e índice de masa corporal antes del embarazo.

Estos efectos podrían afectar el crecimiento y desarrollo del producto de la gestación e incluso condicionar el desarrollo de neoplasias relacionadas con las hormonas como el cáncer de mama y el cáncer de ovario.

Concluyeron que los productos químicos en algunos productos para el cabello pueden alterar las hormonas esteroides sexuales durante el embarazo. Las interrupciones en las hormonas esteroides sexuales prenatales pueden contribuir a resultados maternos y fetales adversos. Si bien son necesarios más estudios, la investigación adicional debe abordar el impacto en la salud pública de la exposición a productos químicos en productos para el cabello en poblaciones embarazadas. Los médicos de atención primaria y los obstetras deben informar y ofrecer orientación a las mujeres en edad reproductiva sobre el impacto potencial en la salud de los EDC, como los que se encuentran en los productos para el cuidado del cabello.

Rivera-Núñez Z, Ashrap P, Barrett ES et al. Personal care products: Demographic characteristics and maternal hormones in pregnant women from Puerto Rico. Environ Res. 2022; 206:112376. doi: 10.1016/j.envres.2021.112376.

LA CLEVELAND CLINIC LANZA EL PRIMER ESTUDIO DE VACUNAS PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

En una época en la que las vacunas, que han demostrado ser la mejor defensa de la atención médica contra diversas enfermedades, se encuentran bajo un escrutinio público más intenso que nunca, la Cleveland Clinic ha abierto un estudio novedoso liderado por G Thomas Budd para una vacuna destinada a prevenir el cáncer de mama triple negativo, la forma más agresiva y letal de la enfermedad.

A pesar de ser solo entre el 12 y el 15% de todos los cánceres de mama, tiene un porcentaje desproporcionadamente mayor de muertes y una tasa más alta de recurrencias. Además, el 70 al 80% de los tumores de mama que ocurren en mujeres con mutaciones en los genes BRCA1 son cánceres triple negativo.

El enfoque de vacuna representa una nueva forma potencial de prevenir este tipo agresivo de cáncer de mama. Se basa en una investigación preclínica publicada en Nature Medicine que demostró que la activación del sistema inmune contra la proteína Alfa-lactoglobulina era segura y eficaz en ratones para prevenir los tumores de mama e inhibía el crecimiento de los ya existentes. La α-lactoalbúmina es una proteína de la lactancia materna, que no se halla en los tejidos normales después de la misma y se ha encontrado en la mayoría de los cánceres de mama triple negativos.

En diciembre de 2020, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU (FDA) aprobó la solicitud de un nuevo fármaco en investigación para la vacuna, lo que permitió al hospital y a Anixa Biosciences, Inc., comenzar un estudio de fase 1.

El objetivo del ensayo es determinar la dosis máxima tolerada de la vacuna en pacientes con cáncer de mama triple negativo en estadio temprano, así como caracterizar y optimizar la respuesta inmunitaria del organismo. Los investigadores estiman que el estudio estará terminado en septiembre de 2022.

"A largo plazo, esperamos que esta pueda ser una verdadera vacuna preventiva que se administre a mujeres sanas para evitar que desarrollen cáncer de mama triple negativo, la forma de cáncer de mama para la que tenemos los tratamientos menos efectivos", dijo G. Thomas Budd, MD, del Taussig Cancer Center en Cleveland Clinic, e investigador principal del estudio.

El tratamiento del cáncer ha experimentado importantes cambios a lo largo de los años, con nuevos datos y terapias que surgen diariamente. Esta esta vacuna podría cambiar el abordaje del cáncer de mama y abre muchas expectativas al respecto.

Anixa Biosciences y Cleveland Clinic anuncian la autorización de la FDA para iniciar un ensayo clínico de una vacuna contra el cáncer de mama. Comunicado de prensa. Anixa Biosciences, Inc. 21 de diciembre de 2020. Consultado el 2 de febrero de 2022. https://www.prnewswire.com/news-releases/anixa-biosciences-and-cleveland-clinic-announce-fda-clearance-to-initiate- ensayo-clinico-de-la-vacuna-contra-el-cancer-de-mama-301196402.html

Cleveland Clinic lanza el primer estudio preventivo de vacunas contra el cáncer de mama de su tipo. Comunicado de prensa. Clínica Cleveland. 26 de octubre de 2021. Consultado el 2 de febrero de 2021. https://newsroom.clevelandclinic.org/2021/10/26/cleveland-clinic-launches-first-of-its-kind-preventive-breast-cancer-vaccine-study /

NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO. LA INTERNET Y LA INFORMACIÓN NO SALUDABLE QUE SE LES BRINDA A LAS EMBARAZADAS Y SUS FAMILIAS EN LA ERA DEL COVID 19.

La información que se brinda a las embarazadas en Internet esta sesgada, al igual que las redes sociales por manipulación e información tendenciosa posiblemente con fines económicos

"Las aplicaciones de embarazo, aprendí rápidamente, no están en el negocio de brindar comodidad; son un espectáculo de fantasía y terror que proporciona poca información realista sobre el viaje a la paternidad. Aprovechan la emoción y la ansiedad de las futuras mamás, vendiendo expectativas poco realistas e incluso desinformación absoluta para vender anuncios y mantener a los usuarios interesados. Fomentan repercusiones negativas en la salud física y mental tanto de las madres como de sus hijos por nacer, generando ganancias a partir de la avalancha de emociones que genera el embarazo. Son otra forma en que Internet y el sistema de atención médica de Estados Unidos están fallando a las personas embarazadas".

Se manipula a las personas en línea, reciben un bombardeo publicitario a partir de las aplicaciones, las búsquedas de Google y de los feeds (vista en la cual puedes observar todas las publicaciones que un usuario ha subido en un orden temporal a una red social. Es una tablero en donde podrás ver todas las publicaciones que ha hecho el usuario en orden cronológico) de Facebook e Instagram.

"Las aplicaciones de embarazo más descargadas se parecen más a la desinformación política que investigo que a un recurso médico confiable para los futuros padres. Las compañías detrás de las aplicaciones advierten a los usuarios en términos inaccesibles escritos en jerga legal, que no reemplazan el consejo o la atención médica".

Al igual que las plataformas de redes sociales, las aplicaciones suelen ser gratuitas y generan ingresos a través de anuncios, referencias y compras dentro de la aplicación. Alrededor del 28 por ciento citó literatura médica.

Ya desde la primera interacción con una de estas aplicaciones suelen exigir datos personales o por lo menos una dirección de correo electrónico. Pocas permiten omitir este paso, aunque cada vez que las abres, una ventana emergente te recuerda que te estás perdiendo una "experiencia personalizada" al ocultar tus datos. También suelen pedir autorización para que puedan compartir los datos, de lo contrario no se puede acceder.

De inmediato empiezan a aparecer en la bandeja de entrada correos electrónicos de propagandas de artículos para el embarazo, centros preescolares locales, animándome a pensar en la educación de mi hijo por nacer, a pesar de incluso un embarazo incipiente.

"Dentro de las propias aplicaciones, la situación es aún más preocupante. Las notificaciones y los anuncios impulsan los productos y fomentan las compras, a menudo a expensas de la salud mental o incluso física de los usuarios. En esos primeros días, cuando todas las futuras mamás cargan con el peso de una estadística premonitoria (uno de cada cuatro embarazos termina en aborto espontáneo en el primer trimestre), las aplicaciones ya alientan a los usuarios a planificar con anticipación el nacimiento y la llegada de su bebé a través de anuncios que son difíciles de diferenciar del contenido médico. "¡Comienza a construir tu registro!" imploran (y luego recopilan la información de su dirección física para enviar materiales promocionales y muestras). "¡Regístrese para su extractor de leche provisto por el seguro!" te lo recuerdan tres veces por visita, aunque tus senos aún no han comenzado a crecer. "¿Ha pensado en sus preferencias de almacenamiento de sangre del cordón umbilical?" ellos preguntan…aunque no sea una práctica avalada por el American College

Obstetrics and Gynecology para una necesidad médica precisa (ACOG)".

El tamborileo es implacable. "Prevenga las estrías" dice un anuncio cuando en realidad son genéticas y por ello difíciles de salvar. En las redes sociales me dicen que debo comprar una vitamina prenatal de diseño que cuesta de tres a cuatro veces más que la variedad de farmacia, pero que no incluye el ácido fólico necesario para prevenir defectos del tubo neural.

Incluso si la información creíble se presenta por separado de los anuncios, en aplicaciones de embarazo o en otros lugares, las personas tienen problemas para distinguirla. Un estudio de 2015 de la Universidad de Georgia que comparó noticias y contenido patrocinado encontró que el 60 por ciento de los lectores que interactúan con la publicidad no se dieron cuenta de que no estaban leyendo noticias objetivas cuando las etiquetas de divulgación se colocaron en la parte superior de una historia, donde la mayoría de las aplicaciones de embarazo las etiquetas son. Solo uno de cada cinco lectores en el estudio sabía que lo que estaba leyendo era contenido patrocinado.

Algunas aplicaciones cuentan con tableros de mensajes y comunidades donde los futuros padres pueden conectarse entre sí. Recientemente, han estado plagados de información errónea sobre el Covid-19 y sentimientos contra la vacunación, aunque al menos una aplicación popular ha introducido la moderación de contenidos para intentar proteger a sus usuarios de esas virulentas falsedades. Aun así, la información médica revisada clínicamente podría redactarse de manera más clara para evitar promover falsedades sin darse cuenta. Muchos de los artículos de las aplicaciones hacen preguntas clickbait (contenido cuyo objetivo principal es llamar la atención y alentar a los visitantes a hacer clic en un enlace a una página web en particular) como: "¿Se puede tener sexo durante el embarazo?" y "¿Debe vacunarse contra el covid-19 durante el embarazo o la lactancia?". Titulares más responsables—para quienes tienen poco tiempo o no están dispuestos a leer un artículo de 10 párrafos para responder a sus preguntas—sería: "¿Se siente juguetón mientras está embarazada? ¡Adelante, ponte loco!" y "La vacunación contra el covid-19 la protege a usted y a su bebé: obtenga su vacuna hoy". Si estas aplicaciones estuvieran en el negocio de mejores resultados de salud, y no mejores resultados, tales prácticas serían la base de sus modelos comerciales.

No somos vistos como individuos dignos de derechos, autonomía o respeto por nosotros mismos. Somos un medio para un fin: un hogar para un bebé en crecimiento; una cuenta bancaria cariñosa, ansiosa y llena de alegría para ser publicitada y manipulada.

Reconozco mi privilegio. Estoy saludable, no tuve problemas para concebir, tengo acceso a la atención médica, una pareja y una madre que me apoyan, y el tiempo, la voluntad y la educación para leer muchos libros y detectar información errónea sobre el embarazo. Sin embargo, ese reconocimiento viene con una realización más sombría: para muchas personas embarazadas, especialmente aquellas en comunidades marginadas o desatendidas donde las tasas de mortalidad materna son más altas , ese no es el caso. Estas aplicaciones son parte de Internet y de una sociedad más amplia que les está fallando a las mujeres, a las madres, a las personas embarazadas y a los niños.

Proteger a los ciudadanos del tipo de calamidades de seguridad y salud pública, sin mencionar la publicidad depredadora, que he encontrado en las aplicaciones de embarazo debería ser trabajo del gobierno federal. Pero hemos visto cómo ha ido la lucha por una mejor supervisión y regulación de las redes sociales en el Congreso; incluso cuando los niños, los adolescentes o las sagradas tradiciones democráticas de nuestra nación están en riesgo, poco parece estimular la acción.

A falta de una mejor supervisión y regulación, los organismos gubernamentales o científicos podrían desarrollar recomendaciones y pautas para los desarrolladores y usuarios de aplicaciones. En este momento, una de las únicas hojas de ruta para el panorama de las aplicaciones de embarazo para los usuarios es una Forbes que no incluye la precisión en su clasificación. Si no pueden controlar las aplicaciones, los Institutos Nacionales de Salud o los Centros para el Control de Enfermedades podrían al menos proporcionar una contraprogramación confiable reemplazando sus páginas de embarazo llenas de jerga con una guía semanal accesible como la que está disponible en Gran Bretaña. Servicio Nacional de Salud , al que he estado haciendo referencia durante los últimos cinco meses. Pero a largo plazo, necesitamos construir una Internet que esté diseñada teniendo en cuenta a las mujeres, los niños y las personas marginadas, no solo a los hombres blancos cisgénero y las ganancias.1, 2000 AM

The Internet Is Failing Moms-to-Be
IDEAS JAN 21, 2022 8:00 AM https://www.wired.com/story/pregnancy-apps-disinformation/

Con base en los principios descritos en esta Declaración del Comité, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos hace las siguientes recomendaciones y conclusiones:

Los obstetras-ginecólogos deben incorporar intencionalmente el marco de la justicia reproductiva en la consejería anticonceptiva al:

• Reconocer el maltrato reproductivo histórico y actual de las personas de color y otras personas marginadas cuyos deseos reproductivos han sido devaluados.

• Reconocer que el sesgo del consejero, inconsciente o no, puede afectar la atención y trabajar para minimizar el efecto del sesgo en la provisión de atención y consejería.

• Priorizar los valores, preferencias y experiencias vividas de los pacientes en la selección o discontinuación de un método anticonceptivo.

Los obstetras y ginecólogos deben adherirse al enfoque ético recomendado de toma de decisiones compartida a través de la consejería anticonceptiva centrada en el paciente.

LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA UCI ESTÁ ASOCIADA CON LA COVID PERSISTENTE

Los pacientes ingresados por COVID 19 con neumonía adquirida durante su estancia en la UCI, suelen presentar síntomas asociados a la COVID persistente. Así lo ha determinado un estudio llevado a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona, liderado por el Dr. Antoni Torres. En el estudio se incluyeron 991 pacientes ingresados en 40 UCI españolas (desde el 16 de febrero de 2020 hasta el 01 de enero de 2021) a los que se les hizo un seguimiento de tres meses después del alta hospitalaria. Se detectaron síntomas persistentes post-COVID-19 en más de dos tercios de los pacientes, si bien la tasa de reingreso hospitalaria se mantuvo baja y solo el 15% necesitó acudir a urgencias.

Un total de 315 pacientes desarrollaron neumonía adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos y los que requirieron ventilación mecánica invasiva presentaron mayores síntomas persistentes una vez dados de alta. Asimismo, más del 10% seguía necesitando oxígeno en su domicilio. Según explica Antoni Torres, "en nuestro trabajo hemos determinado que el sexo femenino, la duración de la estancia en UCI, el desarrollo de la neumonía adquirida durante el ingreso y sufrir distrés respiratorio constituyeron factores independientes para una mala salud persistente en los pacientes una vez haber tenido el coronavirus".

La definición de COVID persistente, según una publicación de Lancet Infectious Disease, establece como síntomas comunes que se prolongan al menos dos meses, entre otros, la fatiga, dificultad para respirar y disfunción cognitiva, y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario; con una incidencia e intensidad que no se correlacionan con la gravedad inicial de la enfermedad.

"El reconocimiento de factores asociados con el período agudo es una prioridad de investigación para comprender las secuelas a largo plazo", explica el primer firmante de este trabajo, Ignacio Martín-Loeches, "de ahí que buscásemos realizar un seguimiento a pacientes que habían estado ingresados en UCI durante tres meses e identificar los factores asociados a una mala recuperación". La mala salud post Covid-19 se determinó por un formulario asociado a estos síntomas: disnea, debilidad, astenia, mialgia, tos, entumecimiento, dolor de cabeza, anosmia y ageusia, se registraron las estadías en UCI y hospital, las comorbilidades y la probabilidad de supervivencia; se realizaron radiografías y tomografías de tórax y pulmón.

Durante la realización del estudio, se encontró que el desarrollo de una neumonía adquirida en la UCI es un factor independiente asociado con una mala recuperación a los tres meses de seguimiento. *"Este es un hallazgo especialmente importante dada la alta incidencia de neumonía nosocomial en pacientes críticos, sobre todo en aquellos que necesitan ventilación mecánica invasiva, por lo que es importante la prevención. La hipótesis es que una segunda infección aumenta el daño pulmonar, y en consecuencia el riesgo de padecer COVID persistente"*, explica Antoni Torres. Los investigadores, por lo tanto, consideran necesario realizar otros estudios en esta línea y ponen el foco en la necesidad de la prevención de la neumonía adquirida en la UCI, porque podría tener efectos beneficiosos para paliar el síndrome de la mala salud post COVID.

Referencia
ICU-Acquired Pneumonia Is Associated with Poor Health Post-COVID-19 Syndrome
J Clin Med. 2021 Dec 31;11(1):224. doi: 10.3390/jcm11010224.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35011967/

EVALUACIÓN Y MANEJO DE MARCADORES ECOGRÁFICOS BLANDOS AISLADOS PARA ANEUPLOIDÍA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

SMFM (Society for Maternal Fetal Medicine). Consult Series #57:
Documento respaldado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)
Enero 2022

Los marcadores blandos se introdujeron originalmente en la ecografía prenatal para mejorar la detección de la trisomía 21 con respecto a lo que se puede lograr con las estrategias de detección en suero y basadas en la edad. Como las estrategias de detección genética prenatal han evolucionado mucho en las últimas dos décadas, la importancia relativa de los marcadores suaves ha cambiado. El propósito de este documento es analizar la evaluación y el manejo recomendados de los marcadores blandos aislados en el contexto de las opciones actuales de detección de suero materno y detección de ADN libre de células. En este documento, "aislado" se utiliza para describir un marcador blando que se ha identificado en ausencia de anomalías estructurales fetales, restricción del crecimiento o marcador blando adicional después de un examen ecográfico obstétrico detallado. En este documento, "Métodos de detección de suero" se refiere a todas las estrategias de detección materna, incluido el examen del primer trimestre, el examen integrado, el examen secuencial, el examen contingente o el examen cuádruple. La SMFM recomienda el siguiente enfoque para la evaluación y el manejo de marcadores blandos aislados:

1. No recomendamos pruebas de diagnóstico para aneuploidía únicamente para la evaluación de un marcador blando aislado después de un suero negativo o ADN libre de células resultado del tamizaje (GRADO 1B).

2. Para las personas embarazadas sin detección previa de aneuploidía y foco intracardiaco ecogénico aislado, intestino ecogénico, dilatación del tracto urinario o húmero, fémur o ambos acortados, recomendamos asesoramiento para estimar la probabilidad de trisomía 21 y una discusión de las opciones para procedimientos no invasivos; examen de detección de aneuploidía con ADN libre de células o examen cuádruple si el ADN libre de células no está disponible o tiene un costo prohibitivo (GRADO 1B).

3. Para las personas embarazadas sin detección previa de aneuploidía y pliegue nucal engrosado aislado o hueso nasal aislado ausente o hipoplásico, recomendamos asesoramiento para estimar la probabilidad de trisomía 21 y una discusión de las opciones para la detección de aneuploidía no invasiva a través de ADN libre de células o cuádruple o las pruebas de diagnóstico mediante amniocentesis, según las circunstancias clínicas y la preferencia del paciente (GRADO 1B).

4. Para las personas embarazadas sin detección previa de aneuploidía y quistes aislados del plexo coroideo, recomendamos asesoramiento para estimar la probabilidad de trisomía 18 y una discusión de las opciones para la detección no invasiva de aneuploidía con ADN libre de células o prueba cuádruple si se detecta ADN libre de células no disponible o de costo prohibitivo (GRADO 1C).

5. Para las personas embarazadas con resultados negativos en la prueba de detección de ADN libre de células y un foco intracardiaco ecogénico aislado, recomendamos no realizar una evaluación adicional ya que este hallazgo es una variante normal sin importancia clínica sin indicación para ecocardiografía fetal, ecografía de seguimiento o evaluación posnatal (GRADO 1B).

6. Para las personas embarazadas con resultados negativos en las pruebas de detección de ADN en suero o libre de células e intestino ecogénico fetal aislado, dilatación del tracto urinario o acortamiento del húmero, el fémur o ambos, recomendamos no realizar más evaluaciones de aneuploidía (GRADO 1B).

7. Para las personas embarazadas con resultados de detección de suero negativos y pliegue nucal engrosado aislado o hueso nasal hipoplásico o ausente, recomendamos asesoramiento para estimar la probabilidad de trisomía 21 y discutir las opciones para no realizar una evaluación adicional de aneuploidía, detección de aneuploidía no invasiva a través de ADN libre de células o diagnóstico mediante amniocentesis, según las circunstancias clínicas y la preferencia del paciente (GRADO 1B).

8. Para las personas embarazadas con resultados negativos en la prueba de detección de ADN libre de células y pliegue nucal engrosado aislado o hueso nasal ausente o hipoplásico, recomendamos no realizar más evaluaciones de aneuploidía (GRADO 1B).

9. Para las personas embarazadas con resultados negativos en suero o ADN libre de células y quistes de plexo coroideo aislados, recomendamos no realizar más evaluaciones de aneuploidía, ya que este hallazgo es una variante normal sin importancia clínica sin indicación para ecografía de seguimiento o evaluación posnatal (GRADO 1C).

10. Para fetos con intestino ecogénico aislado, recomendamos una evaluación para fibrosis quística e infección fetal por citomegalovirus y un examen de ultrasonido del tercer trimestre para reevaluación y evaluación del crecimiento (GRADO 1C).

11. Para los fetos con una sola arteria umbilical aislada, no recomendamos una evaluación adicional de aneuploidía, independientemente de si los resultados de la detección previa de aneuploidía fueron de bajo riesgo o si se rechazó la prueba. Recomendamos un examen de ultrasonido del tercer trimestre para evaluar el crecimiento y considerar la vigilancia fetal prenatal semanal a partir de las 36 0/7 semanas de gestación (GRADO 1C).

12. Para los fetos con dilatación aislada del tracto urinario A1, recomendamos un examen de ultrasonido a las ≥32 semanas de gestación para determinar si es necesario un seguimiento de urología o nefrología pediátrica posnatal. Para fetos con dilatación del tracto urinario A2-3, recomendamos una evaluación ecográfica de seguimiento individualizada con seguimiento posnatal planificado (GRADO 1C).

13. Para fetos con húmero, fémur o ambos acortados aislados, recomendamos un examen de ultrasonido del tercer trimestre para la reevaluación y evaluación del crecimiento (GRADO 1C).

REFLEXIONES SOBRE LAS OMISIONES EN EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS

Dr. José Antonio Moreno Sánchez

Lo más simple podría pasarse por alto por pensar que es responsabilidad de otros y no mía.

Plantear los problemas más frecuentes durante el embarazo, dado el impacto negativo en la salud perinatal, obedece a la necesidad de analizar desde una perspectiva ética en función de obligaciones y omisiones pues aun cuando se conocen las obligaciones, encontramos que se hicieron parcialmente, se hicieron mal o simplemente no se hicieron.

Retomar algunos valores y principios contribuirá siempre con un embarazo saludable y por consecuencia al nacimiento libre de complicaciones; por lo que mejorar las actitudes hará que disminuya la incidencia de daños perinatales, principalmente por prematurez en cualquiera de sus modalidades a partir de las múltiples circunstancias y factores involucrados que interactúan durante el embarazo.

Existe suficiente conocimiento médico y desarrollo de tecnología, pautas de actuación (guías, consensos, normas) y protocolos institucionales; sin embargo, el nacimiento pretérmino continúa afectando gravemente la salud de los recién nacidos.

Recientemente se ha incrementado la tendencia perniciosa de deslindar responsabilidades cuando existe molestia o insatisfacción de pacientes o familiares por los resultados perinatales; en términos de exigir la reparación del daño por los actos o las supuestas omisiones ocurridas, considerándolas parte de la responsabilidad profesional.

El término omisión, del lat. *omissio,-ōnis*, se refiere a la abstención de hacer o decir; a una falta por haber dejado de hacer algo necesario o conveniente en la ejecución de una cosa o por no haberla ejecutado o a la flojedad o descuido de quien está encargado de un asunto.

En el lenguaje ordinario también jurídico, se puede distinguir entre omisión propiamente dicha (simple o propia) y comisión por omisión (impropia). En el primer caso consiste en un no hacer, en un no actuar, en abstenerse para mantener un estado de cosas, siendo una norma normal violada que ordena un hacer o actuar positivo, pero que no deriva en responsabilidad punible.

La comisión por omisión también consiste en un no hacer, pero esta conducta tiene siempre consecuencias, pues produce un efecto sancionable por la ley porque no se producen por una directa determinación volitiva, sino por falta de diligencia debida.

Para el caso del médico, omitir un examen clínico completo al que está obligado potencialmente producirá daño no justificable, o al ejecutar una acción que está prohibida por la norma o no reconocida dentro del *Estado del Arte.*

Otras omisiones como procurar un diagnóstico oportuno y adecuado; no usar debidamente -o tener en buen estado- objetos (aparatos e instrumental) y los medicamentos necesarios; omisión de pautas esenciales para el tratamiento de una enfermedad; falta de control hacia los auxiliares del médico; cirugía innecesaria o mal planeada, sin diagnóstico preoperatorio; complicaciones o accidentes por falta de capacitación del grupo quirúrgico; descuido o falta de vigilancia en el postoperatorio.

Las omisiones en el cuidado de la salud pueden tener resultados catastróficos y, a pesar de ser un asunto de conocimiento general, a diario suceden en todos los ámbitos involucrados y propician diversos daños a la salud con el disgusto de las pacientes y sus familiares.

Sin embargo, estas involucran directa o indirectamente a personas o instituciones; es decir a la paciente misma, sus familiares, el personal de salud, la administración de los servicios de salud hasta el

gobierno tanto en sus tres niveles: federal, estatal y municipal como en sus tres poderes públicos: legislativo, ejecutivo y judicial. Además, permite analizar la situación frente a un conjunto de valores éticos (honestidad, sindéresis, verdad, prudencia, justicia).

Específicamente en el área de la Gineco-Obstetricia está involucrado el estado general del feto y por ende, la salud del neonato por lo que cada omisión requiere analizarse de manera particular y tiene detalles específicos complejos, que van desde la falta de atención a los factores de riesgo reproductivos, la ausencia de cuidados previos al embarazo, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno durante el embarazo, la prescripciones prenatales, las complicaciones no detectadas o no atendidas debidamente; más adelante, la negación del servicio médico o rechazo durante el trabajo de parto, las valoraciones inadecuadas por personal sin experiencia, inducciones mal indicadas, uso inapropiado de uterotónicos durante el trabajo de parto, el monitoreo inadecuado, distocias de contracción inadvertidas y accidentes hemorrágicos que comprometen gravemente la vida o la integridad de las mujeres.

Identificar tanto los aspectos del desempeño del personal médico, administrativo y directivo en las instituciones de atención médica, como el nivel de corresponsabilidad de la embarazada y sus familiares resulta muy importante dado que estas omisiones y errores asociados frecuentemente hacen la diferencia entre la vida o la muerte, por lo que se requieren acciones concretas que disminuyan el número complicaciones o daños en el ámbito neonatal y pediátrico.

Un informe global de mortalidad infantil publicado por Liu (Lancet 2014) muestra que de 6.3 millones de niños que murieron antes de los 5 años en 2013, el 44% murió en el período neonatal. Las tres causas principales fueron las complicaciones del parto prematuro (15.4%); la neumonía (14.9%) y las complicaciones relacionadas con el parto (10.5%).

El impacto del nacimiento prematuro no solo es la mortalidad, sino también la discapacidad derivada de los daños orgánicos transitorios y permanentes principalmente neurológicos. Además del impacto bio-psico-social individual y familiar que condicionan las secuelas permanentes, también resulta económicamente grave para los sistemas de salud, debido al costo que implica la asistencia de un bebé prematuro (10 veces más que un bebé de término).

Desde otra perspectiva y a la necesidad de generar conciencia social y fortalecer la cultura sobre la protección de la salud y el cuidado perinatal referente al embarazo, el parto y puerperio, se determinó en México, a partir de 2018, conmemorar el 9 de mayo como el Día Nacional de la Salud Materna y Perinatal.

Por lo ya explicado, analizaremos brevemente algunos factores que siempre debieran considerarse en la atención de la mujer con el fin de disminuir al máximo la mortalidad neonatal, los daños a la salud y los daños perinatales que derivan de una gestación complicada.

La salud reproductiva

Pese a que el concepto de salud reproductiva es amplio e implica responsabilidades y obligaciones desde el ámbito individual y familiar hasta el de salud pública; es indispensable mencionar el impacto que generan los patrones socioculturales y sus conductas en el inicio temprano, impulsivo e irresponsable de la actividad sexual en adolescentes cuyas consecuencias se traducen en enfermedades diversas derivadas de infecciones genitales o en embarazos no planeados o no deseados que tendrán altas posibilidades de complicaciones como: restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, nacimiento pretérmino y

síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Embarazo saludable

Un listado de cuidados que son susceptibles de omisión dentro del esquema de cuidados prenatales como: estilos de vida saludables, ingesta de ácido fólico y conductas libres de adicciones; mejorar condiciones laborales y de vida, detección temprana y tratamiento de infecciones odontológicas, urinarias o cervicovaginales.

Indagar es antecedente de parto pretérmino previo a sabiendas que es el factor de riesgo más relevante relacionado con la prematuridad y el riesgo de recurrencia es obligado, así como la debida vigilancia de la longitud cervical durante la segunda mitad del embarazo o las intervenciones médicas ya determinadas en diversas guías de práctica clínica.

Desnutrición

En este ámbito existen diversos factores individuales y colectivos, desde la falta de una dieta nutritiva o poco saludable por pobreza o ignorancia, hasta los padecimientos buco - dentales que afectan la capacidad de ingerir o digerir correctamente los alimentos, pérdida de apetito por trastornos agudos (diarrea, náuseas, vómitos), crónicos (anemias, depresión), uso de sustancias tóxicas o medicamentos.

Dado que existe estrecha relación entre el bajo índice de masa corporal preconcepcional, ganancia insuficiente de peso en el embarazo, anemia en el tercer trimestre de la gestación y el peso deficitario al nacer , es necesario reiterar la obligación de los sistemas de salud para buscar intencionadamente a las mujeres en edad fértil desnutridas antes de embarazarse, propiciar atención nutricional y terapéutica oportuna por parte de los profesionales de la atención primaria de salud. La educación y el asesoramiento sobre nutrición para mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que son necesarios consumir para tener una ingesta alimentaria óptima, además de suplementos que contengan cuando menos hierro y ácido fólico.

La omisión de esas acciones de educación y asesoramiento sobre nutrición como parte de un programa integral de promoción y educación para la salud que incluya además el manejo del estrés y la ansiedad, el abandono del hábito de fumar o los peligros del consumo de alcohol y drogas, mediante estrategias pertinentes y bien planeadas como el empleo de campañas en distintos medios de comunicación, visitas domiciliarias, información organizada en los establecimientos de salud, impedirá irremediablemente los embarazos saludables.

Las infecciones de transmisión sexual

Tanto la falta de atención médica preventiva, diagnóstica y curativa en los ámbitos escolares, laborales y de salud, como los incumplimientos y errores en el cuidado personal para evitar ser portadores y por ende trasmisores de infecciones como gonorrea, sífilis, tricomoniasis u otras producidas por Chlamydia, Micoplasmas, Herpes, molusco contagioso, VPH y VIH, que mediante contacto sexual de riesgo y sin protección, propician la transmisión de infecciones que potencialmente complican el embarazo e impactan en los resultados perinatales.

Dado que esta atención prenatal compete a todo el personal de salud involucrado en un contexto de corresponsabilidad y no solo a los gineco-obstetras, es pertinente destacar que las complicaciones y sus resultados adversos reflejan omisiones individuales, familiares o sociales que afectan a la madre y al feto o al neonato y originan directa o indirectamente el parto pretérmino y sus secuelas.

Adicciones

El embarazo constituye un periodo de oportunidad para la detección de mujeres usuarias de sustancias adictivas y para su inclusión en un programa de tratamiento, con una buena probabilidad de éxito.

Los centros encargados de la atención a la mujer deben considerar lo anterior para incluir, en la evaluación cotidiana de las pacientes embarazadas, un programa de tamizaje que permita la detección de abuso o dependencia de drogas; también debe contar con personal capacitado para el manejo de estas pacientes y, de esta manera, contribuir a disminuir este serio problema de salud.

La exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos asociados al consumo de la sustancia como tal y de las conductas derivadas como mala alimentación, pobre control prenatal y una alta posibilidad de contagio de enfermedades virales como la hepatitis, herpes y la inmunodeficiencia humana (VIH). Los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga utilizada; sin embargo, cerca de la mitad de las usuarias de drogas no consumen una sustancia única, por lo que puede esperarse que el uso de estas produzca efectos teratogénicos, muerte fetal, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones cardiacas o craneofaciales, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, parto pretérmino, además de síndrome de abstinencia neonatal cuando el consumo se suspendió de manera reciente y, alteraciones neuroconductuales posteriores.

Diagnóstico prenatal

En los últimos años, los avances y logros obtenidos en el campo de la genética y la medicina perinatal han sido de gran trascendencia, porque permiten la detección temprana de alteraciones fetales y/o complicaciones maternas, permitiendo además, plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia.

Los defectos de tubo neural, el labio y paladar hendido, entre otros defectos al nacimiento, pueden ser prevenibles si son detectados, diagnosticados, tratados y/o rehabilitados oportunamente. Pasar por alto estas acciones incrementa la mortalidad perinatal o la discapacidad posterior y las potenciales inconformidades de la familia cuya responsabilidad suele adjudicarse al médico tratante; por lo tanto, deben identificarse los factores o condiciones de riesgo generales antes y durante el embarazo y derivar el caso al nivel correspondiente o con el especialista experto en el tema para actuar de acuerdo con las normas técnicas establecidas.

Restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU)

La RCIU representa uno de los mayores problemas en la Obstetricia, pues incrementa la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos independientemente de la edad gestacional al nacimiento, afectando hasta el 15% de los embarazos y se estima que anualmente nacen en el mundo cerca de 30 millones de individuos con este problema.

Esta anormalidad, se asocia de forma indirecta con complicaciones perinatales como la asfixia intraparto, síndrome de aspiración meconial hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematurez; con un aumento significativo en las admisiones a las unidades de cuidados intensivos cuyos afectados fallecen en mayor cantidad que los prematuros con peso adecuado para la edad gestacional.

La reprogramación fetal que ocurre en fetos sometidos a restricción del crecimiento, determina consecuencias que se expresan de forma perinatal a mediano y largo plazo. En el neurodesarrollo infantil se han evidenciado diferencias significativas en el DSM,

resultados de pruebas cognitivas y comportamiento. En las comorbilidades del adulto se ha descrito mayor prevalencia de hipertensión arterial, daño renal, diabetes mellitus tipo II y enfermedad coronaria. La alta prevalencia de RCIU asociado al incremento del factor de riesgo cardiovascular obliga a llevar a cabo acciones individuales de prevención y un adecuado control obstétrico para su prevención, detección y manejo precoz de la patología cardiovascular.

Infección de vías urinarias

La infección de las vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo (5-10%) por lo que la falta de atención oportuna, integral y continua desde su inicio deriva frecuentemente en una de las complicaciones más comunes y temidas en obstetricia: el parto prematuro, responsable directo del 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles.

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa de riesgo de primer orden de prematuridad, bajo peso al nacimiento y morbimortalidad perinatal, y se asocian con un incremento notable de la tasa de cesáreas y estancia hospitalaria.

El control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado y parto, son las medidas más eficaces para disminuir la incidencia. Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población; sin embargo, estos han sido y siguen limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos. Los sistemas de salud en todos sus niveles tradicionalmente han omitido en menor o mayor grado identificar y asistir médicamente a las mujeres con mayores riesgos de desarrollar la enfermedad dada la importante carga económica mundial que demanda.

Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas es un problema complejo durante el embarazo, ya que en una misma paciente puede haber varios factores de riesgo asociados: antecedente de ruptura prematura de membranas en embarazos previos, longitud cervical corta, sangrado en el segundo y tercer trimestres, índice de masa corporal bajo, edad materna mayor de 30 años, estado socioeconómico bajo, grupo racial (afroamericano y latino), sobre-distensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple, etc.), la realización de procedimientos terapéuticos (cerclaje) o diagnósticos (amniocentesis), tabaquismo, consumo de drogas, estrés materno y la deficiencia de vitamina C.

Los riesgos más significativos para el feto, después de la ruptura prematura de membranas, son las complicaciones por prematurez. La dificultad respiratoria es la complicación más común, además de sepsis, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular. La ruptura prematura pretérmino de membranas, con datos de inflamación intrauterina, se asocia con incremento del riesgo de daño en el neurodesarrollo y la edad gestacional temprana con lesión a la sustancia blanca y muerte fetal.

Por su trascendencia, existe una relación entre la infección subclínica intramniótica y estas complicaciones neonatales graves, la ruptura prematura de membranas no debe ser diagnosticada por casualidad; la falla en identificarla oportuna y eficazmente, el falso diagnóstico o el mal manejo puede llevar a intervenciones inapropiadas o tardías.

Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica masiva es una de las principales causas de mortalidad materna y morbilidad en todo el mundo y se asocia a la necesidad de admisión

a cuidados críticos y/o histerectomía.

A nivel mundial, ha habido un aumento inexplicable en las tasas de hemorragia posparto y las disparidades en la prevalencia de la hemorragia obstétrica y la mortalidad relacionada indican que una proporción significativa se puede prevenir, por esto constituye una prioridad que requiere menos indiferencia y una actuación urgente, oportuna y ordenada en cada caso.

Las potenciales complicaciones han sido menospreciadas por la sociedad; sin embargo, siempre está presente la posibilidad de ocurrencia, por lo que debe reconsiderarse una mejor atención preconcepcional y prenatal, además de contar con un plan de acción con personal entrenado y equipo suficiente y adecuado para la extracción oportuna del feto y la transferencia pronta hacia la UCIN en su caso.

La reproducción asistida

En comparación con los embarazos logrados espontáneamente, los embarazos concebidos a través del uso de inductores de ovulación y/o técnicas de reproducción asistida se asocian con un 46% mayor riesgo de parto prematuro. Además, las tasas de cesárea, las complicaciones del embarazo como la placenta previa, los trastornos hipertensivos, diabetes gestacional y restricción en el crecimiento intrauterino también parecen ser más altas en el grupo de reproducción asistida.

Esta información debe ser parte del asesoramiento familiar en estos casos. Los médicos no deben omitir informar debidamente a las pacientes del aumento de los riesgos de parto extremadamente prematuro y las complicaciones señaladas para que puedan tomar decisiones informadas.

La forma de terminar el embarazo

Dentro de los nacimientos existen tres grupos clínicos de parto prematuro: a) trabajo de parto prematuro (idiopáticos), b) rotura prematura de membranas en pretérmino y c) indicación médica. Este último grupo ha crecido en comparación con los otros, debido principalmente a un aumento de los embarazos de alto riesgo, a una mayor comprensión de las complicaciones del embarazo; pero también a un temor casi generalizado por quienes atienden mujeres embarazadas de ser responsabilizados ante las autoridades cuando los resultados no son favorables. En este último grupo existe un número no despreciable de interrupciones del embarazo no justificadas medicamente, lo que ha llevado a aumentar las tasas de partos de pretérmino sin un beneficio claro para los niños o sus madres.

La atención del parto

La negativa de servicio médico o la irregularidad en la prestación de los servicios médicos recibidos durante la atención del parto, generalmente de carácter hospitalario, constituye en una manifestación explícita de omisiones en la atención que perciben las pacientes o sus familiares desde la indiferencia y malos tratos hasta las deficiencias en la estructura del servicio, retrasos en la atención, tiempos de espera prolongados, diferimientos por falta de equipo o insumos y ausencia de personal.

Otras omisiones de cumplimiento obligado generan retrasos o errores en el diagnóstico, la falta de utilización de medios sufi¬cientes, los tratamientos inefi¬caces o erróneos, la utilización de técnicas inadecuadas, cirugías innecesarias, así como los accidentes e incidentes ocurridos durante una intervención quirúrgica.

Aún en estas épocas, parte de la atención obstétrica se otorga por médicos inexpertos, que no siempre cuentan con la debida supervisión y asesoría, aunado

al uso de fármacos o procedimientos novedosos mal sistematizados, al frecuente cansancio físico o mental del personal. Estos factores de riesgo tienen una alta frecuencia en las condiciones actuales de la práctica clínica que sin duda impactan negativamente los resultados perinatales.

Conclusiones

El contacto frecuente y continuo con los servicios de salud a través del control prenatal no asegura el tratamiento oportuno ni la referencia adecuada para resolver las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, y la saturación de los servicios de salud en el segundo y tercer nivel lleva a menudo a que las mujeres no puedan ser atendidas o sean rechazadas sin valoración por expertos a pesar de los factores de riesgo existentes.

El manejo clínico de gran parte de los casos analizados revela una deficiente capacidad, no solo en lo que concierne a la educación universitaria médica básica (primer nivel), sino en el entrenamiento en las especialidades médicas (primero y segundo nivel). La documentación de los casos revela limitaciones en habilidades y competencias médicas basadas en la evidencia científica disponible, y una falta de seguimiento o de lineamientos claros en el manejo de la enfermedad materna.

Como podemos apreciar, las omisiones ocurridas antes y durante el embarazo obligan no solo a continuar exigiendo que se corrijan las deficiencias del sistema de salud por parte de los gobiernos, sino a insistir en la educación para la salud de la población en todos los niveles educativos y procurar la educación y capacitación permanente del personal médico y administrativo para disminuir o eliminar fallas. Un ejercicio de auto examinación grupal donde médicos, enfermeras, trabajadores sociales investiguen problemas concretos y los discutan en sus sesiones internas, más que exhibirlos en un auditorio.

Lo anterior permitiría mejorar los canales de comunicación, expresar y detectar malos entendidos en la práctica clínica, autoexaminar las deficiencias propias y ajenas y así disminuir o abatir las fallas o errores; por lo que es de vital importancia revisar no solo el protocolo técnico (campo del saber) del hospital o unidad clínica, sino el operar concreto: cómo, cuándo, con qué, (campo de los valores).

El reto a la salud pública para mantener programas que identifiquen al mayor número posible de mujeres embarazadas dentro de la zona de influencia de las unidades médicas, a fin de incorporarlas a un proceso de vigilancia periódica y permanente con énfasis especial en todas aquellas que presenten factores de riesgo o complicaciones leves para su atención oportuna y evitar su progresión con impactos mayores sobre los recién nacidos.

Finalmente, la exigencia permanente de la disponibilidad de hospitales y clínicas con personal completo en todo momento, no solo con residentes y estudiantes, sino con especialistas calificados que ofrezcan una atención oportuna y eficaz en todo momento.

Bibliografía

1. Carrillo Fabela, Luz María Reyna, La Responsabilidad Profesional del Médico en México, pág. 4.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.ª edición (2014)
3. Islas de GM Olga. Responsabilidad penal por omisión. Bases doctrinarias. https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3064/13.pdf
4. http://www.enciclopedia-juridica.com/inicio-enciclopedia-diccionario-juridico.html
5. Vera Carrasco, Oscar. (2013). ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Revista Médica La Paz, 19(2), 73-82. Recuperado en 31 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010&lng=es&tlng=es

6. Noguera Sánchez y cols. Análisis de 7 años de la queja en gineco-obstetricia por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, México. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 450 - 455
7. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet. 2015;385(9966):430-440. doi:10.1016/S0140-6736(14)61698-6.
8. Prematuridad y Retos Prevención y Manejo. Fascículo INP-CAV. Instituto Nacional de Pediatría. https://www.pediatria.gob.mx/archivos/fasciculo_prematurez.pdf
9. Panduro Barón JG y cols. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno-perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704
10. Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo, Martín Ojeda Venelio. Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Ago. [citado 2020, ago 27]; 33(4): 448-455. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400007&lng=es.
11. Darnton-Hill Ian. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual. Julio de 2013. https://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
12. Flores-Ramos Mónica. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2020 Ago 28] ;26 (3): 169-171. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300001&lng=es.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. DIARIO OFICIAL (Segunda Sección) 24 de junio de 2014.
14. Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino México: Secretaría de Salud, 2011.
15. Pimiento I LM; Beltrán A MA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 493 – 502.
16. Rybertt T, Azua E, Rybertt F. Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencias a largo plazo. Rev. Med. Clin. Condes - 2016; 27(4) 509-513]. ttps://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300608
17. Acosta J, Ramos M, Zamora L. Prevalencia de infección de vías urinarias bajas en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino. Rev. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82:737-743.
18. Mora P, Gobernado JA, Pérez-Milán F, Cortés S. Estados hipertensivos del embarazo: resultados perinatales. Clin Invest Gin Obst. 2010;37(2):56–62.
19. Vargas H, Víctor Manuel, Acosta A, Gustavo, & Moreno E, Mario Adán. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77(6), 471-476. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013.
20. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Feb 2015.
21. Rodríguez-Bosch MR y col. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol Obstet Mex. 2018 mayo;86(5):319-334.
22. Guasti E, Gilson F. Massive obstetric hemorrhage: Current approach to management. Med Intensive. 2016 Jun-Jul;40(5):298-310. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2016.02.010. Epub 2016 May 13. PMID: 27184441.
23. Nathan LM. An overview of obstetric hemorrhage. Semin Perinatol. 2019 Feb;43(1):2-4. doi: 10.1053/j.semperi.2018.11.001. Epub 2018 Nov 14. PMID: 30691692.
24. Di Tommaso, M., Sisti, G., Colombi, I., Seravalli, V., Magro Malosso, E. R., Vannuccini, S., & Petraglia, F. (2019). Influence of assisted reproductive technologies on maternal and neonatal outcomes in early preterm deliveries. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction, 48(10), 845–848. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.03.008.
25. Gorgui, J., Sheehy, O., Trasler, J., Fraser, W., & Bérard, A. (2020). Reproducción asistida médicamente y riesgo de parto prematuro: un estudio de caso-control utilizando datos de la Cohorte de Embarazo de Quebec. CMAJ abierto, 8(1), E206–E213. https://doi.org/10.9778/cmajo.20190082.
26. Stecher Juan F y cols. Prematuros tardíos: estudio clínico retrospectivo de sus causas y consecuencias. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(3): 221 – 228.
27. Fernández C Sonia B. El análisis de los incidentes adversos en los servicios de gineco obstetricia a partir de las quejas médicas concluidas a través de la emisión de laudos. Boletín CONAMED-OPS, Nov-doc. 2016.
28. Ídem 6.

RESPONSABLE DE SECCIÓN:
Dr. Jorge Méndez Trujeque

Nombre de la Sociedad:
Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG)

País:
México

Año de fundación:
1960

Tipo de Administración:
Consejo Directivo.

Presidente:
Dr. Francisco Javier Gómezpedroso Rea

Tiempo de Gestión:
Dos años

Fecha de inicio y fin de su gestión:
2021-2023

Fecha de su próximo congreso nacional y lugar:
6-10 de noviembre 2022 en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Con respecto a su institución:

¿Cuáles son sus fortalezas?

FEMECOG es una institución que es referencia nacional e internacional en cuanto a la promoción de la práctica médica y el cuidado de la salud de la mujer. Está conformada por 75 colegios, en los cuales, existen médicos colegiados reconocidos a nivel nacional e internacional con una amplia experiencia en el sector. Contamos con una directiva comprometida, con una sociedad científica sólida que genera conocimiento.

En los últimos años hemos logrado una mayor presencia en la web a través de cursos, congresos y seminarios donde se han dado a conocer lo último en diversos temas que atañen a la especialidad y áreas afines. Otra fortaleza con la que contamos es la revista "Ginecología y Obstetricia de México" la cual está indexada y con un factor de impacto de 0.126, que se encuentra en el séptimo lugar de las revistas de la especialidad en Latinoamérica. Todo esto, entre muchas otras características más, nos han permitido avanzar en la excelencia de nuestros federados, consolidando el compromiso de trabajo y la identificación institucional.

¿Qué áreas de oportunidad tienen?

Nuestras oportunidades se centran básicamente en nuestro recurso humano. En la actualidad se ha abierto un gran nicho para la formación médica continua, sobre todo desde la virtualidad. El número de personas federadas que pueden actualizarse a través del uso de las TIC constituye una oportunidad de desarrollo para llegar a una mayor cantidad de profesionales.

Así mismo, en esta administración se apuntalará el objetivo asistencial de la FEMECOG aprovechando y haciendo uso de las TIC para establecer lazos con el público en general de las 7 regiones a lo largo de la República Mexicana que nos conforman.

Y la última área de oportunidad que queremos reforzar, es fortalecer el sentido de pertenencia y esto lo haremos concientizando a los especialistas en Ginecología y Obstetricia para que valoren los beneficios de estar Colegiados y Federados.

¿Cuáles son sus debilidades?

En la actualidad, una de las debilidades que presentamos es la diversidad tan amplia de nuestras estructuras regionales, no es lo mismo un Colegio del Sur del país con respecto a uno del Norte; lo cual ha repercutido en el sentido de pertenencia, así como de los alcances que podemos tener en los profesionistas de nuestra especialidad.

Consideramos que la imagen institucional de FEMECOG requiere ser posicionada entre los médicos de nuestra especialidad, para ello es preciso mostrarles las bondades de ser colegiados y federados. Otro punto por mejorar es propiciar una mayor cohesión y participación de las regiones tanto en las actividades como en propuestas que se impulsan.

Finalmente, otra debilidad que debemos atacar es establecer de manera sistemática el seguimiento, evaluación y mejora continua de los objetivos programados en la Federación para poder medir su impacto.

¿Cuáles son sus amenazas?

La principal amenaza que afrontamos actualmente es la pandemia de COVID-19, la cual ha afectado el libre desenvolvimiento de nuestras actividades al igual que los proyectos planificados. Esto ha frenado la certificación y colegiación de una parte de los médicos, ha reducido la inversión de la industria farmacéutica en el sector y ha mermado la participación activa de una parte de nuestro recurso humano.

Razón de Muerte Materna y principales causas en su país:

En México, según las estadísticas proporcionadas por la Secretaría de Salud en el 2021, la razón de mortalidad materna fue calculada en 80.5 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 181.8% en la razón con respecto al año anterior.

Así mismo, las causas de muerte materna pre y postpandemia han dado un giro inesperado, ya que el COVID-19 y sus complicaciones actualmente ocupan el primer lugar, seguido por hemorragia y enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo.

Por su parte las entidades con más defunciones maternas fueron:

• Estado de México
• Nuevo León
• Coahuila, Michoacán y Oaxaca. En conjunto sumaron el 51.6% de las defunciones registradas.

El grupo de edad con mayor RMM fue el de 35 a 39 años.

Situación de la despenalización del aborto en su país:

El tema del aborto inducido en México es bastante sensible, básicamente porque nuestra sociedad sigue siendo conservadora y maternalista. Actualmente, este acto no es punible en las 32 entidades federativas de la República Mexicana siempre que la práctica sea consentida por la mujer y previo a las 12 semanas de gestación. Esta despenalización se obtuvo el 7 de septiembre de 2021, luego de un fallo unánime de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Pero hay que señalar, que esto no significa que se ha legalizado el aborto en todo el país, sino más bien, es un precedente vinculante para los jueces. Esta decisión solo protege a las mujeres de ser procesadas penalmente.

El día de hoy, las únicas entidades donde la mujer puede solicitar abortar hasta las 12 semanas de gestación de manera legal sin importar la causa son:

• Ciudad de México
• Oaxaca
• Hidalgo
• Veracruz
• Coahuila, una vez que se modifique, por mandato de la Corte, el Código Penal.
• Baja California

En el resto del país solo está despenalizada.

Actualmente es un tema que se encuentra en boga y es muy controversial debido a que la Suprema Corte de Justicia de la Nación inició un análisis respecto a la objeción de conciencia para el personal médico. Situación que aún no llega a un desenlace.

Situación de la violencia de género en su país:

A nivel mundial, antes de que iniciara la pandemia, se estimaba que una de cada tres mujeres sufría violencia física o sexual, en su mayoría por parte de su pareja. En México, la violencia de género representa un problema gravísimo, ya que a pesar de todas las acciones por parte del gobierno federal, las cifras, que de por sí eran muy altas, han tenido un incremento del 4.11%. Las cifras que conocemos reflejan solo una parte de lo que está viviendo nuestra sociedad, ya que existe un gran porcentaje que no se denuncia o ni siquiera es clasificado como feminicidio. Se estima que la tasa de delitos sin resolverse supera el 95% y tan solo una de cada 10 mujeres denuncia a su agresor.

Si comparamos algunas de las cifras de las agresiones contra las mujeres del 2021 contra el 2022: podemos ver que las violaciones sexuales han aumentado un 27.9% y el secuestro de mujeres 15.5%.

Hoy en día, en México hay un despertar en la sociedad; diario hay campañas o protestas con respecto a este tema. Las redes sociales ahora se están empleando como una herramienta para obtener información en tiempo real y facilitar la difusión.

Es preciso que desde nuestra trinchera aportemos y apoyemos el cambio cultural para que la mujer tenga el lugar que le corresponde y el respeto que merece. Proteger a nuestras mujeres debe ser una prioridad, esto también forma parte de la salud femenina y está dentro de los objetivos de la FEMECOG.

Situación de problemas médico-legales en su país:

México, al igual que el resto de los países de la región, no escapa de los problemas médico- legales, que de un tiempo acá suelen ser más recurrentes. Cuando se presta un servicio de salud siempre se hace con el objetivo de ayudar al paciente, aunque hay ocasiones en que ocurren hechos desafortunados que dan lugar a una queja por parte de este.

En los últimos años, la visibilidad de este tipo de problemas médico-legales tiene una mayor difusión, producto en gran parte del uso de las redes sociales que sirven como plataforma para denunciar lo que ocurre. Particularmente pienso que siempre hay que acudir a los organismos especializados para solucionar vía conciliación o arbitraje, los conflictos o situaciones que puedan surgir. Así como también para disminuir un poco esta problemática, sería de gran ayuda tener una estandarización de los procesos, propiciar el registro y la notificación de eventos adversos y promover dentro de los profesionales médicos la seguridad del paciente como un elemento fundamental.

Sito web de su institución y redes sociales que utilizan:

Página web: www.femecog.org
Facebook: https://www.facebook.com/FEMECOG
Twitter: https://twitter.com/FemecogOficial

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

Indudablemente la pandemia ha sido uno de los eventos más transformadores de los últimos años. Ha tocado a cada persona, cada institución, cada país, dejando una huella que va a ser muy difícil de olvidar. Tomar lo mejor de este momento histórico para la reflexión y enseñanza es lo mejor que podemos hacer.

Si tenemos que definir este momento en una palabra sería vulnerabilidad. La pandemia les ha mostrado a los gobiernos y a cada uno de nosotros, que la salud es uno de los bienes insustituibles de la población, si no la tenemos, no es posible obtener nada más. Reflexionar en torno a esta condición nos permite abordar de mejor manera el presente.

Al mismo tiempo, conducir una institución en medio de la pandemia ha sido un gran reto. Hemos tenido que enfrentar diversos riesgos estratégicos y operacionales que afectan indudablemente el desempeño y alteran los objetivos propuestos. Ha puesto a prueba nuestra capacidad de organización y liderazgo, tan necesario en estos momentos para no sucumbir ante la adversidad.

Por ello, una de las enseñanzas para nuestra institución ha sido aferrarnos a nuestros valores y confiar en nuestro recurso humano, consolidando equipos de trabajo de toma de decisiones sobre todo para casos de emergencia, logrando respuestas rápidas y acertadas.

Aprendimos que es necesario fortalecer los mecanismos de comunicación entre los distintos colegios y regiones que conforman la Federación con la finalidad de poder tener la mejor información de manera fluida. Ahora estamos más preocupados y ponemos más atención al bienestar físico y mental de las personas que nos integran.

Y finalmente, nos ha enseñado a ajustar nuestro presupuesto y planes de ejecución, sin dejar de lado nuestro objetivo principal que es la formación médica continua de nuestros federados. Decidimos aprovechar los cambios irreversibles impulsados por la pandemia, apoyándonos entre todos y entendiendo que lo que no se puede cambiar, se debe enfrentar.

¿Qué comentario tiene sobre FLASOG y su Boletín?

FLASOG es un espacio de profesionalismo indispensable, ya que no solo tiene fines académicos, también aporta formas de reunión fraterna y de encuentro humano. En ella se logra conciliar la diversidad integrando los diferentes pensamientos en la unión académica y social.

En cuanto a su Boletín, es un gran aporte en la actualización científica. El hecho de ser digital le asegura una mejor difusión. Es indudable, que es un espacio en la construcción del patrimonio intelectual que motiva el debate científico, dando respuestas a algunos problemas para mejorar la calidad de vida de la población.

¿Algún comentario adicional que quiera hacer?

Solamente me queda agradecer el apoyo que FLASOG otorga a sus miembros para la ejecución de proyectos, así como también el impulso que da al desarrollo del ejercicio de la profesión médica. Desde FEMECOG estamos comprometidos a seguir construyendo un equipo de trabajo para avanzar en el cuidado y la atención de la salud femenina.

Muchas gracias.

ESCUCHANDO A LOS LECTORES

RESPONSABLE DE SECCIÓN:
Dr. Álvaro Erramuspe

Estimado lector, a continuación le presentamos un pequeño cuestionario para que nos pueda brindar su opinión acerca del Boletín que acaba de leer. Nos será de gran utilidad para la mejora de este.

Te compartimos el código QR, escanéalo para que puedas darnos tu opinión del **BOLETÍN FEBRERO 2022.**

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. Álvaro Erramuspe

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SÍGUENOS EN TWITTER

www.flasog.org
/@FLASOG

FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

SUSCRÍBETE

A NUESTRO CANAL DE YouTube

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
FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
INICIO
CONÓCENOS
CALENDARIO
CONGRESOS
PUBLICACIONES
CONTACTO
FLASOG
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
PRÓXIMOS EVENTOS