

ISSN:
DIGITAL: 2706-9494
IMPRESA: 2706-9486
INDEXACIÓN: BIREME - LILACS

Volumen 4, Número 3, Julio-Septiembre 2022

REVISTA AGOG ÓRGANO OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA

REVAGOG

AGOG

Asociación de Ginecología
y Obstetricia de Guatemala



BIQEq

**Acreea**[®]
Ciproterona + Etinilestradiol

*¡Creando
Equilibrio Hormonal!*

Para uso exclusivo del profesional.

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

DIRECTOR:

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

SUB-DIRECTOR:

Dr. Rodolfo Andrino

SECRETARIO:

Dr. Luis Rolando Hernández Guzmán

ASESORIA:

Licda. Alba Deli Ramos

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. Julio Lau

Dr. Gonzalo Samayoa

Dr. Héctor Oliva

Dr. Ronaldo Retana

Dr. Juan Carlos Zea V.

Dra. Diana Ambrosio

Dr. Jessen Hernández

JUNTA DIRECTIVA AGOG 2022

PRESIDENTE: Dr. Luis Rolando Hernández Guzmán

VICEPRESIDENTE: Dra. Ana Griselda Quijada Tejada

SECRETARIA: María Dolores Molina Rodríguez

PRO-SECRETARIA: Dra. Ana Mónica Batres Parada

TESORERO: Dr. Walter Omar Linares Pacheco

PRO-TESORERO: Dra. Silvia Estela Liuti de Brolo

VOCAL I: Dra. Aura Meliza Mejía Monroy

VOCAL II: Dra. Sara María Mendoza González

JUNTA DIRECTIVA SUBSEDE NOROCCIDENTE

PRESIDENTE: Dr. José Roberto Tay

SECRETARIA: Dra. Diana Ambrosio Mendoza

TESORERO: Dra. Karen López de León

VOCAL: Dra. Celia Rivas Morales

JUNTA DIRECTIVA SUBSEDE NORORIENTE

PRESIDENTE: Dr. Ronaldo Retana Albanes

SECRETARIO: Dr. Edgar Roberto Ruiz Morales

TESORERO: Dra. Mildred Cardona Avendaño

VOCAL I: Dr. Ricardo Cashaj López

VOCAL II: Dr. Juan Carlos Ríos Monge

COMITÉ DE ÉTICA Y TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Víctor Hugo González

Dr. Rodolfo Andrino

Dr. Luis Araujo

Dr. Cesar Augusto Reyes

Dra. Claudia De León

COMISIÓN ELECTORAL 2021-2023

PRESIDENTE: Dra. María Dolores Molina

SECRETARIO: Dr. Carlos Eduardo Taracena Palala

VOCAL I: Dra. Aletzia Sologaistoa

VOCAL II: Dra. Lisbeth Fernández

VOCAL III: Dr. Gerson Gálvez

COMISIONES

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA: Dra. Annia Quijivix Ulin

Índice - Index

88 EDITORIAL

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

90 MENSAJE DEL PRESIDENTE

Dr. Luis Rolando Hernandez Guzman

91 HOMENAJE A MAESTROS DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA - ROBERTO SANTISO GÁLVEZ

94 CASO CLÍNICO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO ENDOCERVICAL RECURRENTE

Dr. Rafael Enrique Lengua Reyes, Dr. Pedro Luis López Oseida, Lic. Ricardo Contreras, Ing. Fernando Lucero

98 SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO – FETAL: REPORTE DE CASO

Dra. Silvia Gabriela Hernández Mayén

102 NUEVOS CONCEPTOS SOBRE OSTEOPOROSIS EN EL ENVEJECIMIENTO

Dr. Oscar González Campos

106 ANTICONCEPCIÓN EN UN MARCO DE DERECHOS

Pio Iván Gómez-Sánchez

112 ANTICONCEPCIÓN ORAL LIBRE DE ESTRÓGENOS: ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ

Dra. Leslie Mariela A. Izaguirre

115 DOBLE CÉRCULO CERVICAL DE RESCATE, ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y MÉDICAS PARA EMBARAZOS A EDADES GESTACIONALES AVANZADAS

Dr. Roberto Rueda Glavey, Dra. Jenniefer Cumes Macz, Dra. Silvia Martínez Guzmán, Dra. Iris Barrios Nájera

119 LA FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN MUJERES CON MUTILACIÓN FEMENINA: UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA

Meritxell Oliver Marrugat, Sònia Anglès-Acedo, Camil Castelo-Branco

124 MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SOP: UN SEGUIMIENTO PROSPECTIVO HASTA UN PROMEDIO DE EDAD SOBRE LOS 80 AÑOS

Dra. Mariana Gaybor Guillen

126 SELECCIÓN DE RESÚMENES DE MENOPAUSIA 1-2

María Soledad Vallejo

132 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN MUJERES CON OBESIDAD ¿UNA ENFERMEDAD DE ALARMA?

Dra. Mónica José Rosotto Coronado

88 EDITORIAL

Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio

90 MESSAGE FROM THE PRESIDENT

Dr. Luis Rolando Hernandez Guzman

91 TRIBUTE TO MASTERS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS OF GUATEMALA - ROBERTO SANTISO GÁLVEZ

94 CLINICAL CASE: MUCINOUS ADENOCARCINOMA RECURRENT ENDOCERVICAL

Dr. Rafael Enrique Lengua Reyes, Dr. Pedro Luis López Oseida, Lic. Ricardo Contreras, Ing. Fernando Lucero

98 FETUS TRANSFUSION SYNDROME – FETAL: CASE REPORT

Dra. Silvia Gabriela Hernández Mayén

102 NEW CONCEPTS ON OSTEOPOROSIS IN AGING

Dr. Oscar González Campos

106 CONTRACEPTION IN A RIGHTS FRAMEWORK

Pio Iván Gómez-Sánchez

73 ESTROGEN-FREE ORAL CONTRACEPTION: A SAFE AND EFFECTIVE ALTERNATIVE

Dra. Leslie Mariela A. Izaguirre

115 DOUBLE CERVICAL RESCUE CERCLAGE, THERAPEUTIC AND MEDICAL ALTERNATIVES FOR PREGNANCIES AT ADVANCED GESTATIONAL AGES

Dr. Roberto Rueda Glavey, Dra. Jenniefer Cumes Macz, Dra. Silvia Martínez Guzmán, Dra. Iris Barrios Nájera

119 SEXUAL FUNCTION AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERY IN WOMEN WITH FEMALE MUTILATION: A COMPREHENSIVE REVIEW

Meritxell Oliver Marrugat, Sònia Anglès-Acedo, Camil Castelo-Branco

124 MORBIDITY AND MORTALITY IN POS: A PROSPECTIVE FOLLOW-UP TO A MEAN AGE OF ABOUT THE 80 YEARS

Dra. Mariana Gaybor Guillen

126 SELECTION OF SUMMARIES OF MENOPAUSE 1-2

María Soledad Vallejo

132 RELATIONSHIP OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN WITH OBESITY. AN ALARM DISEASE?

Dra. Mónica José Rosotto Coronado

Revista de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala es una publicación trimestral, Órgano oficial de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG). Los artículos son propiedad de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, el contenido de los artículos no necesariamente refleja el pensamiento de AGOG, por lo que el mismo es responsabilidad de los autores. Queda prohibida la reproducción parcial o total de su contenido por cualquier medio impreso o electrónico sin la autorización por escrito del Director de la revista. Dirección: Edificio Dubái Center, OFICINA 903-904, Guatemala, C.A., Teléfono +502 2331-2629, Correo Electrónico: info@agog.com.gt. La revista no se responsabiliza por las opiniones vertidas por los autores. Derechos reservados. Los miembros activos de la AGOG recibirán la revista sin costo alguno. Tiraje 3,000 ejemplares. Redacción, administración y edición: Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala. Producida e impresa por: Eurofarma, Dirección: Kilómetro 16.5 Carretera a El Salvador, cruce a Llanos de Arrazola, Fraijanes, Guatemala, C.A. El contenido completo de los artículos podrá consultarse en www.agog.com.gt, e.mail: info@agog.com.gt

Editorial



Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio
Director de REVAGOG

Nuevamente nos encaminamos a nuestro mayor evento científico dedicado a todos los ginecólogos y obstetras miembros de la Asociación Guatemalteca de Obstetricia y Ginecología AGOG, evento que cada año reúne a todos sus miembros y especialidades afines, en actividades académicas que son programadas para mantener el mas alto grado de educación médica continua de sus miembros y además de todas las actividades de programada cada semana, vía virtual; este año contamos con el entusiasmo de la Dra. Griselda Quijada, quien es la Vicepresidente de AGOG y por lo tanto Presidente del

Comité organizador del Congreso Nacional de Ginecología y Obstétrica, que debido a las emergencias que todos conocemos y sufrimos, se llevara a cabo no en Agosto sino hasta Noviembre del corriente año, en forma presencial; el comité organizador le esta poniendo toda su experiencia y entusiasmo en la búsqueda de ofrecer a todos los congresistas un programa novedoso científico, que de la oportunidad de participación directa en la presentación y discusión de cada uno de los temas a tratar.

No dudamos que la vía virtual, ha sido y será, una alternativa de poder llegar a todos en educación médica continua, sin embargo la vía presencial está demostrado que es la que prefieren los participantes a este tipo de eventos, por varias razones: calidad de aprendizaje, participación directa, búsqueda y selección de temas de interés, calidad de conferencistas, pero sobre todo también aspectos sociales, como reunirse con amigos y compañeros

ausentes, así como eventos de relajamiento individual de la practica medica diaria. El comité organizador espera la mayor asistencia, no dudando que la asistencia a estos eventos engrandece la preparación académica de todos los participantes, especialmente por los temas y calidad científica de sus presentaciones, así como de los trabajos libres de investigación a presentar; es importante recalcar en este tema, porque los trabajos libres, ponen de manifiesto la inquietud de sus autores en la investigación científica, tema importantísimo en el desarrollo de los profesionales de la medicina y del país, por lo que, esos trabajos pueden ser publicados en la revista REVAGOG.

En la presente edición de la REVAGOG, encontraremos publicados trabajos científicos, originales y de revisión de alta calidad académica, nacionales e internacionales, que enriquecen el conocimiento de sus lectores, que es el objetivo que se ha propuesto AGOG; no está demás invitar a los miembros de las sub sedes de AGOG y a las Asociación de Sub Especialidades de la Ginecología y Obstetricia a involucrarse en la investigación científica y publicaciones, que a través de REVAGOG pueden hacer, para lo cual estamos a sus órdenes, indicándoles las normas de publicación en la revista.

Ginna[®]

nitrato de fenticonazol

¡Alivia desde el primer día!



*Tubo con 40g.
7 aplicadores*

Para uso exclusivo del profesional.

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

Mensaje del Presidente

Estimados colegas y amigos:

Tengo el privilegio de dirigirme a Ustedes, para presentarles la tercera publicación de nuestro órgano informativo, REVAGOG, correspondiente a los meses de julio a septiembre, la que a no dudar será una herramienta muy valiosa para tener a mano y enriquecer nuestros conocimientos actualizados en los temas que en esta publicación se discuten.

Esta revista de carácter trimestral trae en su contenido, temas de suma importancia para el quehacer de la práctica clínica no solo del ginecoobstetra, sino de todos los colegas que otras especialidades afines que ya han hecho suya la revista, para enriquecer el contenido de la misma, el Dr. Julio Luis Pozuelos Editor, se ha dado a la tarea de convocar un sinnúmero de colaboradores internacionales amigos de AGOG, así como destacados Miembros de nuestra Asociación.

Vemos con mucho agrado la presencia de trabajos y publicaciones de algunos de los postgrados de la especialidad, así como de trabajos de Médicos Asociados, lo que nos llena de satisfacción, ya que, uno de los problemas que tenemos en el país, es la apatía para publicar; es por ello por lo que muchas veces nos tenemos que basar en tablas y contenido de poblaciones parecidas a la nuestra cuando realmente tenemos el suficiente material para publicar lo nuestro. envío de trabajos científicos que nutran cada uno de los volúmenes de esta y que reflejen los resultados de nuestro trabajo diario en el quehacer de la especialidad.

Por otro lado, les informamos que el programa del XLIX Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia de AGOG está casi listo; en esta ocasión con el tema “Por una práctica más humana en era virtual” bajo la Presidencia de la Dra. Griselda Quijada el que, sin duda alguna, llenará todas las expectativas académicas de propios y extraños.

En nombre de la Junta Directiva de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, AGOG, presento nuestro agradecimiento al editor de la revista, Dr. Julio Luis Pozuelos Villavicencio por permitirnos tener este órgano de difusión de conocimiento científico, dándonos la oportunidad de tener la única revista indexada de asociaciones médicas en Guatemala.

Un profundo agradecimiento a EUROFARMA y a la Licda. María José de la Cerda por el apoyo incondicional en la producción y distribución de REVAGOG.



Dr. Luis Rolando Hernandez Guzman
Presidente / Junta Directiva 2022

HOMENAJE A MAESTROS DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE GUATEMALA ROBERTO SANTISO GÁLVEZ



Roberto Santiso Gálvez, Ginecólogo y Obstetra, docente e investigador especialista en Salud Materno Infantil, nació en la ciudad de Guatemala el 7 de junio de 1932. Viajó a México con su familia cuando tenía 3 años y vivió en el Distrito Federal hasta los doce años. Regresó a Guatemala en donde continuó sus estudios y se graduó de Bachiller en Ciencias y Letras en el Instituto Normal Central para Varones en 1949. Siguió la carrera de Medicina en la Universidad de San Carlos de Guatemala, graduándose como Médico y Cirujano en noviembre de 1958.

Inició su carrera profesional como médico residente en el Hospital Roosevelt de Guatemala, donde trabajó hasta febrero de 1960. Partió luego a Montevideo, Uruguay para terminar su especialización como Ginecólogo y Obstetra en Uruguay, Brasil y Chile.

Sus años en América del Sur le permitieron ver otra realidad. La medicina allá estaba más avanzada y se hacía mucha investigación científica, lo que siempre le apasionó. Tuvo oportunidad de estudiar y luego trabajar en Montevideo, en el Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP, con el Dr. Roberto Caldeyro-Barcia, el padre de la perinatología, como le llamaban. Como primer director de dicho Centro, el Dr. Caldeyro-Barcia junto a su equipo médico realizó hallazgos cruciales sobre el sufrimiento fetal, el triple gradiente descendiente, las Unidades Montevideo o el parto humanizado, permitiendo el avance de la medicina en la atención del parto y del recién nacido. Fue allí en donde Roberto Santiso Gálvez se propuso, como uno de los objetivos más importantes de su vida, trabajar en Salud Pública, aportar a la reducción de la morbilidad materno infantil y ayudar a las mujeres a salvar sus vidas y las de sus niños.

Al regresar a Guatemala, ingresó al Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS– como Médico Residente por oposición, cargo que desempeñó de octubre de 1963 a junio de 1965. A partir de entonces y hasta octubre de 1968 fue Médico Encargado de la Clínica de Orientación Familiar del Centro Materno-Infantil. De octubre de 1968 a julio de 1969, laboró como Médico Asistente de Especialista de Orientación Familiar.

De agosto de 1969 a marzo de 1982 fue Médico Especialista y de agosto de 1982 al 30 de marzo de 1983 fue Médico Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Simultáneamente

fue profesor en el Departamento de Maternidad de la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Su interés en planificación familiar data de principios de 1962, cuando la Federación Internacional de Planificación Familiar para el Hemisferio Occidental fomentaba el interés en el tema y la Doctora Ofelia Mendoza, directora técnica de la IPPF, visitó varios países de América Latina para identificar a profesionales que reconocían la necesidad de planificación familiar y motivó en los diferentes países el establecimiento de asociaciones privadas que pudieran promover el concepto en el público en general y ofrecer información, educación y servicios de planificación familiar de buena calidad a precios accesibles para aquellas personas que los solicitaran, de manera particular a los más necesitados.

Fue así como, a principios de la década de los años 60, junto a diecinueve profesionales de la salud (médicos, enfermeras, sociólogos y trabajadoras sociales) preocupados por la alta tasa de morbilidad materno infantil en Guatemala, comenzó a trabajar lo privado para ofrecer los primeros servicios de planificación familiar. En 1964 se aprobó la fundación de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM), con una Junta de Directores encabezada por el doctor Enrique Castillo Arenales. En enero de 1965 APROFAM abrió su primera clínica en el Hospital Latinoamericano de la ciudad de Guatemala con un médico, una enfermera y una trabajadora social. En ese mismo año, el IGSS estableció su propio programa de planificación familiar, abriendo una Clínica de Consejería Familiar.

En 1965 el Doctor Roberto Santiso Gálvez fue nombrado Director Ejecutivo de APROFAM, cargo que ocupó hasta mediados de 1996. Durante esas tres décadas, APROFAM llegó a prestar información y servicios a más de tres millones de usuarios. Los servicios que iniciaron en la ciudad capital fueron extendiéndose hasta llegar a ofrecerlos en distintas regiones a nivel nacional. Se comenzó a trabajar con promotores voluntarios comunitarios que distribuían métodos anticonceptivos temporales y promovían el desarrollo familiar y personal por medio de educadores capacitados en atención primaria de salud. Se capacitó a madres a través de grupos de autosuficiencia familiar, capacitándolas para resolver necesidades urgentes de desparasitación, nutrición, purificación del agua, manualidades, corte y confección, granjas avícolas y

porcinas, con el fin de ayudarlas a generar recursos e incorporarlas en el proceso de desarrollo de sus comunidades.

Durante la dirección del doctor Santiso Gálvez, APROFAM llegó a contar con 12 clínicas integrales, 29 consultorios médico familiares, 1 clínica central, 2 clínicas periféricas, 5 unidades mínimas de planificación familiar, un centro de atención del parto –CEPAR-, un centro de orientación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual –CODETS- y una clínica de atención integral de la mujer. En estos centros de atención se ofrecieron servicios clínicos de ginecología, Papanicolaou, colposcopia, control pre y post natal, control del crecimiento y desarrollo del niño, metodología anticonceptiva, laboratorio clínico y citológico, tratamiento de la infertilidad, atención del parto, cirugía ginecológica y ultrasonido. Además se abrió el Centro del Adolescente “El Camino” en donde se ofreció educación integral de vida familiar y clínica odontológica, psicológica y médica a cientos de miles de adolescentes, además de actividades educativas y socio culturales.

Los Departamentos de Investigación, Evaluación y Estadística, Informática, Educación, Capacitación y Comunicaciones de APROFAM fueron célebres durante esos años por su excelente profesionalismo y calidad, obteniendo premios y distinciones a nivel internacional y llegando a convertirse en centros de capacitación para diferentes países de América Latina. El doctor Santiso creyó siempre en capacitar y estimular a su personal y promovió su participación en cursos, talleres, diplomados, conferencias y congresos a nivel nacional e internacional. APROFAM tuvo un papel de liderazgo en América Latina con sus campañas de sensibilización, información y educación, premios periodísticos, investigación sobre planificación familiar y salud reproductiva, abogando por temas de demografía y población ante los autores de políticas públicas, realizando campañas de sensibilización, información y educación para el público en general y capacitando en técnicas modernas y participativas al personal administrativo, médico y clínico.

El doctor Roberto Santiso Gálvez fue miembro y Presidente de la Junta Directiva de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), de la Federación Centroamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Centro América (FECASOG) y de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG). Presidente del Comité Organizador del XII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia celebrado en Guatemala en 1987. Fue Presidente del Comité Organizador del IX Congreso Internacional de la Sociedad para los Avances de la Anticoncepción celebrada en Guatemala en 1995. Entre 1988 y 2005 fue miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial de Ginecología y Obstetricia (FIGO), del Comité Internacional de Maternidad Segura, del Comité Internacional de Enfermedades Infecciosas en Ginecología y Obstetricia, del Comité Internacional de Educación Médica y del Panel Mundial de Expertos

en Maternidad Segura de FIGO.

En 1993 fue declarado por FLASOG Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana en la ciudad de Montevideo, Uruguay. Fue declarado Miembro Honorario de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia de Ecuador y Paraguay y de la Federación Brasileña de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Tras dejar APROFAM, el doctor Santiso Gálvez siguió trabajando y ofreciendo consultoría a nivel nacional e internacional.

En 2003 y 2004 fue Coordinador del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala. De 2005 a 2007 Consultor del Fondo de Población de las Naciones Unidas. De 2008 a 2015 trabajó en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala en temas de modernización de hospitales, planificación familiar, disminución de la morbilidad materno infantil, aseguramiento de anticonceptivos, calidad de atención, cambio de actitudes y comportamiento, y salud sexual y reproductiva. Fue Profesor Afiliado de Salud Materno Infantil de la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala y durante varios años formó parte de la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos en Guatemala como experto.

Ha sido autor y coautor de numerosas investigaciones y artículos científicos. Editó en 1996 en el volumen 1, el capítulo de Fertilidad y Planificación Familiar del libro de texto de FLASOG para Ginecólogos y Obstetras. En 1997 fue invitado por la Revista International Journal of Gynecology and Obstetrics de FIGO para escribir el artículo “Efectos de la Parasitosis Crónica en la salud de la Mujer Embarazada” para el Segundo Informe Mundial sobre la Salud de la Mujer. Ha sido contratado por la Universidad de Tulane de los Estados Unidos para investigar y escribir publicaciones científicas e investigaciones internacionales sobre planificación familiar y salud reproductiva.

Cuenta con más de 36 publicaciones sobre salud reproductiva, fertilidad, planificación familiar, maternidad segura, enfermedades de transmisión sexual, técnicas quirúrgicas de anticoncepción, distribución comunitaria, evaluación de programas de comunicación, opinión pública, participación masculina en la planificación familiar, indicadores de salud reproductiva y planificación familiar, prevalencia de uso de anticonceptivos, el impacto del acceso a los servicios, aceptación de anticonceptivos en Guatemala, entre otros.

Entre sus últimas publicaciones internacionales en Planificación Familiar : “The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala” Human Organization Journal. Vol. 63 No.1, Spring 2004. Santiso R. Bertrand J.

“La Revolución Mundial de la Planificación Familiar: Tres Décadas de Políticas y Programas de Población,” Banco Mundial, Warren. Robinson, John A Ross. 2008 Pags169-190.” Guatemala : “Los días Pioneros de la Planificación Familiar” Roberto Santiso Gálvez, Jane T Bertrand “ 2008.

“Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Los Logros de 50 años”. Jane T Bertrand, Victoria Ward, Roberto Santiso. USAID, Measure Evaluation, Tulane University Octubre, 2014.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

“MENOPAUSIA EN EQUILIBRIO”

FLASCYM



CURSO INTRACONGRESO

SIMPOSIOS

MESAS CON EXPERTOS

CONFERENCIAS

CHARLA COMUNITARIA

X CONGRESO

21 al 23
SEPTIEMBRE

2022

Asunción, Paraguay

MODALIDAD HÍBRIDA

www.flascymasuncion2022.com



EXPOSITORES:



INFO Y RESERVAS: +595 21 205690, +595 981 358118 - flascymparaguay@gmail.com

ARTÍCULO ORIGINAL

CASO CLÍNICO: ADENOCARCINOMA MUCINOSO ENDOCERVICAL RECURRENTE

Dr. Rafael Enrique Lengua Reyes
Dr. Pedro Luis López Oseida
Lic. Ricardo Contreras
Ing. Fernando Lucero

TRATAMIENTO CONSERVADOR UTILIZANDO NUEVAS TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL DE ALTA TASA DE DOSIS IR192 GUIADA POR IMÁGENES.

RESUMEN

El cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más común en las mujeres en todo el mundo y la cuarta causa de mortalidad del cáncer en mujeres. En Guatemala, es el quinto cáncer más común y la tercera causa de mortalidad por cáncer. (1) El carcinoma tiene su origen en la unión escamocolumnar; puede involucrar las células escamosas externas, células glandulares internas o ambas. A medida que se vuelve invasivo, atraviesa la membrana basal e invade el estroma cervical, el cual puede manifestarse como ulceración, tumor exofítico o infiltración extensa del tejido subyacente, incluida la vejiga o el recto. (2)

El siguiente caso que se presenta es de una mujer de 38 años con cáncer de endocérvix recurrente, de histología adenocarcinoma mucinoso bien diferenciado. Esta fémina tiene un antecedente de cirugía oncológica en el 2012 y posterior braquiterapia, con recurrencia local en 2017 con compromiso de recto y vejiga, teniendo como única opción terapéutica, hasta ese momento, la exenteración pélvica, motivo por el cual consulta Hope Internacional donde se ofrece tratamiento conservador con radioterapia externa concomitante con quimioterapia mas braquiterapia intersticial, obteniendo respuesta completa, la cual se mantiene hasta la fecha.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino inicia con una lesión precursora de displasia: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o adenocarcinoma

in situ, que posteriormente puede convertirse en cáncer invasivo. El principal factor de riesgo es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). (3) Múltiples subtipos de VPH infectan a los humanos, los subtipos 16 y 18 se han asociado más estrechamente con displasia de alto grado y cáncer, con un riesgo de 11 a 16,9 veces mayor de desarrollo rápido de NIC. (4)

El diagnóstico se realiza por citología cervical (prueba de Papanicolau) aunque las técnicas moleculares para identificación de ADN del VPH son opciones de detección. (5) La sintomatología más común es el sangrado vaginal, aunque se puede acompañar con flujo vaginal inusual, dolor pélvico, dispareunia y sangrado poscoital. El examen físico se debe acompañar con examen pélvico, citología cervical, colposcopia y biopsia. (6)

El pronóstico se ve afectado por la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico, en donde se clasifica según la etapa clínica, donde se toma en cuenta el tamaño del tumor, estado de los ganglios linfáticos pélvicos, paraorticos y la edad de la paciente. (7) El carcinoma de células escamosas (epidermoide) comprende aproximadamente el 90 % de todos los casos, seguido del adenocarcinoma con tan solo el 10 %. Los carcinomas adenoescamosos y de células pequeñas son relativamente raros. (8,9)

Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) es el sistema de estadificación más utilizado para definir las etapas en el cáncer de cuello uterino. (10) En estadios FIGO IB2 a IVA el tratamiento concomitante de radioterapia con quimioterapia a base de platino demostró una franca ventaja en supervivencia. (11,12,13,14,15)

- Dr. Rafael Enrique Lengua Reyes, rafael.lengua.reyes@gmail.com. médico especialista en Radioterapia, Hope International, Guatemala.
- Lic. Ricardo Enrique Contreras Folgar, rcontrerasfisica@gmail.com. Físico Médico, Hope International, Guatemala.
- Ing. Juan Fernando Lucero Morataya, juanferlucero@gmail.com . Físico Médico, Hope International, Guatemala.
- Dr. Pedro Luis López Oseida, pedrolopez04021991@gmail.com, residente II de Oncología Médica IGSS, Guatemala.

La braquiterapia es un tratamiento local en el cual se administran altas dosis de radiación al tumor cervical primario y/o lesión parametrial residual adyacente con mínima contribución de dosis a los órganos vecinos, ya que la fuente radioactiva está en contacto o atravesando la lesión. La braquiterapia puede ser de baja tasa de dosis o alta tasa de dosis (LDR y HDR en sus siglas en inglés). Actualmente, se recomienda la BQT de alta tasa guiada por imágenes ya que ofrece múltiples ventajas como lo son: tratamiento ambulatorio, corta duración, planificación basada en imágenes tomográficas o resonancia magnética, lo que permite una mejor distribución de dosis en los diferentes volúmenes a tratar y conocer con exactitud la dosis que reciben los órganos de riesgo como la vejiga y recto. La dosis por fracción varía entre 5 y 8 Gy y se administran entre 3 y 6 sesiones. Se pretende alcanzar una dosis equivalente igual o mayor a 85 Gy, al sumar los dos tratamientos (RTE+BQT). Siempre que la elección del tratamiento del cáncer de cérvix sea radio quimioterapia, la radioterapia debe ir acompañada de braquiterapia independientemente del estadio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años de edad con antecedente de cáncer de cérvix diagnosticado en el 2012, tratada con cirugía oncológica y braquiterapia, con reporte de patología consistente con adenocarcinoma mucinoso endocervical bien diferenciado que infiltra más del 50 % de la pared cervical sin invasión linfovascular. En junio de 2017 inicia con dolor lumbar asociado a cansancio. Por persistir molestias, consulta con un médico y solicitan ultrasonido renal donde reporta estrechez de uréter izquierdo e hidronefrosis secundaria. Refieren con urólogo donde solicitan cistoscopia donde se encuentra lesión de 1 cm a nivel de trigono de vejiga urinaria, estrechez uretero-piélica izquierda, estrechez de unión uretero-vesical e hidronefrosis, motivo por el cual colocan catéter doble J. Solicitan tomografía, reporta imagen engrosada con zonas de necrosis y pérdida de planos grasos entre recto y vejiga hallazgos sugestivos de infiltración, cérvix de 1.7 cm de espesor e impronta el piso vesical, vejiga urinaria distendida. Se le ofrece tratamiento quirúrgico, tipo exenteración pélvica. Paciente consulta a Hope Internacional, para segunda opinión. Al examen físico con genitales externos de aspecto sano, a la palpación tumor que invade completamente la cúpula vaginal, nodular, indurado de 5 cm aproximadamente, especuloscopía se visualiza lesión ulcerada no sangrante en cúpula vaginal, ambos parametrios comprometidos completamente. Por histología, edad, invasión a vejiga, recto y tipo de cirugía indicada, se discute caso con el equipo multidisciplinario donde se decide radioterapia externa, técnica Rapid Arc concomitante con quimioterapia más braquiterapia intersticial HDR guiada por imágenes. (Imágenes 1,2 y 3).

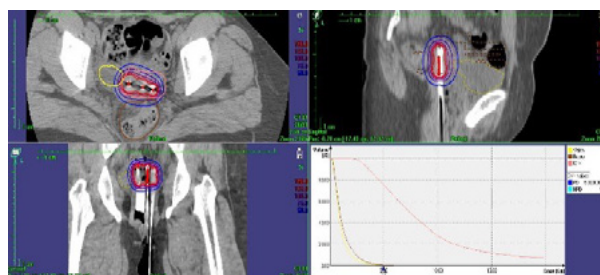


Figura No. 1 Vista General del Plan

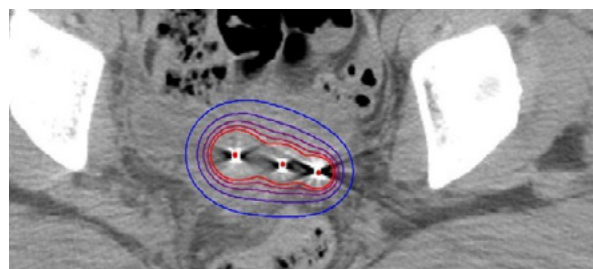


Imagen No. 2 Curvas de isodosis vista axial

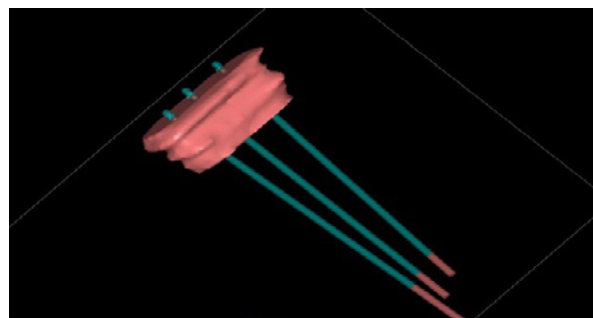


Imagen No. 3. Reconstrucción tridimensional

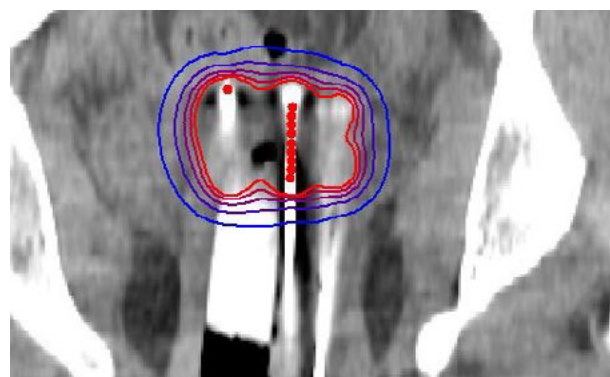


Imagen No. 4 Curvas de Isodosis vista coronal

Se realiza tratamiento radiante, el cual finaliza el 24 de agosto de 2017. Se realizan 3 aplicaciones de braquiterapia HDR Ir 192 colocando las agujas intersticiales guiadas por tomografía, bajo sedación. Última braquiterapia el 4 de septiembre de 2017. El colocar agujas intersticiales para administrar la braquiterapia era indispensable en esta paciente ya que con los aplicadores convencionales no se alcanzaba a cubrir con la curva de dosis del 100% el tumor residual (ver imagen 4). Paciente toleró tratamiento sin complicaciones importantes. Únicamente presentó disuria, aumento en la frecuencia para ir a defecar y deposiciones blandas, síntomas que desaparecieron a las 3 semanas de haber finalizado tratamiento.

A la evaluación médica en seguimiento 3 meses posterior a tratamiento, no se palpan masas o nódulos, tomografía sin evidencia de enfermedad residual. Paciente acude a seguimiento 6 meses, 1 año, 2 años, 3 años y 4 años y medio post tratamiento con citologías negativas, examen físico normal y tomografías sin datos de recurrencia. Paciente no presentó complicaciones crónicas y se encuentra en excelente estado general. (Imágenes 5 y 6)

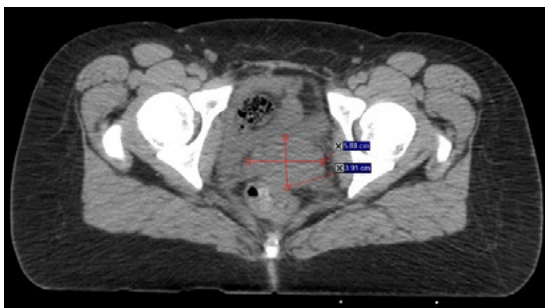


Imagen 5. Imagen del 18 Julio 2017



Imagen 6. Imagen del 25 abril 2022

DISCUSIÓN

El cáncer de cuello uterino recurrente es de mal pronóstico ya que entre el 50 al 60 % de las recurrencias se dan a distancia (extra pélvicas) y los que recurren a nivel local tienen como una alternativa quirúrgica la exenteración pélvica, a la cual muchas de las pacientes no son candidatas y algunas pacientes que si lo son, la rechazan por lo agresivo, riesgoso y mutilante del procedimiento. Es allí donde

las nuevas técnicas de radioterapia externa y braquiterapia de alta tasa de dosis, intracavitaria e intersticial, las cuales son guiadas por imágenes en concomitancia con quimioterapia, juegan un papel importante en rescate de la recurrencia local logrando conservar los órganos pélvicos y una supervivencia libre de progresión superior a 34 meses. (18) En el caso de este paciente se ha superado los 50 meses de sobrevida.

La importancia de presentar este caso es que se trata de una paciente joven, con un cáncer de endocérnix recurrente, con histología desfavorable, poco frecuente quien fue manejada de forma multidisciplinaria con radioterapia externa concomitante con quimioterapia y braquiterapia intersticial de alta tasa de dosis guiada por imágenes, quien presentó respuesta completa a pesar de lo localmente avanzado del tumor, el cual comprometía trigono vesical y pared anterior del recto. Paciente actualmente tiene 4 años y 6 meses de sobrevida libre de enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Sung H, F. J. (2020). Global Cancer Statistics 2020. Recuperado el mayo de 2022, de GLOBOCAN: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/320-guatemala-fact-sheets.pdf>
- 2) IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Human papillomaviruses. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 100 (Pt B), 255-313, 2012.
- 3) Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al.: Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet 370 (9590): 890-907, 2007.
- 4) Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, et al.: The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. J Natl Cancer Inst 97 (14): 1072-9, 2005.
- 5) Human papillomavirus testing for triage of women with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions: baseline data from a randomized trial. The Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) Group. J Natl Cancer Inst 92 (5): 397- 402, 2000.
- 6) Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al.: Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. J Natl Cancer Inst 102 (5): 325- 39, 2010.
- 7) The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. National Cancer Institute Workshop. JAMA 262 (7): 931-4, 1989.
- 8) Lee YY, Choi CH, Kim TJ, et al.: A comparison of pure adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix after radical hysterectomy in stage IB-IIA. Gynecol Oncol 120 (3): 439-43, 2011.
- 9) Bethwaite P, Yeong ML, Holloway L, et al.: The prognosis of adenosquamous carcinomas of the uterine cervix. Br J Obstet Gynaecol 99 (9): 745-50, 1992.

- 10) Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, et al.: Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet* 155 (Suppl 1): 28-44, 2021.
- 11) Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al.: Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. *J Clin Oncol* 17 (5): 1339-48, 1999.
- 12) Morris M, Eifel RJ, Lu J, et al.: Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 340 (15): 1137-43, 1999.
- 13) Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al.: Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *N Engl J Med* 340 (15): 1144-53, 1999.
- 14) Keys HM, Bundy BN, Stehman FB, et al.: Cisplatin, radiation, and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma. *N Engl J Med* 340 (15): 1154-61, 1999.
- 15) Peters WA, Liu PY, Barrett RJ, et al.: Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *J Clin Oncol* 18 (8): 1606-13, 2000.
- 16) Yicel BH, Michelle VQ, Jesús PR, et al; Braquiterapia de alta tasa de dosis en cáncer cérvico-uterino, experiencia en el servicio de radio-oncología del hospital general de México. *Gaceta mexicana de oncología, ELSEVIER*. vol.10.num.4.pag 201-209 jul 2011.
- 17) Chung HC, Ros W, Delord JP, et al. Efficacy and Safety of Pembrolizumab in Previously Treated Advanced Cervical Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol*. 2019 Jun 10;37(17):1470-1478. doi: 10.1200/JCO.18.01265.
- 18) Thomas GM, Dembo AJ, Black B, et al.: Concurrent radiation and chemotherapy for carcinoma of the cervix recurrent after radical surgery. *Gynecol Oncol* 27 (3): 254-63, 1987

ARTÍCULO ORIGINAL

SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO – FETAL: REPORTE DE CASO

Dra. Silvia Gabriela Hernández Mayén
Dr. Ilder Augusto Alvarado Recinos
Dra. Jennifer Cumes Macz

RESUMEN

El síndrome de transfusión feto – fetal (STFF) se presenta con mayor frecuencia en los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos. Se presenta el caso de una mujer con embarazo gemelar en quien se diagnostica tal patología tardíamente.

Palabras clave: transfusión feto fetal, embarazo gemelar, patología fetal, secuencia anemia policitemia.

INTRODUCCIÓN

El STFF se presenta en el 10 al 30% de los embarazos gemelares monocoriales y es responsable del 17% de la mortalidad perinatal observada en los embarazos gemelares.¹

En la totalidad de las placentas monocoriales se encuentran anastomosis vasculares de diversos tipos (superficiales y profundas; AA, VV y arteriovenosas (AV)). Las anastomosis AV profundas irrigan un cotiledón de manera unidireccional; para que el intercambio de sangre permanezca balanceado debe existir otra anastomosis AV en sentido opuesto con la misma cantidad de sangre; cuando ocurre un desbalance de las anastomosis vasculares intraplacentarias entre las dos circulaciones fetales, se produce una derivación unidireccional de la sangre; uno o más cotiledones estarían aislados del circuito arterial de un gemelo (donante) y drenados por el circuito venoso del otro gemelo (receptor). Según el tipo de anastomosis presentes, las placentas de los embarazos gemelares monocoriales han sido clasificadas en cuatro tipos diferentes. (Tabla 1).^{1,2,3}

Se ha documentado prevalencia entre el STFF y el tipo de placenta; desarrollándose en forma casi constante cuando la placenta

presenta únicamente anastomosis AV profundas (tipo B), por lo que la presencia de un desbalance hemodinámico entre las circulaciones de los gemelos resultará en un cuadro conocido como secuencia gemelar oligohidramnios/ polihidramnios (SGOP).¹

El diagnóstico ultrasonográfico puede efectuarse en forma correcta en más del 80% de los casos. Se sospecha de STFF ante la presencia de una gestación gemelar con una placenta única y una membrana interamniótica delgada donde se encuentra una discordancia entre los volúmenes de líquido amniótico. El hallazgo de un “gemelo atrapado” inmóvil, pegado a la pared uterina, más pequeño que el otro gemelo, que presenta polihidramnios, frecuentemente con vejiga distendida y ocasionalmente con signos de hidrops; es un hallazgo prácticamente confirmatorio. Antes de la semana 20 de gestación, polihidramnios es aquel índice de líquido amniótico (ILA) mayor a 8 cm y oligohidramnios un ILA menor de 2 cm; posterior a la semana 20 un ILA mayor de 10 cm define polihidramnios; manifestaciones que pueden encontrarse en el STFF, se resumen en la Tabla 2.^{1,3}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años; tercera gesta, antecedente de 2 abortos espontáneos, fecha de última regla confiable 25/06/2021, sin ningún otro antecedente patológico, ultrasonido extrahospitalario del 11/08/2021 reportando embarazo de 12 semanas para esa fecha; acude a su primera cita de control prenatal con 33 semanas de edad gestacional; se solicita realización de ultrasonido para evaluar corionicidad y los hallazgos ultrasonográficos evidencian:

Embarazo gemelar monocoriónico biamniótico, placenta única anterior grado I, inserción del cordón del gemelo B en borde marginal derecho placentario, gemelo A en lado izquierdo a 48mm

- Dra. Silvia Gabriela Hernández Mayén, sghm17@gmail.com Celular: 55956668. Médico Residente Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo (HGJJAB) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Zona 6, Guatemala.
- Médico Residente de Radiología e Imágenes Diagnósticas, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo (HGJJAB) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Zona 6, Guatemala.
- Dra. Jennifer Cumes Macz, Ginecólogo y Obstetra, jefe de ultrasonido, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo (HGJJAB) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Zona 6, Guatemala.

del otro cordón (Figura 1 y 2). Se visualiza trayecto de vasos al doppler color entre ambos cordones. (Figura 3) Gemelo A (Gemelo receptor): cefálico, lado izquierdo materno, con una bolsa amniótica máxima de 11.7 cm (polihidramnios), con arteria umbilical única, crecimiento fetal en el 50 percentil. Gemelo B (Gemelo donador): en podálica, lado derecho materno, con una bolsa amniótica máxima de 2.6 cm (oligohidramnios), (Figura 4 y 5); aún se visualiza vejiga fetal, crecimiento fetal en el 20 percentil, doppler AU con índice de pulsatilidad en 1.14 (50 percentil), ACM no evaluable, ductus venoso conservado. Impresión ultrasonográfica: síndrome de transfusión feto fetal grado de severidad I.

Mujer trasladada a clínica de alto riesgo para seguimiento de caso, se inicia monitoreo fetal, se explican signos y síntomas de alarma, se solicitan laboratorios de rutina; 7 días después mujer asiste a cita de monitoreo fetal en donde se reclasifica como categoría 2 de Quintero ya que no se observa vejiga de gemelo donante, gemelo receptor presenta trazo categoría II; es ingresada para repetir el mismo y según ello valorar resolución; tras su ingreso al servicio de labor y partos, feto receptor presenta NST no reactivo, se decide realización de cesárea de urgencia, ambos recién nacidos son de sexo femenino, con 33 semanas por Ballard, pequeñas para edad gestacional, APGAR 8-9, no ameritan reanimación respiratoria, son ingresadas por prematuridad; evolución al nacimiento favorable.

DISCUSIÓN

Todos los embarazos gemelares monocoriónicos comparten anastomosis vasculares de tal forma que se mantienen en una constante transfusión intergemelar, pero una minoría presenta el STFF. Se ha considerado el STFF exclusivamente una complicación de los embarazos monocoriónicos-biamnióticos, pero ocasionalmente se ha demostrado en dicoriónicos;^{4,5} complicación potencialmente mortal.⁴

El STFF se caracteriza por un desequilibrio del flujo sanguíneo a nivel placentario hacia cada feto, secundario a la presencia de anastomosis arterio-venosas (AV, 28%), veno-venosas (VV, 33%), arterio-arteriales (AA, 28%) y otras (11%); tales anastomosis pueden ser superficiales, profundas o combinadas; su forma más grave es la derivación AV sin conexiones AA o VV que compensen;⁶ es así que una distribución irregular del riego sanguíneo y por lo tanto de nutrientes que conlleva a que un feto (receptor) presente policitemia, hipervolemia, hipertensión que evolucione a insuficiencia cardíaca congestiva, mientras que el otro (donante) desarrolle anemia, hipovolemia, hipotensión, oligoamnios y restricción de crecimiento⁷; la evolución en éste caso fue favorable lo que hace considerar la posibilidad de existencia de anastomosis con colaterales superficiales dado que el feto receptor tenía arteria umbilical única de lo contrario la evolución podría haber sido muy distinta.

Aunque el STFF puede presentarse a cualquier edad gestacional, la mayoría se presenta entre las 15 y 26 semanas de gestación; por ello, a tal tiempo se recomienda una mayor vigilancia para una detección precoz, con realización de ultrasonidos cada 2 semanas a partir de la semana 16 de gestación según recomendaciones de la ACOG; aparición más temprana del STFF se asocia a un peor pronóstico.^{4,8}

El diagnóstico se establece con criterios ultrasonográficos, y han sido descritos estadios progresivos o evolutivos del STFF, conocidos como clasificación de Quintero, útiles como pronóstico, dan pauta a la posibilidad de establecer un plan terapéutico (Tabla 3); si el diagnóstico se realiza antes de la semana 26 de gestación es conocido como STFF, de lo contrario se denomina secuencia anemia policitemia.⁷ Luego del nacimiento, el diagnóstico se realiza al presentar características como: signos de restricción de crecimiento intrauterino, un gemelo pálido y otro pletórico; niveles de hemoglobina discordantes, anemia y policitemia en el donador, y en el receptor hiperbilirrubinemia.⁶

El tratamiento dependerá de la edad gestacional al momento de realizar el diagnóstico y estadio en el cual se encuentre; a medida en que se desarrolla el embarazo, si la situación no se corrige uno o ambos fetos pueden morir.⁷ Es así que como opciones terapéuticas se tienen: el manejo expectante (no recomendado), septostomía (perforación intencionada de la membrana divisoria para crear una cavidad monoamniótica e igualar volúmenes), amniorreducción seriada (se coloca una aguja en el saco con polihidramnios para drenar el exceso de líquido amniótico, y se detiene al llegar a un volumen normal), oclusión del cordón y fotocoagulación con láser por fetoscopia (su finalidad es separar las dos circulaciones fetales para evitar el paso masivo de sangre del feto donante al receptor;⁵ es la única capaz de corregir la alteración fisiopatológica de base que conlleva a la presentación del STFF; tratamiento de primera línea para el STFF de inicio temprano.). La amniorreducción seriada y la septostomía son consideradas intervenciones paliativas.⁴

Relacionado al pronóstico postnatal los casos no tratados de STFF tienen una mortalidad de hasta 90%, eso dependerá de la gravedad de la anomalía vascular; pese a la terapéutica actual el STFF sigue representando 10-17% de mortalidad perinatal; la resolución en su mayoría es por cesárea y la morbi-mortalidad aumenta en aquellos que permanecieron mayor tiempo intraútero con un gemelo muerto.⁸ La detección oportuna asociado a un estadio precoz del STFF, más el tratamiento ideal y seguimiento individualizado permite una mejor evolución y desenlace.⁹

AGRADECIMIENTOS

Dr. Remigio Juárez – Ginecólogo y Obstetra, jefe de ultrasonido, Hospital General Dr. Juan José Arévalo Bermejo (HGJJAB) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Zona 6, Guatemala.

FIGURAS Y TABLAS:

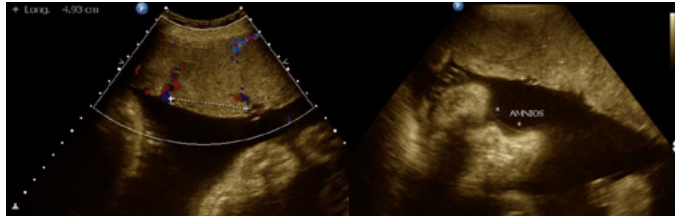


Figura 1 y 2. Embarazo gemelar monocoriónico biamniótico con placenta única anterior grado I, inserción del cordón del gemelo B en borde marginal derecho placentario, gemelo A en lado izquierdo a 48mm del otro cordón. En la figura 2, se observa el amnios en extrema proximidad con el gemelo B.

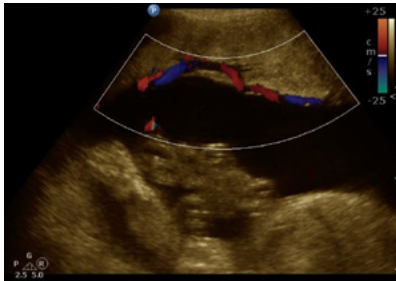


Figura 3. Se visualiza trayecto de vasos al doppler color entre ambos cordones.

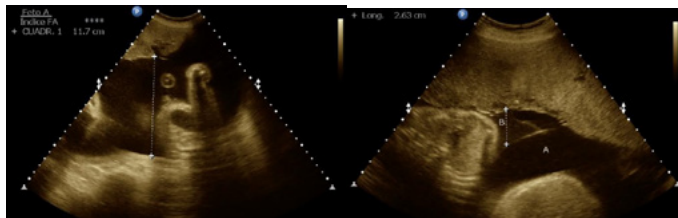


Figura 4 y 5. Gemelo A (Gemelo receptor), con una bolsa amniótica máxima de 11.7 cm (polihidramnios), Gemelo B (Gemelo donador), con una bolsa amniótica máxima de 2.6 cm (oligohidramnios).



Figura 6. Gemelo A (Gemelo receptor): en céfalo lado izquierdo materno, con arteria umbilical única, crecimiento fetal en el 50 percentil.



Figura 7. Gemelo B (Gemelo donador): en podálica, lado derecho materno, crecimiento fetal en el 20 percentil.

Tabla 1.
Tipos de placentas en embarazos **monocoriales** según el tipo de anastomosis

Placenta	Anastomosis
Tipo A	Sin anastomosis vasculares
Tipo B	Sólo anastomosis arterio – venosas
Tipo C	Sólo anastomosis superficiales
Tipo D	Anastomosis arterio – venosas y superficiales

Fuente: De elaboración propia, tomado de: Daniel Cafici; Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal.

Tabla 2.
Criterios diagnósticos del síndrome de transfusión feto – fetal

Hallazgos comunes	Embarazo gemelar con placenta única	
	Donante	Receptor
Mismo sexo de ambos gemelos	Mismo sexo de ambos gemelos	
Hígado aumentado de tamaño	Hígado aumentado de tamaño	
Aumento del espesor de la translucencia nucal	Aumento del espesor de la translucencia nucal	
Plegamiento de la membrana interamniótica	Plegamiento de la membrana interamniótica	
Líquido amniótico	Oligohidramnios	Polihidramnios
Vejiga	Ausente o muy pequeña	Rápida acumulación después de la amniocentesis
Posición del feto	Atrapado	Aumentada de volumen
Doppler AU	Aumento de la resistencia en la arteria umbilical	
Doppler ACM	Disminución de la velocidad media	Disminución de la resistencia
Doppler A. Aorta	Disminución de la velocidad media	
Ductus venoso	Flujo ausente o reverso durante la contracción auricular	
Vena umbilical	Flujo pulsátil	

Fuente: De elaboración propia, tomado de: Daniel Cafici; Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal.

Tabla 3.
Estadio evolutivo / clasificación de Quintero

I	Secuencia hidramnios/oligohidramnios Vejiga visible en feto donador Doppler normal
II	Secuencia hidramnios/oligohidramnios Vejiga no visible en el feto donador Doppler normal
III	Secuencia hidramnios/oligohidramnios Vejiga no visible en el feto donador Doppler alterado
IV	Hidrops, ascitis, derrame pleural o pericárdico
V	Muerte de uno o ambos fetos

Nota: Adaptado de Aller J, Pagés G. Obstetricia moderna; Gabbe, Niebyl, Simpson, Landon, et al. Obstetricia: embarazos normales y de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Cafici D, Sepúlveda W. Ultrasonografía en Obstetricia y diagnóstico prenatal. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2018. P. 518-524
- 2) Monge, C. Síndrome de transfusión feto – fetal. Revista Médica Sinergia. 2018; vol. 3 (3). p. 13-6.
- 3) Robaina, G. Riesgo, S. Tristá, E. Síndrome de transfusión feto – fetal con riñón único ectópico en gemelar donante. Presentación de un caso. Revista Scielo. 2016; vol. 14(5). p. 555–60.
- 4) Newman RB, Ramsey E. Capítulo 32: gestaciones múltiples. En: Gabbe, Niebyl, Simpson, Landon, et.al. Obstetricia: embarazos normales y de riesgo. Elsevier: 7a edición. p. 743-73.
- 5) Recari Elizalde E, Lara Gonzalez JA, Engels V. Capítulo 49: el embarazo y el parto gemelar. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas marte. p. 401-14.
- 6) Rasines MI, Aller J. Capítulo 20: embarazo múltiple. En: Aller J, Pagés G. Obstetricia moderna. McGraw- Hill- interamericana. p. 264-76
- 7) Gonzalez A. Capítulo 9: embarazo múltiple. En: Usandizaga JA. De la Fuente P. Obstetricia y ginecología. Marbán. p. 412-25.
- 8) Durán Morales MA, Ariza Parra EJ. Síndrome de transfusión feto fetal: una mirada global a la enfermedad. Med Unab. Dic 2015-Mar 2016; 18(3): 204-12.
- 9) Cordero González G, Santillán Briceño V, Frías Madrid B, Carrera Muiños S. et. al. Síndrome de transfusión feto fetal: resultados neonatales en un hospital de tercer nivel en la ciudad de México. Perinatol Reprod Hum. 2016; 30(1):2-8.

No todos los productos
oncológicos son iguales



letrozol

BI  **Eq**

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

Para uso exclusivo del profesional.

NUEVOS CONCEPTOS SOBRE OSTEOPOROSIS EN EL ENVEJECIMIENTO

Dr. Oscar González Campos

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una patología que aumenta su prevalencia mientras mayor sea la edad de las mujeres y mayor sea el tiempo transcurrido desde su menopausia. Esto debe ser rigurosamente considerado por los programas de medicina preventiva, sobre todo cuando actualmente la población femenina está alcanzando una longevidad sin precedentes.

A principios de la década de 1990, la osteoporosis se definió como una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura que tiene como resultado un aumento de la fragilidad ósea y una mayor susceptibilidad a la fractura. Esta definición sustenta los conceptos fundamentales de fractura y densidad mineral ósea (DMO). Estudios recientes han determinado que en mujeres menopáusicas la edad es un factor de riesgo independiente para una DMO baja y que el síndrome metabólico aumenta el riesgo de desarrollar osteopenia u osteoporosis.¹

Las fracturas por fragilidad son el resultado de fuerzas mecánicas que normalmente no tendrían como consecuencia una fractura. La OMS las ha cuantificado como fuerzas equivalentes a una caída desde o menor a una altura de pie. La presencia de una fractura por fragilidad de la columna vertebral, cadera, antebrazo o pelvis se acepta generalmente como diagnóstico de la osteoporosis y una indicación de tratamiento. El riesgo de una fractura osteoporótica posterior, es mayor inmediatamente después de la fractura índice y disminuye progresivamente con el tiempo. Este riesgo es especialmente alto en los primeros 2 años después de esta primera fractura. El riesgo de una fractura posterior también aumenta con las fracturas múltiples. En el caso de fracturas morfométricas, según tamaño y forma, asintomáticas de la columna y el grado de cada fractura, leve, moderada o grave, debe correlacionarse con el riesgo de fractura posterior.²

Se debe considerar a la salud esquelética como un objetivo principal en la evaluación de la mujer en la perimenopausia, para modificar en la prevención los estilos de vida con una adecuada nutrición y actividad física y precisar el uso de terapia hormonal y farmacológica en aquellas con riesgo significativo de osteoporosis o fractura.³

ABSTRACT

Osteoporosis is a pathology that increases its prevalence the older the age of women and the longer the time elapsed since their menopause. This must be rigorously considered by preventive medicine programs, especially when the female population is currently reaching unprecedented longevity.

In the early 1990s, osteoporosis was defined as a systemic skeletal disease characterized by low bone mass and deterioration of microarchitecture resulting in increased bone fragility and increased susceptibility to fracture. This definition underpins the fundamental concepts of fracture and bone mineral density (BMD). Recent studies have determined that in menopausal women age is an independent risk factor for low BMD and that metabolic syndrome increases the risk of developing osteopenia or osteoporosis.ⁱ

Fragility fractures are the result of mechanical forces that would not normally result in a fracture. The WHO has quantified them as forces equivalent to a fall from or less than a standing height. The presence of a fragility fracture of the spine, hip, forearm, or pelvis is generally accepted as a diagnosis of osteoporosis and an indication for treatment. The risk of a posterior osteoporotic fracture is higher immediately after the index fracture and progressively decreases over time. This risk is especially high in the first 2 years after this first fracture. The risk of a posterior fracture also increases with multiple fractures. In the case of morphometric fractures, according to size and form, asymptomatic of the spine and the degree of each fracture, mild, moderate or severe, should be correlated with the risk of subsequent fracture.ⁱⁱ

- Dr. Oscar González Campos, Profesor Titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile

Skeletal health should be considered as a main objective in the evaluation of women in perimenopause, to modify in the prevention of lifestyles with adequate nutrition and physical activity and to specify the use of hormonal and pharmacological therapy in those with significant risk of osteoporosis or fracture.ⁱⁱⁱ

LA COMPOSICIÓN DEL ESQUELETO

Estructura de los huesos:

La mujer presenta un sistema óseo compuesto por dos tipos de estructura, el hueso cortical o compacto y el hueso trabecular o esponjoso.

Hueso cortical o compacto:

Está compuesto por diferentes láminas y canales, que se encargan de que la irrigación pueda establecerse correctamente en el interior del hueso. Estos elementos son llamados conductos de Havers, que a su vez están formados por osteones, osteocitos, y los conductos de Volkman. Todo el sistema óseo trabaja conjuntamente para lograr que el hueso mantenga su resistencia, su fuerza y pueda soportar los diferentes tipos de cargas que vienen del medio externo. En estas indispensables funciones el hueso cortical actúa protegiendo mecánicamente a toda la masa ósea y a su vez evitando las eventuales alteraciones metabólicas. Por lo que tiene a su vez un metabolismo más lento y menor sensibilidad a los estrógenos.

Hueso trabecular o esponjoso:

Este no contiene osteones, está compuesto por láminas intersticiales se disponen de forma irregular formando trabéculas que se disponen en una estructura esponjosa en la que se desplaza la médula. Su estructura tiene una gran importancia, ya que sus conductos se comunican unos con otros para permitir el libre tránsito de la médula ósea. Debemos recordar que ésta tiene como función principal crear los diferentes componentes del sistema circulatorio, esto es formar los vasos y células que irrigan todo el sistema óseo. Así, las trabéculas se comunican directamente con los diferentes componentes de la sangre permitiendo el rápido intercambio de las sustancias nutritivas de afuera hacia adentro, con una gran y constante actividad metabólica. Este hueso trabecular o esponjoso conforma el 20 a 30% de todo el sistema esquelético y configura los cuerpos vertebrales, la epífisis de los huesos largos y una parte importante de la pelvis. Tiene un muy alto recambio para prevenir "la fatiga de material" y es muy sensible a la acción de los estrógenos y factores de pérdida ósea.⁴

La masa ósea:

La masa del esqueleto se va sintetizando en el transcurso de la infancia y la adolescencia donde se obtiene un 50% del total de la masa ósea. El peak de masa ósea se alcanza entre los 25 y los 30 años y es la cantidad de tejido óseo constituido al final del proceso de maduración esquelética. La síntesis continúa aun después de obtenida la estatura final, completándose totalmente a los 30 años. El nivel alcanzado en la edad adulta como capital óseo, determina

la calidad de hueso en el futuro.

Después del peak de masa ósea la mujer pierde normalmente de 1 a 2% anual, pérdida que se acelera y aumenta hasta un 5% anual en los primeros 5 años de menopausia. Esta pérdida ósea en el climaterio se inicia antes de que ocurra la última menstruación en la menopausia natural, lo que es muy distinto en la menopausia quirúrgica a cualquier edad, ya que después de una ooforectomía bilateral, sin terapia hormonal, la mujer pierde regularmente un 4% anual.⁵

El cartílago:

Las superficies donde se unen dos huesos, en cualquier articulación, están cubiertas de cartílago que es la estructura elástica dura que cubre y protege las extremidades de los huesos. El colágeno mantiene la tensión y el volumen elástico de cada cartílago, y protege al hueso de los roces y de los impactos en cada movimiento articular. El cartílago es un tejido especializado, resistente y flexible con una superficie de articulación lisa de baja fricción. Estas características le permiten distribuir la fuerza de la carga, absorbiendo el impacto del movimiento y evitando el roce, lo que reduce el desgaste de los huesos en esa unión.⁶

El Colágeno:

El Colágeno constituye el 90% de la masa ósea orgánica, siendo clave en la formación del entramado estructural donde se depositan los minerales. La pérdida de colágeno origina una disminución de la resistencia del hueso, con aumento del riesgo de fractura, que es independiente de la densidad mineral ósea. Desde los 25 años el organismo empieza a perder en forma irregular el colágeno de sus tejidos. Al igual que en el hueso, desde los 30 disminuye regular y sostenidamente un 1 % anual; efecto que se acelera en mujeres a partir de los 50 años o desde el inicio de la menopausia.⁷

Considerando las pérdidas naturales de hueso y colágeno, los estudios demuestran que a igual edad el umbral de fractura es mayor en las mujeres que han tenido su menopausia natural o quirúrgica, comparadas con las que mantienen la función ovárica.

Los factores de riesgo de osteoporosis:

Envejecimiento.

La pérdida de masa ósea aumenta progresivamente con la edad, con la consiguiente mayor prevalencia de osteoporosis en el envejecimiento.

Pérdida de peso.

La densidad ósea en mujeres sanas está fuertemente correlacionada con el Índice de Masa Corporal. Mujeres con IMC entre 18,5 y 21 es un factor de riesgo para baja DMO.

Factores genéticos.

Estudios familiares recientes demuestran que del 50% al 85% de la varianza en la DMO está determinada genéticamente, donde muchos de los genes se han asociado débilmente con una baja masa ósea en seres humanos.

Tabaquismo..

Las mujeres que actualmente fuman tienen una menor DMO que las no fumadoras. Las fumadoras son generalmente más delgadas y tienen una menopausia más prematura y niveles más bajos de estradiol plasmático que las no fumadoras.

Patologías crónicas.

Muchas enfermedades, fundamentalmente las de largo plazo, afectan en forma adversa al esqueleto. Estas incluyen enfermedades inflamatorias crónicas, como por ejemplo la artritis reumatoide; síndrome de malabsorción, como la enfermedad celíaca; trastornos alimentarios y diversas endocrinopatías como el hipertiroidismo, hiperparatiroidismo o el Síndrome de Cushing.

Medicamentos.

Algunos medicamentos no bien controlados pueden causar pérdida de la masa ósea, como ocurre con los inhibidores de la aromatasa que aumentan la reabsorción ósea, o con la fenitoína que altera el metabolismo de la vitamina D; o los glucocorticoides que reducen la formación ósea, o con los inhibidores de la bomba de protones que actúan bloqueando la producción de ácido en el estómago. Estudios originales han establecido que el uso prolongado de estos inhibidores durante más de un año tuvo como resultado 2.6 veces más fracturas de cadera, por reducción del ácido gástrico que disminuye la cantidad de calcio que se disuelve; además, la reducción de la absorción de la vitamina B12 origina fragilidad de la estructura ósea. Las cirugías de bypass gástrico tienen efectos semejantes, lo que debe ser siempre considerado en la prevención de la osteoporosis.⁸

La vitamina D

La deficiencia de vitamina D ocurre con frecuencia en personas mayores, especialmente en personas con otras comorbilidades y hábitos de polifarmacia. La evidencia de estudios multicéntricos ha establecido que a nivel mundial, más del 50% de las mujeres postmenopáusicas presentan baja ingesta de calcio y deficiencia de Vitamina D.

La vitamina D es esencial para la absorción intestinal de calcio por vía transcelular saturable, sobre todo cuando el aporte de calcio se hace mediante alimentos o compuestos poco ionizables. El calcio y fósforo, son necesarios para que se produzca una mineralización correcta. Cuando se produce deficiencia de vitamina D, disminuye un 15% la absorción de calcio y hasta un 60% la de fósforo, disminuyendo el calcio sérico ionizado, lo que al ser detectado por la paratiroides, provoca un aumento de la expresión, síntesis y secreción de la hormona paratiroidea (PTH), aumentando

aceleradamente la resorción ósea. La evidencia también es concluyente en que la deficiencia de Vitamina D aumenta el riesgo de osteoporosis y fractura.⁹

Prevención y tratamiento

La Terapia Hormonal de la Menopausia.

Los estrógenos juegan un papel importante en la regulación del metabolismo óseo, se ha demostrado que el tratamiento con terapia hormonal de la menopausia (THM) en mujeres posmenopáusicas conduce a una reducción de los marcadores de resorción ósea, tanto en suero como en orina. Además, la terapia estrógeno conduce a una disminución de la resorción ósea, mientras que su suspensión conduce a un aumento sostenido de esta. Los estrógenos afectan el recambio óseo a través de tres células óseas importantes: osteocitos, osteoblastos y osteoclastos.¹⁰

La IMS recomienda que se considere indicación de terapia hormonal de la menopausia en mujeres con riesgo de fractura antes de los 60 años o dentro de los 10 años posteriores a la menopausia. Esta recomendación se basa en la reducción del riesgo observada en todas las fracturas en el estudio Women's Health Initiative y en una relación beneficio/riesgo favorable en la mujer más joven.

La Endocrine Society de USA básicamente concuerda, agregando que se debe considerar a aquellas mujeres con bajo riesgo de trombosis venosa profunda; a aquellas en las que los bisfosfonatos o el denosumab no son apropiados; y a aquellas con síntomas vasomotores de consideración. Una vez iniciado el tratamiento no existe una limitación fija sobre la duración del uso de la THM mientras se mantenga la indicación.¹¹

La IMS sostiene en lo fundamental que la terapia hormonal, THM es eficaz para prevenir la aceleración del recambio óseo y la pérdida ósea asociada con la menopausia. La THM reduce la incidencia de todas las fracturas relacionadas con las osteoporosis, incluidas las fracturas vertebrales y de cadera, incluso en mujeres que no tienen un alto riesgo de fractura. En mujeres posmenopáusicas con riesgo de fractura y menores de 60 años, o dentro de los 10 años de la menopausia, la THM se puede considerar como una de las terapias de primera línea para la prevención y el tratamiento de las fracturas relacionadas con la osteoporosis.

La fuerza del hueso está determinada por la combinación de la densidad mineral ósea (DMO) y la integridad de la microarquitectura. La Osteoporosis Postmenopáusica resulta del fracaso en alcanzar el peak de densidad ósea, pérdida ósea acelerada después de la menopausia, pérdida ósea relacionada a la edad o una combinación de factores. La THM disminuye la incidencia de todas las fracturas, incluyendo las vertebrales y de cadera, aún en mujeres que no tienen riesgo elevado de fractura; previene fracturas a cualquier edad después de la menopausia. Los estrógenos son una forma única de prevención de fracturas incluso

en las pacientes osteopélicas, en las que ocurre el mayor número absoluto.¹²

En los grupos de edad de 50 a 60 años o en los 10 primeros años de menopausia, los beneficios de la THM sobrepasan a cualquier riesgo y puede ser considerada como terapia de primera línea. No hay límite determinado para la duración de la THM siempre que su uso esté en concordancia con los objetivos del tratamiento. El efecto protector que tiene la THM sobre la DMO disminuye a una tasa imprevisible una vez que se suspende.¹³

Los suplementos de calcio

El carbonato de calcio requiere de la presencia de ácido clorhídrico para convertirse en Ca²⁺ soluble; por lo que debe ingerirse con las comidas; el consumo de calcio en ayunas disminuye su absorción. El citrato de calcio es soluble en agua, por lo que es capaz de liberar el Ca²⁺ sin reaccionar con el ácido gástrico. Puede ingerirse a cualquier hora del día.

Las mujeres en el climaterio presentan progresivamente reducción de la secreción ácida gástrica, fundamentalmente después de los 50 años. Diferentes estudios farmacocinéticos han demostrado que el citrato de calcio es 2.5 veces más biodisponible que el carbonato de calcio.

Por lo general el carbonato de calcio administrado usualmente con las comidas se absorbe máximo en un 30% en un pH ácido. En caso de hipo o aclorhidria espontánea o inducida por uso de bloqueadores de la bomba de protones como el esomeprazol, es mejor prescribir citrato de calcio cuya solubilidad es independiente del pH y se puede administrar lejos de los alimentos.

El citrato de calcio aumenta la eliminación urinaria tanto de calcio como de citrato, reduciendo simultáneamente la eliminación de oxalato de calcio y fosfato de calcio; lo que conduce a una disminución de la formación de cálculos. De hecho, el citrato de calcio se puede indicar incluso en presencia de litiasis renal, por lo que hay una base biológica que respalda el uso de suplementos a base de citrato en el tratamiento de los trastornos de remodelación ósea, osteopenia y osteoporosis; con una dosis claramente establecida de 1500 mg/día de citrato de calcio en mujeres postmenopáusicas que no utilizan terapia hormonal y de 1000 mg/día de citrato de calcio en aquellas que la utilizan.¹⁴

Colofon

La osteoporosis y las fracturas asociadas presentan un gran desafío para mejorar los resultados en salud a nivel mundial. La clave de los objetivos clínicos es la definición de osteoporosis y de las fracturas asociadas, la predicción y la estratificación del riesgo de fractura, los umbrales de intervención y las intervenciones más adecuadas basadas en la integración de los conocimientos. La comprensión y aplicación correctas de estos conceptos son esenciales para detener la creciente ola de fracturas por fragilidad asociadas con el envejecimiento cada vez mayor de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Rogelio Salas, Alexandra Tijerina, Mariana Cardona et al. Association between Bone Mineral Density and Metabolic Syndrome among Reproductive, Menopausal Transition, and Postmenopausal Women. *J Clin Med* 2021; 10(21): 4819.
- 2) Shih-Yin Lin, Min-Chih Hung, Shih-Fu Chang et al. Efficacy and Safety of Postmenopausal Osteoporosis Treatments: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med*. 2021 Jul; 10(14): 3043.
- 3) Beomchang Kim, Yong Jin Cho, Wonbong Lim. Osteoporosis therapies and their mechanisms of action. *Exp Ther Med*. 2021; 22(6): 1379.
- 4) Oscar González Campos. Endocrinología de la Menopausia y el Envejecimiento. En Manejo Actualizado del Climaterio-Menopausia. Aportando a la Calidad de Vida de la Mujer en Edad Media. Sociedad Chilena de Climaterio. Editores: Acuña San Martín M, Cuitiño Gaete L. Editorial Gráfica Funny S.A. 2018, Pág. 29-41.
- 5) Elnaz Hemmati, Mojgan Mirghafourvand, Majid Mobasser et al. Prevalence of primary osteoporosis and low bone mass in postmenopausal women and related risk factors. *J Educ Health Promot*. 2021; 10: 204.
- 6) Oliver McClurg, Ryan Tinson, Linda Troeberg. Targeting Cartilage Degradation in Osteoarthritis. *Pharmaceuticals (Basel)* 2021; 14(2): 126.
- 7) Oscar González Campos. Colágeno Hidrolizado a Largo Plazo en el Envejecimiento. 2021.
- 8) NAMS Position Statement. Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, Vol. 28, No. 9, 2021.
- 9) Małgorzata Kupisz-Urbańska, Paweł Płudowski, Ewa Marcinowska-Suchowierska. Vitamin D Deficiency in Older Patients—Problems of Sarcopenia, Drug Interactions, Management in Deficiency. *Nutrients*. 2021; 13(4): 1247.
- 10) Anna C. van der Burgh, Catherine E. de Keyser, M. Carola Zillikens, Bruno H. Stricker. The Effects of Osteoporotic and Non-osteoporotic Medications on Fracture Risk and Bone Mineral Density. *Drugs*. 2021; 81(16): 1831–1858.
- 11) Pauline M. Camacho, Steven M. Petak, Neil Binkley, et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis—2020 Update. *Endocrine Practice* Vol 26 (Suppl 1) 2020; 1-46.
- 12) T J de Villiers, S R Goldstein. Update on bone health: the International Menopause Society White Paper 2021. *Climacteric* 2021;24(5):498-504.
- 13) Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological management of osteoporosis in postmenopausal women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104:1595–1622.
- 14) Cristina Palacios, Gabriela Cormick, G. Justus Hofmeyr et al. Calcium-fortified foods in public health programs: considerations for implementation. *Ann N Y Acad Sci*. 2021; 1485(1): 3–21.

ARTÍCULO ORIGINAL

ANTICONCEPCIÓN EN UN MARCO DE DERECHOS

Pío Iván Gómez-Sánchez

RESUMEN

En este documento se reflexiona sobre el papel de la anticoncepción en nuestra lucha por la erradicación de la pobreza extrema y avanzar en la construcción de sociedades más igualitarias, justas y felices. Nuestra región presenta grandes niveles de desigualdad, inequidades sanitarias y las enormes brechas en el acceso a servicios e insumos para la Salud Sexual y Reproductiva. Por lo anterior, abordar la anticoncepción desde un marco de derechos puede aportar en el momento actual a nuestra región en la cual la pandemia por COVID 19 ha exacerbado las desigualdades existentes, lo mismo que la discriminación en contra de personas género diverso, personas con discapacidad y aquellas en situación de pobreza extrema.

ABSTRACT

This document reflects on the role of contraception in our fight to eradicate extreme poverty and advance in the construction of more egalitarian, fair and happy societies. Our region presents high levels of inequality, health inequities and huge gaps in access to services and supplies for Sexual and Reproductive Health. Therefore, addressing contraception from a rights framework can currently contribute to our region in which the COVID 19 pandemic has exacerbated existing inequalities, as well as discrimination against gender-diverse people, people with disabilities and those in extreme poverty.

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene como objetivo hacer algunas reflexiones sobre la anticoncepción como la mejor herramienta de lucha social, pues para nuestra región abordar el tema desde un marco de derechos, puede aportar mucho en la construcción de una sociedad más incluyente y equitativa.

Actualmente 830 mujeres mueren cada día en el mundo por causas prevenibles asociadas a la gestación, de estos decesos, el 99% ocurre en países en desarrollo, más de la mitad en entornos frágiles

y en contextos humanitarios. Globalmente 216 millones de mujeres no pueden acceder a métodos de anticoncepción moderna, la mayoría, vive en los nueve países más pobres del mundo y en un ambiente cultural propio de la década de los sesenta. Este número sólo incluye las mujeres de 15 a 49 años en cualquier tipo de unión, es decir el número total es mucho mayor.

Tenemos la obligación moral de lograr la erradicación de la pobreza extrema y avanzar en la construcción de sociedades más igualitarias, justas y felices. La anticoncepción sin barreras es una de las mejores herramientas para lograrlo.

Derechos sexuales y reproductivos:

Los derechos sexuales y derechos reproductivos hacen parte de los derechos humanos, ratificados en leyes nacionales y en diversas declaraciones universales acogidas por los gobiernos, tales como:

- El derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente si desean o no procrear, el número y espaciamiento de hijos(as) y a disponer de la información, la educación y los medios para ello
- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva (SSR)
- El derecho a adoptar decisiones sobre la SSR sin sufrir discriminación, coerción ni violencia

Los derechos sexuales y derechos reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación:

- Información: todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción la (el) usuaria(o) tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos anticonceptivos.

-
- Pío Iván Gómez-Sánchez. Ginecobstetra y Epidemiólogo, Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Fellow American Congress of Obstetricians and Gynecologists, Fellow en Anticoncepción. Universidad de Laval, Quebec, Canadá, Miembro de Número de la Academia Colombiana de Medicina., Miembro Honorario de la Red Iberoamericana de Salud Sexual y Reproductiva. Senior Medical Advisor Fòs Feminista, Nueva York.

- Libertad: es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la SSR.
- Privacidad: en la vida personal y familiar. Las decisiones sobre la SSR como por ejemplo el tamaño de la familia son de carácter privado, pues éstas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- Vida libre de daño: vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la (el) usuaria(o) en todos los procedimientos que se le realicen como el caso de métodos permanentes, sin excluir los demás métodos.
- Igualdad: sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, nacionalidad, orientación sexual, religión, política, opiniones, nivel socioeconómico u otra condición, es decir se le brinda a todas las personas un trato digno. Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.
- Justicia Sanitaria: se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La (el) usuaria(o) ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además tiene continuidad de la misma.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el desarrollo mental, emocional, social y de bienestar físico, y para mejorar la sexualidad, relaciones sexuales e interpersonales. Para brindar una adecuada Asesoría en anticoncepción, debemos partir de los derechos que tiene la persona que consulta. Estos derechos son:

- Derecho a la Información. Las personas deben tener acceso a información básica y completa sobre sexualidad, salud reproductiva, problemas de salud, la naturaleza y características de los procedimientos o métodos que están considerando elegir, acerca de los beneficios y riesgos de los medicamentos, tratamientos e intervenciones, con el fin de tomar decisiones libres e informadas.
- Derecho a la Libre Elección. Los derechos humanos protegen la “libertad” individual, amparando específicamente el derecho a “decidir de manera libre y responsable el número y espaciamento de los hijos(as)”. Los derechos sexuales y derechos reproductivos promulgan la libertad para que todas las personas, tengan un completo poder para tomar decisiones en SSR.
- Derecho a la Seguridad. Los métodos o procedimientos impuestos a las personas sin su conocimiento o elección voluntaria pueden afectar la seguridad personal y

percibirse como un abuso cruel o inhumano, especialmente cuando los efectos son permanentes.

- Derecho a la Privacidad. La atención que se brinde debe ser en un lugar privado, libre de interrupciones.
- Derecho a la Confidencialidad. Las decisiones sobre la atención en SSR se toman con base en los valores, las necesidades y las circunstancias personales relacionados con la salud, la familia, el bienestar social y las creencias religiosas.
- Derecho a la Igualdad. Protección contra la discriminación basada en “raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen, nivel económico u otra condición”, igualdad en las relaciones, para garantizar manifestaciones de placer y respeto sexuales. Igualdad en el acceso a la atención en salud. Sin embargo, en algunas circunstancias, es posible que la igualdad a este acceso a la salud requiera que personas con necesidades distintas, sean tratadas en forma diferente, para garantizar opciones comparables de atención en salud.
- Derecho de Acceso a la Salud. Una persona sólo puede ejercer este derecho, si tiene acceso por lo menos a un conjunto básico de servicios y de opciones integrales en salud. Servicios de SSR de alta calidad e integrados que satisfagan las necesidades de todas las personas y además sean accesibles.
- Derecho a la Comodidad. La atención debe ofrecerse en un sitio cómodo, que cumpla con los requisitos mínimos de bienestar.
- Derecho a la Dignidad. Se refiere al trato respetuoso que merecemos todas las personas.
- Derecho a la Continuidad. Garantiza tanto la atención en salud como la educación en salud, los medicamentos y/o procedimientos que se necesiten. Cuando se ha iniciado un tratamiento, se debe garantizar a la persona tanto la atención como la continuidad del mismo, así como la obtención del anticonceptivo elegido.
- Estos derechos actúan recíprocamente en la relación proveedor(a) de servicios- usuario(a) que consulta. Para que exista esta reciprocidad, los (las) proveedores(as) de la salud deben tener ciertas cualidades personales, aptitudes y conocimientos teóricos y prácticos que garanticen una verdadera relación armónica y profesional.

Impacto de la Pandemia por COVID 19

Nuestra región presenta grandes niveles de desigualdad y la pandemia actual puso en evidencia las inequidades sanitarias y las enormes brechas en el acceso a servicios e insumos para la SSR. Deberíamos realmente hablar de una SINDEMIA, es decir una epidemia sinérgica donde la INEQUIDAD es entre comillas, el virus que estaba latente y la COVID 19, la puso aún más en evidencia. Como bien sabemos, los brotes de enfermedades afectan a las

mujeres, hombres, personas de género diverso de manera diferente, y las pandemias exacerban las desigualdades existentes, lo mismo que la discriminación en contra de otros grupos marginados como las personas con discapacidad y aquellas en situación de pobreza extrema.

Durante la pandemia, el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos se ha visto afectado por la magnitud de la crisis sanitaria y humanitaria, así como por sus graves efectos económicos y sociales, incluidas las dificultades de acceso a los servicios públicos, y se prevé que esta situación continuará en el futuro próximo, lo que afecta de manera importante los derechos sexuales y derechos reproductivos. Por ejemplo, los servicios de SSR son componentes básicos de los servicios de salud esenciales y el acceso a estos servicios es un derecho humano fundamental. Este estándar debe seguir siendo respetado y protegido como tal por los gobiernos que deben priorizar los recursos que de por sí son escasos. Pero dado que muchos sistemas de salud se centraron en la respuesta a la pandemia se vio interrumpida la provisión de asesoramiento básico sobre anticoncepción, la entrega de productos y servicios anticonceptivos y el funcionamiento de las cadenas de suministro. De igual forma ha sucedido con los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, atención a violencia de género y otros servicios de SSR.

De acuerdo a las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud, 12 millones de mujeres perdieron el acceso a la anticoncepción, lo que ha causado 1,4 millones de embarazos no deseados. El Instituto Guttmacher de Estados Unidos para el año 2020 estudió el porcentaje de mujeres que reportaron demoras o cancelación de algunos servicios de SSR. Encontraron diferencias estadísticamente significativas por raza (menor acceso en afro descendientes), orientación sexual (mayor acceso en heterosexuales) e ingreso familiar (menor acceso entre las poblaciones con menos ingresos), que pone de manifiesto la inequidad y discriminación en la prestación de servicios.

El mismo Instituto Guttmacher calculó los posibles impactos anuales de una reducción muy conservadora del 10% en el uso de servicios en SSR como consecuencia de la pandemia en 132 países de ingresos bajos y medios. Algunos potenciales impactos fueron : casi 49 millones más de mujeres con anticoncepción insatisfecha, más de 15 millones de embarazos no planeados, 28.000 muertes en gestantes y poco más de 3.3 millones de abortos inseguros.

La pandemia de COVID-19 se convirtió en la principal causa de muerte de mujeres embarazadas en varios países de la región como México, Perú, Bolivia y República Dominicana entre otros. La Organización Panamericana de la Salud realizó una encuesta sobre la continuidad de servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19. Algunos resultados para la región de las Américas para 29 países que respondieron a la segunda ronda hasta abril 16 de 2021 fueron:

- El 46% de los servicios evaluados presentaron algún nivel de interrupción: el 23% presentaron una interrupción leve, el 14% una interrupción moderada y el 9% una interrupción severa.
- El 97% (28/29) de los países que respondieron a la encuesta reportaron que hubo interrupción en la provisión de por lo menos uno de los servicios esenciales de salud evaluados.
- El 45% (13/29) de los países reportaron que el 50-74% de sus servicios de salud sufrieron interrupciones.

Enfoque basado en Derechos

Tratando de dar un origen histórico a los derechos, debemos mencionar a Shirin Ebadi, abogada iraní que recibió en el año 2003 el Premio Nobel de la Paz, gracias a su trabajo por la democracia y los derechos humanos. Ella considera como la primera declaración de derechos humanos en toda la historia el antecedente en el año 539 A. E., cuando el rey persa, Ciro el Grande, tras conquistar la ciudad de Babilonia, liberó a todos los esclavos y les permitió volver a casa. Declaró que la gente tenía derecho a escoger su propia religión lo cual consta en el llamado cilindro de Ciro.

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son Derechos Humanos, de hecho los más humanos de los derechos. Son un ideal común de dignidad humana, la cual es inintercambiable, insustituible, no manipulable, un fin en sí mismo y por lo tanto no un medio. Nacemos con una serie de derechos que el Estado no nos otorga, sino que tiene que reconocernoslos, constituyéndose estos derechos en los límites al ejercicio del poder político.

Cuando hablamos de un enfoque basado en Derechos estamos reconociendo que las personas somos titulares de derechos, lo cual implica que:

- Los gobiernos deben asegurarnos la vigencia de los derechos
- Las personas podemos reivindicarlos y las comunidades deben participar en los procesos de adopción de decisiones

Como bien sabemos, los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio finalizaron en septiembre de 2015. El extenso informe final de los mismos, si bien mostró algunos avances, como la disminución general de la Mortalidad Materna (disminución del 45% entre los años 1990 y 2013), persiste la inequidad entre las regiones, entre los países y entre diversas zonas de cada país.

Ahora estamos inmersos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Nuestros países de la región están comprometidos con estos Objetivos, entendidos como aquellos que satisfacen las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.

Son 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Entre estos objetivos, se menciona en varias ocasiones el acceso universal

a la salud reproductiva. En el Objetivo 3 de esa lista se incluye garantizar, de aquí al año 2030, el acceso universal a los servicios de SSR, incluidos los de anticoncepción, información y educación. De igual manera, el Objetivo 5: “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, establece que se deberá asegurar el acceso universal a la SSR y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing.

Se debe recalcar que el concepto de desarrollo sostenible no es nuevo, data de la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo de 1988. Lo que se busca es modelar nuestro futuro común, trabajando por unas sociedades prósperas, cohesionadas y sostenibles para todas las personas. Se reconocen por lo menos tres dimensiones del desarrollo sostenible: la social, la ambiental y la económica.

Sabemos que las alarmas están encendidas hace tiempo, pero la mayor parte de la población sigue viviendo como si tuviéramos otro planeta a donde irnos cuando acabemos con este. Por dar tan solo un ejemplo miremos el tema del cambio climático, basta oír las noticias diarias para darnos cuenta de la situación.

La SSR está inmersa en todos los ODS y en particular la anticoncepción. Miremos el Objetivo 1 que es globalmente poner fin a la pobreza en todas sus formas. Una de las metas para el año 2030 es erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo, actualmente ésta se mide como las personas que viven con menos de 1,9 dólares al día y acá la anticoncepción tiene un papel preponderante.

El Objetivo 3 es: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas y en cualquier edad. Algunas metas para el 2030 son:

- Reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- Garantizar el acceso universal a servicios de SSR, incluyendo anticoncepción, información y educación, así como la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

El Objetivo 5 es: Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas. Algunas metas son:

- Poner fin a todas las formas de discriminación y violencia contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- Garantizar el acceso universal a la SSR y a los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de

conferencias posteriores, como el Consenso de Montevideo. Nosotros como personas, como miembros de Organizaciones de la sociedad civil, como empleados/as o dirigentes, etc., tenemos responsabilidades en el logro del desarrollo sostenible. Es nuestro deber trabajar desde todos los ámbitos por ejemplo, para lograr acceso a anticoncepción basada en la persona donde se garantice una elección libre e informada.

Todas las personas que atendemos son diferentes. La clave del éxito es hacer que la dignidad individual, la autonomía, las necesidades y preferencias anticonceptivas de las personas sean la base para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas. Debemos permitir que las personas tomen decisiones plenas, libres e informadas sobre anticoncepción y brindarles servicios de alta calidad como parte del respeto, la protección y el cumplimiento de sus derechos.

Debemos resaltar el concepto de elección libre e informada el cual es muy común en la ética médica y es parte integral de los programas de SSR de calidad, incluyendo los de anticoncepción. El concepto de elección plena, libre e informada se extiende más allá del punto en el que se prestan los servicios para examinar la variedad de factores que influyen en la capacidad de una persona para tomar decisiones sobre el uso anticonceptivo. Debemos tener en cuenta los diversos factores que influyen en la capacidad de las personas para tomar una decisión completa, libre e informada al analizar la elección del método anticonceptivo, así como las barreras de acceso y los elementos del programa que influyen en la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios.

La decisión voluntaria ha sido un principio de larga data en los programas de anticoncepción. El énfasis explícito en la decisión voluntaria se volvió importante después de que algunos programas se involucraran en prácticas coercitivas. Hacer hincapié en la elección plena, libre e informada en la anticoncepción asegura la decisión voluntaria y protege contra la coerción.

Es nuestro deber lograr que la dignidad individual, autonomía, necesidades y preferencias de anticonceptivas de la persona sean centrales para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los programas.

Debemos permitir que las personas tomen decisiones libres e informadas sobre su método anticonceptivo y brindarles servicios de alta calidad como parte del respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos. Acá juega un papel importante el Consentimiento Informado.

Joanna Erdman y Rebeca Cook en el año 2008 publicaron en la Enciclopedia internacional de Salud pública un capítulo sobre derechos reproductivos. En este mencionan que los derechos reproductivos se protegen mediante la aplicación de los derechos humanos en directrices, leyes nacionales, constituciones y tratados

regionales e internacionales.

Si bien los derechos reproductivos son fundamentales para lograr los objetivos de población, salud y desarrollo, también son importantes en sí mismos como derechos humanos destinados a proteger la dignidad inherente a la persona. Según ellas, los derechos reproductivos consisten en tres categorías amplias de derechos:

- (1) derechos a la autodeterminación reproductiva.
- (2) derechos a los servicios de SSR, información y educación.
- (3) derechos a la igualdad y no discriminación.

Garantizar una elección plena, libre e informada respalda estos derechos. La elección plena está vinculada al derecho a los servicios de SSR, incluido el derecho a elegir entre una variedad de métodos. La libre elección está vinculada con el derecho a la autodeterminación reproductiva, el derecho a la igualdad y la no discriminación porque las personas deben poder acceder a la anticoncepción sin barreras, ni coacción. La elección informada está relacionada con el derecho a la información y educación en SSR. Debemos entonces resaltar que la comunidad internacional ha acordado que la elección reproductiva es un derecho humano básico, pero sin acceso a información relevante y servicios de alta calidad, ese derecho no puede ejercerse.

Los programas de anticoncepción que respetan la capacidad de una persona para elegir un método anticonceptivo que se adapte a su estilo de vida, creencias, necesidades e intenciones reproductivas, contribuyen al cumplimiento del derecho humano básico de las personas a elegir, con libertad y responsabilidad, el número de hijas/os, el momento y el intervalo de tiempo.

Es necesario garantizar una elección plena, libre e informada para respetar los derechos, pero no constituye un enfoque de anticoncepción basado en los derechos. Un enfoque basado en los derechos requiere la aplicación de varios principios que han sido reconocidos por la comunidad internacional. PANEL por su sigla en inglés es un acrónimo de cinco de estos principios:

-La participación significa que las personas tienen un papel en la planificación y seguimiento de programas que brindan servicios y que impactan sus vidas.

-La rendición de cuentas se relaciona con el hecho de que los gobiernos han firmado tratados de derechos humanos y tienen la obligación de desarrollar leyes, procedimientos, prácticas y mecanismos para garantizar el cumplimiento de los derechos y abordar las negaciones y violaciones.

-La no discriminación se centra en las barreras estructurales y de actitud que conducen a desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción, en particular para los grupos marginados, desfavorecidos y excluidos.

-El empoderamiento se relaciona con los esfuerzos para informar a las personas sobre sus derechos humanos y aumentar su capacidad para exigir y ejercer esos derechos.

-Vinculado a estándares se refiere a identificar cuáles tratados o acuerdos globales ha firmado el gobierno y alinear los programas con las obligaciones legales de los gobiernos de defender los derechos humanos de conformidad con los estándares establecidos por los órganos y mecanismos internacionales de derechos humanos. Estos principios guían cómo se llevan a cabo los programas basados en derechos.

Debemos fomentar el abordaje de la anticoncepción a través de una visión holística, centrada en la persona y desde el punto de vista de los sistemas de salud, abordando los factores que afectan los derechos humanos, la elección y uso anticonceptivo. Un enfoque holístico de los programas de anticoncepción se basa en el modelo ecológico de salud que explica los comportamientos y resultados de salud basados en una visión de sistemas de personas situadas dentro de las relaciones, la comunidad, la infraestructura de servicios, normas sociales y condiciones políticas más amplias.

Utilizando un enfoque de sistemas, el modelo de programación holística nos obliga a pensar más allá de un área particular de experiencia para considerar las causas fundamentales de la falta de acceso y uso anticonceptivo. Idealmente, pensar de manera integral facilitará el desarrollo de intervenciones que pueden tener un impacto duradero. Recordemos que nosotros somos la voz de quienes no la tienen, así nuestro compromiso debe ser con la garantía al acceso no solo a la anticoncepción, sino a todos los demás servicios de SSR.

Antes de la pandemia 230 millones de mujeres querían postergar o prevenir el embarazo, pero no estaban usando una anticoncepción efectiva. Se calculaba que invertir cerca de \$ 4 mil millones de dólares anuales, evitarían: 22 millones de abortos, 142 000 muertes relacionadas con el embarazo, de éstas, 53 000 por aborto inseguro, así como 1,4 millones de muertes infantiles. Parece mucho dinero pero para ponerlo en perspectiva veamos cómo el actual presupuesto de defensa en Estados Unidos es de alrededor de US 750.000 millones, es decir casi 200 veces más de la cifra que acabaría con la demanda insatisfecha en anticoncepción. No es que los Estados Unidos tengan esa responsabilidad, sino es para ponerlo en perspectiva. Reflexionemos sobre cuánto dinero se despilfarra en acciones no prioritarias y cuánto se lleva la corrupción en los países de Latinoamérica y El Caribe.

Nuestro mundo como lo conocíamos ya cambió, es una falacia pensar que volveremos a lo que teníamos antes de marzo de 2020. Quiénes ya llevamos un buen recorrido de vida hemos comprendido lo que Heráclito, aquel filósofo griego nacido en el año 540 AE,

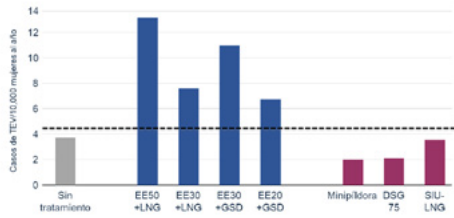
nos enseñó: que lo único constante es el cambio. Tenemos ahora la oportunidad de empezar de nuevo y construir un mundo más equitativo, donde se respeten los derechos de las personas. Un mundo en el que se respete el planeta, se respete la naturaleza, se respeten los animales.

Solo así, habrá un futuro para las nuevas generaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Balachandren N, Barrett G, Stephenson JM, et al. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on access to contraception and pregnancy intentions: a national prospective cohort study of the UK population. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2022;48:60-65.
- 2) Bateson DJ, Lohr PA, Norman WV. The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. *BMJ Sex Reprod Health* 2020;46:241-3
- 3) Centre for Reproductive Rights. Technical Paper: Accountability for Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Settings. Examining the Role and Relationship of Diverse Branches of International Law, 2021.
- 4) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción. El Cairo. Septiembre de 1994
- 5) Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción. Viena. Junio de 1993.
- 6) Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2021;100:571-8.
- 7) EngenderHealth, Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrate Curriculum, Trainers' Manual. New York, 2003.
- 8) EngenderHealth. Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making. New York. 2003
- 9) Flynn AC, Kavanagh K, Smith AD, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on pregnancy planning behaviors. *Womens Health Rep* 2021;2:71-7
- 10.) Gómez PI y Cols. Mortalidad Materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Rev. Col. Obst y Ginec.* 1993;44:1.
- 11) Gómez PI. Implicaciones en Salud Sexual y Reproductiva de la reforma en el sector salud en Latinoamérica y del Caribe. *Revista Seguridad Social al día.* 2003; 36(5):14-15
- 12.) Gómez PI. Legislación en derechos sexuales y reproductivos en la mujer. *Revista Seguridad Social al día.* 2002; 36(5):16-17
- 13) Gómez PI. Salvando la vida de las mujeres: aprovechando oportunidades perdidas. Editorial en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2001; 52(2): 135-140
- 14) Guttmacher Institute, Abortion in Latin America and the Caribbean, Fact Sheet, March 2018.
- 15) Heidari S, Onyango MA, Chynoweth S. Sexual and reproductive health and rights in humanitarian crises at ICPD25+ and beyond: consolidating gains to ensure access to services for all. *Sex Reprod Health Matters.* 2019; 27: 167
- 16) Lindberg LD VA, Mueller J, Kirstein M. Early impacts of the COVID-19 pandemic: findings from the 2020 Guttmacher survey of reproductive health experiences, 2020. Available: <https://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductivehealth>
- 17) ME Gaffield, J Kiarie. Setting global standards: The paramount importance of considering contraceptive values and preferences of clients and providers. 2022;111:1,2
- 18) Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China. 1995
- 19) Naciones Unidas. Conferencia Beijing + 10. Nueva York, 2005
- 20) Naciones Unidas. Conferencia Beijing + 5. Nueva York, 2000
- 21) Riley T, Sully E, Ahmed Z, et al. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2020;46:73-6.
- 22) Sen G, Iyer A, Chattopadhyay S, Khosla R. When accountability meets power: realizing sexual and reproductive health and rights. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):1-1.
- 23) Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet.* 2018; 391: 2642- 2692.
- 24) Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B, et al. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID- 19) outbreak. *Reprod Health.* 2020; 17: 59.
- 25) WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015.

Figura 2. Riesgo de tromboembolismo venoso y anticoncepción hormonal



EE: etinilestradiol; LNG: levonorgestrel; GSD: gestodeno; DSG: desogestrel; SIU-LNG: Sistema intrauterino de levonorgestral
Adaptado de Lidgaard Ø, et al. BMJ. 2011;343:d6423⁴

Tabla 1. Recomendaciones de la OMS (2015) en el uso de COC vs. POP

Condición	Categoría para COC	Categoría para POP
Antecedentes de TVP	4	2
TVP aguda	4	3
Hipertensión arterial		
140-159/90-99 o controlada	3	1
>160 / >100	4	2
Obesidad (≥30 kg/m²)	2	1
Tabaquismo y >35 años	3	1
Migraña con aura	4	2
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, hipertensión, dislipidemias)	3/4	2
Categorías		
1 = Sin restricciones en el uso del método		
2 = El método está generalmente recomendado		
3 = El método no está usualmente recomendado		
4 = El método no debe ser utilizado		
TVP=trombosis venosa profunda		

Adaptado de: World Health Organization. Geneva: WHO, 2015⁷

Para reducir los efectos secundarios de los COC, la dosis de estrógeno se ha reducido continuamente en la píldora. Como alternativa, las preparaciones sin estrógeno se utilizan cada vez más. Los beneficios de los anticonceptivos libres estrógenos son la prevención de los efectos secundarios relacionados con los estrógenos (náuseas, edema, aumento de peso, mastodinia) y los efectos secundarios dependientes del ciclo (dismenorrea, dolor pélvico, síndrome premenstrual [SPM], hipermenorrea, migraña menstrual).⁵

Los anticonceptivos orales libres de estrógeno o píldoras de solo progestina (POP, por sus siglas en inglés) han evolucionado notablemente desde un uso restringido solo durante la lactancia a un contexto más amplio. La ausencia de estrógeno en la píldora actualmente ofrece más ventajas que desventajas.⁶

Los POP representan una alternativa pertinente cuando los estrógenos están relativa o absolutamente contraindicados [Tabla 1], como en el caso de: hipertensión arterial, dislipemia, hipertrigliceridemia, hipercoagulabilidad sanguínea, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad venosa, enfermedad trombótica o embólica, lupus eritematoso sistémico, migraña complicada dolores de cabeza o relacionados con trastornos neurológicos graves. Además, los POP son muy útiles para mujeres en transición a la menopausia y fumadoras, especialmente si tienen más de 35 años, y para casos seleccionados con antecedentes personales de trombosis.⁶

Adaptado de: World Health Organization. Geneva: WHO, 2015⁷

La anticoncepción con solo progestina no afecta el inicio de la lactancia, ni parece alterar la cantidad o calidad (entendida como concentraciones de proteínas, lactosa o grasas) de la leche humana. Si bien se excretan progestinas en pequeñas cantidades en la leche, en los estudios efectuados hasta la fecha no se han observado efectos adversos respecto del crecimiento ni el desarrollo a corto y mediano plazo de los lactantes expuestos.¹ Las mujeres en periodo de lactancia y que tienen menos de 6 semanas post parto pueden usar POP (categoría 2); las mujeres lactantes que tienen entre > 6 semanas y < 6 meses post parto pueden usar POP (categoría 1).¹

Desde el punto de vista anticonceptivo, la progestina juega el papel más importante en comparación con el estrógeno.¹ Las progestinas explican en gran medida la alta eficacia anticonceptiva de los anticonceptivos hormonales combinados. Mecanismos de acción importantes son la inhibición central del eje hipotálamo-pituitario-ovárico (inhibición de la ovulación), así como la inhibición de los tres parámetros periféricos: las trompas de Falopio (transporte alterado del óvulo), el endometrio (inhibición de la anidación) y el cuello uterino (espesamiento del moco cervical).⁵

Las quejas reportadas con mayor frecuencia en mujeres que usan cualquiera de los POP son alteraciones en el patrón de sangrado. Sin embargo, asesorar a las mujeres en el uso de POP sobre los patrones variables de sangrado asociados con este método mejora el cumplimiento y la aceptación.²

La reciente introducción de POP que contiene 4.0 mg de drospirenona, administrados en un régimen de 24/4 días, ofrece un mejor control del ciclo que los POP anteriores, ya que permite sangrados mucho más predecibles y la misma eficacia anticonceptiva que los anticonceptivos orales combinados.⁶ La drospirenona tiene propiedades antigonadotrópicas, antimineralocorticoides y antiandrogénicas. Los estudios clínicos han demostrado eficacia

comparable a los anticonceptivos orales combinados, una tasa nula de efectos secundarios cardiovasculares, en particular eventos tromboembólicos y un patrón de sangrado favorable.⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Valdés Bango M., Castelo Branco C. (2020). Anticoncepción con solo progestina. Ginecol Obstet Mex. 88(supl 1): S56-S73. Recuperado el 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201h.pdf>
- 2) De Melo N. R. (2010). Estrogen-free oral hormonal contraception: benefits of the progestin-only pill. Women 's Health. 6(5): 721-735. Recuperado el 2022, de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2217/WHE.10.36>
- 3) Abou-Ismaïl M., Citla D., Nayak L. (2020). Estrogen and thrombosis: a bench to bedside review. Thromb Res. 192: 40-51. Doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008
- 4) Lidegaard O., Nielsen L., Skovlund C., Skjeldestad F., Lokkegaard E. (2011). Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogens doses: Danish cohort study, 2001-9. BMJ. 343:d6423. Doi: 10.1136/bmj.d6423
- 5) Ahrendt H. J., Bühling K. J. (2010). Estrogen free contraception: progestin-only-systems. J Reproduktionsmed. Endokrinol. 7(Sonderheft 1): 97-105. Recuperado el 2022, de <https://www.kup.at/kup/pdf/9096.pdf>
- 6) Monterrosa Castro A., Redondo Mendoza V., Monterrosa Blanco A. (2021). Current knowledge of progestin-only pills. Electron J Gen Med. 18(6): em320. Recuperado el 2022, de <https://www.ejgm.co.uk/download/current-knowledge-of-progestin-only-pills-11217.pdf>
- 7) World Health Organization. (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition 2015: executive summary. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/172915>
- 8) Celis Gonzalez C., Palacios S., Durand Carbajal M., Regidor P. A. (2020). Anticoncepción oral libre de estrógeno. Ginecol Obstet Mex. 88(Supl 1): S1-S12. Recuperado el 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201c.pdf>



 **etiom H. Pylori**
Esomeprazol - Levofloxacina - Amoxicilina



La tríada del éxito

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

Para uso exclusivo del profesional.

ARTÍCULO ORIGINAL

DOBLE CERCLAJE CERVICAL DE RESCATE, ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y MÉDICAS PARA EMBARAZOS A EDADES GESTACIONALES AVANZADAS

*Dr. Roberto Rueda Glavey
Dra. Jenniefer Cumes Macz
Dra. Silvia Martínez Guzmán
Dra. Iris Barrios Nájera*

RESUMEN

La insuficiencia cervical consiste en la alteración estructural o funcional del cuello uterino o cérvix, con la consecuente incapacidad para retener al producto de la gestación hasta el término de la misma o la viabilidad del feto, Debido a defectos anatómicos o funcionales, siendo frecuente la pérdida de la gestación en el segundo trimestre. La incompetencia cervical es factor de riesgo de parto prematuro y causa de morbi-mortalidad perinatal. (1) El cerclaje cervical es el método quirúrgico más usado para prevenir la pérdida habitual en el segundo trimestre debido a incompetencia cervical, debe ser electivo, aplicado antes que se presenten cambios en el cuello (4), siendo de elección la técnica de McDonald o Shirodkar (3, 4, 5).

En la actualidad se han modificado las técnicas quirúrgicas con el objetivo de mejorar la supervivencia fetal y poder ofrecer tratamiento a pacientes en edades gestacionales avanzadas y con cambios cervicales establecidos, que en años anteriores únicamente se aplicaba tratamiento conservador obteniendo resultados sub óptimos y pérdidas fetales en edades gestacionales no viables.

Se presenta caso de una mujer de 27 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia cervical, protrusión de membranas ovulares a través de la vagina, a quien se instaura tratamiento médico con triple cobertura antibiótica por infección intraamniótica, oligohidramnios terapéutico así como la realización de un cerclaje doble de rescate, llegando a un embarazo a término sin complicaciones.

ABSTRACT

Cervical insufficiency consists of the structural or functional alteration of the uterine neck or cervix, with the consequent inability to retain the product of pregnancy until the end of pregnancy or the viability of the fetus, due to anatomical or functional defects, with frequent pregnancy losses, in the second trimester. Cervical insufficiency is a risk factor for preterm birth and a cause of perinatal morbidity and mortality. (1) Cervical cerclage is the most widely used surgical method to prevent habitual loss in the second trimester due to cervical incompetence. It must be elective, applied before changes occur in the cervix (4), with the McDonald or Shirodkar (3, 4, 5).

Currently, surgical techniques have been modified with the aim of improving fetal survival and being able to offer treatment to patients of advanced gestational ages and with cervical changes, who in previous years only applied conservative treatment, obtaining suboptimal results and fetal losses in non-viable cases.

We present the case of a 27-year-old woman, diagnosed with cervical insufficiency, vaginal protrusion of the ovular membranes, who underwent medical treatment with triple antibiotic coverage for intra-amniotic infection, therapeutic oligohydramnios, as well as double rescue cerclage, reaching a term pregnancy without complications.

INTRODUCCIÓN

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) propuso eliminar el término incompetencia y sustituirlo por insuficiencia cervical. Que se define como la incapacidad del cérvix uterino para

- Dr. Roberto Rueda Glavey- Ginecólogo y Obstetra HGJJAB, glaveyroberto@gmail.com
- Dra. Jenniefer Cumes Macz- Ginecóloga y Obstetra HGJJAB
- Dra. Silvia Martínez Guzmán- Ginecóloga y Obstetra HGJJAB
- Dra. Iris Barrios Nájera- Jefa del Departamento Ginecología y Obstetricia HGJJAB

mantener el embarazo in-útero hasta el término, debido a defectos anatómicos o funcionales (1), siendo frecuente la pérdida de la gestación en el segundo trimestre.

No se conoce con certeza los factores etiológicos involucrados en esta patología sin embargo se han descrito las posibles causas de la misma, dentro de las cuales se encuentran; (A) Adquiridos, lesión anatómica producida por traumatismo obstétrico: dilatación y legrado o parto instrumentado, o por cirugía ginecológica, generalmente conización del cérvix. Las lesiones adquiridas se consideraban la mayor causa de debilidad en el esfínter interno cérvico-uterino. (B) Congénitos, defectos histológicos en cuello macroscópicamente (C) Fisiológicos, cuando la dilatación es secundaria a irritabilidad uterina (contracciones) anormalmente persistente. (D) Anatómicos, por distorsión morfológica uterina, sea por malformación uterina congénita o por miomas. (6, 7)

Para el diagnóstico de esta patología no se dispone de un método fiable y objetivo, La historia de los embarazos previos es muy importante para sospecharla. Las pacientes suelen ser multigestantes con uno o más abortos en el segundo trimestre (8). Se debe interrogar sobre antecedente de partos precipitados, partos instrumentados, dilatación y legrado. Es importante el antecedente de cauterización o conización cervical. Artículos de Shirodkar (9) y McDonald (10) señalan la historia típica de incompetencia cervical: pérdida del embarazo en el segundo trimestre, ruptura prematura de membranas sin actividad uterina dolorosa, trabajo de parto breve y expulsión de feto usualmente vivo. No existe un método exacto que confirme el cuello incompetente basando el diagnóstico en los antecedentes obstétricos.

Debe realizarse de forma preconcepcional para adelantar manejo preventivo. Cuando el diagnóstico no se ha realizado, y antes de la rotura de membranas, debido a la dilatación cervical la paciente suele experimentar peso en hemiabdomen inferior y la sensación de plenitud vaginal. A la especuloscopia se observa el cuello parcialmente dilatado o la presencia de membranas que salen por el orificio cervical. El Test de Hegar se realiza estando la paciente no gravida, se evalúa el canal cervical, utilizando dilatadores de Hegar, siendo la prueba positiva el paso fácil del dilatador No. 8 (11). La prueba de tracción del catéter, o de la sonda de Foley, consiste en colocar y llenar con 1 cc el balón de la sonda de Foley y luego traccionar para evidenciar la laxitud y relajación del orificio cervical interno (11). La Histerosalpingografía, para medir el orificio cervical interno, se ha utilizado y cifras superiores a seis mm son sugestivas de incompetencia cervical.

En la paciente embarazada, la ultrasonografía se ha incluido como método auxiliar de diagnóstico basándose en las mediciones del orificio cervical interno así como la longitud cervical para orientar el diagnóstico de la misma.

Los tratamientos para esta condición han sido quirúrgicos,

colocando una sutura alrededor del cuello incompetente llamado cerclaje cervical, Desde hace unos años la mayoría de guías clínicas (ACOG 2014, NICE 2015, RCOG 2011) recomiendan una terminología basada en la indicación del cerclaje:

Cerclaje indicado por historia obstétrica (History-indicated cerclage, equivalente al cerclaje profiláctico o primario). Es el que se realiza de forma electiva antes de evidenciar modificaciones cervicales en gestantes con antecedentes de incompetencia cervical. Se realiza entre las 13 y 16 semanas de gestación tras el cribado de aneuploidías y a partir de las 12 semanas, una vez pasado el período de máximo riesgo de aborto espontáneo.

Cerclaje indicado por ecografía (Ultrasound-indicated cerclage, equivalente al cerclaje terapéutico o secundario). Es el que se realiza en gestantes con antecedente de parto pretérmino ante la evidencia de acortamiento cervical ecográfico (longitud cervical < 25 mm) antes de la semana 26. (12,13)

Cerclaje indicado por exploración física (Physical-indicated cerclage, equivalente al cerclaje terciario o de emergencia). Es el que se indica ante la evidencia, durante la exploración física, de una dilatación cervical 2cm con membranas visibles a través de orificio cervical externo antes de las 26 semanas de gestación.

Se han descrito distintas técnicas para la realización de cerclaje cervical, dentro de las tres más conocidas se encuentran: McDonald, Shirodkar, Espinoza. La elección de la misma es a criterio del cirujano y las condiciones clínicas de la paciente, en la actualidad se han modificado dichas técnicas para mejorar los resultados del procedimiento.

La técnica descrita por el Dr. Castillo Reyther consiste un cerclaje doble de rescate, realizando un cerclaje tipo Espinoza Flores y otro Mc Donald, la ubicación de los mismos se basa en la características clínicas de la paciente como la dilatación, protrusión de membranas así como el acortamiento cervical, el Dr. Reyther ha realizado este tipo de técnica como cerclaje de rescate obteniendo resultados favorables.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de una mujer de 27 años de edad con un embarazo de 23 semanas por Ultrasonido, primigesta, sin antecedentes obstétricos de importancia, únicamente asmática de dos años de evolución, actualmente controlada, consulta a emergencia de Gineco-Obstetricia con historia de dolor pélvico de 1 día de evolución, a la evaluación ginecológica, por medio de especuloscopia se evidencian membranas ovulares que protruyen a través de canal vaginal, dilatación cervical de 2 cm, borramiento del 50%, leucorrea en moderada cantidad.

Por dichos hallazgos es ingresada al servicio de complicaciones prenatales con diagnóstico de insuficiencia cervical para su manejo con médicos especialistas. Se realiza ultrasonido obstétrico el cual es reportado; embarazo de 24 semanas con 5 días, feto único vivo indiferente, placenta posterior grado de maduración I, líquido amniótico normal, con longitud cervical de 38mm, con protrusión de membranas a través de cérvix, signo Sludge, diámetro de apertura a través del orificio cervical interno de 14mm. (Imagen 1)

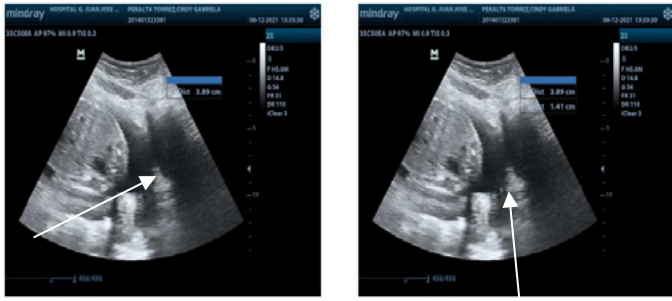


Imagen 1: se observa apertura del orificio cervical interno, por el cual protruyen membranas ovulares, con presencia de signo Sludge que consiste en un agregado denso de material particulado visible por ultrasonido, en relación directa o próxima al orificio cervical interno que sugiere infección por microorganismos.

Por los hallazgos ultrasonográficos indirectos que sugieren infección intraamniótica, se instaura triple tratamiento antibiótico (ceftriaxona, claritromicina y metronidazol), tratamiento que ha sido utilizado con evidencia científica que ha demostrado ser efectivo para erradicar la infección/inflamación intraamniótica en pacientes con insuficiencia cervical e infección intraamniótica. (14)

Se indujo oligohidramnios terapéutico, con el fin de reducir el líquido amniótico ya que las membranas amnióticas estaban protruyendo por la cavidad vaginal. Con dicho tratamiento se lleva a paciente a sala de operaciones para realizar cerclaje doble de rescate, realizando un cerclaje tipo Espinoza Flores y otro Mc Donald, con la técnica descrita previamente. (Imagen 1 y 2).



Imagen 1 y 2: en la imagen se puede observar los cambios cervicales con la protrusión de membranas ovulares previo a la realización del doble cerclaje de rescate y posterior a la colocación del mismo.

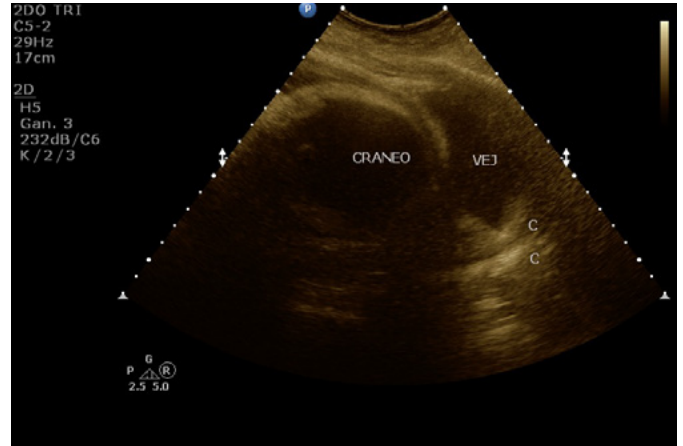


Imagen 3: seguimiento ultrasonográfico de paciente luego de la colocación de doble cerclaje de rescate, la letra C en la imagen muestra el cerclaje in situ, no se documenta la protrusión de membranas que se veía previo a la colocación del mismo.

Luego de la colocación del doble cerclaje de rescate se da seguimiento clínico y ultrasonográfico a paciente (imagen 3), la cual con adecuada evolución se logra llegar a una gestación a término y se resuelve a paciente vía cesárea a las 37 semanas, paciente con adecuada evolución postparto se retira sutura de cerclaje posterior a la realización de cesárea.

DISCUSIÓN

En el caso clínico presentado anteriormente se pudo corroborar la efectividad con el uso de técnicas quirúrgicas alternativas, así como el manejo medico basado en evidencia, los cuales no son utilizados de rutina, sin embargo brindan la oportunidad de poder realizarlos en casos clínicos seleccionados los cuales presenten cambios cervicales establecidos, para poder ser manejados de esta manera y así mejorar la supervivencia fetal, y prolongar el embarazo a edades gestacionales viables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Agustín L: Cerclaje cervical. Rev Medicina, Panamá 1892: 79-87,1993.
- 2) SOGC clinical practice guidelines. Cervical Insufficiency and Cervical Cerclage. J Obstet Gynaecol Can 2013;35(12):1115–1127.
- 3) Fuste P, Deulofen P, Martínez JM et al. Cerclaje cervical con técnica deShirodkar: indicaciones, eficacia y repercusión sobre la gestación. Estudio de 56 casos. Clin. Invest. Gin. Obst. 1993; 20(10): 437-442
- 4) Shirodkar UN. A new method of operative treatment for habitual abortion in the second trimestre of pregnancy. Anliseptic 1955; 52: 229-235.
- 5) McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. J. Obstet. Gynaecol Br Empire 1957; 63(3): 346.

- 6) American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG Practice Bulletin No.142: Cerclage for the management of cervical insufficiency. *Obstet Gynecol* 123 (2 Pt 1):372–379, 2014. doi: 10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc
- 7) Jewelewicz R. Incompetent cervix. Pathogenesis, diagnosis and treatment. *Semin. Perinatol.* 1991 ; 15(2): 156-161.
- 8) 14. Nzeh DA. , Adetoro OO. Sonographic assessment of the competent cervix in pregnancy. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1992; 37: 179-184.
- 9) Shirodkar UN. A new method of operative treatment for habitual abortion in the second trimestre of pregnancy. *Anliseptic* 1955; 52: 229-235.
- 10) McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J. Obstet. Gynaecol Br Empire* 1957; 63(3): 346
- 11) Zlatnik FJ, Burmeister LF. Interval evolution of the cervix for predicting pregnancy outcome and diagnosing cervical incompetence. *J. Reprod. Med.* 1993; 38(5): 365-369
- 12) Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: metaanalysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol.* 2005 Jul;106(1):181-9.
- 13) Berghella V. et al. Effectiveness of cerclage according to severity of cervical length shortening: a metaanalysis. *Ultrasound obstet Gynecol.* 2010 Apr;35(4):468-73
- 14) Oh, K. J., Romero, R., Park, J. Y., Lee, J. H., Conde-Agudelo, A., Hong, J. S., & Yoon, B. H. (2019). Evidence that antibiotic administration is effective in the treatment of a subset of patients with intra-amniotic infection/inflammation presenting with cervical insufficiency. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(2), 140.e1-140.e18. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.03.017>.

LA FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN MUJERES CON MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA

*Meritxell Oliver Marrugat
Sònia Anglès-Acedo
Camil Castelo-Branco*

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is an intervention that involves the removal of external female genitalia for non-medical reasons. It is a procedure proved harmful and already illegal in most countries, but there are still girls and women subjected to it every day. Among the consequences that arise from this practice, sexual dysfunction seems to be one of the most widespread. The possibility of reconstructive surgery being a tool to its restoration was the main aim to carry out this review. We selected all articles that assessed sexual function before and after reconstructive surgery in women with FGM. In the articles collected, the different measurement methods included validated questionnaires, e.g. the Female Sexual Function Index (FSFI), non-validated questionnaires, and patient self-reports. The surgeries performed were mainly either clitoral reconstruction or defibulation. Almost all publications (92.8%) reported an improvement in sexual function after reconstructive surgery. Nevertheless, results need to be interpreted cautiously, given that sexual function is a complicated sphere to analyze, most studies provided small samples, and some of them exposed data with non-validated questionnaires. In conclusion, sexual function might be positively influenced by surgical reconstruction, but more evidence in this field is required.

INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) incluye todas las intervenciones que implican una extirpación parcial o total de

los genitales femeninos externos por razones no médicas. Esta práctica es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. Es llevado a cabo principalmente por circuncisores tradicionales, que a menudo desempeñan otros roles centrales en las comunidades (1). La mayoría de las mujeres son cortadas antes de los 5 años (2). A veces, incluso es realizado por proveedores de atención médica que creen que el procedimiento es más seguro cuando se medicaliza. Esta práctica está altamente concentrada en una franja de países desde la costa atlántica hasta la Horn de África, en áreas de Oriente Medio como Irak y Yemen y en algunos países de Asia como Indonesia (2). Sin embargo, debido a la inmigración, este problema ahora afecta a las niñas y mujeres de todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud ha acordado una categorización internacional de la MGF dividida en cuatro tipos principales, dependiendo de la extensión del tejido genital extirpado: tipo I, extirpación del clítoris; tipo II, extirpación del clítoris y los labios menores; tipo III o infibulación, estrechamiento de la abertura vaginal mediante corte y reposicionamiento de los labios menores o mayores, mediante sutura, con o sin extirpación del clítoris; y tipo IV, todos los demás procedimientos perjudiciales para los genitales femeninos con fines no médicos. Aunque algunos pueden creer lo contrario, la MGF no tiene beneficios para la salud, y perjudica a las niñas y las mujeres de muchas maneras. Como regla general,

- Meritxell Oliver Marrugat
- Sònia Anglès-Acedo
- Camil Castelo-Branco
- Grupo de Trabajo de Sexología Clínica, ICGON, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona. 08036, Barcelona, España.
- Departamento de Especialidades Quirúrgicas y Medicosirugía. Universitat de Barcelona, 08007 Barcelona, España
- Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi I Sunyer (IDIBAPS), 08036, Barcelona, España.
- *Correspondence: castelobranco@ub.edu (Soria Inglés Acedo)
- Todos los autores contribuyeron por igual.

los riesgos para la salud de la MGF aumentan proporcionalmente a la cantidad de tejido dañado, aunque todas las formas de MGF se asocian con un mayor riesgo para la salud. Algunas de las complicaciones inmediatas de esta agresión incluyen dolor intenso, hemorragia, hinchazón, fiebre, infección e incluso la muerte. Con respecto a las complicaciones a largo plazo, la lista también es larga: problemas urinarios, vaginales, menstruales y sexuales, tejido cicatricial y queloide, complicaciones del parto, problemas psicológicos y más (1).

Aunque el tratamiento de estas mujeres sigue siendo un campo inexplorado, es cierto que es necesario tener en cuenta las esferas física y psicológica. Respecto a la primera sección en la que centramos esta revisión, aquí hay tres formas principales de realizar una cirugía reconstructiva: reconstrucción del clítoris en sí, infibulación (separación de los labios fusionados) y reconstrucción de los genitales circundantes (labios menores y mayores) no involucrar el clítoris y no implicar infibulación.

Como podemos ver, las consecuencias de esta práctica están bien descritas. Es una tradición terrible que debe ser erradicada en todos los países. Estamos en el camino correcto, ya que se ha informado de una disminución en la prevalencia de la MGF en las últimas tres décadas (2). Para las mujeres a las que la eliminación de esta práctica degradante llega tarde, existe la esperanza en la cirugía reconstructiva como una herramienta no solo para mejorar su función sexual, sino también para recuperar su autoestima y bienestar. Por esta razón, se diseñó la presente revisión integral con el objetivo de sistematizar los datos registrados sobre la MGF y la función sexual antes y después de la reconstrucción quirúrgica, con el fin de ayudar a establecer si esta intervención debe proporcionarse sistemáticamente a todas las mujeres con MGF.

Material y Métodos

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

En septiembre de 2020 se realizaron búsquedas en PubMed de todas las publicaciones relevantes. Todas las revisiones encontradas también se analizaron para maximizar el número de publicaciones que cumplían con los criterios de selección (identificadas en el diagrama de flujo como "otras fuentes"). Los términos de búsqueda utilizados fueron "Mutilación genital femenina", "Ablación genital femenina", "MGF", "MGF", "cirugía reconstructiva", "sexualidad", "calidad de vida" y "CdV". Se realizó la búsqueda de publicaciones en inglés y español.

Selección de estudios

Los títulos y resúmenes de todos los estudios recuperados fueron revisados por un único revisor (MO) para excluir de manera esencial las publicaciones claramente irrelevantes. Los artículos excluidos en este punto fueron revisados por otro revisor (SA) para confirmar la irrelevancia. El texto completo de los artículos seleccionados se

mantienen y se revisa para garantizar que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de elegibilidad

Las publicaciones se incluyeron si el texto completo del artículo estaba disponible y los datos sobre la función sexual se informaron antes y después de la cirugía reconstructiva. Se incluyeron todos los tipos de cirugía reconstructiva (reconstrucción del clítoris, infibulación y cualquier otro tipo de cirugía reconstructiva). Todos los artículos que evaluaron la función sexual antes y después de la cirugía fueron incluidos, incluso si no utilizaron herramientas validadas. Se incluyeron todos los tipos de estudios clínicos.

Extracción de datos

El revisor extrajo los datos y un segundo revisor confirmó los datos seleccionados para cada estudio. Cualquier posible discrepancia se resolvió por consenso y, si era necesario, por recomendación a un tercer revisor. Se utilizó una proforma predesarrollada para extraer datos descriptivos sobre el diseño del estudio, el número de pacientes incluidos, el tipo de reconstrucción quirúrgica recibida y los cuestionarios sobre sexualidad. Cuando un estudio mostró datos de más de un seguimiento después de la reconstrucción, analizamos solo los más alejados en el tiempo de la cirugía.

Síntesis de los resultados y análisis de datos

Para establecer la mejoría en la función sexual después de la reconstrucción en la publicación de cada una, se consideró toda la información relacionada con la sexualidad proporcionada sobre los sujetos incluidos en cada estudio. Debido a los pocos datos disponibles sobre este tema, analizamos cada publicación que daba algún tipo de información sobre la función sexual, incluso si no era tan precisa como la obtenida a través de FSFI u otros cuestionarios validados. Así, se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos para todos los estudios: el subgrupo de estudios que utilizó cuestionarios validados de la función sexual junto con los subgrupos de cuestionarios no validados y autoinformes.

Resultados

Selección de estudios

La búsqueda bibliográfica identificó 524 Publicaciones, y se obtuvieron 3 más a través de otros recursos. En total, reunimos 527 artículos, de los cuales 260 fueron directamente excluidos ya que se repitieron citas. Insertar una evaluación exhaustiva de los resúmenes, nosotros quitamos 246 publicaciones. De ellos, 227 fueron publicaciones claramente irrelevantes (tema completamente diferente) y 19 fueron congresos. Resúmenes, revisiones o meta-análisis. Finalmente, se evaluaron 21 publicaciones para elegibilidad, y 14 de ellos fueron seleccionados dado que conocieron al criterio de elegibilidad y 14 de ellos fueron seleccionados dado que conocieron al criterio de elegibilidad.

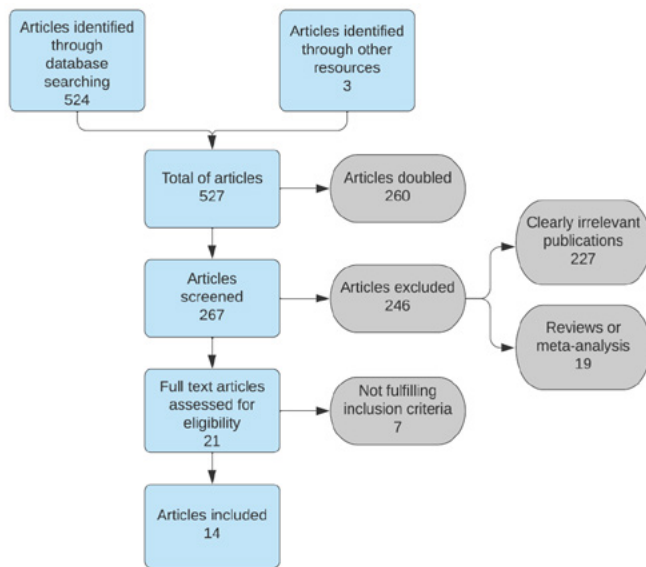


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda de literatura y criterios de selección. Adaptado de los elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis: la declaración PRISMA. (3)

Resultados del estudio

Esta revisión recopiló datos de 1132 mujeres. Todos ellos se sometieron a una cirugía reconstructiva: 1071 (94,5%) reconstrucción del clítoris (RC), 61 (5,4%) infibulación (DF) y 1 (0,1%) reconstrucción genital diferente de RC y DF. En el grupo de pacientes que pasaron por RC, 5 (0,5%) habían sido clasificados como MGF tipo I, 119 (11,1%) como tipo II, 1 (0,1%) como tipo II-III, 870 (81,2%) como tipo II o III, 19 (1,8%) como tipo III, 30 (2,8%) como tipo IV y 27 (2,5%) como tipo I, II o III. En el grupo de pacientes sometidos a DF, 4 (6,6%) habían sido clasificados como tipo II, 55 (90,2%) como tipo III y 2 (3,2%) como tipo IV. Por último, la paciente sometida a una cirugía diferente a la RC y la DF había sido clasificada como MGF tipo III.

Métodos de medición de la función sexual

Medir la función sexual no es una tarea fácil. En consecuencia, muchos estudios informan de los resultados de la IR en diferentes métodos de medición, a menudo no validados, lo que complica la interpretación de estos resultados. Los que sí utilizan herramientas validadas eligen principalmente el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Esta es una medida de autoinforme de 19 ítems que evalúa 6 dominios: deseo, excitación subjetiva, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. A partir de los núcleos en los dominios, también se calcula una puntuación total. Ha demostrado ser una buena escala clínica para la función sexual(4). Esta escala se utiliza en 6 de los artículos analizados en esta revisión. Los autores que no utilizan escalas validadas a veces crean su propio cuestionario, como en el caso de 'Kasr El Aini sexual assessment questionnaire sheet'(5). En algunos casos, sin embargo, la

información se proporciona simplemente como un autoinforme de la paciente, que informa que su función sexual es buena o mala, y si ha mejorado después de la reconstrucción. Este último método proporciona información discutible.

Función sexual en mujeres con MGF

Las mujeres con MGF sufren de disfunción sexual. Sin embargo, existe una estrecha relación entre el tipo de mutilación y el grado de disfunción sexual. Thabet et al. describe que, en el "cuestionario de evaluación sexual kasr El Aini", las mujeres con MGF tipo I obtuvieron una puntuación similar a la de las mujeres que no habían sufrido este agresor ($78,9 \pm 1,7$ y $82,2 \pm 1,45$). Mientras tanto, las mujeres con MGF tipo II y III, obtuvieron una puntuación significativamente más baja ($65,6 \pm 1,7$). (6). Los dominios más afectados fueron el dolor y el orgasmo, mientras que los menos afectados fueron la lubricación y el deseo (7; 8; 9; 10; 11; 12; 13).

Función sexual en mujeres con MGF después de una cirugía reconstructiva

Aunque los métodos de medición difirieron bastante entre los estudios seleccionados en esta revisión, se pueden establecer algunas conclusiones a partir de ellos. La mayoría de las publicaciones reconocieron una mejoría en la función sexual después de la reconstrucción (Tabla 1). Uno de ellos, sin embargo, no informó ningún cambio significativo en ningún dominio después de la cirugía. Los autores creían que este resultado podría atribuirse al pequeño número de mujeres evaluadas en el seguimiento, por lo que la muestra no tenía poder estadístico suficiente para detectar cambios significativos (7). El dominio que más mejoró y por mucho como el dolor, seguido de la excitación. Los menos mejorados fueron la lubricación y el orgasmo (7; 8; 9; 10; 11; 12; 13).

LA FUNCIÓN SEXUAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN MUJERES CON MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA

Autor y año de publicación	Muestra e intervención	MT	Resultados					Conclusión
			Dominios	Antes	Después (1 año)	Valor de P	Función sexual sin cambios.	
Pasdakis et al. 2020 (7)	N=15 -2 Tipo I -13 tipo II CR	FSFI	Dominios	Antes	Después (1 año)	Valor de P	Función sexual sin cambios.	
			Desear	4,63 ± 2,62	4,36 ± 1,77	0,74		
			Excitación	5,39 ± 5,30	4,20 ± 4,83	0,49		
			Lubricación	7,26 ± 7,77	3,88 ± 5,01	0,14		
			Orgasmo	4,89 ± 4,14	2,96 ± 3,87	0,38		
			Satisfacción	4,61 ± 3,47	4,35 ± 3,29	0,78		
			Dolor	4,11 ± 5,33	4,03 ± 3,68	0,95		
Puntuación total	29,16 ± 23,79	23,84 ± 21,57	0,44					
Mestre-Bach et al. 2019 (8)	N=1 -tipo II CR	FSFI	Dominios	Antes	Después (6 meses)	Valor de P	No hay aumentos específicos en ningún dominio, pero mejora de la puntuación total.	
			Desear	2	4,2			
			Excitación	0	0			
			Lubricación	0	0			
			Orgasmo	0	0			
			Satisfacción	2	4			
			Dolor	0	3,6			
Puntuación total	4	12						
Vital et al. 2016 (9)	N=12 -3 Tipo I -9 Tipo II CR	FSFI	Dominios	Antes	Después (6 meses)	Valor de P	Mejora significativa en todas las subpuntuaciones y en la puntuación total, excepto en la lubricación.	
			Desear					
			Excitación					
			Lubricación	Cifrados exactos no proporcionados.		No se proporciona.		
			Orgasmo					
			Satisfacción					
			Dolor					
Puntuación total	17 (IQR 13-21)	29 (IQR 24-34)	0,009					
Mañero et al. 2018(10)	N=27 -tipos I, II, III CR	FSFI	Dominios	Antes	Después (6 meses)	Valor de P	Mejora significativa en todas las subpuntuaciones y en la puntuación total, excepto en el deseo.	
			Desear	3,6 (IQR 2,5-4,2)	3,6 (3,6-4,8)	0,195		
			Excitación	2,5 (IQR 1,8-4,4)	4,5 (3,6-4,8)	0,018		
			Lubricación	3,9 (IQR 1,5-5)	4,8 (4,2-5,9)	0,021		
			Orgasmo	2,4 (IQR 1,3-2,8)	4,8 (4,1-5,2)	0,001		
			Satisfacción	2,4 (IQR 2,4-3,6)	4,8 (3,6-6)	0,001		
			Dolor	2,2 (IQR 1,6-2,8)	6 (5,2-6)	0,001		
Puntuación total	16 (IQR 12-21)	29 (26,1-31,2)	0,001					
Krause et al. 2011 (11)	N=18 -4 Tipo II -12 tipo III -2 tipo IV DF	FSFI	Dominios	Antes	Después (6 meses)	Valor de P	Mejora significativa en el deseo, la excitación, la satisfacción y el dolor. Lubricación y orgasmo inalterados.	
			Desear			0,0134		
			Excitación			0,0016		
			Lubricación	Cifrados exactos no proporcionados.		0,3313		
			Orgasmo			0,056		
			Satisfacción			0,0114		
			Dolor			< 0,0001		
Puntuación total			No se proporciona					
Seifeldin et al. 2016 (12)	N=107 -91 tipo II -16 tipo III CR	FSFI	Dominios	Antes	Mejora (%)	Valor de P	Mejora significativa en el deseo, la excitación, la satisfacción y el dolor. Lubricación y orgasmo inalterados.	
			Desear		24			
			Excitación		27			
			Lubricación		4			
			Orgasmo		8			
			Satisfacción		16			
			Dolor		12			
Puntuación total		No se proporciona						
Abdulcadic et al. 2017 (13)	N=6 -2 Tipo II -3 tipo III -1 tipo II-III CR	NVS	Dominios	Mejorado	Inalterado	Valor de P	Mejora de la función sexual.	
			Excitación	1	3			
			Lubricación	3	1			
			Orgasmo	3	1			
			Placer sexual	2	2			
			Dolor	3	1			
			Seguimiento entre 3-12 meses; 2 no eran sexualmente activos.					
Chang et al. 2017 (14)	N=3 -CR tipo II	SR	Mejora de la función sexual después de un promedio de 305 días.					
Thabet et al. 2003 (16)	N=60 -30 tipo II y III -30 tipo IV CR	NVS	Grupos	Antes	Después (6 meses)	Valor de P	Mejora de la función sexual en el grupo 1, sin cambios en el grupo 2.	
			1. MGF tipo II y III	65,6 ± 1,7	80,5 ± 1,7	<0,0005		
			2. MGF tipo IV	76,9 ± 2,0	79,0 ± 1,1	>0,05		
Foldes et al. 2012 (15)	N=840 -tipo II y III CR	NVS	Dominios	Mejoría empeoramiento (después de 1 año)	Empeoramiento (después de 1 año)	Valor de P	Mejora de la función sexual.	
			Desear					
			Dolor	821	19			
			Placer del clítoris	815	19			
Crayon et al. 2016 (16)	N=1 -tipo III DF	SR	Mejora de la función sexual después de 6 meses.					
Nour et al. 2006 (17)	N=40 -tipo III DF	NVS	Dominios	% (entre 6 meses y 2 años)	CI 95%	Valor de P	Mejora de la función sexual.	
			Desear	100	89,1-100			
			Las relaciones sexuales mejoraron	100	89,1-100			
Anand et al. 2013 (18)	N=1 -tipo III DF	SR	Mejora de la función sexual después de 6 semanas.					
Fazari et al. 2013 (19)	N=1 -tipo III GR	SR	Mejora de la función sexual después de 6 semanas.					

Discusión

A partir de los resultados de esta revisión, aquí parece haber un acuerdo sobre el hecho de que la cirugía reconstructiva puede mejorar la función sexual en mujeres que han sufrido MGF. Casi todas las publicaciones revisan el (92.8%) reportó una mejoría en la función sexual. En los estudios se analizaron diferentes dominios, el que muestra la mayor recuperación como el dolor. Este es un hallazgo alentador, dado que es el dominio más perjudicado en las mujeres. Por otro lado, el orgasmo fue el segundo dominio más deteriorado, y solo demostró una mejora significativa en 2 de los 6 estudios que se preocuparon por examinarlos dominios e por separado. La lubricación del dominio también se mantuvo sin cambios en todos los estudios, excepto en uno. No consideramos que esta información sea un hallazgo relevante, teniendo en cuenta que esta característica no se ve especialmente afectada en las mujeres con MGF.

Sin embargo, no hay tanta evidencia científica como nos gustaría. Uno de los problemas es que las publicaciones disponibles a menudo trabajan con muestras que no son lo suficientemente grandes como para proporcionar confianza en los hallazgos. Obtener muestras lo suficientemente grandes es complicado debido al hecho de que esta agresión no se propaga por todo el mundo y no todas las mujeres afectadas por ella saben que pueden buscar ayuda. Por lo tanto, asentar con muestras pequeñas parece ser la única opción para llevar a cabo estos estudios.

Otra preocupación es la variedad de herramientas de medición utilizadas para evaluar la función sexual. Su heterogeneidad es un hándicap, ya que causa graves dificultades a la hora de comparar resultados y llegar a conclusiones. Las nuevas publicaciones deben tener esto en cuenta y utilizar herramientas validadas, por lo que es más fácil en el futuro recopilar toda la información disponible en esta materia.

Además, midiendo la función sexual es un desafío incluso cuando se utilizan cuestionarios validados. Por ejemplo, el FSFI incluye 15 elementos que contienen una opción 0 para "sin actividad sexual" o "no intentó tener relaciones sexuales". Esto significa que cuando esta escala se utiliza en mujeres que no han tenido relaciones sexuales por razones distintas a la disfunción sexual, puede haber una subestimación de las puntuaciones de funcionamiento sexual (20). Por lo tanto, las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios validados siempre deben evaluarse individualmente, lo que hace que el análisis de los resultados sea aún más problemático.

Finalmente, la función sexual no solo está determinada por la condición de los genitales, sino que está fuertemente influenciada por el bienestar en las esferas emocional y social. En consecuencia, estos asuntos deben ser evaluados con herramientas validadas durante estos estudios y tenidos en cuenta al analizar los resultados.

N: observaciones; CR: reconstrucción del clítoris; DF: defibulación; GR: reconstrucción genital sin DF ni CR; MT: herramientas de medición; FSFI: índice de función sexual femenina; NVS: básculas no validadas; SR: autoinforme; ±: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico; IC: intervalo de confianza.

Conclusión

La función sexual puede verse influenciada positivamente por la reconstrucción quirúrgica. Se necesita más evidencia en este campo para evaluar qué sujetos podrían beneficiarse más de ella y cuáles, si se operaran, se quedarían con una función sexual sin cambios.

Declaración de divulgación

Los autores informan que no hay conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Mutilación genital femenina. Organización Mundial de la Salud. 2020.
- 2) Mutilación/ablación genital femenina: una preocupación mundial. UNICEF. Nueva York : s.n., 2016.
- 3) Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis: la declaración PRISMA. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG y Group., PRISMA. 7, 2009, Medicina PLoS, Vol. 6.
- 4) El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI): Un instrumento de autoinforme multidimensional para la evaluación de la función sexual femenina. R. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. 2, 2000, Journal of Sex & Marital Therapy, Vol. 26, pp. 191-208.
- 5) Sexualidad defectuosa y circuncisión femenina: la causa y el posible manejo. Saeed Mohamad Ahmad Thabet, Ahmed S M A Thabet. 1, 2003, J Obstet Gynaecol Res., Vol. 29, pp. 12-9.
- 6) —. Thabet SM, Thabet AS. 1, 2003, The journal of obstetrics and gynaecology research, Vol. 29.
- 7) Características clínicas asociadas con la mutilación/ablación genital femenina: un estudio longitudinal piloto. Paslakis G, Farré JM, Tolosa-Sola I, Palazón-Llecha A, Domínguez-Cagnon H, Jiménez M, Martínez Rosselló B, Barri-Soldevila P, Mestre-Bach G. 8, 2020, Revista de medicina clínica, Vol. 9, p. 2340.
- 8) Cambios clínicos, sexuales y psicopatológicos después de la reconstrucción del clítoris en una mutilación/ablación genital femenina tipo II: un informe de caso. Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Barri-Soldevila P, Jiménez-Bonora M, Lasheras G, Farré JM. 1, 2019, Revista Africana de Salud Reproductiva, Vol. 23, pp. 154-162.
- 9) Uso del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) para evaluar la función sexual en mujeres con mutilación genital sometidas a reconstrucción quirúrgica: un estudio prospectivo piloto. Vital M, de Visme S, Hanf M, Philippe HJ, Winer N, Wylomanski S. 2016, Revista europea de obstetricia, ginecología y biología reproductiva, Vol. 202, pp. 71-74.
- 10) Reconstrucción del clítoris mediante un injerto vaginal después de la mutilación genital femenina. Mañero I, Labanca T. 4, 2018, Obstetricia y ginecología, Vol. 131, pp. 701-706.
- 11) Fuera de África Oriental: defibulación y función sexual en mujer con mutilación genital femenina. Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. 5, 2011, The journal of sexual medicine, Vol. 8, pp. 1420-5.
- 12) Cirugía Reconstructiva Genital después de la Mutilación Genital Femenina. Seifeldin, Amr. 6, 2016, Obstetrics & Gynecology International Journal, Vol. 4, p. 129.
- 13) Manejo del neuroma doloroso del clítoris después de la mutilación/ablación genital femenina. Abdulkadir J, Tille JC, Petignat P. 1, 2017, Salud reproductiva, Vol. 14, p. 22.
- 14) Reconstrucción de la mutilación genital femenina: un informe preliminar. Chang CS, Low DW, Percec I. 8, 2017, Revista de cirugía estética, Vol. 37, pp. 942-946.
- 15) Cirugía reconstructiva después de la mutilación genital femenina: un estudio de cohorte prospectivo. Foldès P, Cuzin B, Andro A. 9837, 2012, Lancet, Vol. 380, pp. 134-141.
- 16) Manejo de la mutilación genital femenina en el entorno de la clínica ambulatoria: un estudio de caso y revisión de la literatura. Craven S, Kavanagh A, Khavari R. 2016, 2016, Journal of surgical case reports.
- 17) Desfibulación para tratar la ablación genital femenina: efecto sobre los síntomas y la función sexual. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. 1, 2006, Obstetricia y ginecología, Vol. 108, pp. 55-60.
- 18) Reversión de la mutilación genital femenina: un enfoque general. Anand M, Stanhope TJ, Occhino JA. 7, 2013, Revista internacional de uroginecología, Vol. 25, pp. 985-986.
- 19) La cirugía reconstructiva para la mutilación genital femenina inicia el funcionamiento sexual en una mujer sudanesa: un informe de caso. Fazari AB, Berg RC, Mohammed WA, Gailii EB, Elmusharaf K. 11, 2013, The journal of sexual medicine, Vol. 10, pp. 2861-2865.
- 20) Puntuación e interpretación de la FSFI: ¿Qué se puede aprender de 20 años de uso? Cindy M. Meston, Bridget K. Freihart, Ariel B. Handy, Chelsea D. Kilimnik, Raymond C. Rosen. 1, 2020, The Journal of Sexual Medicine, Vol. 17, pp. 17-25.

COMENTARIOS

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SOP: UN SEGUIMIENTO PROSPECTIVO HASTA UN PROMEDIO DE EDAD SOBRE LOS 80 AÑOS

Maria Forslund, Johanna Schmidt, Mats Brännström, Kerstin Landin-Wilhelmsen, Eva Dahlgren Eur J Obstet Gynecol



Año 3, N°4. abril 2022

Dra. Mariana Gaybor Guillen

Cuenca - Ecuador

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital universitario del Río

Coordinadora Gineco-obstetricia, Hospital Monte Sinai

Prof.Titular, Fac. Medicina, Universidad del Azuay (2019)



RESUMEN

Objetivo: A pesar de la clara evidencia del aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), el efecto a largo plazo sobre ECV y mortalidad aún es incierta en mujeres con SOP, especialmente en las de edad avanzada. Faltan estudios en mujeres mayores con SOP. El objetivo es estudiar la morbilidad/mortalidad en mujeres con SOP en comparación con un grupo de referencia hasta una edad media superior a los 80 años.

Diseño del estudio: una cohorte bien definida de mujeres con SOP, examinadas en 1987 y 2008, que se volvió a examinar 32 años más tarde en 2019 (rango de edad 72-91 años), en paralelo con un grupo de referencia de la misma edad. Para mujeres fallecidas, se utilizaron datos de registro; para las mujeres vivas, se realizaron entrevistas y se estudiaron historias clínicas, presión arterial y exámenes de sangre. Los datos de morbilidad y mortalidad estaban disponibles en 35 de 36 mujeres con SOP y en 99 de 118 mujeres en el grupo de referencia.

Resultados: A una edad promedio de 81 años no hubo diferencia en la mortalidad por todas las causas (HR 1,1, ns), en la mortalidad relacionada con ECV (HR 1,7, ns), en todas las ECV (HR 1,2, ns), ni en hipertensión (HR 1,8, ns), diabetes tipo 2 (HR 1,7, ns), niveles de lípidos, glucosa, insulina u hormonas tiroideas.

Al comparar los datos de referencia de mujeres fallecidas y vivas con SOP, no se encontraron diferencias con respecto a la edad, edad de menopausia, IMC, HOMA-IR, FAI, testosterona total o SHBG. Sin embargo, las mujeres fallecidas con SOP tenía un WHR más alto (0,87 frente a 0,80; $p < 0,01$) al inicio del estudio.

Conclusiones: No se encontró evidencia de aumento de la mortalidad por todas las causas o ECV en mujeres con SOP. Los niveles elevados de testosterona y el perfil de riesgo de CVD en el SOP, presente durante la perimenopausia, no parecen estar asociados con mayor riesgo de morbilidad/mortalidad por ECV más adelante en la vida.

Es un estudio de cohorte, definida por su carácter prospectivo, cuyo seguimiento es desde el año 1987 al 2008 y reexaminado en el 2019. Como todo estudio de cohorte dispone de un grupo de expuestos, en este caso son quienes presentan diagnosticado Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), y un grupo de no expuestos, aquellas mujeres sin el evento de interés. El pareamiento por edad fue de 4:1; también lo realizaron por Índice de masa corporal, pero este no se pudo cumplir en su totalidad. Mencionan cuáles fueron los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Las pérdidas de las participantes fue por fallecimiento, o que no desearon continuar en el estudio. Se mencionan los pasos que siguieron para la toma de signos vitales, medidas antropométricas y los exámenes de sangre. Este estudio es claramente un ejemplo de un tipo de estudio de cohorte con carácter prospectivo (1).

La hipótesis planteada hace referencia a que las mujeres con SOP tendrían una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular (CVD) en comparación con las de su edad. Se consideró variables como edad, las medidas antropométricas para evaluar obesidad general y central, la presión arterial, exámenes de sangre. Hay que mencionar que existen otros estudios que consideran como factor de riesgo cardio-vascular la aterosclerosis

subclínica (2) que podría actuar como una variable modificadora en el estudio, pero no fue estudiada.

Los resultados reportan más riesgo de mortalidad, $HR > 1.0$, en las mujeres expuestas al SOP para: causa “directa o indirecta” de muerte cardiovascular, causa “directa” de muerte cardiovascular y cáncer [1,65 (IC 95%, 0,66-4,29), 2,20(0,77-6,82) y 1,32 (0,55-3,52)]. Pero esto no es significativo, ya que los valores inferiores del intervalo de confianza están bajo 1.0 y los valores superiores están sobre 1.0. Por lo tanto SOP, no es riesgo ni protector de los diferentes tipos de morbilidad en este estudio, ya que el margen de error es mayor al 5% (3). Estos resultados, posiblemente están dados por el tamaño de la muestra que fue pequeño, por lo que es importante aumentar el tamaño de muestra para futuros estudios, recomendación que ya la realizan en el año 2018 en una revisión sistemática titulada “Más allá de la fertilidad: ovario poliquístico síndrome y salud a largo plazo” que recomienda que para estudios futuros deben incluir cohortes más grandes de mujeres definidas con SOP para determinar el riesgo preciso de eventos CVD en esta población (4).

Una revisión sistemática del año 2018 reporta la importancia del SOP como causa de disglucemia con una mayor prevalencia de IGT (Intolerancia a la glucosa) y DM2. Apoyan la importancia de considerar la etnia, la obesidad y subrayan la necesidad de métodos de diagnóstico precisos para la diabetes (5). La misma, encontró que las mujeres con SOP tenían una mayor prevalencia de DM2 en comparación a mujeres sin SOP (OR 2,87; IC del 95 %: 1,44-5,72) es decir que las mujeres con SOP tenían 2,87 veces más riesgo de desarrollar DM2 que las mujeres que no tienen SOP.

El estudio analizado no pudo comprobar la hipótesis planteada y se aceptaría la hipótesis nula, que hace referencia a que las mujeres con SOP no tendrían una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular (CVD).. Sin embargo, el tamaño de la muestra dificulta entregar conclusiones definitivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Paulina Salazar F, Carlos Manterola D, Guissela Quiroz S, Nayely García M, Tamara Otzen H, Miriann Mora V, et al. Cohort studies. 1st part. description, methodology and applications. *Rev Cir (Mex)* 2019; 71(5):482-93.
2. Studen KB, Sever MJ, Pfeifer M. Cardiovascular risk and subclinical cardiovascular disease in polycystic ovary syndrome. *Front Horm Res.* 2013;40:64-82.
3. Arias MM, Arias MM. Lectura crítica en pequeñas dosis El significado de los intervalos de confianza. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet] 2013; 15:91–4. Disponible en: www.pap.es
4. Cooney LG, Dokras A. Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health. *Fertil Steril* [Internet]. 2018; 110(5):794-809. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.08.021>
5. Kakoly NS, Khomami MB, Joham AE, Cooray SD, Misso ML, Norman RJ, et al. Ethnicity, obesity and the prevalence of impaired glucose tolerance and type 2 diabetes in PCOS: A systematic review and meta-regression. *Hum Reprod Update* 2018; 24(4):455-67.



SELECCIÓN DE RESÚMENES DE MENOPAUSIA

Semana del 18 al 24 de mayo 2022
María Soledad Vallejo. Clínica Quilín. Universidad de Chile

J Clin Endocrinol Metab. 2022 Mayo 21;dgac327. doi: 10.1210/clinem/dgac327.

MÉTRICAS IDEALES DE SALUD CARDIOVASCULAR Y RIESGO DE SÍNTOMAS VASOMOTORES INCIDENTES DE INICIO TEMPRANO ENTRE MUJERES PREMENOPÁUSICAS

Hye Rin Choi 1 2, Yoosoo Chang 1 3 4, Yejin Kim 1, Yoosun Cho 5, Jeonggyu Kang 1, Min-Jung Kwon, et al.

Contexto: Se desconoce la relación de los comportamientos ideales de salud cardiovascular (CVH) con la prevención de los síntomas vasomotores de inicio temprano (SMC). Objetivo: Investigamos la asociación entre las métricas de CVH y el desarrollo de SMC de inicio temprano en mujeres premenopáusicas. Diseño: Este estudio de cohorte incluyó a 2.541 mujeres premenopáusicas de 42 a 52 años sin SLB al inicio del estudio. Métodos: Las métricas cvH se definieron de acuerdo con las métricas Life Simple 7 de la American Heart Association. Debido a la disponibilidad limitada de información dietética, las métricas de CVH se calificaron de 0 (no saludable) a 6 (saludable) y se clasificaron en tres grupos: CVH pobre (0-2), intermedia (3-4) e ideal (5-6). Los SLB, incluidos los sofocos y los sudores nocturnos, se evaluaron mediante el cuestionario de calidad de vida específica para la menopausia. Los SLB moderados/severos se definieron como una puntuación de ≥ 3 puntos (rango: 0 a 6, siendo 6 los más molestos). Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 4,5 años, 1.241 mujeres desarrollaron SLB antes de la menopausia. Después del ajuste por edad, paridad, nivel de educación y consumo de alcohol, el cociente de riesgos instantáneos (intervalo de confianza [IC] del 95%) para desarrollar SLB de inicio temprano que compararon el grupo de CVH deficiente con el grupo ideal fue de 1,41 (1,07-1,86). Las puntuaciones cvH también se asociaron inversamente con SMC moderados/graves de manera dosis-respuesta (P para la tendencia = 0,004); específicamente, los cocientes de riesgos instantáneos ajustados multivariantes que compararon los grupos de CVH intermedios y pobres con el grupo ideal fueron 1,20 (IC del 95%: 1,02-1,43) y 1,57 (IC del 95%: 1,08-2,29), respectivamente. Conclusión: Las métricas de CVH desfavorables se asociaron significativamente con un mayor riesgo de VMS de inicio temprano y sus formas más graves entre las mujeres premenopáusicas.

Cáncer J. 2022 Mayo-Junio 01;28(3):241-245. doi: 10.1097/PPO.0000000000000597.

PREOCUPACIONES SOBRE LA TERAPIA DE HORMONAS MENOPÁUSICAS BIOIDÉNTICAS COMPUESTAS

JoAnn V Pinkerton 1

Tras la publicación de los datos de la Iniciativa de Salud de la Mujer, las mujeres comenzaron a usar la terapia de hormonas bioidénticas compuestas (cBHT) en la creencia equivocada de una mayor seguridad y eficacia que la terapia hormonal tradicional. Las nuevas pautas recomiendan la terapia hormonal aprobada por el gobierno para mujeres menopáusicas sanas sintomáticas menores de 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia en el momento del inicio. Para las mujeres que solicitan hormonas bioidénticas, aquellas similares a las hormonas presentes antes de la menopausia, hay muchas terapias hormonales aprobadas por el gobierno con amplios datos farmacocinéticos, de seguridad y eficacia proporcionados con prospectos que delimitan la eficacia, la seguridad y los riesgos potenciales. Para las mujeres que solicitan cBHT no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (cBHT), estos cBHT carecen de datos sobre farmacocinética, seguridad y eficacia y no se les proporciona una etiqueta que detalle el riesgo. Su uso debe restringirse a mujeres con alergias o dosis o formulaciones no disponibles en terapias aprobadas por el gobierno. La terapia con pellets que proporciona a las mujeres la dosificación de hormonas suprafisiológicas plantea aún más problemas de seguridad.

Cáncer J. 2022 Mayo-Junio 01;28(3):208-223. doi: 10.1097/PPO.0000000000000591.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL MENOPÁUSICO Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: SE TRATA DE TIEMPO Y TIEMPO

Howard N Hodis, Wendy J Mack

La totalidad de la evidencia indica que los efectos de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) menopáusica están determinados por el momento del inicio de acuerdo con la edad y / o el tiempo desde la menopausia, la salud subyacente del tejido objetivo y la duración del tratamiento. Iniciada en mujeres menores de 60 años y/o en o cerca de la menopausia, la TRH reduce significativamente la mortalidad

por todas las causas y las enfermedades cardiovasculares (ECV), mientras que otras terapias primarias de prevención de ecológicas, como la reducción de lípidos, no lo hacen. La magnitud y el tipo de riesgos asociados a la TRH, incluidos el cáncer de mama, el accidente cerebrovascular y el tromboembolismo venoso, son raros (<10 eventos / 10,000 mujeres), no son exclusivos de la TRH y comparables con otros medicamentos. La terapia de reemplazo hormonal es una terapia de prevención primaria de ECV específica del sexo y dependiente del tiempo que reduce concomitantemente la mortalidad por todas las causas, así como otras enfermedades relacionadas con el envejecimiento con un excelente perfil de riesgo. Teniendo en cuenta que las estrategias de prevención deben ser personalizadas, los proveedores de atención médica y los pacientes pueden utilizar datos acumulados de TRH para tomar decisiones clínicas relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas, incluidas las ECV y la reducción de la mortalidad.

Cáncer J. 2022 Mayo-Junio 01;28(3):183-190. doi: 10.1097/PPO.0000000000000595.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA: ES HORA

Avrum Zvi Bluming 1

Este artículo revisa las décadas de evidencia que respaldan los beneficios reproducibles de la TRH para el control de los síntomas de la menopausia, la mejora de la salud cardíaca, la prevención de la fractura de cadera, la reducción del riesgo y el ritmo del deterioro cognitivo y la mayor longevidad. Cuantifica el aumento del riesgo de tromboembolismo asociado con la TRH oral, aunque no transdérmica. Evalúa las afirmaciones repetidas de que la TRH se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de cáncer de mama y, cuando se administra a sobrevivientes de cáncer de mama, un mayor riesgo de recurrencia del cáncer de mama. Se discuten veinticinco estudios de TRH después de un diagnóstico de cáncer de mama, publicados entre 1980 y 2013, al igual que las 20 revisiones de esos estudios publicadas entre 1994 y 2021. Solo 1 de los 25 estudios, el ensayo HABITS, demostró un mayor riesgo de recurrencia, que se limitó a la recurrencia local o contralateral, y no a distancia. Ninguno de los estudios, incluido HABITS, informó un aumento de la mortalidad por cáncer de mama asociado con la TRH. Incluso en el ensayo HABITS, el aumento absoluto en el número de mujeres que tuvieron una recurrencia (solo localizada) asociada con la administración de TRH fue de 22. Es sobre la base de estas 22 pacientes que la TRH, con sus beneficios demostrados para tantos aspectos de la salud de las mujeres, se está negando a millones de sobrevivientes de cáncer de mama en todo el mundo.

Obstet Gynecol. 2022 Abr 1;139(4):698-717. doi: 10.1097/AOG.00000000000004730.

MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ACOG NO. 2

Propósito: Proporcionar recomendaciones actualizadas basadas en la evidencia para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica.

Población objetivo: Pacientes posmenopáusicas con osteoporosis primaria. Métodos: Esta guía se desarrolló utilizando un protocolo a priori en conjunto con un equipo de redacción compuesto por dos especialistas en obstetricia y ginecología designados por el Comité de Guías de Práctica Clínica-Ginecología de ACOG y un experto externo en la materia. Los bibliotecarios médicos de ACOG completaron una búsqueda bibliográfica exhaustiva de literatura primaria dentro de Cochrane Library, Registro Cochrane de Ensayos Controlados de la Colaboración Cochrane, EMBASE, PubMed y MEDLINE. Los estudios que avanzaron a la etapa de selección de texto completo fueron evaluados por dos autores del equipo de redacción sobre la base de criterios estandarizados de inclusión y exclusión. Los estudios incluidos se sometieron a una evaluación de la calidad y se aplicó un marco de evidencia a decisión GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) modificado para interpretar y traducir la evidencia en declaraciones de recomendación. Recomendaciones: Esta Guía de Práctica Clínica incluye recomendaciones actualizadas sobre quién debe recibir farmacoterapia para la osteoporosis, los beneficios y riesgos de las opciones de farmacoterapia disponibles, el monitoreo y seguimiento del tratamiento, y el papel del calcio y la vitamina D en el manejo de la osteoporosis posmenopáusica. Las recomendaciones se clasifican por fuerza y calidad de la evidencia. Los puntos de buenas prácticas no calificados se incluyen para proporcionar orientación cuando no se pudo hacer una recomendación formal debido a pruebas inadecuadas o inexistentes.

Fam Pract. 17 de mayo de 2022;cmac041. doi: 10.1093/famp/ cmac041. En línea antes de la impresión.

MORTALIDAD EN COVID-19 ENTRE MUJERES EN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Hajira Dambha-Miller 1, William Hinton 2, Christopher R Wilcox 1, Mark Joy 2, Michael Feher 2, et al.

Antecedentes: Los limitados datos observacionales recientes han sugerido que puede haber un efecto protector del estrógeno en la gravedad de la enfermedad COVID-19. Nuestro objetivo fue investigar la asociación entre la terapia de reemplazo hormonal (TRH) o el uso de píldora anticonceptiva oral combinada (COCP) y la probabilidad de muerte en mujeres con COVID-19. Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando registros médicos computarizados recopilados rutinariamente de la base de datos de atención primaria del Centro de Investigación y Vigilancia (RSC) del Oxford-Royal College of General Practitioners (RCGP). Identificamos una cohorte de 1.863.478 mujeres mayores de 18 años de edad de 465 consultorios generales en Inglaterra. Se utilizaron modelos de regresión logística de efectos mixtos para cuantificar la asociación entre el uso de TRH o PICC y la mortalidad por todas las causas entre las mujeres diagnosticadas con COVID-19 confirmado o presunto en modelos no ajustados y ajustados.

Resultados: Hubo 5.451 casos de COVID-19 dentro de la cohorte. La TRH se asoció con una reducción de la mortalidad por todas las causas en COVID-19 (OR ajustado 0,22; IC del 95%: 0,05 a 0,94). No se informaron eventos para la mortalidad por todas las causas en mujeres a las que se les prescribieron AOC. Esto impidió un mayor examen del impacto del COCP. Conclusiones: Encontramos que la prescripción de TRH dentro de los 6 meses posteriores a un diagnóstico registrado de infección por COVID-19 se asoció con una reducción en la mortalidad por todas las causas. Se necesita más trabajo en cohortes más grandes para examinar la asociación de COCP en COVID-19 e investigar más a fondo la hipótesis de que los estrógenos pueden contribuir a un efecto protector contra la gravedad de COVID-19.

o que no tenían ninguna indicación ovárica. Conclusión: Las tasas de incidencia de ooforectomía unilateral y bilateral han variado mucho a lo largo del período de 69 años de este estudio. En los últimos 14 años, la incidencia de ooforectomía unilateral y bilateral premenopáusica ha disminuido. Estas tendencias reflejan los efectos de las publicaciones iniciales de 2005-2006 y el posterior conjunto de pruebas en expansión contra la práctica de la ooforectomía para indicaciones no cancerosas.

Obstet Gynecol. 2022 Mayo 1;139(5):724-734. doi: 10.1097/AOG.0000000000004728. Epub 2022 Abr 5.

TENDENCIAS TEMPORALES EN LA OOFORECTOMÍA UNILATERAL Y BILATERAL EN UNA POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE GEOGRÁFICAMENTE DEFINIDA

Zachary Erickson 1, Walter A Rocca, Carin Y Smith, Liliana Gazzuola Rocca, Elizabeth A Stewart, et al.

Objetivo: Evaluar las tendencias en la incidencia de ooforectomía unilateral y bilateral premenopáusica entre 1950 y 2018. Métodos: El sistema de vinculación de registros médicos del Proyecto de Epidemiología de Rochester se utilizó para identificar a todas las mujeres de 18 a 49 años que eran residentes del condado de Olmsted, Minnesota, y se sometieron a una ooforectomía unilateral o bilateral antes de la menopausia espontánea entre el 1 de enero de 1950 y el 31 de diciembre de 2018. Los denominadores de población se derivaron de los Censos Decenales de los Estados Unidos para los años 1950-2010, y los denominadores de población del año intercensal se interpolaron linealmente. Para 2011-2018, los denominadores de población anuales se obtuvieron de las proyecciones del Censo de los Estados Unidos. Cuando fue apropiado, las tasas de incidencia general se ajustaron por edad a la población femenina total de los Estados Unidos del Censo de 2010. Resultados: Hubo 5,154 ooforectomías en el condado de Olmsted durante el período de 69 años entre 1950 y 2018, y el 2.9% mostró enfermedad maligna en patología. Un total de 2.092 (40,6%) mujeres se sometieron a ooforectomía unilateral, y 3.062 (59,4%) mujeres se sometieron a ooforectomía bilateral. Más de la mitad (n=1.750, 57,2%) de las ooforectomías bilaterales ocurrieron entre 1990 y 2009. Hasta 1975-1979, la incidencia de ooforectomía unilateral era mayor que la ooforectomía bilateral. De 1980 a 1984 a 2000 a 2004, la incidencia de ooforectomía bilateral se duplicó con creces y la incidencia de ooforectomía unilateral disminuyó. Después de 2005, ambos procedimientos disminuyeron y convergieron a una incidencia similar en 2015-2018. La disminución de la ooforectomía bilateral premenopáusica en los últimos 14 años (2005-2018) fue más pronunciada para las mujeres que se sometieron a ooforectomía simultáneamente con histerectomía



SELECCIÓN DE RESÚMENES DE MENOPAUSIA 2

Semana del 25 al 31 de mayo 2022
María Soledad Vallejo. Clínica Quilín. Universidad de Chile

Medicina (Kaunas). 2022 Mayo 5;58(5):637. doi: 10.3390/medicina58050637.

MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Qing Zhong 1, Yuri Anderson 1

La disfunción sexual femenina (FSD) en la hipertensión ha sido menos estudiada que la disfunción sexual masculina, y el impacto de los agentes antihipertensivos en la función sexual femenina no está definido. En esta revisión, se analizaron ensayos clínicos aleatorizados doble ciego y estudios transversales relacionados con la función sexual femenina en la hipertensión desde 1991 hasta 2021. La FSD pareció ser mayor en las mujeres hipertensas que en las normotensas. Los betabloqueantes son los únicos agentes antihipertensivos con evidencia relativamente fuerte de dañar la función sexual femenina. Los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) son relativamente beneficiosos para la función sexual femenina. Para tratar la FSD en presencia de hipertensión, el control de la presión arterial es clave, y se prefiere la administración de bloqueadores de los receptores de angiotensina. Además de controlar la presión arterial, para las mujeres premenopáusicas, se puede probar la flibanserina y la bremelanotida, mientras que el ospemifeno y los suplementos hormonales son preferidos para las mujeres posmenopáusicas.

Int J Mol Sci. 2022 17 de mayo;23(10):5591. doi: 10.3390/ijms23105591.

OSTEOSARCOPENIA: UNA REVISIÓN NARRATIVA SOBRE ESTUDIOS CLÍNICOS

Angela Polito 1, Lorenzo Barnaba 1, Donatella Ciarapica 1, Elena Azzini 1

La osteosarcopenia (SG) se define por la presencia concurrente de osteopenia/osteoporosis y sarcopenia. La patogénesis y la etiología de la SG involucran factores genéticos, bioquímicos, mecánicos y de estilo de vida. Además, un estado nutricional inadecuado, como una baja ingesta de proteínas, vitamina D y calcio, y una reducción en la actividad física son factores de riesgo clave para la SG. Esta revisión tiene como objetivo aumentar el conocimiento sobre el diagnóstico, la incidencia, la etiología y el tratamiento de la SG a través de estudios clínicos que tratan la SG como una sola enfermedad. Los

estudios clínicos muestran la relación entre la SG y el riesgo de fragilidad, caídas y fracturas y cierta asociación con patologías de enfermedades no transmisibles (ENT) como la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. En algunos casos, se hace hincapié en la importancia de profundizar los mecanismos conexos. El ejercicio físico con una nutrición adecuada y los suplementos nutricionales como las proteínas, la vitamina D o el calcio, representan una estrategia significativa para romper la SG. Además, las intervenciones farmacológicas pueden conferir beneficios sobre la salud muscular y ósea. Tanto las intervenciones no farmacológicas como las farmacológicas requieren ensayos controlados aleatorios (ECA) adicionales en humanos para profundizar el efecto sinérgico del ejercicio, las intervenciones nutricionales y los compuestos farmacológicos en la osteosarcopenia.

Nat Rev Endocrinol. 27 de mayo de 2022. doi: 10.1038/s41574-022-00685-4. En línea antes de la impresión.

TRATAMIENTO DE LA MENOPAUSIA - MHT Y MÁS ALLÁ

Susan R Davis 1 2, Rodney J Baber 3

Cada mujer que vive más allá de la mediana edad experimentará la menopausia, que, por definición, es el cese completo de la función ovárica. Este proceso puede ocurrir espontáneamente (menopausia natural) o ser iatrogénico (menopausia secundaria), y puede clasificarse además como “temprano” si ocurre antes de los 45 años y “prematuro” si ocurre antes de los 40 años. A nivel mundial, la edad media de la menopausia natural es de 48,8 años, con muy poca variación geográfica. La edad de una mujer en la menopausia influye en los resultados de salud en la vida posterior. La menopausia temprana se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama, pero un mayor riesgo de osteoporosis prematura, enfermedad cardiovascular y muerte prematura. Los síntomas cardinales de la menopausia y las secuelas adversas para la salud se deben a la pérdida de la producción de estrógenos ováricos. En consecuencia, la terapia hormonal menopáusica (MHT) que incluye estrógeno o un compuesto estrogénico mejora los síntomas de la menopausia, al tiempo que previene la pérdida ósea asociada a la menopausia y los cambios cardiometabólicos. Es importante destacar que la atención integral de las mujeres posmenopáusicas implica la optimización del estilo de vida (atención a la nutrición y la actividad física, reducción

del consumo de alcohol y no fumar) y el tratamiento de otros factores de riesgo de enfermedades crónicas establecidos. Esta revisión ofrece un comentario específico sobre el uso contemporáneo de MHT y nuevas alternativas farmacéuticas para controlar los síntomas de la menopausia.

Acta Chir Orthop Traumatol Cech. 2022;89(2):104-107.

USO DE ESTATINAS Y RIESGO DE FRACTURA DE CADERA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A Del Chiaro 1, S Marchetti 1, P D Parchi 1, G Caprili 1, E Ipponi 1, M Scaglione 1

PROPÓSITO DEL ESTUDIO Evaluar una posible asociación entre la fractura de cadera y el uso de estatinas. **MATERIAL Y MÉTODOS** En este estudio de casos y controles se comparó el uso de estatinas entre dos grupos de 210 pacientes: el primer grupo (grupo de casos) incluyó pacientes hospitalizados por fracturas de cadera, mientras que el segundo grupo (grupo control) incluyó pacientes que no sufrieron lesiones óseas en el fémur. Los dos grupos fueron emparejados por edad, sexo, año de hospitalización y posibles factores de confusión. Dentro del grupo de casos, también se evaluaron las diferencias en cuanto al tipo de fractura, presencia de fractura por fragilidad previa y mortalidad entre usuarios y no usuarios de estatinas. **RESULTADOS** El uso de estatinas fue más frecuente entre los pacientes sin fracturas previas (OR=0,54; IC 95%=0,33-0,89; p=0,0138), especialmente en pacientes de edad avanzada (OR=0,40; IC95%=0,22-0,76). No se encontró ninguna diferencia significativa en la ingesta de estatinas entre hombres y mujeres en el grupo control. En el grupo de casos, aquellos que no usaron estatinas tuvieron más probabilidades de sufrir una fractura de cadera medial (28,5% vs 16,1%). Los pacientes del grupo de casos también presentaron una mayor mortalidad (27,9% vs 19,35%) y un mayor porcentaje de fracturas de cadera previas (20,11% vs 9,7%). Sin embargo, no presentaron una tasa significativamente mayor de fracturas por fragilidad en otros sitios. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** Nuestro estudio sugiere un menor riesgo de fractura de cadera, especialmente en casos de 80 años o más, un patrón de fractura diferente (menor porcentaje de fracturas mediales) y una reducción de la mortalidad a los 9 meses en pacientes tratados con inhibidores de la HMG-CoA reductasa, confirmando las evidencias previas reportadas en la literatura.

Z Gesundh Wis. 2022 Abr;30(4):811-822. doi: 10.1007/s10389-020-01342-8. Epub 2020 Jul 14.

PAPEL DE LOS PATRONES DIETÉTICOS Y LA ACULTURACIÓN EN EL RIESGO DE CÁNCER Y LA MORTALIDAD ENTRE LAS MUJERES HISPANAS POSMENOPÁUSICAS: RESULTADOS DE LA INICIATIVA DE SALUD DE LA MUJER (WHI)

Melissa Lopez-Pentecost 1, Tracy E Crane 2 3, David O Garcia 4, Lindsay N Kohler 4, Betsy C Wertheim 2, et al.

Objetivo: Investigar la asociación entre los patrones dietéticos y el riesgo total y de cáncer relacionado con la obesidad. Además, examinar si la aculturación modifica esta relación. **Tema y métodos:** La

ingesta dietética de mujeres hispanas posmenopáusicas (N = 5,482) inscritas en la Iniciativa de Salud de la Mujer se estimó a partir de un Cuestionario de Frecuencia de Alimentos y se utilizó para calcular los puntajes del patrón dietético; Índice de Alimentación Saludable-2015 (HEI-2015), puntaje de dieta mexicana (MexD), puntaje alternativo de dieta mediterránea (aMED) y el índice inflamatorio dietético ajustado por energía (E-DII™). Las asociaciones se evaluaron utilizando modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** Se diagnosticaron 631 cánceres y 396 cánceres relacionados con la obesidad durante un seguimiento medio de 12 años. En todas las puntuaciones dietéticas, no hubo asociaciones significativas con el riesgo de cáncer o la mortalidad. El análisis de tendencias sugiere un riesgo potencialmente menor de cáncer total relacionado con la puntuación MexD más alta (HR 0,68, IC del 95%: 0,45-1,04, P-trend = 0,03) y un menor riesgo de mortalidad por cáncer relacionada con la obesidad relacionada con la categoría de puntuación más alta para MexD (HR 0,65, IC del 95%: 0,37-1,16, P-trend = 0,02) y aMED (HR 0,87, IC del 95%: 0,45-1,67, P-trend = 0,04). Un análisis adicional sugiere que las mujeres menos aculturadas con puntuaciones Más Altas de MexD tenían un riesgo 56% menor de cualquier cáncer (HR 0,44, IC del 95%: 0,22-0,88, P-trend = 0,03) y un riesgo 83% menor de mortalidad por cáncer (HR 0,17; IC del 95%: 0,04-0,76, P-trend = 0,01) en comparación con las mujeres hispanas más aculturadas. **Conclusiones:** Los patrones dietéticos no se asociaron con el riesgo de cáncer y la mortalidad en mujeres hispanas posmenopáusicas. Los hablantes menos aculturados y preferidos por el español, que informaron haber consumido una dieta mexicana más tradicional, pueden experimentar un menor riesgo de cáncer y mortalidad por cáncer.

Microbiol frontal. 6 de mayo de 2022;13:877776. doi: 10.3389/fmicb.2022.877776. eCollection 2022.

MICROBIOTA INTESTINAL Y ENFERMEDADES ÓSEAS: UNA ASOCIACIÓN CRECIENTE

Yu Chen 1 2, Xin Wang 3, Chunlei Zhang 4, Zhiyong Liu 3, Chao Li 3, Zhigang Ren 1 5

La microbiota intestinal es clave para la salud y la enfermedad humanas. Estudios convincentes han demostrado que la disbiosis en la microbiota intestinal comensal se asocia con enfermedades intestinales y extraintestinales. Las exploraciones recientes han contribuido significativamente a la comprensión de la relación entre la microbiota intestinal y las enfermedades óseas (osteoporosis, osteoartritis, artritis reumatoide y cáncer de hueso). La microbiota intestinal y sus metabolitos pueden asociarse con el desarrollo y la progresión de trastornos óseos debido a su papel crítico en la absorción de nutrientes, la inmunomodulación y el eje intestino-cerebro-hueso (hormonas de regulación). En este trabajo, revisamos los desarrollos recientes que abordan el efecto de la modulación de la microbiota intestinal en las enfermedades esqueléticas y exploramos un enfoque preventivo y una terapia factibles para las enfermedades óseas.

Salud post Reprod. 2022 mayo 23;20533691221097042. doi: 10.1177/20533691221097042. En línea antes de la impresión.

IMPLANTES SUBCUTÁNEOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL PARA LOS SÍNTOMAS REFRACTARIOS DE LA MENOPAUSIA; LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Anushka Dixit 1 2, Nikkita Carden 3, Elaine Stephens 3, Mark Chadwick 3, Jennifer Tamblyn 3 4 5, Lynne Robinson

Objetivo: Para las mujeres con síntomas de menopausia refractarios a las preparaciones estándar de terapia de reemplazo hormonal (TRH), los implantes de TRH ofrecen una alternativa. El objetivo principal de este estudio fue evaluar las percepciones de las mujeres con respecto a la eficacia, tolerabilidad, satisfacción y seguridad de la terapia con implantes. Diseño del estudio: Un estudio de evaluación de servicios de un solo centro realizado en Birmingham Women's & Children's Foundation Hospital Trust. Se publicó un enlace de encuesta semiestructurado anónimo a todas las mujeres (n = 397) registradas que recibieron implantes de TRH en una clínica terciaria de menopausia (mayo de 1982 y diciembre de 2018). Las mujeres que asistieron a la clínica (junio de 2020 a septiembre de 2020) fueron invitadas de manera oportunista a completar una versión escrita de la encuesta. Principales medidas de resultado: Los datos recopilados incluyeron datos demográficos, antecedentes médicos y quirúrgicos, duración del tratamiento, tipo, indicación y complicaciones. Los síntomas climatéricos se evaluaron utilizando la Escala Climatérica de Greene. Resultados: Se obtuvieron datos de 119 mujeres. La encuesta escrita arrojó tasas de respuesta más altas (n = 73, 61,3%). La mayoría de los encuestados tenían entre 51 y 60 años (n = 51 42,9%) y el 87,4% (n = 104) eran "británicos blancos". 70 mujeres usaron solo implantes de estradiol. El 30,1% (n = 34) de los pacientes informaron una puntuación baja de la Escala Climatérica de Greene (0-5). El análisis de subgrupos mostró prevalencia de disfunción sexual y síntomas vasomotores a través de las edades. Hubo una menor prevalencia de síntomas psicológicos entre ≥ 51 años de edad. Se informaron altas tasas de satisfacción. Conclusiones: Se presentan datos de una gran cohorte. Se demostró un buen control de los síntomas, satisfacción y eficacia a largo plazo. Este estudio apoya el valor de los implantes de TRH para los síntomas refractarios de la menopausia. Una base de datos nacional de usuarios de implantes sería una herramienta útil para registrar las puntuaciones de satisfacción y los eventos adversos.



Atenua[®]

Dexketoprofeno Trometamol

15/25 La relación perfecta
en el alivio del dolor

 **euofarma**
tu vida mueve la nuestra

Para uso exclusivo del profesional.

ARTÍCULO ORIGINAL

RELACIÓN DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN MUJERES CON OBESIDAD, ¿UNA ENFERMEDAD DE ALARMA?

Dra. Mónica José Rosotto Coronado

RESUMEN

El Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP) es la endocrinopatía más común reconocida en la edad reproductiva de la mujer, que afecta a 5-7% de la población en femenina. Causa un exceso de andrógenos, responsable de las manifestaciones principales como: (Hirsutismo, resistencia a la insulina o irregularidad menstrual/subfertilidad), y estos varían con la edad, raza, peso y administración de medicamentos. Existe controversia en el diagnóstico y manejo de esta enfermedad, con numerosas guías y recomendaciones disponibles.

My objetivo es la realización de un estudio, el cual se enfoca en las pacientes obesas que padecen de SOP, como causa principal, en las instalaciones de la institución donde laboro actualmente.

ABSTRACT

Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) is the most common endocrinopathy recognized in women of reproductive age, affecting 5-7% of the female population. It causes an excess of androgens, responsible for the main manifestations such as: (Hirsutism, insulin resistance or menstrual irregularity / subfertility), and these vary with age, race, weight and administration of medications. There is controversy in the diagnosis and management of this disease, with numerous guidelines and recommendations available.

My objective is to carry out a study, which focuses on obese patients suffering from PCOS, as the main cause, in the facilities of the institution where I currently work.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP), también denominado hiperandrogenismo ovárico funcional o anovulación crónica hiperandrogénica, es una de las disfunciones endocrino-metabólica de alta prevalencia, actualmente. Es la causa más común de hiperandrogenismo. Se estima, que está presente en el 75% de las

mujeres hirsutas y en el 10% de las mujeres premenopáusicas.

Se manifiesta por síntomas y signos variados entre ellos destacan las irregularidades menstruales, las manifestaciones cutáneas del hiperandrogenismo, la obesidad, la infertilidad, la resistencia insulínica (RI) y el aspecto poliquístico de los ovarios en la ultrasonografía.

Por lo que me vi en envuelta en las ganas de realizar este estudio con un total de 30 mujeres las cuales son mayores de 40 años y evaluar qué relación tiene la obesidad con dicho síndrome.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de mujeres obesas que padecen de síndrome de ovario poliquístico del sector privado y poder así proporcionarles recomendaciones óptimas para disminuir dicha incidencia.

DESARROLLO

¿Qué se comprende por Síndrome de ovario poliquístico?

Es la disfunción endocrino-metabólica que engloba trastornos menstruales, esterilidad, hirsutismo y obesidad, tiene características clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas que afecta a la mujer en edad reproductiva.

Ovarios poliquísticos se define como: la presencia de 12 o más folículos en cada ovario (barrido completo) que midan entre 2-9mm de diámetro y/o un volumen ovárico aumentado (> 10ml) en fase folicular temprana. Sólo un ovario afectado es suficiente para definir el síndrome. (Machain, 2014)

ACERCA DEL ESTUDIO

Es un estudio basado en la demanda de motivos de consulta de signos y síntomas relacionados al síndrome de ovario poliquístico, enfocado en las mujeres con obesidad general y obesidad abdominal.

- Dra. Mónica José Rosotto Coronado (monirosotto@gmail.com) médica y cirujana, Novaguatemala S.A Retalhuleu, Guatemala.

SIGNOS Y SÍNTOMA

Oligomenorrea, amenorrea secundaria, metrorragia disfuncional, obesidad por lo general de tipo androide o “forma de manzana” (índice cintura/cadera > 0.85), el hiperandrogenismo siendo el hirsutismo la manifestación más clásica, acné y la alopecia, en las pacientes obesas y/o hiperinsulinémicas puede observarse acantosis nigricans que es un marcador cutáneo de resistencia insulínica. (Sir, 2013).

HABLANDO DE OBESIDAD

El aumento de tejido graso, particularmente abdominal, está asociado a aumento de producción de andrógenos y mayor riesgo cardiovascular, de forma que se recomienda desde la adolescencia tener conocimiento del índice de masa corporal y medida de circunferencia de abdomen. Se estima una prevalencia de obesidad en este tipo de pacientes de entre el 30 a 60%, que puede estar debida a una dieta incorrecta o bien a falta de ejercicio físico.

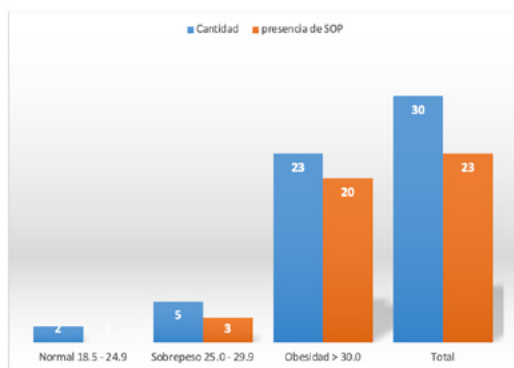
Existe un sesgo importante ya que la obesidad en general y la obesidad abdominal en particular causa hiperandrogenismo y disminución plasmática de la proteína fijadora de hormonas sexuales. Las mujeres con SOP y obesidad también muestran una menor respuesta reproductiva ante fármacos específicos.

La obesidad aumenta el riesgo de síndrome metabólico, diabetes, dislipemia y otros factores de riesgo cardiovascular. (Del Castillo Tirado, 2014)

Tomando como base dichos signos y síntomas y enfocándonos en la obesidad abdominal que presentaron las mujeres de muestra se llegó a los siguientes resultados.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Según lo descrito en la figura 1, se tomó un total de 30 mujeres de las cuales un total de 2 mujeres tienen un IMC normal y no presentan SOP, en la casilla de sobrepeso se obtuvieron 5 mujeres de las cuales el 10% presentaron SOP y con una prevalencia del 66.66% se obtuvo que en las 23 mujeres que presentaban obesidad son portadoras de SOP.



DIAGNÓSTICO

Lo primordial cuando se sospeche SOP es realizar una historia clínica y examen físico minucioso, bioquímica sanguínea, y ultrasonido pélvico y/o vaginal sea el caso. Se debe enfocar durante la historia clínica, los cambios en el ciclo menstrual, ganancia de peso, patrón de crecimiento de bello facial, cambios en piel y aumento de la presión arterial. Como también se debe medir niveles de andrógenos, glucosa y perfil lipídico. Las definiciones de los criterios diagnósticos, se puede ver en TABLA 1.

Criterios diagnósticos	Definición
Hiperandrogenismo	<p>a) Signos Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none">Hirsutismo: crecimiento de bello terminal en zona andrógeno-dependientes. Escala de Ferriman-Gallwey > 6-8 puntos.Acné: se clasifica en leve, moderado, severo según la cantidad de lesiones. <p>b) Signos Bioquímicos</p> <ul style="list-style-type: none">Índice de andrógenos libres (FAI): (Testosterona total x 3,47 / SHBG x 100 se toma positivo si es valor es >4,5.Testosterona libre (actualmente en desuso).
Oligomenorrea/amenorrea	Ciclos menstruales que ocurren con una separación mayor de 35 días / ausencia de menstruación en 6 meses.
Ovarios poliquísticos en ecografía	Al menos uno de los dos ovarios tiene que tener un volumen >10cm ³ y/o presentar 12 o más folículos de 2 a 9 mm de diámetro.

Fuente: (Villanea, 2018)

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Ejercicio físico y pérdida de peso: dado que el SOP se asocia a obesidad y sobrepeso en una elevada proporción de casos antes descritos, se recomendó la pérdida de peso, tanto aumentando el ejercicio físico como con dieta hipocalórica a las mujeres tomadas en cuenta para dicho estudio, con la finalidad de disminuir su índice de masa corporal y su circunferencia abdominal.

La pérdida de peso en este caso es beneficiosa tanto para las desregulaciones metabólicas y de fertilidad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se recomienda métodos de anticoncepción hormonal (pastilla, anillo vaginal o parche) como tratamiento de primera línea para el manejo del acné/hirsutismo y las desregulaciones menstruales.

En las mujeres con síndrome de ovario poliquístico la progesterona se encuentra disminuida y la producción ovárica de andrógenos. Algunos progestágenos poseen efectos antiandrogénicos, dado que antagonizan efectos de los receptores androgénicos y/o inhiben la actividad de la 5-alfa-reductasa. Se recomienda el uso de ciclos largos de tratamiento para evitar el efecto rebote en estas pacientes. (Vásquez, 2021)

El inconveniente de los anticonceptivos orales es que pueden deteriorar la resistencia de insulina y aumentar la síntesis hepática de triglicéridos, lo que dependerá del tipo de progestina que contenga. Las progestinas que tienen actividad androgénica son el norgestrel y el levonorgestrel que no son recomendables, justamente porque exacerbaban las manifestaciones cutáneas del hiperandrogenismo. (Machain, 2014)

CONCLUSIONES

El SOP es una endocrinopatía compleja y controversial en su manejo ya que afecta a gran número de mujeres en edad reproductiva. Un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento aumentará las posibilidades de concepción en las mujeres que lo deseen, aliviará los síntomas de quienes los tengan y evitará los efectos secundarios a largo plazo.

Se debe alentar a las pacientes con SOP de realizar ejercicios y tener una adecuada dieta, esto produce beneficios tempranos con la disminución de la resistencia de la insulina.

Se define como ovarios poliquísticos a: la presencia de 12 o más folículos en cada ovario que midan entre 2-9mm de diámetro y/o un volumen ovárico aumentado (> 10ml) en fase folicular temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Del Castillo Tirado, F. J. (2014). Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. Obtenido de Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-de-sndrome-de-ovario-poliqustico.pdf
2. Machain, R. G. (abril de 2014). Rotterdam 2003. Criterio vigente. Obtenido de Rotterdam 2003. Criterio vigente : <https://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2014/mr142d.pdf>
3. Sir, T. (2013). Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes, 818-826.
4. Vásquez, D. M. (2021). Actualización del síndrome de ovario poliquístico. Revista médica sinergia.
5. Villanea, D. C. (2018). SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. Revista Médica Sinergia, 9-15.

NORMAS PARA LOS AUTORES

Todo manuscrito se debe enviar a: info@agog.com.gt en documentos de Word, tamaño carta en doble espacio con letra Arial número 12. Adjuntando al artículo una carta firmada por el autor en el que certifica que el artículo no ha sido publicado total o parcialmente en otra revista, periódico, libro o publicación similar y cediendo todos los derechos a **AGOG**.

ESCRITURA Y TERMINOLOGÍA:

Todo manuscrito debe estar escrito en español. Números del uno al diez debe escribirse en letras; para más de diez personas, objetos, días, meses, etc. se usan números arábigos. Se prefiere “mujer” en vez de “paciente” al reportar en obstetricia. El autor debe utilizar el nombre genérico de las drogas a menos que el comercial sea directamente relevante. Cualquier equipo especializado, producto químico o farmacéutico citado en el texto debe estar acompañado por el nombre, ciudad y país del fabricante.

PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO:

El texto de artículos originales, técnicas quirúrgicas, presentación de casos y revisiones sistemáticas, debe estar ordenado secuencialmente así:

1. Título;
2. Resumen y Abstract con palabras claves y key words;
3. Texto principal;
4. Agradecimiento;
5. Manifestación de conflicto de interés;
6. Referencias;
7. Tablas/Figuras.

TÍTULO:

- **Hoja de presentación que debe incluir:** Título completo del artículo (el título debe incluir la metodología al final antecedido de dos puntos, e.j. Evaluación del feto de madre diabética: revisión sistemática)
- **Nombre del autor principal,** con su dirección electrónica, teléfono, puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos) y país.
- **Nombre de todos los coautores,** con su puesto administrativo, departamento/división (máximo dos puestos).
- **Título corto** de no más de 60 caracteres para los encabezados de página.

RESUMEN Y ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE:

No más de 250 palabras para artículos originales y revisiones sistemáticas. No más de 100 palabras para presentación de casos, técnicas quirúrgicas y revisiones no sistemáticas. Cartas de lector, comentarios y mini comentarios no necesitan resumen/abstract.

TEXTO PRINCIPAL:

Para **artículos originales y revisiones sistemáticas**, se debe subdividir así introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

Presentación de casos y técnicas quirúrgicas: introducción, presentación de casos o técnica y discusión. Cualquier abreviatura o acrónimo utilizado se definirá en la primera aparición que tenga el texto principal del artículo.

AGRADECIMIENTOS:

Incluyen instituciones o particulares que financiaron el total o parte del estudio. También contribuyentes que califican como autores, en cuyo caso su contribución debe ser descrita.

MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS:

Incluye financiamiento o interés directo para algunos de los autores (por ej. Propiedad de la patente, de acciones, ser consultante o conferencista, etc.) intereses personales, políticos, intelectuales, o religiosos. El tener conflicto de interés no impide que alguien pueda ser autor.

REFERENCIAS:

Se presentarán en base a sistema de referencia de la convención de Vancouver. Las referencias serán numeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se deben identificar en superíndice. Información de artículos aun no publicados serán citados como observaciones no publicadas. Artículos de hasta seis autores deben incluir todos los autores. Si el artículo tiene más de seis autores, solo seis serán colocados seguido de “et.al”.

TABLAS/FIGURAS: Todas las tablas, figuras y gráficas deben estar citadas y debidamente identificadas entre paréntesis en el artículo. Cualquier tabla, figura o gráfica no citada en el artículo será descartada, sin responsabilidad por parte de los editores. Todas las tablas deben ir en blanco y negro. Las gráficas y figuras serán publicadas a color. Todas las tablas, figuras y gráficas



estarán incluidas en el formato de Word enlistadas a continuación de las referencias. Las figuras deben estar en formato JPEG.

ARTÍCULOS ORIGINALES (DE INVESTIGACIÓN):

Texto con máximo de 5,000 palabras. Deben incluir la carta de autorización ética de la institución donde se realizó el estudio.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

Son descripciones de técnicas nuevas o innovadoras. Pueden tener más de diez ilustraciones, acompañadas de texto informativo de hasta 1,800 palabras.

COMENTARIOS:

En aspectos controversiales o de interés general. No deben tener más de 1800 palabras con 10 a 12 referencias. La manifestación de conflicto de interés **debe** ser incluida después del cuerpo principal y antes de las referencias. Se permiten como máximo dos gráficas/tablas o figuras.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Texto con máximo de 1,800 palabras.

MINI COMENTARIOS:

Únicamente por invitación del editor. Se relacionan específicamente a un artículo en especial. No más de 500 palabras, con referencias integradas. **Debe** tener manifestación de conflicto de interés al final.

CARTAS AL EDITOR:

No más de 500 palabras. No deben de contener más de cuatro referencias. La carta debe incluir el nombre de la(s) persona(s) que aparecen como signatarios con sus cargos, departamento/división y país. Se debe incluir el Título de la carta. Los editores se reservan el derecho de realizar cambios de redacción, gramática y estilo, manteniendo la exactitud científica del reporte. A los autores se les puede solicitar que realicen cambios en la ortografía, estilo y gramática, así como revisar por inconsistencias en el texto o las referencias.

Los autores son los únicos responsables del contenido del artículo y de su exactitud, así como de la veracidad de lo que en ellos se publica. **AGOG** bajo ninguna circunstancia se hace responsable por el contenido de los artículos.



SIEMPRE JUNTO A ELLA

LÍNEA GINECOLÓGICA

Para uso exclusivo del profesional.



Stacy[®]
Gestodeno + Etinilestradiol
Planifica el Futuro

Ginna[®]
nitrate de Fenticonazol

Acrea[®]
Ciproterona + Etinilestradiol
Creando Equilibrio Hormonal

Antrofi[®]
Promestrieno
Menos Pausa. Vida Plena



SIEMPRE JUNTO A ELLA

LÍNEA GINECOLÓGICA

Stacy[®]
Gestodeno + Etinilestradiol
Planifica el Futuro

Ginna[®]
nitrate de Fenticonazol
Alivia desde el primer día

Acrea[®]
Ciproterona + Etinilestradiol
Creando Equilibrio Hormonal

Antrofi[®]
Promestrieno
Menos Pausa, Vida Plena

Para uso exclusivo del profesional.

eurofarma
tu vida mueve la nuestra