

COMITÉ EJECUTIVO

FLASOG

Dr. Samuel Karchmer K.
Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque
Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G.
Secretario

Dr. Alfonso Arias
Tesorero

Dr. Néstor C. Garelo
Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L.
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.
Director Científico

Dr. José F. De Gracia
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina
Director Ejecutivo

EDITORIAL LA MEDICINA, LOS MÉDICOS Y LAS RESIDENCIAS MÉDICAS HOY.

Profesor Dr. Héctor Bolatti
Presidente FASGO (2017-2019)

Estimados colegas y amigos, lectores todos de este nuestro querido Boletín de la Federación. Es para mí un gusto enorme una vez más, que el Comité Ejecutivo de FLASOG me permita dirigirme a Uds. en mi carácter de Presidente de FASGO.

Todos sabemos y hemos visto los titulares de los últimos días de las noticias de Argentina y seguro vemos con mucha tristeza que nuestra profesión, y en especial nuestra especialidad, esté vapuleada por los acontecimientos sociales de los cuales lamentablemente no puede escapar; y digo con tristeza, ya que cuando la mayoría de nosotros decidió estudiar medicina, creíamos estar lejos de estos acontecimientos.

La medicina en nuestro país y en mayor o menor medida en todo latinoamérica, siempre fue una profesión difícil de alcanzar y si no, hagamos un repaso de la misma desde no muy lejos a la fecha.

Tener un integrante médico era el orgullo de toda familia, lograr los medios y el poder adquisitivo para que nuestros hijos estudiaran en la

facultad de medicina no era cosa fácil; con gran sacrificio las familias de clase media luchaban para poder conseguirlo, las leyes de Universidades libres y gratuitas, comenzaban a moldearse y los estudiantes de medicina, ingresaban con entusiasmo y alegría, en post de algún día abrazar esta noble profesión. La mayoría de los que la elegían eran varones, tal vez porque todavía estábamos en una sociedad de predominancia machista, o como estaba rodeada de sacrificios fuera del hogar, entre ellos comer y dormir en los hospitales, la familia consideraba que era una carrera más reservada para los del sexo masculino, cosa que a través del tiempo se fue equilibrando y hoy podemos decir con alegría que ya no es así, varones y mujeres gozan de los mismos derechos y oportunidades; pero terminar la carrera de médico, era solo el comienzo de un largo camino de capacitación y conocimientos.

Ingresar a los hospitales para prácticas de esta profesión, siempre fue difícil, solo se lo podía lograr,

si se tenía algún conocido, familiar o alguien que pudiese intermediar para saltar ese difícil obstáculo que era ingresar a un hospital para hacer la práctica médica. Por suerte en algún momento la planificación de los ministerios de salud y las universidades, consideraron oportuna la creación de una forma de capacitación más específica, ordenada y reglada: las residencias médicas, como medio de capacitación, adquisición de conocimientos y curvas de aprendizajes, para el desarrollo de la práctica diaria y específica.

Las formas de adquirir conocimientos teóricos también fue cambiando, de las grandes bibliotecas con préstamos de libros de texto para extraer resúmenes a hoy en día, que a través de un click podemos conseguir los últimos trabajos de investigación sobre cualquier patología, desde un ordenador, hasta un teléfono móvil; pero lo que no podrá cambiarse nunca, al menos hasta que el ser humano no termine de robotizarse, es LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, y ésta se adquiere solo con la práctica cotidiana durante las guardias y las horas dentro de los hospitales; para ello, hay que pasarse varios años dentro de un sistema que primero te abraza, luego te envuelve y a veces te asfixia, es el precio que se debe pagar indefectiblemente para poder desarrollar la capacitación en nuestra profesión.

Pero creo que este tema, de la CAPACITACIÓN Y FUNCIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA merece que nos detengamos un instante a pensar y recordar cuál fue la evolución histórica de las residencias médicas, que en general fue un hecho similar y repetitivo en la mayoría de los países de latinoamérica, ya que tenemos una idiosincrasia muy parecida y por ende, los hechos sociales se repiten en mayor o menor medida en todos nuestros queridos países de habla hispana.

Hace más o menos 40 años, yo recién me recibía de médico y lograr entrar a una residencia médica era

un hecho muy apetecible; los cupos eran escasos y los postulantes siempre muy numerosos, las evaluaciones de ingreso cada vez más exigentes, hacían que solo unos pocos pudieran conseguirlo, el resto, debía esperar el próximo año o tratar de entrar como médicos concurrentes ad honorem en los mejores casos y con gran dificultad porque los cupos eran aun menores.

Así se mantuvo durante varios años la mejor forma de capacitación en una determinada especialidad, pero como todas las cosas que a veces no tienen una planificación muy específica y sus mecanismos bien aceitados, en especial con proyectos a mediano y largo plazo comenzamos a ver que ya no todas las residencias en sus diferentes especialidades seguían siendo interesantes; por el contrario podemos decir con seguridad que la deserción de la carrera de residentes de diferentes especialidades, comenzó a aumentar y aumentar, ya no había tanto interés en ocupar dichos cargos y en la actualidad podemos ver con asombro cómo muchos de ellos quedan vacantes, ya que no se presentan interesados en ingresar a la carrera de residencias.

Ahora bien, a partir de este fenómeno de desinterés en la capacitación o desmotivación por una carrera que a otrora había sido tan codiciada, nos debemos preguntar, cuál ha sido o es, el por qué ... y el tema principal es: ¿qué pasa con la capacitación?

En primer lugar, deseo hacer una reflexión frente a esta sociedad que cambia a pasos agigantados y nos obliga a adoptar su ritmo si queremos progresar, esta reflexión es: ¿cuáles son los fundamentos de la capacitación que queremos y necesitamos?

• **Fundamentos y Marco Teórico**

En el tiempo de estos años, las sociedades internacionales actuales, al igual que la nuestra, no han cejado en su proceso de transformación. El cambio ha sido el signo del presente, el rasgo dominante de la sociedad que ha mostrado estar dotada de gran



potencialidad innovadora, cuyos logros se precipitan inconteniblemente siguiendo el ritmo creciente de las necesidades y anhelos de la comunidad humana. La amplitud del significado de lo moderno, permite sostener que se trata de todo un proceso real y complejo en el que van cambiando las bases económicas, la estructura social, la organización política, el universo cultural e ideológico e innovando los conocimientos científicos y procesos tecnológicos.

Por las condiciones históricas en que se realiza esta evolución, por los factores que intervienen en ella y los objetivos que persigue, así mismo por las modificaciones que produce y las metas que se propone, entraña un proyecto más complejo de transformación cualitativa de la sociedad global, en la cual la educación desempeña un papel imprescindible.

Las relaciones recíprocas entre la sociedad, la ciencia y la tecnología, en esta era del conocimiento, que convergen y se condensan en los procesos productivos de bienes y servicios, constituyen los fundamentos y logros de una nueva educación superior que al realizarse, da a quien la recibe, preparación tecno-académica en diversos campos, regula la distribución del saber disponible y transmite deliberadamente habilidades y valores, lo mismo que las formas de cultura y normas de comportamiento requeridas por el sistema social al que pertenece.

En el terreno de la salud se ha generado, en consecuencia, un importante desarrollo científico y tecnológico que aunado a las transformaciones sociales e institucionales, han hecho que el ejercicio de la medicina actual sea cada vez más complejo. El médico especialista se encuentra en un medio donde el conocimiento se transforma día a día y la existencia de un vigoroso desarrollo de nuevas tecnologías le plantea el imperativo de renovar su formación académica con el fin de alcanzar un perfeccionamiento que le permita conocer, comprender, valorar y aplicar los progresos tecno-científicos en beneficio de sus pacientes.

En este contexto de la era del conocimiento, en el que sobresale el fenómeno de la globalización, las Facultades de Medicina enfrentan nuevos retos y desafíos, pero también nuevas oportunidades en la realización de sus fines académicos dentro del cumplimiento de sus funciones educativas.

Ante la insoslayable realidad del incremento explosivo del conocimiento médico en todos sus campos profesionales, el notable progreso de la tecnología diagnóstica y terapéuticas de las enfermedades, aunado a la creciente y válida exigencia de la sociedad de recibir servicios de calidad en la atención de sus problemas de salud, las Facultades de Medicina de las diferentes universidades, deben asumir una responsabilidad histórica, de velar porque sus planes y programas de estudio de pregrado y postgrado médico se mantengan al día para cumplir la finalidad de responder a las nuevas y previsibles demandas educativas.

Por todo ello, considero que debemos replantearnos algunas consideraciones específicas como: cuál es la Misión y la Visión de nosotros, los responsables de una u otra manera, de los cambios considerados necesarios y en ese marco encontrar la flexibilidad educacional y apertura curricular como medio necesario para poder llevar a cabo nuestros objetivos

Flexibilidad educacional y apertura curricular

Si se tiene en cuenta que la persona es un proyecto de vida, que siempre se mantiene en proceso de construcción y perfeccionamiento para lograr un desarrollo humano óptimo; de acuerdo con las expectativas personales, la flexibilidad curricular permite un enfoque personalizado de la educación, que parte del respeto a las diferencias y a los ritmos del estudiante, pero que implica reconocer cuál es el componente central no negociable que debe cumplir todo aprendiz, de tal modo que se garantice la consecución de sus propósitos de formación, su perfil como médico y que

le ofrezcan otras posibilidades para que avance en un campo específico de su interés, lo que constituye el componente complementario. Al mismo tiempo, se deben brindar posibilidades de cultivar los intereses, las aptitudes y las inteligencias múltiples.

Un currículo flexible permite involucrar nuevos programas, enfoques o estrategias metodológicas que respondan a los retos cambiantes de la formación y del ejercicio de la profesión médica. La apertura educativa implica educar personas abiertas al mundo de los posibles. Los factores y procesos de la apertura se desarrollan en el espacio de la interacción de la persona con el mundo material, el mundo subjetivo y el mundo de lo social.

Propósitos específicos

Para alcanzar el propósito general, las entidades formativas se deben proponer, descubrir, fomentar e instruir al futuro médico en las habilidades y destrezas que le permitan desempeñarse como profesional de la salud, con capacidad para interactuar en la sociedad y con grupos de trabajo multidisciplinario, sin anteponer ni imponer sus creencias y aficiones; de tal manera que pueda servir como asistente, consejero, instructor, promotor e impulsador del bienestar de la comunidad humana bajo su responsabilidad. De esta manera debe lograr propósitos tanto en el área afectiva, como en la del conocimiento y las destrezas.

1. Área afectiva

Relacionarse de manera integral con la mujer “paciente” desde el inicio del proceso de la sexualidad y el potencial reproductivo, hasta la etapa avanzada de la vejez, con relación a la problemática propia del género e inmerso en el contexto familiar, social y cultural, sin distinción de género, preferencia sexual, condición social o por la condición misma de su enfermedad y con pertinencia a su condición de salud y enfermedad.

Interactuar oportuna y racionalmente con los otros profesionales de la salud, siempre buscando encontrar soluciones o alternativas que beneficien al paciente en su condición de salud y enfermedad.

Demostrar una actitud positiva y facilitadora hacia el cambio en los modelos de aprendizaje del conocimiento dinamizando su propio proceso de asimilación y renovación de los conceptos técnicos y científicos, basado en la lectura crítica, revisión de la literatura y participación en actividades de aprendizaje.

Comprender la frágil situación en la que se encuentra la mujer y su producto de la gestación en el contexto social, político y cultural del sistema, con el fin de sensibilizar la actitud en el acto médico hacia una posición más humana, activa y diligente para disminuir los retrasos que el mismo sistema ofrece.

Reconocer y asimilar la responsabilidad social y cultural que se asume en el acto médico con la educación de la mujer “paciente”, a su entorno y a la sociedad, con el propósito de mejorar los conocimientos fundamentales en salud y fomentar la actitud preventiva frente a los potenciales riesgos que tiene en su condición humana.

Propiciar la cultura de la calidad en la atención integral de la mujer con pertinencia a la reglamentación en salud, equidad en la prestación de los servicios y racionalidad en la administración de los recursos económicos y científicos que la ley contempla, pero siempre en pro del bienestar del paciente y de la misma sociedad.

Facilitar la relación humana, científica y social que la mujer, en todas sus etapas, y en su entorno, desea para lograr los propósitos inherentes a la búsqueda de la salud y el completo bienestar.

2. Área del conocimiento y de las destrezas

Demostrar que comprende la función sexual y reproductiva, tanto en su interdependencia como en su desempeño aislado, haciendo parte del proceso de



maduración biológica, social y cultural del individuo hacia la adultez y la madurez sexual y reproductiva.

Demostrar que comprende la responsabilidad biológica, social, cultural e individual de cada uno de los miembros de la pareja humana en el proceso reproductivo, con relevancia de la libertad y opción por la maternidad, la responsabilidad humana frente a las generaciones futuras y el impacto en el crecimiento de las poblaciones.

Garantizar con el acto médico que los conocimientos adquiridos sean pertinentes al contexto bio-psico-social de la mujer con correspondencia al desempeño sexual y reproductivo, con oportunidad en la acción y con calidad e idoneidad según el conocimiento vigente.

Demostrar que comprende el proceso biológico de la gestación humana y la interrelación con los componentes biológicos, familiares, sociales, culturales y logísticos que la ponen en riesgo.

Mantener siempre una posición dinámica en el acto médico hacia la función educativa con fomento de la salud y el bienestar de la comunidad humana en la etapa reproductiva, con actividades preventivas a corto, mediano y largo plazo que propendan al menor riesgo de enfermar y reducción de la potencial mortalidad, principalmente con el binomio materno-infantil.

Realizar con calidad el acto médico, tanto en la situación de emergencia como en la forma electiva, en la hospitalización o la consulta médica, garantizando la adecuada elaboración de la historia clínica, la solicitud de exámenes clínicos, paraclínicos, con pertinencia y adecuado respaldo técnico-científico, solicitud de la participación de otras disciplinas, con miras a garantizar la oportuna atención de la paciente, y disminuir los potenciales retrasos.

Asistir a la mujer y al producto de la concepción con integridad e idoneidad, alrededor del proceso de la gestación, durante el trabajo de parto, el parto y

el puerperio, brindando con calidad una atención humana, afectiva, respetuosa y profesional y propiciando el logro conjunto de otros propósitos que conduzcan al mejor bienestar de la mujer, el hijo, la familia y la sociedad.

Todos estos conceptos de propuestas de cambios, se deben sostener por el mejoramiento de las actitudes y desarrollos elaborados hasta el presente defendiendo los antecedentes que dieron buen resultado y produciendo cambios sustanciales en aquellos que se ha podido comprobar no fueron satisfactorios, o que ya no se adaptan a las necesidades actuales. Indudablemente que todos los cambios propuestos deberán ser sometidos a la consideración de los cuerpos colegiados de las Universidades y recién allí, una vez aprobados, podrán ser incorporados. Es necesario un juicio favorable de los distintos comités académicos, en el ejercicio del análisis y reflexión, para poder emitir definiciones sobre los conceptos académicos, proposiciones pedagógicas, disposiciones didácticas, y normas administrativas, sobre la elaboración de los planes de estudio.

De esta forma tenemos la posibilidad de hacer más atractivas nuestras residencias médicas, ya que con planes estratégicos a corto, mediano y largo plazo, podremos producir cambios académicos y asistenciales, en post de alcanzar la excelencia médica en especial de nuestra especialidad.

Ahora bien todo lo dicho anteriormente, me lleva a una reflexión social, que es tan importante como la planificación de una capacitación acorde a las necesidades de nuestra sociedad.

Todos y cada uno de los pacientes desean y exigen que el profesional que los asista sea idóneo en lo que hace, tenga un trato humanitario y por sobre todas las cosas, llegue con exactitud y en el menor tiempo posible al diagnóstico y tratamiento de su dolencia; el paciente necesita imperiosamente salir de esa etapa de

enfermedad y minusvalía lo antes posible, para sanar e insertarse nuevamente en la sociedad y atender sus obligaciones cotidianas.

Pero para que todo esto se pueda desarrollar adecuadamente, todos debemos madurar como sociedad en sí, porque lamentablemente vivimos en una comunidad donde solo parecen existir los derechos y no las obligaciones. Se exige siempre cuando el individuo necesita algo y no muchas veces estamos dispuestos a cumplir con lo que a cada uno nos corresponde como integrante de ese todo, que no es más que la sociedad en la que vivimos.

La medicina, siempre fue, es y será un profesión muy álgida, en ella no se admiten errores ni equivocaciones, ya que los mismos tienen alto costo; por lo tanto, debemos aprender a cuidar de dichos menesteres, debemos exigir Universidades que preparen adecuadamente a los futuros profesionales, hospitales abiertos a la comunidad pero principalmente con planes de residencias y capacitaciones específicas, en número suficiente, con obligaciones en sí, pero también bien remuneradas para que el médico en formación no deba distraer su atención en numerosos trabajos para poder vivir adecuadamente.

Es de hacer notar que esta sociedad de consumo en la cual vivimos inmersos, nos envuelve y no nos deja exentos de sus debilidades; pero nunca la medicina y con ella el acto médico en sí, deberían necesitar de acciones sindicales y de manifestaciones populares que nos alejan del verdadero sentido de nuestra profesión, todos y cada uno de nosotros debemos velar por la integridad de esta carrera para que no se vea envuelta en acciones inadecuadas que solo conllevan al deterioro social y a las antinomias entre la profesión, la sociedad y los pacientes, hecho que jamás debería suceder, ya

que la única forma de tener un pueblo sano, es trabajar para que exista una comunidad médica que solo se dedique a estudiar, aprender y aplicar todo ello en la salud de nuestra sociedad.

FASGO, nuestra entidad, es reconocida internacionalmente por su prestigio académico, su constante capacitación de profesionales y su permanente trabajo de hacer de los médicos jóvenes, especialistas de renombre y seres humanos capacitados e idóneos en la especialidad; por lo tanto, solo desea contribuir a encontrar el camino del diálogo y el entendimiento frente a los acontecimientos antes mencionados, haciendo votos para que en un futuro inmediato, el médico residente solo tenga la necesidad de dedicarse a estudiar y asistir a todos los pacientes que hoy los están esperando en cada uno de los hospitales donde ellos prestan servicios, para desarrollar su profesión con dignidad, bienestar y alegría.



LAS EMBARAZADAS FUMADORAS TIENEN UN MAYOR RIESGO DE DIABETES GESTACIONAL



Fumar durante el embarazo puede incrementar el riesgo de desarrollar diabetes gestacional, según un estudio publicado en *Obstetrics & Gynecology*, cuyo objetivo era profundizar en los inconvenientes del consumo de tabaco durante la gestación.

Este tipo de diabetes provoca mayores riesgos en el embarazo y complicaciones durante el parto, entre ellos macrosomía y cesáreas.

Se trata de un riesgo más que se une a otros demostrados anteriormente, como una mayor probabilidad de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y retrasos del desarrollo, en comparación con los hijos de madres no fumadoras.

El estudio actual es una investigación conjunta de la *Universidad de Jerusalén* (Israel) y la *Universidad de Ohio* (Estados Unidos). La líder de la investigación, *Yael Bar-Zeev*, ha llevado a cabo un análisis secundario mediante los datos recogidos por los *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades* (CDC) de Estados Unidos, llamado *Sistema de Monitorización de Evaluación de Embarazo*.

Para el estudio, observaron a 222.408 mujeres que dieron a luz entre los años 2009 y 2015, de las cuales 12.897 (5.3%) fueron diagnosticadas de diabetes gestacional.

Los investigadores hallaron que las embarazadas que fumaban el mismo número de cigarrillos al día o más con respecto a antes de estar en período de gestación tenían 50% más probabilidades de desarrollar este tipo de diabetes.

También encontraron

que aquellas mujeres embarazadas que redujeron el consumo de tabaco todavía tenían un 22% más de riesgo de desarrollar la enfermedad que aquellas que nunca habían fumado o que habían dejado de fumar dos años antes de concebir.

“Lo ideal es que las mujeres dejen de fumar antes de que intenten tener niños”, ha advertido *Bar-Zeev*. Además, afirma que, debido a los riesgos que entraña, es obligatorio que estas mujeres tengan acceso a programas específicos para abandonar dicho hábito.

Actualmente, en Estados Unidos e Israel, estos servicios no son lo suficientemente accesibles o no están lo suficientemente adaptados al embarazo, “y es algo que hay que cambiar”, ha añadido. Al día de hoy, un 10,7% de las mujeres estadounidenses fuman durante su embarazo o son fumadoras pasivas.



Referencias

Disclaimer

Obstet Gynecol. 2019;10.1097/AOG.0000000000003602. doi:10.1097/AOG.0000000000003602

Publicado en Noticias Médicas. 13 dic. 2019

LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES QUE SE TOMAN UNA VEZ AL MES PODRÍAN MEJORAR LA ADHERENCIA DE LAS PACIENTES



Investigadores del Instituto Tecnológico de Massachusetts, en colaboración con el Hospital Brigham and Women's (Estados Unidos), han creado un nuevo dispositivo de administración de medicamentos ingeribles que se expande en el estómago y podría administrar un anticonceptivo de forma segura durante un mes, según las pruebas realizadas en cerdos.

Esta tecnología algún día podría ayudar a las mujeres a adherirse más fácilmente a los regímenes de control de la natalidad al proporcionar una alternativa a las píldoras orales diarias.

Los anticonceptivos orales diarios son la forma preferida de anticoncepción para una gran parte de la población, en gran parte debido a su facilidad de uso. Sin embargo, muchas mujeres se enfrentan a dificultades para cumplir con los horarios diarios de píldoras.

Un sondeo multinacional publicado en 2010, después de encuestar a mujeres en Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, España, Italia, Brasil, Australia y Rusia, reveló que casi la mitad de las mujeres fallaron al menos una dosis 3 meses o informó haber tomado su píldora en el momento equivocado.

Estas irregularidades pueden reducir la efectividad de las píldoras orales, hasta el punto de que la probabilidad de embarazo en las mujeres que las usan todavía es de 9% en promedio cada año.

Para abordar estos desafíos, *Ameya Kirtane* y colegas han desarrollado un sistema de administración de medicamentos que se ajusta dentro de una cápsula de gelatina y, después de ser ingerido, se expande en el estómago, donde puede mantenerse durante

al menos tres semanas, según publican en *Science Translational Medicine*.

Cuando se cargó con el anticonceptivo levonorgestrel y se administró a cerdos, la plataforma liberó el medicamento al estómago durante un mes, y el medicamento permaneció detectable en el suero hasta 29 días.

En contraste, el levonorgestrel de una tableta oral de liberación inmediata solo pudo detectarse en el suero de los cerdos durante aproximadamente dos días.

Los investigadores apuntan que los estudios futuros deberían probar la eficacia anticonceptiva de su forma de dosificación, así como refinar aún más los materiales de su tecnología. Agregan que su plataforma tiene varias características, como la oportunidad de autoadministrarse, que podrían ayudar a superar las barreras culturales y económicas para los anticonceptivos de larga duración en los países de bajos ingresos.



Referencias

Disclaimer

Science Translational Medicine 04 Dec 2019: Vol. 11, Issue 521, eaay2602. DOI: 10.1126/scitranslmed.aay2602
Publicado en Noticias Médicas. 10 dic. 2019

EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO AFECTA ESPECIALMENTE A LAS MUJERES DE PAÍSES CON MENOS RECURSOS



Investigadores del Institut Català d'Oncologia (ICO) de Barcelona han participado en un estudio internacional que ha evaluado los patrones de incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino en todo el mundo, comprobando que afecta "especialmente a las mujeres de los países con menos recursos", según ha explicado la investigadora Laia Bruni.

El estudio, publicado en *The Lancet Global Health*, ha sido liderado por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (Iarc) y el Centro Belga del Cáncer del Instituto Sciensano, y parte de datos de 2018 para ver el cumplimiento del objetivo de la OMS de eliminarlo, además de servir como base para poder medir el impacto futuro de la enfermedad.

Ha detallado que la enfermedad es la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres en los países del este de Europa y en las regiones de África occidental, mientras que China e India constituyen, sumadas ambas, más de un tercio de la carga cervical global, con 106.000 y 97.000 casos, y 48.000 y 60.000 muertes anuales, respectivamente.

La investigadora del ICO ha destacado que el trabajo "muestra, una vez más, que el cáncer de cuello de útero sigue siendo un gran problema de salud pública en el mundo y que afecta especialmente a las mujeres de los países con menos recursos".

"Los datos que se aportan permiten visualizar donde hay que priorizar e intensificar los esfuerzos para implementar de manera efectiva la vacunación y el cribado, ante la elevada carga de la enfermedad", subraya.

En 2018, unas 570.000 mujeres en todo el mundo desarrollaron cáncer de cuello uterino, y alrededor de 311.000 murieron a causa de esta enfermedad, que tiene por causa la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), aunque actualmente existen nuevas herramientas "altamente efectivas para prevenirlo", tanto de prevención primaria -vacunación-, como secundaria -cribado-.

El objetivo de la OMS es poder eliminar el cáncer de cuello de útero como problema de salud pública en todo el mundo vacunando el 90% de las niñas de 15 años, cribar el 70% de las mujeres de entre 35 y 45 años al menos dos veces y tratar el 90% de las que sufran lesiones precancerosas o cáncer.

Aunque la eliminación de la enfermedad se puede lograr en pocas décadas en los países con altos recursos, tardará bastante más en el resto de países, especialmente en los más pobres, aunque si se alcanzaran los *Objetivos del Desarrollo Sostenible establecidos para 2030*, la eliminación se podría conseguir a finales del siglo XXI.



Referencias

Disclaimer

Lancet Glob Health. 2019;S2214-109X(19)30482-6.

doi:10.1016/S2214-109X(19)30482-6

© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.

Publicado en Noticias Médicas. 18 dic. 2019



SPGO
SOCIEDAD PARAGUAYA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



XXIII Congreso
Latinoamericano
de Obstetricia y Ginecología
Asunción, Paraguay
del 6 al 10 de septiembre 2020

¡Inscríbete al congreso más importante del año!
www.flasog.org/flasog2020



LA ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR EN MUJERES REDUCE EL RIESGO DE FRACTURAS ÓSEAS DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA



La actividad física regular, incluyendo un ejercicio de intensidad leve como caminar, se asocia a una reducción de fractura de cadera y otros huesos en mujeres después de la menopausia, de acuerdo con un estudio de la *Universidad de Buffalo* (Estados Unidos) publicado en *JAMA Network Open*, que ha evaluado la incidencia de actividad física y las fracturas en mujeres mayores.



El estudio incluyó a más de 77.000 participantes en la Iniciativa de la Salud de la Mujer, que fueron seguidas durante 14 años. Durante el seguimiento, el 33% de las participantes informaron de que habían sufrido al menos una fractura.

Las mujeres que realizaban una mayor cantidad de actividad física (aproximadamente 35 minutos o más de actividades recreativas) tenían un 18% menos de riesgo de fractura de cadera y un 6% menos de riesgo de fractura general.

“Estos estudios muestran que la reducción de la fractura está entre las muchas ventajas de práctica de actividad física en mujeres mayores”, comenta el coautor del estudio, *Jean Wactawski-Wende*. Añade que la “fractura es muy común en mujeres tras la menopausia, y se asocia con la pérdida de independencia, limitaciones físicas y un incremento de la mortalidad”.

“Actividades sencillas, como caminar, pueden reducir significativamente el riesgo de fracturas, lo que puede, además, reducir el riesgo de muerte”, añade este investigador.

De hecho, se registran cada año en Estados Unidos aproximadamente 1,5 millones de fracturas en mujeres. Por lo tanto, la investigación tiene importantes implicaciones para la salud pública, considerando que estas actividades de baja intensidad son comunes entre las personas mayores. El principal mensaje, señala el primer autor del estudio, *Michael LaMonte*, es “sentarse menos, moverse más y pensar que cada movimiento cuenta”.

Referencias

Disclaimer

JAMA Netw Open. 2019 Oct 2;2(10):e1914084. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.14084. Publicado en Noticias Médicas. 12 nov. 2019

LA DEPRESIÓN PERINATAL SEVERA PUEDE ESTAR RELACIONADA CON LA INFLAMACIÓN



Una respuesta inmune inflamatoria descontrolada puede ser responsable de desencadenar una depresión severa durante y después del embarazo, según un nuevo estudio publicado en *Brain, Behavior and Immunity*.

La depresión relacionada con el embarazo es una enfermedad grave que incluso puede requerir hospitalización. Una de cada cinco nuevas madres experimenta depresión después del embarazo, con síntomas que comienzan durante la gestación y generalmente empeoran después del parto. Se estima que el 14% tiene ideación suicida durante la gestación.

“La depresión relacionada con el embarazo es frecuente pero poco conocida -precisa *Lena Brundin*, profesora asociada del *Instituto Van Andel* (Estados Unidos) y autora principal del estudio-. Biológicamente hablando, el embarazo es un evento inflamatorio importante que puede alterar muchos de los procesos moleculares del día a día del organismo. Si podemos entender mejor estas irregularidades, podríamos generar nuevas ideas sobre la mejor manera de tratar la depresión perinatal”.

El equipo analizó muestras de sangre de 165 pacientes voluntarias. Descubrió que varios factores inflamatorios parecen contribuir al inicio y la gravedad de la depresión relacionada con el embarazo. Los niveles de IL-6 e IL-8 se elevaron, mientras que los niveles de IL-2, que desempeña un papel importante en la función inmunitaria, fueron bajos. Al mismo tiempo, hubo una reducción drástica de la serotonina.

Estos cambios apuntan a alteraciones en la forma en que el triptófano, que se requiere para la

producción de serotonina, es secuestrado y derivado por la vía de la quinurenina, una cascada molecular estrechamente relacionada con la inflamación. La pérdida resultante de pistas de serotonina con intensidad de los síntomas depresivos; cuanto menos serotonina, más severos son los síntomas.

“La inflamación es una parte importante y normal del sistema inmunitario y, al comienzo del embarazo, evita que el sistema inmunitario de la madre ataque al feto. Sin embargo, cuando la reacción inflamatoria es prolongada o más intensa de lo óptimo, puede empeorar la depresión en un subconjunto de mujeres vulnerables -añade *Eric Achtyes*, coautor principal del estudio-. Con suerte, este estudio nos permitirá desarrollar tratamientos que se dirijan más específicamente a aquellos que están en riesgo de una depresión perinatal inflamatoria”.



Referencias

Disclaimer

Brain Behav Immun. 2019;S0889-1591(19)31077-3.

doi:10.1016/j.bbi.2019.10.017

Publicado en Noticias Médicas. 27 nov. 2019

EL DICLOROACETATO PODRÍA SER EFICAZ PARA LA ENDOMETRIOSIS

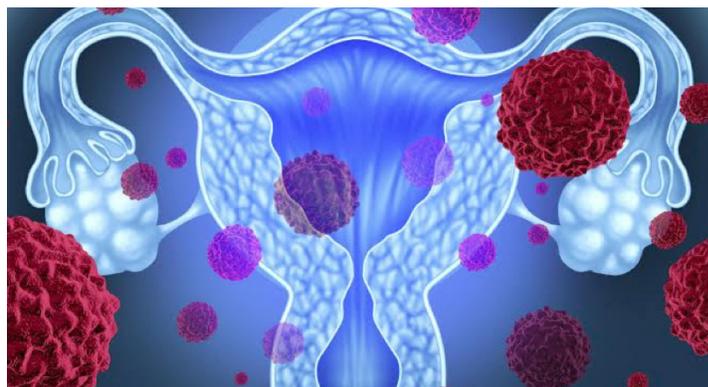


Investigadores de la Universidad de Edimburgo (Reino Unido) han descubierto que el tratamiento para el cáncer dicloroacetato puede ser eficaz para tratar la endometriosis, enfermedad causada por el crecimiento de lesiones formadas por tejido similar al revestimiento del útero en otras partes del cuerpo, como el revestimiento de la pelvis y los ovarios.

Los investigadores han observado que las células de la pared pélvica de las mujeres con endometriosis tienen un metabolismo diferente que las de aquellas que no padecen la enfermedad. Estas células producen mayores cantidades de lactato, similar al comportamiento de las células cancerosas.

En este sentido, los autores, cuyo trabajo ha sido publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences*, han comprobado que cuando trataron a las mujeres con endometriosis con dicloroacetato, sus células volvían al comportamiento metabólico normal, se producía una reducción en el lactato, así como un impacto en el crecimiento de las células endometriales que crecen junto a las células pélvicas.

Asimismo, en las pruebas adicionales en un modelo de endometriosis en ratones encontraron, realizadas siete días después, los expertos observaron una marcada reducción en las concentraciones de lactato y el tamaño de las lesiones.



Referencias

Disclaimer

Proc Natl Acad Sci U S A. 2019;201916144.

doi:10.1073/pnas.1916144116

Publicado en Noticias Médicas. 5 dic. 2019

¿PROBLEMA MÉDICO LEGAL?



Durante los últimos años el número de demandas, denuncias y quejas en contra de los médicos se ha incrementado de manera sustancial, en la mayoría de las ocasiones acusando desinformación, mal diagnóstico o resultados no esperados.

Como médico es muy importante que usted siempre sea claro con el paciente, no prometa ningún resultado y sobre todo siempre haga uso de su consentimiento informado, ya que es una herramienta vital en caso de tener un problema médico legal.

Contar con una protección ante este tipo de problemas médico legales es vital hoy en día y sobre todo tener un servicio especialista, que pueda cumplir con las características necesarias para proteger su tranquilidad en el ejercicio de su profesión.

En el Corporativo PMN usted encontrará la experiencia de más de 26 años de fundación, el respaldo de más de 50,000 médicos afiliados y la tranquilidad de saber que contamos con la infraestructura médico legal más grande del país, lo protegemos desde Tijuana hasta Quintana Roo.

Durante estos años hemos creado una red médico legal que nos permite brindarle a usted una atención 24/7, abogados en todo el país, un Centro de Atención Jurídica Nacional que funciona las 24 hrs, convenios con muchas de las Federaciones, colegios y sociedades más importantes del ramo médico y sobre todo la calidad humana para entender su actuar, su forma de trabajar y la gran responsabilidad que conlleva ser médico.

Con nosotros tu tranquilidad siempre estará bien resguardada.

Visítanos en www.corporativopmn.com y en nuestras redes sociales Corporativo PMN página oficial en Facebook, afíliate y sé parte de la familia PMN.



EL CONSUMO ELEVADO DE CARBOHIDRATOS REFINADOS AUMENTA EL RIESGO DE INSOMNIO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS



El consumo elevado de carbohidratos refinados, especialmente de azúcares añadidos, aumenta el riesgo de insomnio en mujeres posmenopáusicas, según ha puesto de manifiesto un estudio llevado a cabo por investigadores del Colegio de Médicos y Cirujanos Vagelos de la Universidad de Columbia (Estados Unidos).

Diferentes tipos y cantidades de carbohidratos aumentan los niveles de azúcar en sangre en diversos grados, si bien se ha visto que los carbohidratos altamente refinados, como los azúcares añadidos, el pan blanco, el arroz y los refrescos tienen un índice glucémico más alto y causan un aumento más rápido de la glucosa en la sangre.

Para llevar a cabo el trabajo, publicado en el *American Journal of Clinical Nutrition*, los autores analizaron a más de 50.000 mujeres que habían participado una iniciativa sobre salud y que habían rellenado un diario con los alimentos que habían ingerido.

Los investigadores se centraron en analizar si las que tenían un índice glucémico dietético más alto tenían más probabilidades de desarrollar insomnio, planteando la hipótesis de que los picos y los mínimos de glucosa en sangre después de comer carbohidratos refinados pudieran desencadenar el insomnio.

Descubrieron que cuanto mayor es el índice glucémico en la dieta, especialmente cuando se consumen azúcares añadidos y granos procesados, mayor es el riesgo de desarrollar insomnio. Además, comprobaron que las mujeres que consumían más verduras y frutas tenían menos probabilidades de desarrollar insomnio.

“Las frutas contienen azúcar, pero la fibra en ellas disminuye la velocidad de absorción para ayudar a prevenir picos de azúcar en la sangre. Esto sugiere que el culpable de la dieta que provocó el insomnio de las mujeres fueron los alimentos altamente procesados que contienen grandes cantidades de azúcares añadidos que no se encuentran naturalmente en los alimentos”, han comentado los autores.



Referencias

Disclaimer

Am J Clin Nutr. 2019;nqz275. doi:10.1093/ajcn/nqz275

Publicado en Noticias Médicas. 19 dic. 2019

UN 26% DE LOS PARTOS EN ESPAÑA EN 2018 FUERON POR CESÁREA



Los profesionales de la salud de todo el mundo han recogido en un documento, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la tasa ideal de cesárea debía situarse entre el 10 y el 15%. Sin embargo, el pasado año en España, de los 372.777 partos registrados, un 26,23% (97.804) fueron por cesárea, según los datos del *Instituto Nacional de Estadística (INE)*.



No obstante, ese porcentaje cambia de una comunidad a otra. La comunidad con mayor porcentaje por encima de la media nacional es la Comunidad Valenciana con un 30,6% de cesáreas, seguida de Extremadura (29,4%), la ciudad autónoma de Melilla (28,7%), Cataluña (28,6%), Andalucía (27,6%), Castilla-La Mancha (27,4%) y Murcia (26,9%).

Por debajo de la media nacional, Galicia (26,0%), Madrid (25,4%), Cantabria (24,3%), Baleares (24,2%), Castilla y León (24,1%), La Rioja (23,1%), Aragón (22,2%), Canarias (21,9%), la ciudad autónoma de Ceuta (21,2%), Asturias (19,3%), Navarra (18,4%) y País Vasco (15,8%).

Por ciudades, las tres que más intervenciones de este tipo realizó fue Castilleja de la Cuesta en Sevilla, Andalucía, que tiene una media de 46,8%, para hacerse una idea el pasado año hubo en municipio 853, casi la mitad, 400, fueron por cesárea; le Plasencia con un porcentaje del 45,7, así se produjeron 695 partos con 318 cesáreas; el tercer lugar lo ocupa Sant Cugat Del Vallès con 37,3%, de 2.005 de ellos 749 fueron cesáreas.

Por el contrario, los tres municipios que ostentan el honor de tener el menor porcentaje de cesáreas son: Barakaldo con un 14,9%, en 2018 se realizaron 649 cesáreas de los 4.338; le sigue Manacor con un 14,8%, es decir 970 intervenciones dentro de los 144 partos realizados; y la que menor porcentaje tiene es Vitoria-Gasteiz con un 12,5%, así en los 2.406 partos se realizaron 302 cesáreas.

Los hospitales y centros de salud de las ciudades de Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia atendieron a dos de cada diez partos que tuvieron lugar en 2018 (el 22,4%), según un análisis de EpData de los 372.777 nacimientos que tuvieron lugar en 2018 y que recoge el INE en su encuesta de nacimientos publicada esta semana.

Concretamente, en la ciudad de Madrid se atendieron 32.192 partos, el 8,6% del total de España; en Barcelona fueron 22.927 partos (6,1%); en Sevilla 14.937 (4%) y en Valencia, 13.216 (3,5%).

El elevado número de partos atendidos en estas urbes tiene que ver con su población, pero también con la tendencia de atender los nacimientos en los hospitales más grandes de las capitales de provincia. Así, la mitad de todos los partos de 2018 (el 51,2%) tuvieron lugar en un municipio distinto del lugar de residencia de la madre.



Este porcentaje es todavía más elevado en capitales de provincias rodeadas de zonas rurales, en las que las mujeres tienen que desplazarse para dar a luz. Así por ejemplo, en Toledo, el porcentaje de nacimientos de madres llegadas de otras localidades para dar a luz roza el 80% de todos los partos atendidos.

En general, la mayoría de madres que se desplazan a otras localidades para dar a luz vienen de municipios cercanos, y en cualquier caso dentro de la propia comunidad. Así, el porcentaje de partos atendidos de madres con residencia en otra comunidad no supera en ningún caso el 6%, siendo Madrid (5,8%) y La Rioja (5,6%) las comunidades que más partos acogieron de otras autonomías.

Referencias

Disclaimer

© de la selección de noticias, 2017 Elsevier España, S.L.U.
Publicado en Noticias Médicas. 19 dic. 2019



ALIANZA
FLASOG

PONEMOS A
TU MARCA
EN DONDE DEBE VERSE

ESCRÍBENOS A
alianza@flasog.org

OTROS CONGRESOS

IMS
**17 WORLD
CONGRESS ON
MENOPAUSE**
MELBOURNE 30 APRIL-3 MAY 2020

XVII CONGRESO MUNDIAL
DE MENOPAUSIA
30 abril - 2 de mayo 2020
Melbourne, Australia

 **ISGE**
INTERNATIONAL
SOCIETY OF
GYNECOLOGICAL
ENDOCRINOLOGY
GYNECOLOGICAL
ENDOCRINOLOGY
THE 19th WORLD CONGRESS
4-7 MARCH 2020 FLORENCE, ITALY

XIX CONGRESO MUNDIAL DE
GINECOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA
4 - 7 Marzo 2020
Florencia, Italia



PARTICIPA EN NUESTRO BLOG

ENVÍA TU ARTÍCULO A
comunicacion@flasog.org

www.flasog.org

   /@FLASOG



COMPÁRTENOS
TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS

www.flasog.org

f   /@FLASOG





gineco

FLASOG

¡MANTENTE ACTUALIZADO!



www.flasog.org

f t i @/FLASOG