

## EDITORIAL

### DOCTOR INTERNET – UNA REALIDAD UN ALIADO, COMPETENCIA O UN RIESGO

**Dr. Xavier Aguirre Osete**  
México

Recuerdo en los años de estudiante facultad en los setentas, conseguir un artículo médico era una aventura. Esta última se iniciaba con ir a la biblioteca de los grandes hospitales, consultar el “index medicus” aquel gran libro más grande que los de la Real Academia de la Lengua y que no estuviera deshojado, y tener suerte de que se tuviera la revista y el volumen de la misma. Una vez logrado esto, solicitar las copias fotostáticas (y que funcionara la misma) regresando por ellas 4 o 5 días después.

En la actualidad, en un santiamén puede uno conseguir esta información y obtener un impreso y comparar con múltiples autores de todo el mundo.

Anteriormente la información cambiaba cada 15 o 20 años, hoy simplemente al entrar a la escuela de medicina y cursar la carrera puede ser tiempo suficiente para que la información cambie.

Esta información nos vino a los médicos de maravilla al poder actualizarse en algún tema o simplemente consultar alguna novedad. Para esto, la mayoría de los médicos hemos tomado cursos para obtener la información, pero sobre todo para dar el valor real de lo que nos costó muchos años de estudio.

## 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 Ortiz L.  
Past President

Dr. Miguel A. Mancera R.  
Director Científico

Dr. José F. De Gracia  
Director Administrativo

Dr. Ricardo Fescina  
Director Ejecutivo



Por desgracia, esta información puede caer en personas no adecuadas o más bien no preparadas y no darle el valor adecuado a la misma dándole una interpretación incorrecta.

Las personas, en este caso el enfermo, pueden ser de varios tipos:

- 1.- El **hipocondriaco**, que es el que más sufre y su situación ahora puede ser peor y acentuar su problemática.
- 2.- El **curioso**, que realizó algo indebido en contra de su salud y quiere ver las consecuencias.
- 3.- El **tímido**, que le da pena preguntar sobre todo de temas de sexualidad o del aparato urogenital.
- 4.- El **ahorrador**, no le “alcanza” para pagar una consulta.
- 5.- El **desesperado**, que no tiene tiempo para acudir a una consulta.
- 6.- Y por último el **peligroso**, el que busca por internet lo relacionado con su diagnóstico o enfermedad para hacer preguntas en la consulta a ver qué tanto sabe o está actualizado el médico.

Todo esto perjudica al gremio médico en lo profesional, en lo social y en lo legal, por ello es muy importante instruir y educar a nuestros pacientes en el aspecto del internet y las redes sociales.

***La relación médico - paciente es muy importante para generar el lazo de confianza vital en el ejercicio de nuestra profesión y que no se convierta en una relación enfermo - máquina.***

Como médicos, deberemos hacer ver al paciente que puede cometer un error con su salud, así como retrasar un diagnóstico que pueda costarle la vida.

***El Dr. Internet, es tu aliado, tu competencia o un riesgo. ¿Qué opinas?***



# ESTUDIO SUGIERE QUE EL DIU PUEDE PROTEGER CONTRA EL CÁNCER DE CÉRVIX



*Considerado como un método anticonceptivo seguro y altamente efectivo, el dispositivo intrauterino (DIU) también puede ofrecer protección contra el tercer cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo, el cáncer de cérvix, de acuerdo a un estudio de la Escuela de Medicina Keck de la Universidad de Southern California, publicado en la revista digital UNIVADIS.*

Un nuevo estudio de la **Escuela de Medicina Keck de la Universidad de Southern California** (USC), en Los Ángeles, California, Estados Unidos, ha comprobado que el uso del DIU se asocia con una disminución significativa de la incidencia de este tipo de cáncer.

La revisión sistemática, publicada en **Obstetrics & Gynecology**, es la primera en combinar datos de múltiples estudios sobre DIU y cáncer de cuello uterino. El análisis incluyó datos de 16 estudios observacionales de alta calidad en los que participaron más de 12.000 mujeres de todo el mundo. Los resultados mostraron que en las mujeres que usaron un DIU, la incidencia de cáncer de cuello uterino fue un tercio menor.

“El patrón que encontramos fue deslumbrante -afirma la autora principal del estudio, Victoria Cortessis-. La posibilidad de que una mujer pueda experimentar algo de ayuda en el control del cáncer al mismo tiempo que toma decisiones sobre la anticoncepción podría ser muy impactante”.

El número de mujeres diagnosticadas con cáncer cervical está en constante aumento. Según la **Organización Mundial de la Salud** (OMS), aproximadamente 528.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en todo el mundo en 2012, y 266.000 mujeres murieron a causa de la enfermedad. Para 2035, la OMS proyecta que esos números subirán a más de 756.000 y 416.000, respectivamente.



Para las mujeres de los países en desarrollo, donde los recursos para prevenir el cáncer cérvico-uterino como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) o el exudado cervical regular son escasos, y donde las poblaciones aumentan rápidamente, un anticonceptivo que ofrezca protección contra el cáncer cervical podría tener un profundo efecto, considera Cortessis.

“Un número asombroso de mujeres en el mundo en desarrollo está a punto de ingresar en el rango de edad en el que el riesgo de cáncer de cuello uterino es el más alto: entre los 30 y los 60. Incluso, si la tasa de cáncer de cuello uterino permanece estable, la cantidad real de las mujeres con cáncer de cuello uterino está a punto de estallar -advierte Cortessis-. Los DIU podrían ser una herramienta para combatir esta inminente epidemia”.

¿Deberían los ginecólogos comenzar a recomendar los DIU para la protección contra el cáncer de cuello uterino? Aún no del todo, pero podría estar esta medida en el horizonte. Entender el mecanismo de acción detrás del efecto protector de los DIU es el próximo paso lógico, dice Cortessis.

Algunos científicos especulan que la colocación de un DIU estimula una respuesta inmune en el cuello uterino, lo que le da al cuerpo la oportunidad de combatir una infección por VPH existente que algún día podría provocar cáncer de cuello uterino. Otra posibilidad es que cuando se extraiga un DIU, algunas células del cuello uterino que contengan infección por VPH o cambios precancerosos se puedan raspar.

“Si podemos demostrar que el cuerpo desarrolla una respuesta inmunitaria al colocar un DIU, por ejemplo, entonces podríamos comenzar a investigar si un DIU puede eliminar una infección persistente por VPH en un ensayo clínico”, explica la oncóloga ginecológica y coautora del estudio Laila Muderspach. “Los resultados de nuestro estudio son muy emocionantes. Existe un potencial enorme”, concluye.



# ¿ES LA CAFEÍNA UN RIESGO EN EL EMBARAZO?



*Hay diversos estudios sobre si es bueno o no tomar café durante los meses de embarazo. En este artículo de Esther Samper (SHORA) publicado en Soitu.es, resumimos algunas teorías sobre la cafeína y los abortos.*

Este es uno de los últimos estudios y se ha publicado en numerosos medios de comunicación:

## **EL CAFÉ PUEDE DUPLICAR EL RIESGO DE ABORTO.**

Según este estudio, publicado en la revista *“American Journal of Obstetric and Gynecology”* el consumo de tan sólo 200 miligramos de cafeína diaria (dos o tres tazas de café) podría duplicar el riesgo de aborto en sus primeras semanas. Unas conclusiones, cuanto menos, preocupantes. Sin embargo, no deja de resultar irónico que hace justamente un año, se publicara un estudio afirmando justo lo contrario, que la cafeína (mientras no sea a dosis bestiales) es segura durante el embarazo:



La relación entre el café y el embarazo ha sido estudiada numerosas veces.

Seguramente ahora te estarás preguntando por qué aparecen esas contradicciones tan llamativas y de cuál estudio debemos fiarnos.

**La cafeína y su relación con el embarazo ha sido estudiada numerosas veces, la mayoría con resultados contradictorios.**

El principal problema que se plantea es que no se conoce lo suficiente el mecanismo en que la cafeína podría afectar al embarazo. Tan solo surgen hipótesis como que podría alterar el riego sanguíneo hacia el bebé, o que éste no tolerase la cafeína al no estar lo suficientemente preparado para metabolizarla. El caso es que los únicos registros que se tienen sobre los efectos de la cafeína en el embarazo son en ratas y a dosis muy elevadas (que equivalían a 50-60 tazas de café en el ser humano), comprobándose que tenían un aumento en la cantidad de abortos bastante apreciable. Sin embargo, es muy arriesgado extrapolar este resultado a humanos. Primero, porque nuestro metabolismo y fisiología son bastante diferentes y, segundo, porque la dosis diaria de cafeína que suelen tomar las mujeres es, proporcionalmente, mucho menor que las ratas del experimento.





El principal problema en el conocimiento de la relación entre la cafeína y el embarazo es que, en cuanto a estudios experimentales, debemos conformarnos solo con los resultados que nos ofrecen los animales de laboratorio. Ya que no es ético hacer de Dr. Menguele y exponer a un grupo de mujeres a dosis muy altas de cafeína para ver quién pierde el bebé y quién no. Así que, ante la imposibilidad de estos experimentos, surgen dos posibilidades:

- Hacer un experimento en el que se administra café con cafeína a dosis bajas a un grupo de mujeres y a otro café descafeinado (sin que ellas sepan de cual están tomando) y comprobar después cómo evoluciona el embarazo.

- Estudios poblacionales de dos grupos de mujeres, unas consumidoras de café y otras que no lo son.

**El problema es que estos estudios, si no se diseñan exquisitamente y se tienen en cuenta un montón de variables, pueden resultar muy engañosos o incluso contradictorios entre sí.**

En este caso, estudiaron por un lado a mujeres que tomaban café y, por otro, a las que no lo tomaban. Lo primero que te das cuenta cuando haces este tipo de estudios es que aquellas mujeres que toman café suelen tener también un estilo de vida más peligroso para el embarazo. De hecho, lo primero que se hace es descartar consumo de alcohol y tabaco, porque está más que comprobado que el consumo de éstos es mayor en personas que consumen café. Pero

también hay un montón más de variables que no podemos controlar ni conocer y que pueden ir asociados a una mujer consumidora de café: El estrés, la ocupación laboral, la alimentación...

Si a eso unimos que la lista de factores que influye sobre el embarazo es extensísima, es muy probable que obtengamos resultados nada fiables que serán contradichos al poco tiempo con otro nuevo estudio. ***Los resultados variarán según el “patrón” de mujeres consumidoras y no consumidoras de café que hayas elegido y las variables que hayas descartado para analizar los resultados finales (tabaco, alcohol, actividad diaria, etc.).***

Por eso, no es de extrañar que a través de estudios poblacionales, sobre todo en temas de alimentación, salgan muchos con resultados contradictorios. Hay mucha gente que está harta de oír que un determinado alimento es beneficioso y al cabo de un tiempo que le digan que es justo lo contrario, que es perjudicial. Es normal que ante tantos estudios poco confiables, se termine pasando olímpicamente de ellos...

**Entonces, ante este panorama, ¿qué medidas debemos tomar? Lo esencial ante resultados tan contradictorios es ser prudente.**

***La cafeína podría ser un riesgo o no, pero lo que es seguro es que si lo fuera, no aumentaría mucho el riesgo de aborto, ya que ofrecería resultados más homogéneos en los estudios y no serían tan contradictorios.***

***En el embarazo casi todo influye y no es ningún trauma para la embarazada dejarse el café durante esos meses. Así que, si se puede dejar, tanto mejor.***



# 1A. CUMBRE IBEROAMERICANA DE CONTRACEPCIÓN Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



**WORLD TRADE CENTER**  
Ciudad de México, 31 de julio, 1 y 2 de agosto de 2019

# NUEVA GUÍA EUROPEA SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y EMBARAZO



*Ha sido elaborada por la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y se ha publicado en el último número de la revista 'European Heart Journal'.*

Diariomedico.com

La Sociedad Europea de Cardiología (SEC) ha publicado una **guía** para el **tratamiento de las enfermedades cardiovasculares** durante el **embarazo**, recogida en el último número de la revista *European Heart Journal*.

El documento recoge una serie de recomendaciones relacionadas con los **medicamentos** durante la gestación, el parto, la **fecundación in vitro**, la **anticoncepción** y la **interrupción del embarazo** en mujeres con enfermedad cardíaca.

Uno de los consejos de la SEC es que las embarazadas con patologías del corazón deben **dar a luz no más tarde de las 40 semanas de gestación** e insisten en que la féminas “con insuficiencia cardíaca durante el embarazo deben ser tratadas de acuerdo con las pautas actuales para pacientes no embarazadas, respetando las contraindicaciones para algunos medicamentos durante el embarazo”. Sobre este último punto, la guía incluye una tabla con **recomendaciones para el uso de medicamentos en el embarazo**.

En el caso de embarazadas con **hipertensión**, la guía sostiene que se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico “en todas las mujeres con valores de presión arterial elevada persistente  $\geq 150/95$  mmHg y  $>140/90$  mmHg cuando se trata de hipertensión gestacional (con o sin proteinuria), hipertensión preexistente con superposición de **hipertensión gestacional** y cuando hay hipertensión con daño subclínico de órganos o síntomas en cualquier momento durante el embarazo”.







## ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

Asimismo, señala que debe recomendarse a las mujeres con un riesgo alto o moderado de **preeclampsia** que tomen 100-150 mg de **ácido acetilsalicílico a diario desde la semana 12 hasta la 36-37**, además de su tratamiento para la hipertensión.

En cuanto al uso de **trombolíticos** para la tromboembolia, la SEC advierte de que solo deben administrarse “en pacientes con hipotensión grave o shock”.

Además, concluye que en el caso de una emergencia, los medicamentos que no son recomendados por la industria farmacéutica durante el embarazo y la lactancia no deben ser administrados a la madre.

La guía también destaca los casos en los que el **embarazo está contraindicado**, como es el caso de las mujeres con ciertos tipos de enfermedad cardíaca, por ejemplo, **hipertensión arterial pulmonar, aorta severamente dilatada o capacidad severamente reducida del corazón para bombear sangre**.



# EL 70% DE LAS MUJERES DESARROLLA MIOMAS UTERINOS A LO LARGO DE SU VIDA



*Se estima que el 70 por ciento de las mujeres desarrolla miomas uterinos a lo largo de su vida, con mayor incidencia a partir de los 40 años, según ha manifestado el HM IMI Toledo con motivo de la formación de su equipo de ginecología en esclerosis de miomas, una técnica que permite su eliminación gracias a la radiofrecuencia, de acuerdo a un artículo publicado en el mes de julio de 2018 en UNIVADIS.*

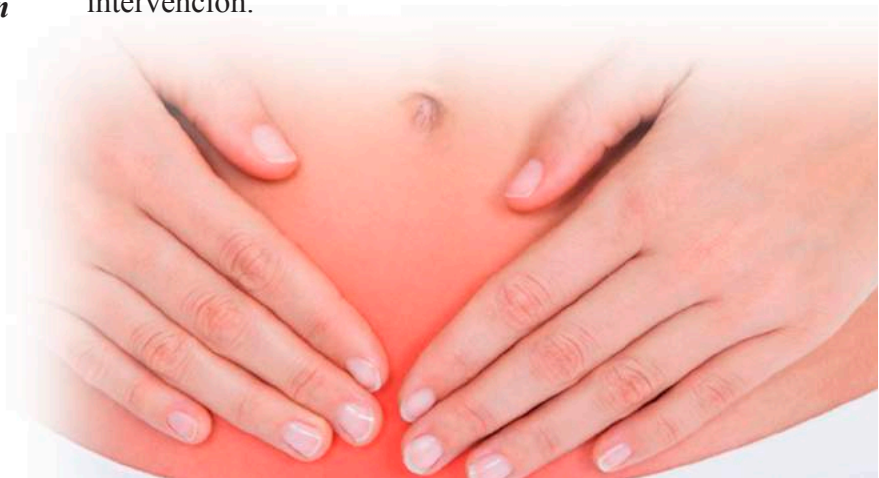
Los miomas uterinos son tumores benignos formados por fibras muy parecidas a las del propio útero. “En algunas ocasiones, una paciente puede tener uno o varios miomas de distinto tamaño en el útero, alterando su calidad de vida e incluso afectando a su fertilidad”, ha explicado la directora de ginecología del centro, Marta Sánchez-Dehesa. Los síntomas de estos tumores uterinos son menstruaciones largas y dolorosas, dolor lumbar y pélvico o presión rectal.

Hasta la aparición de esta técnica, la cirugía tradicional y por laparoscopia era la solución ante los casos de miomas que necesitaban intervención, pero ***esta técnica permite la eliminación de aquellos que miden menos de siete centímetros por vía vaginal y con radiofrecuencia, lo que le convierte en un procedimiento mínimamente invasivo.***

***“Actúa directamente en el interior del mioma termocoagulando el tejido a través de una aguja muy fina que emite radiofrecuencia en su punta. De esta manera el mioma va reduciendo su tamaño hasta la mejora de los síntomas”***, ha señalado la Dra. Sánchez-Dehesa.

La técnica tiene varios beneficios. En primer lugar, según ha destacado la jefa de Ginecología del HM IMI Toledo es que ***“ayuda a preservar la fertilidad de la paciente***, ya que minimiza los riesgos sobre el útero para soportar una gestación con normalidad”.

Por otra parte, no requiere ingreso hospitalario y no supone baja médica. Además, evita riesgos quirúrgicos y es posible tratar varios de estos tumores en la misma intervención.





# CONGRESO ARGENTINO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FASGO**   
Córdoba 2018

5 - 7 DE SEPTIEMBRE

# CONGRESO MUNDIAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA #FIGO2018



14 - 19 DE OCTUBRE

# CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



11 - 15 DE NOVIEMBRE



   /@FLASOG  
[www.flasog.org](http://www.flasog.org)

# ¿QUÉ ES Y QUÉ HACE EL COMITÉ DE CLIMATERIO DE FLASOG?

**Dra. María Cecilia Arturo Rojas**  
Coordinadora del Comité



Este comité se formó en el 2014, liderado por el Dr. José de Jesús Montoya de México, como proyecto emergente, con la finalidad de que la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG, estableciera las pautas de acción en la prevención, vigilancia, identificación, tratamiento y control de las alteraciones de la salud femenina en América Latina, en la etapa del climaterio, con la finalidad de agrupar, revisar, actualizar y difundir sus lineamientos, a los profesionales hispanoamericanos, integrándolos a los establecidos por las agrupaciones internacionales que también tienen este propósito, sin menoscabar su autoridad.

Está integrado por especialistas en esta rama de la Ginecología, reconocidos a nivel internacional y que han aceptado gustosamente la invitación del Comité Ejecutivo de FLASOG, para formar parte del Redireccionamiento Estratégico que se llevará a cabo para el periodo 2017-2020.

## MISIÓN

Integrar el estudio de las mujeres latinoamericanas en la etapa del climaterio, con la finalidad de promover y propagar las acciones que permitan mantener la salud femenina, mediante la prevención e identificación de los factores de riesgo, la acción inmediata para controlar los desequilibrios que lleven a la enfermedad y ofrecer un pronóstico favorable a lo largo de la vida de las mujeres latinoamericanas, con un enfoque integral de atención de excelencia.

## VISIÓN

Integrar a los médicos latinoamericanos en la atención del climaterio, estableciendo las normas y acciones que se requieren para integrar el plan de acción que conserve la salud femenina en la etapa posreproductiva en las mujeres de América Latina, las cuales se integrarán como guías de práctica médica, folletos, declaraciones, o bien, como libros de texto.

## OBJETIVO

Motivar, aglutinar e impulsar a los líderes de Latinoamérica que trabajan en el campo del climaterio de la mujer, a colaborar en la difusión de la información que en cada país se genere, para así coadyuvar a la educación continua y a la investigación clínica con el fin mejorar la salud femenina.





## **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CLIMATERIO**

Son líderes de opinión en sus respectivos países y en el continente latinoamericano, que han trabajado a nivel internacional y han sido reconocidos como expertos por diversas agrupaciones latinoamericanas.

Existe un representante por cada región en las que se ha planificado FLASOG, a saber: Andina, Dr. Camilo Rueda, de Colombia; Cono Sur, Dra. Silvina Witis, de Argentina; Centroamérica, Dra. Carmen Troya, de Panamá; México y Caribe, Dr. Cuauhtémoc Celis, de México. Asesor del Comité de Climaterio el Dr. Carlos Morán Villota, de México, Coordinador del Comité de Climaterio la Dra. María Cecilia Arturo, de Colombia.

Cada representante de región, ha invitado a profesores de su región para elaborar el contenido de un proyecto muy ambicioso, en el cual se han establecido planes y tiempos de acción, para lograr la meta en fechas proyectadas.

## **INTEGRANTES POR REGIÓN:**

### **Región Bolivariana**

Dr. Willington Aguirre, Ecuador  
Dr. Luis Dankers, Perú  
Dr. Juan Matzura, Perú  
Dra. Rita Pizzi, Venezuela  
Dr. Carmelo Rodríguez, Bolivia  
Dr. Sergio Alvernia, Colombia  
Dr. Hoover Canaval, Colombia

### **Región Centroamérica**

Dr. Carlos Escalante, Costa Rica  
Dr. Pablo Mongalvo, Nicaragua  
Dr. Marvin Moreno, Salvador  
Dr. José Manuel Claros, Honduras  
Dr. Rodolfo Andrino, Guatemala

### **Región México y Caribe**

Dr. Cuauhtémoc Celis, México  
Dr. Carlos Morán, Asesor, México

### **Región Cono Sur**

Dra. Mabel Martino, Argentina  
Dr. Marcelo Bianchi, Chile  
Dra. Paulina Villaseca, Chile  
Dra. Beatriz Castro, Uruguay  
Dra. Alma Martínez, Uruguay  
Dra. Lida Sosa, Paraguay  
Dra. Zully Benitez, Paraguay  
Dr. Celeste Osorio Wende, Brasil  
Dr. Luciano de Melo, Brasil

# LA PREMENOPAUSIA PREMATURA NO DISMINUYE LA CALIDAD DE LOS ÓVULOS



*Investigadores estadounidenses han publicado un estudio en Human Reproduction que confirma que la premenopausia “prematura”, el agotamiento de la reserva ovárica no disminuye la calidad de los óvulos, como sí ocurre con la premenopausia natural, tal y como ya había observado Jan Tesarik hace un año en el Journal of Gynecology and Women’s Health.*

El nuevo estudio publicado en UNIVADIS en agosto de 2018, concluye que los embriones derivados de los óvulos de estas mujeres tienen la misma capacidad de desarrollo in vitro, la misma tasa de anomalías cromosómicas o aneuploidia, y la misma probabilidad de dar lugar al nacimiento que los óvulos procedentes de la misma edad y con una reserva ovárica normal.

Tesarik, director de la Clínica MARGen en Granada, ha señalado que “ambos estudios coinciden en que los índices de baja reserva ovárica, basados en valores hormonales en la sangre y en el recuento de folículos ováricos realizado por un examen ecográfico solo informan sobre la cantidad de óvulos disponibles, pero no reflejan la calidad de cada uno de ellos”.

La menopausia natural está precedida por un deterioro progresivo de la cantidad y la calidad de óvulos persistentes en los ovarios. Para esta condición se utiliza a menudo el término premenopausia. No obstante, hay mujeres que entran en la menopausia de forma prematura y, por lo tanto, su premenopausia ocurre también en edades relativamente tempranas.

El estudio de Tesarik también se ocupó de la eficacia de la reproducción asistida. **Concluye que lo es en mujeres de entre 32 y 40 años de edad, incluso si estas mujeres presentan índices de una reserva ovárica extremadamente baja.**

**“La reproducción asistida no se debe desestimar en mujeres de menos de 40 años sobre la base de índices de baja reserva ovárica, tales como la concentración de la hormona antimülleriana en la sangre o el recuento de folículos ováricos, realizado por un examen ecográfico de la pelvis”,** explica.

Para Tesarik es un error rechazar la posibilidad de tratamiento por reproducción asistida en estas mujeres. **“Hay que tener en cuenta que el número de óvulos obtenidos después de la estimulación hormonal de los ovarios será relativamente bajo y los mejores resultados en este grupo de pacientes se pueden alcanzar mediante protocolos estrictamente personalizados”,** concluye.

# EXÁMENES PÉLVICOS Y PRUEBAS GENITALES DEL VIRUS DEL HERPES SIMPLE EN LA LISTA CHOOSING WISELY DE LA AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS



*La American Academy of Family Physicians (AAFP) ya no recomienda hacer exámenes pélvicos en mujeres asintomáticas, a menos que sea necesario para la detección del cáncer cervicouterino, según la nueva lista Choosing Wisely (Selección Prudente) publicada por Troy Brown en versión electrónica el 8 de agosto en Medscape.*

Esta es la cuarta lista de *Choosing Wisely* de la *American Academy of Family Physicians* que también aborda el monitoreo diario de la glucosa en pacientes con diabetes de tipo 2, **la detección del virus del herpes simple genital en pacientes asintomáticos (incluidas mujeres embarazadas)**, la detección del cáncer testicular en hombres asintomáticos, y las transfusiones de eritrocitos.

La primera de las nuevas recomendaciones indica a los médicos no realizar exámenes pélvicos en mujeres no embarazadas sin síntomas, a menos que sea necesario para el cribado apropiado del cáncer cervicouterino. Dichos exámenes no han reducido la mortalidad o la morbilidad, y han sometido inútilmente a mujeres asintomáticas a pruebas invasivas. Además, ahora se pueden utilizar opciones no invasivas para la detección de infecciones de transmisión sexual, en lugar de los cultivos endocervicales. “Los exámenes pélvicos de cribado también agregan costos innecesarios al sistema de atención médica, incluidos los gastos de las evaluaciones de resultados falsos positivos. Estos exámenes pélvicos también pueden conducir a una cirugía inútil”, informa la *American Academy of Family Physicians*.

El grupo también instruye a los médicos a no realizar cribado para el virus del herpes simple genital en adultos asintomáticos, incluidas las mujeres embarazadas. Las pruebas serológicas para la infección por virus del herpes simple no son confiables, tienen baja especificidad, y un valor predictivo positivo de aproximadamente 50%. No hay una prueba de confirmación disponible en este momento. Además, las pruebas serológicas no pueden identificar el sitio de la infección. Los pacientes con un resultado positivo en la prueba pueden experimentar “ansiedad considerable, y alteraciones en las relaciones personales”, según los autores.

*La American Academy of Family Physicians* publicó sus recomendaciones anteriores el 4 de abril de 2012 (1 - 5), el 21 de febrero de 2013 (6 - 10), y el 24 de septiembre de 2013 (11 - 15). Asimismo, actualizó las recomendaciones 2, 11, y 13, y el 18 de julio de 2018 retiró la 14.





# ¡MANTENTE ACTUALIZADO!

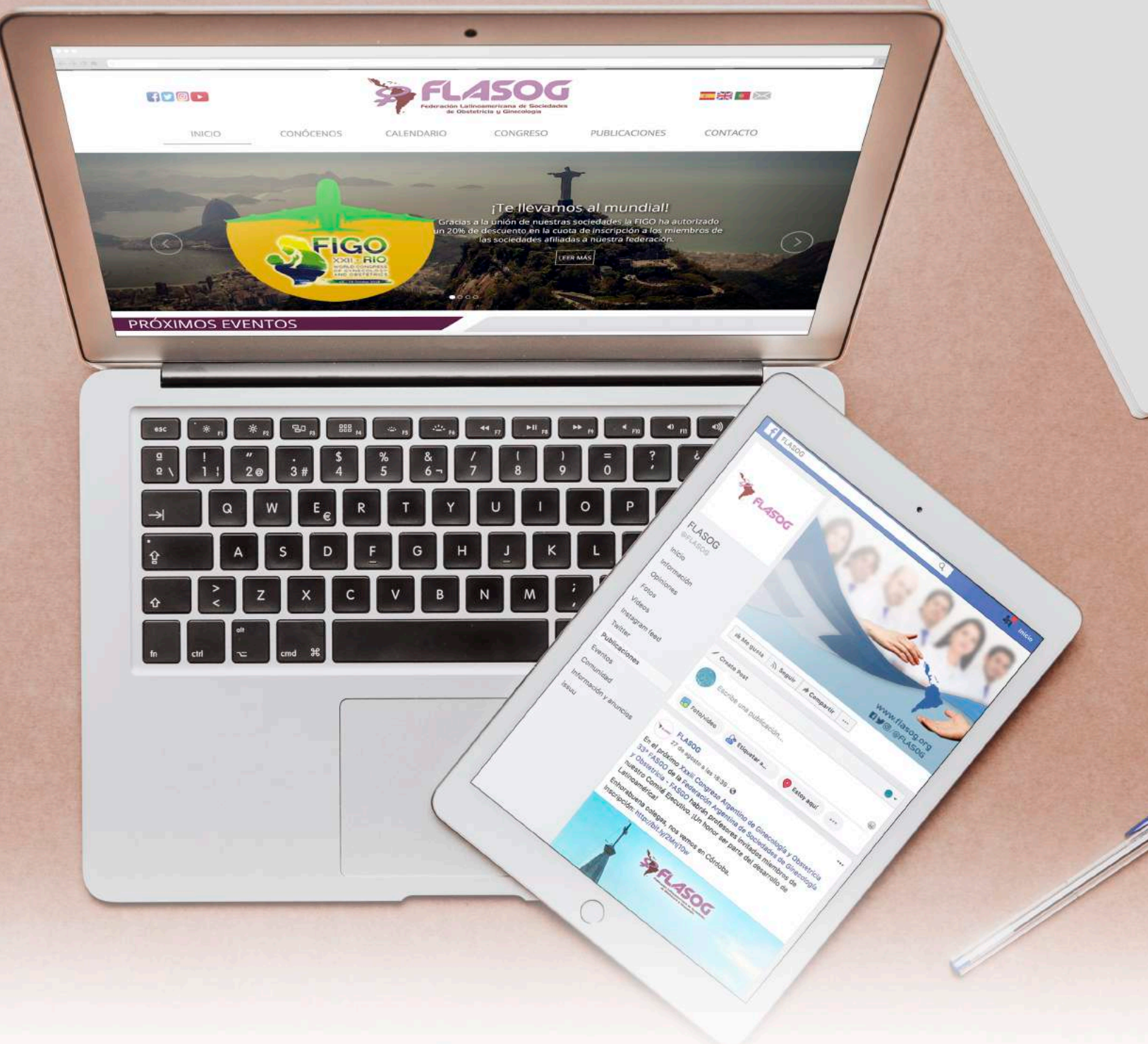
SIGUE NUESTRAS ACTIVIDADES Y NOTICIAS EN NUESTRA REVISTA

ENCUÉNTRALA EN NUESTRAS  
REDES SOCIALES Y SITIO WEB.



[www.flasog.org](http://www.flasog.org)

f t i /@FLASOG



**SÍGUENOS  
EN NUESTRAS REDES**

**f t i /@FLASOG**

**VISITA NUESTRO NUEVO SITIO WEB**  
**www.flasog.org**





**COMPÁRTENOS**  
**TUS CONTENIDOS CIENTÍFICOS**

**[www.flasog.org](http://www.flasog.org)**

**f t i /@FLASOG**

