

BOLETÍN FLASOG

AÑO 5 | NO. 50 | AGOSTO 2022

Volumen 4

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Flory Morera González
(Costa Rica)

Dr. Jorge Vargas Guzmán
(República Dominicana)

Dra. Beatriz Sosa González
(Honduras)

Dr. Agnaldo Lopes da Silva
(Brasil)

Dr. Adolfo Rechkemmer Prieto
(Perú)

Dr. José Antonio Moreno
Sánchez (México)

Dr. Samuel Seiref
(Argentina)

Dr. Óscar Cerdas Salas
(Costa Rica)

Dr. José Pacheco Romero
(Perú)





EDITORIAL	3
• Seguridad social como puente para mejorar la salud de las mujeres	
SECCIÓN NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS	4
• Invitación al XXIV Congreso FLASOG 2023.	
• Curso de actualización anual 2022. COHEGO.	
• XXXVI Congreso Argentino de Ginecología y Obstetricia. Mendoza, Fasgo, 2022.	
• Congreso Regional Latinoamericano. FIGO. Cartagena, 2022.	
• XIX Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia, 2022.	
SECCIÓN LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG	9
• Reporte de las actividades y planes de trabajo de los comités	
SECCIÓN POSICIONES DE FLASOG	15
• Consenso latinoamericano de expertos anticoncepción en situaciones sociodemográficas especiales: adolescentes y post evento obstétrico.	
• Pronunciamiento del Comité de Salud Materna sobre la vacunación de la embarazada contra el Covid 19.	
SECCIÓN NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA	17
• ACOG_Osteoporosis postmenopáusica	
• Embarazo a la edad de 35 años o más	
• Las trayectorias integradas del metaboloma, el proteoma y el inmunoma maternos predicen el inicio del parto	
• Hábitos de higiene genital y actividad sexual en mujeres con vaginosis bacteriana y/o candidiasis vulvovaginal	
SECCIÓN MISCELÁNEAS	23
• ¿Violencia obstétrica?	
• Entrevista con el Presidente: Dr. Manuel Antonio Ciudad Reynaud, Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología	
SECCIÓN ESCUCHANDO A LOS LECTORES	31
• Encuesta de opinión sobre la calidad del Boletín	

Seguridad social como puente para mejorar la salud de las mujeres

Dr. Luis Hernández Guzmán
Presidente electo de FLASOG



Para iniciar hablando del tema en cuestión y el rol que juega la seguridad social y la salud de las mujeres en general, deberíamos comenzar por definir algunos conceptos relacionados con salud y equidad, ya que todos, hombres y mujeres tenemos el derecho de tener acceso a una seguridad social.

En primer lugar, Salud: Es el proceso de buscar la justicia para las mujeres y los hombres, permitiendo con esto identificar problemas en todas las áreas de salud que permitan reconocer las diferencias debido a género, llegando con ello a modificar las actitudes que, por razones de género, limitan el acceso a los servicios de salud. Hay que sensibilizar cada vez más a las instituciones de todo tipo, pero principalmente en el sector salud, que hay que garantizar la seguridad social para todos. Y es que para nadie es un secreto, las desigualdades sociales en función del rol del ser humano en la sociedad actual.

Es decir, que la salud es un bien de interés público, un derecho fundamental, y el logro de ese derecho en igualdad entre mujeres y hombres deberá ser responsabilidad de todos los que estamos involucrados en el sector salud, pero principalmente de los responsables de emitir leyes que garanticen esa igualdad.

En segundo lugar, la OIT en su publicación sobre “Hechos concretos sobre La Seguridad Social”, hace énfasis en la protección que, en materia de seguridad social, el Estado y sus Instituciones debe proporcionar a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez,

accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia; independientemente de si es hombre o mujer, toda vez que las mujeres deben tener los mismos derechos que el hombre en función de salud y sociedad, máxime si conceptualizamos la salud como un derecho humano.

Resultante de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y su Plataforma de Acción en 1995, el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableció la estrategia de la Transversalidad de la perspectiva de género, en todos los ámbitos de las políticas sociales, en el interés de garantizar la igualdad entre los géneros; esta estrategia planteó conseguir que los problemas y experiencias de las mujeres, al igual que los de los hombres, se integren para elaborar políticas y programas en todos los campos de la vida diaria buscando obtener igualdad para todos.

En 1995, la Cuarta Conferencia sobre la Mujer celebrada en Beijing, concluyó con el compromiso de garantizar a las mujeres el acceso equitativo a oportunidades sociales, económicas, políticas, laborales, educativas, culturales y, en lo que nos compete, en el campo de la salud.

Honrando este compromiso, es obligación del Estado y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, mantener encendida la llama de la búsqueda permanente a la incorporación de la perspectiva de derechos humanos de las mujeres a los conceptos de salud y de seguridad social, desmitificando con esto el concepto falible de que el hombre es la parte productiva y la mujer solamente la parte reproductiva de la sociedad.

NOTICIAS DE LAS SOCIEDADES FEDERADAS

Invitación al XXIV Congreso FLASOG 2023

RESPONSABLES DE SECCIÓN:

Dr. José Pacheco y Dr. Agnaldo Lopes



Dra. Wendy Cárcamo
Presidenta de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras

Estimados colegas de Latinoamérica, con mucha alegría les saludo en nombre de los hondureños y en especial de cada uno de los miembros de la sociedad a la cual represento con un propósito muy especial: invitarlos a ser parte del evento científico más importante de la Ginecología y Obstetricia de América Latina, El XXIV CONGRESO FLASOG que se llevará a cabo en la Región Centroamericana, específicamente Honduras, en la ciudad de San Pedro Sula del 6 al 9 de agosto del 2023.



Desde ya en la FLASOG nos estamos preparando para ofrecerles un congreso con el más alto nivel académico, en el que cada uno de los profesores está comprometido a entregar las ponencias con las mejores actualizaciones con relación a la atención de la salud de la mujer.

Como hondureños nos sentimos muy honrados y sobre comprometidos a que el FLASOG 2023

sea una experiencia única, durante el cual tendremos la oportunidad de volver a vivir la presencialidad académica, a reencontrarnos de nuevo, estrechar lazos, fortalecer y potenciar conocimientos y conocer Honduras a través de San Pedro Sula, capital industrial, una ciudad con visión, en constante desarrollo y con la capacidad para recibir y celebrar la Gineco-obstetricia de Latinoamérica; ciudad que por su ubicación geográfica nos permitirá fácilmente desplazarnos a destinos turísticos tropicales como los Puertos de Tela, Puerto Cortés, así como el inigualable archipiélago de las Islas de la Bahía, parte de la barrera del arrecife de Mesoamérica, un paraíso turístico en el caribe de Honduras, que por su historia, su riqueza natural, sus espectaculares bancos de coral y sus sitios de buceo, se ha convertido en uno de los mejores destinos turísticos de marca mundial.



Pero no solo les ofreceremos el encanto caribeño, también tenemos un gran legado histórico: las majestuosa Ruinas Mayas, en Santa Rosa de Copán al occidente del país, declaradas por la UNESCO Patrimonio Arqueológico de la Humanidad; el París del mundo Maya en Centroamérica, uno de los sitios



remanentes más importantes de la civilización Maya, uno de los centros arqueológicos más investigados, y uno de los sitios culturales más importante de América Latina.



Así que les invito en nombre de la FLASOG y de cada uno de los hondureños a reservar la fecha y disfrutar de las mejores actualizaciones, de la mayor convivencia científica, a poder gozar la alegría de ser latinos, como solo los latinoamericanos lo podemos hacer, juntos de nuevo.

En el FLASOG 2023, en nuestra hermosa Honduras, centro de Latinoamérica.

Bienvenidos todos desde ya...



XXXVI CONGRESO ARGENTINO DE GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA PRESENCIAL - VIRTUAL

MENDOZA FASGO 2022
OCTUBRE 13 y 14

Centro de Congresos y Exposiciones Gdor. Emilio Civit / Mendoza www.fasgo.org.ar

Informes e Inscripciones: fasgo@fasgo.org.ar / Secretaría Científica: secretariacientifica@fasgo.org.ar

SOGMZA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE MENDOZA

FEDERACIÓN ARGENTINA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

COLEGIO HIDALGUENSE DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, A.C.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL 2022

IMAGENOLOGÍA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. PATOLOGÍA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA

8, 9 Y 10 DE SEPTIEMBRE, 2022
08:00 A 14:30 HRS.

100% VIRTUAL

PROFESOR TITULAR
DR. CARLOS ARTURO REBOLLEDO FERNÁNDEZ

PROFESORES ADJUNTOS
DR. JOSÉ ALBERTO SAHAGÚN PLASCENCIA
DR. RAIGAM JAFET MARTÍNEZ PORTILLA
DRA. ELSA PATRICIA JAEN HERNÁNDEZ

Cuota de inscripción

Médicos Ginecólogos	\$500.00
Médicos Generales	
Médicos Familiares	\$350.00
Residentes	
Enfermeras	\$250.00
Estudiantes	

BBVA-Bancomer
COLEGIO HIDALGUENSE DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

No. de Cuenta: **01904545756**
CLABE interbancaria **012 290 00190454575 6**

Datos bancarios

ACCEDE A TODA LA INFORMACIÓN
<http://www.fasgo.org.ar/index.php/congreso2022>



CONGRESO REGIONAL LATINOAMERICANO CARTAGENA 2002 DE LA FIGO
https://www.figo2022.org/event/7fe83e50-86ae-45d9-bea9-b246a4351f8c/summary?utm_campaign=symposium-virtual-master-class-histerectomia-16-y-18-de-agosto&utm_medium=email&utm_source=sendfox



VISITA NUESTRO SITIO WEB

Actualizado diariamente con artículos y protocolos de las instituciones más prestigiosas de Latinoamérica y el mundo.

www.flasog.org

[f](#) [t](#) [i](#) / @FLASOG



LA VOZ DE LOS COMITÉS DE FLASOG

REPORTE DE LAS ACTIVIDADES Y PLANES DE TRABAJO DE LOS COMITÉS



RESPONSABLES DE SECCIÓN:

Dr. José Antonio Moreno y Dr. Jorge Vargas.

EQUIPO RESPONSABLE BOLETÍN AGOSTO 2022.

Dr. Alvaro Erramuspe. Consultor en Planeación Estratégica

Comité DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



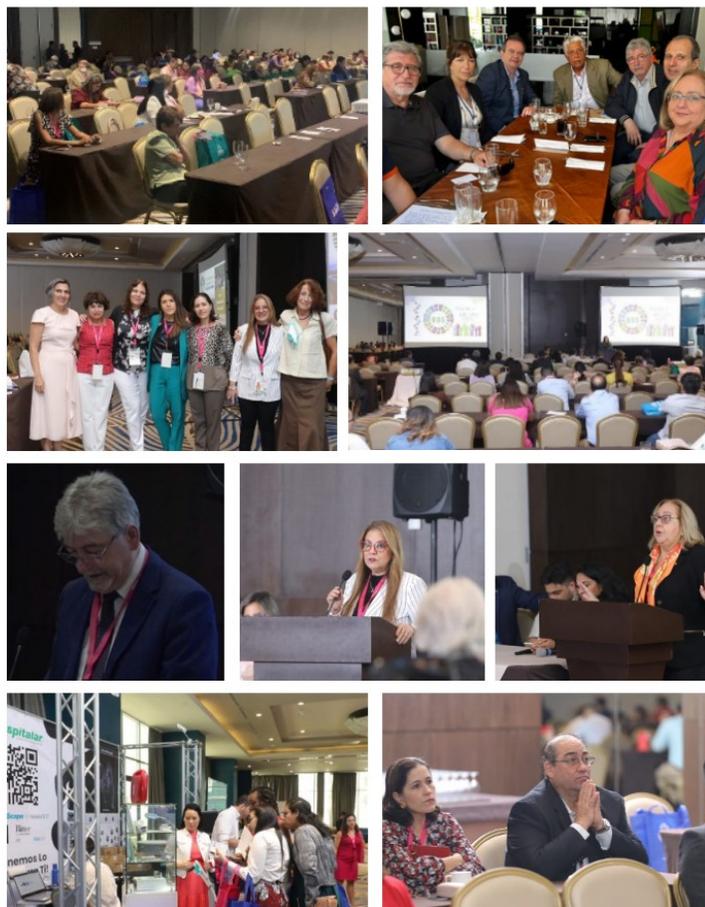
Este 25, 26 y 27 de agosto se llevó a cabo en el Hotel Hilton de Panamá la II CUMBRE Anticoncepción y Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG. Actividad realizada en conjunto con la Sociedad Panameña de Ginecología y Obstetricia.

Un total de 322 especialistas de toda Latinoamérica se dieron cita para compartir un contenido académico de excelente calidad que estuvo dirigido por la Directora Científica de FLASOG, Dra. Flory Morera, quien fue acompañada por un destacado grupo de coordinadores y profesores del más alto nivel.

Asistentes presenciales y virtuales pudieron abordar las diversas temáticas que el programa académico proponía.

Por otra parte, contó con la presencia de las autoridades del CLAP y OPS, las cuales en conjunto con el Comité Ejecutivo de FLASOG, alcanzaron importantes acuerdos para las siguientes actividades académicas que se tienen programadas para este año.

Así como también un Taller de clarificación de valores en Salud Sexual y Reproductiva y una reunión con IPAS.



Comité INFANTO ADOLESCENCIA

Continúa con mucho éxito el desarrollo de la segunda Edición del Diplomado Infanto Juvenil de FLASOG 2022, con la participación de 276 especialistas en Ginecología y Obstetricia que buscan mejorar sus competencias en Infanto Adolescencia.

Comité ULTRASONIDO EN GINECO-OBSTETRICIA

Este Comité continua con el trabajo de Investigación a través de un cuestionario online para conocer la Situación Diagnóstica de la Ultrasonografía GO en LATAM. Si todavía no lo completaste lo puedes hacer accediendo a este código QR:



Comité CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Se llevó a cabo el 16 y 18 de agosto el Simposium Virtual Master Class de Histerectomía. Retomando los abordajes y expandiendo lo tecnológico, con destacados especialistas de Iberoamérica.



Simposium Virtual

MASTER CLASS
HISTERECTOMÍA
Retomando los abordajes y expandiendo lo tecnológico

PROFESORES INVITADOS

AGOSTO 16 Y 18

PROGRAMA Sesión I.
MARTES 16 de Agosto / 2022

- 19:00-19:05 Bienvenida. Dr. Alfredo Celis (Perú)
- 19:05-19:15 Antecedentes e Introducción. Dr. Guillermo Campuzano Castro (Ecuador)
- 19:15-19:45 Histerectomía, vía de abordaje abdominal. Dr. Carlos Arturo Díaz Támara (Colombia)
- 19:45-20:15 Histerectomía Laparoscópica. Dr. Ignacio Miranda (Chile)
- 20:15-20:30 Preguntas y Respuestas

PROGRAMA Sesión II.
JUEVES 18 de agosto / 2022

- 19:00-19:05 Bienvenida e Introducción. Dr. Milciades Albert F. (Rep. Dominicana)
- 19:05-19:15 Histerectomía Vaginal, su vigencia en Latinoamérica. Dr. Alejandro González (Rep. Dominicana)
- 19:15-19:45 Histerectomía Vaginal en Útero sin Prolapso. Dr. Javier del Longo (Argentina)
- 19:45-20:15 Histerectomía Robótica. Dr. Rodrigo Ruz (México)
- 20:15-20:30 Preguntas y Respuesta

ORGANIZA: Comité Cirugía Mínimamente Invasiva FLASOG
EVENTO NO ARANCELADO

Comité BIOÉTICA

Por otra parte, se llevará a cabo el 27 de Julio el 2do Webinar del Comité de Bioética “Temas fundamentales para el ejercicio profesional”.



Tuvo la participación de destacados panelistas especialistas y la Coordinación de la Dra. María Mercedes Pérez.

**2º WEBINAR BIOÉTICA
TEMAS FUNDAMENTALES
PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL**

FECHA
27 JUL
2022
MIÉRCOLES

TEMARIO

- Introducción, objetivos y presentación de los ponentes**
Dra. María Mercedes Elena Pérez Alonso, Venezuela
- Consentimiento Informado: mucho más que un requisito.**
Dra. Gladys Velázquez
Coordinadora de la Comisión de Bioética del Hospital de Niños JM de los Ríos. Profesor titular de la Escuela de Medicina Vargas de la UCV Mg. Sc. en Bioética. Presidenta del Centro Nacional de Bioética (CCNAB)
- Principio de autonomía: derecho de los pacientes.**
Dr. Pastor José Galicia Pérez
Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. (UCLA). Diplomado en Bioética Clínica en la Universidad Central de Venezuela (UCV). Miembro Titular Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV). Chief Medical Officer (Director Médico) del Grupo LETI con sede en Caracas
- Sesión de preguntas y conclusiones**

Horario
18 hs. Centroamérica
19 hs. México, Colombia, Panamá, Ecuador, Perú
20 hs. Cuba, Dominicana, Venezuela, Bolivia, Paraguay, Chile
21 hs. Argentina, Uruguay, Brasil

Organiza
Comité Bioética FLASOG

EVENTO NO ARANCELADO



Comité DESARROLLO DIRECTIVO

Comenzó la 3ª. Edición del Diplomado Habilidades Directivas para Sociedades Médicas que pertenecen a FLASOG, con un nuevo formato online de 8 semanas de duración, con un distinguido grupo de profesores y un contenido temático especializado y de actualidad.

Tiene la participación de más 40 destacados directivos de los siguientes países: México, Panamá, Guatemala, Nicaragua, Ecuador, Colombia, Bolivia, Perú, Argentina, Chile y Uruguay.



Para ver la grabación:



MÓDULO 1
El Rol del Directivo del Siglo XXI



FLASOG
Programa Latinoamericano de Especialización en Gerencia y Liderazgo

PROGRAMA ACADÉMICO

<p>01 El rol del Directivo del Siglo XXI</p>	<p>02 La Planeación Estratégica en una Organización Médica</p>	<p>03 ¿Cómo lograr una comunicación efectiva?</p>
<p>04 El Dominio de la Inteligencia Emocional</p>	<p>05 Negociación y Manejo de Conflictos</p>	<p>06 Análisis de Problemas y Toma de decisiones</p>
<p>07 La Mercadotecnia en Organizaciones de Servicios</p>	<p>08 Big Data en Salud. Cómo generar, analizar y resguardar la información</p>	<p>09 Fuentes de Financiamiento para Organizaciones sin Fines de Lucro</p>
<p>10 El Mundo Digital y su impacto en las Organizaciones Médicas</p>	<p>11 Productividad, Administración del Tiempo y Calidad</p>	<p>12 Proyecto Final</p>

Adriana Campoverde Ávila	Ecuador
Bleixen Admadé	Panamá
Carmen Dávila	Ecuador
Carmen Troya	Panamá
Eduardo Baso	Panamá
Eduardo Gayon Vera	México
Enrique Guevara	Perú
Florencia Echevarría	Argentina
Francisco Rafael Guadarrama	México
Graciela Haydee Serio	Argentina
Graciela Ortiz	Argentina
Graciela Schabelman	Argentina
Griselda Quijada	Guatemala
Guillermo Echeverría	Chile
Héctor Antonio Scaravonati	Argentina
Itzamara García Lee	Panamá
Jean Pierre Frez Bustos	Chile
Liliana Cevallos	Ecuador
Luis Hernández	Guatemala
Mabel Martino	Argentina
Margarita Escardo	Uruguay
María Díaz Arias	Dominicana
María Dolores Molina	Guatemala
Mario Kurganoff	Argentina
Meliza Mejía	Guatemala
Miguel Gutiérrez	Perú
Mónica Batres	Guatemala
Natalia Pérez	Uruguay
Nelson Yesid Aguilar Jaimes	Colombia
Sara María Mendoza	Guatemala
Silvia Liutti	Guatemala
Sugey del Carmen Bravo	Nicaragua
Víctor Manuel Alomía	Ecuador
Walter Linares	Guatemala
Winston Reyes	Panamá



Habilidades directivas y de gestión ¿Se requerirán aprenderlas y perfeccionarlas?

Una organización académica se encuentra formada por un equipo de integrantes con diversas personalidades, enriquecida con diferentes formaciones académicas, con un incremento del género femenino lo que complementa objetivos, diversos entornos culturales, mezclas de grupos etarios, con valores y principios compartidos y un aspecto en común, un gran liderazgo de sus integrantes. Todos ellos dirigidos por un presidente.

Entre todos, se toman decisiones para cumplir su visión y misión, por mencionar la nuestra; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, FLASOG... “Ser la organización líder en latinoamérica reconocida por su profesionalismo y excelencia en apoyo a la Sociedades Federadas de obstetricia y ginecología que redunde en el desarrollo de los especialistas en su formación y en el ejercicio profesional para beneficio de la salud de la mujer”.

La organización se dividirá de acuerdo con los objetivos de trabajo, o bien por subespecialidades, para desarrollar diversos proyectos. Esta división obedecerá inicialmente a un organigrama con funciones definidas en el estatuto y reglamento, los cuales, deberán conocer todos sus integrantes para poder plantear sus objetivos y alcanzar metas con una planeación que facilite su ejecución; para ello, se requiere un pensamiento organizado. Durante muchos años en diversas empresas e instituciones se ha ejecutado la gestión en forma empírica y se han tenido aciertos; pero cuantas veces al ver hacia atrás decimos... “si hubiésemos hecho, si hubiésemos sabido, si hubiésemos planteado o quizá si hubiésemos comparado o visto afuera más que adentro”. Todo ello, nos da aprendizaje y experiencia.

Para tomar decisiones más acertadas y dirigir un pequeño o gran grupo, quizá un comité, sociedad, asociación o bien Federación podemos adquirir habilidades en la dirección, evaluar, por ejemplo, el impacto de mi acción directiva, ¿llevo a cabo una comunicación vertical y horizontal?, ¿los mensajes que emito son efectivos?, ¿reconozco los recursos físicos, humanos y los procesos para llevar a cabo la dirección adecuada? ¿cómo evalúo los procesos? ¿estamos alcanzando los objetivos? En el aspecto financiero: ¿reconozco los indicadores financieros de mi sociedad? ¿sé pedir un informe financiero? no sólo con ingresos, egresos, activos fijos, devaluaciones y proyecciones, con comparativos cronológicos, etc.

Si tengo un equipo contable, ¿cómo sé que lo está haciendo en la forma correcta y no me llevaré sorpresas? ¿quién lo audita?, sin que ello suene punitivo y sí sea formativo para la organización. Notarialmente ¿se han hecho todos los cambios de mesa directiva en forma y orden?, ¿todos sus integrantes tienen las capacidades para su puesto o cómo les estamos apoyando para su mejor desarrollo y ejecución? Por otra parte, ¿cómo hemos adquirido nuestro liderazgo? ¿a qué grupo pertenecemos?, al activo y racional, riguroso, emotivo, motivacional, cualquiera que seamos, ¿alcanzamos el equilibrio en la organización?, ¿cómo desarrollamos el marketing?

¿Qué alcance tiene la comunicación interna?, ¿hacemos juntas efectivas o tomamos horas de gran valor sin llegar a un acuerdo en forma breve y concisa?, ¿en las juntas se tocan temas que no corresponden al motivo de la reunión, sin respetar el tiempo de los demás?, si es así, necesitamos perfeccionar nuestra capacidad de convocatoria y organización. ¿Y cómo vamos en redes sociales y plataformas, contamos con un equipo que nos evalúe y proporcione retroalimentación? ¿Qué tantas capacidades tenemos en el tema de negociación, de proyección, de innovación?



Comité de Desarrollo Directivo FLASOG

Coordinadora: Dra. Elsa Díaz López

Asesor: Dr. Alfonso Arias

Integrantes:

Dr. Andrés Breto

Dr. Rubén Costa

Dr. Carlos Marcelo Vera

Dr. Jaime Sánchez

Lo que la gestión de nuestros servicios requieren adquirir herramientas de comunicación asertiva, escucha activa y retroalimentación, generar una relación de confianza, de integridad, dirigir visualizando los riesgos internos y externos de la organización, identificar aptitudes y actitudes de nuestros integrantes para designarles el sitio donde les permitan desarrollar todas sus capacidades. Tener actitudes motivadoras con nuestro equipo, fomentar la perseverancia para alcanzar metas sin perder de vista el acompañamiento.

Hoy, no es suficiente con tener buenos deseos y actuar bien, debemos de identificar nuestras limitaciones y sobre todo los alcances y las áreas de oportunidad que se presentan sin olvidar que nuestro eje central son nuestras mujeres; es por ello que la gestión de calidad garantiza que una organización identifique sus debilidades para mejorar sus fortalezas, reconociendo que su principal capital humano es cada uno de los miembros que integra la institución por lo que requerirá adquirir conocimientos y habilidades en gestión lo que conducirá a la profesionalización directiva.

El conocimiento técnico, por sí solo, no es suficiente: “Nosotros también buscamos perfiles que tengan competencias personales, como la adaptabilidad, iniciativa, comunicación, capacidad de trabajo en equipo. De poco sirve ser el mayor experto si luego no eres capaz de trabajar con otras personas. A veces, no es tan importante lo que sabes, como tu capacidad de aprender”. Nuria Herrera.

Bibliografía consultada:

1. Zapata Rotundo Gerardo M, Martínez Alberto , Zapata Rotundo, Gerardo J. , Sigala Paparella, Luis. TOMA DE DECISIONES Y ESTILO DE LIDERAZGO: ESTUDIO EN MEDIANAS EMPRESAS. . Compendio electrónico Redalyc [Internet]. 2016; 19:[35-59 pp.]. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88046587003>.
2. Germán CH. La personalidad del líder. news media [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ipade.mx/2019/03/09/la-personalidad-del-lider/>.
3. Nuria H. Las empresas priorizan la capacidad de aprendizaje sobre el conocimiento. El economista. 13 Mayo 2021.

Comité ALIANZAS Y BÚSQUEDA DE RECURSOS

Se ha comenzado el Patrocinio de Eventos de FLASOG.



Erick Gargurevich
Departamento de Patrocinios
M: +51 999029028
E: patrocinios@flasog.org
W: www.flasog.org

POSICIONES DE FLASOG

CONSENSO LATINOAMERICANO DE EXPERTOS ANTICONCEPCIÓN EN SITUACIONES SOCIODEMOGRÁFICAS ESPECIALES: ADOLESCENTES Y POST EVENTO OBSTÉTRICO



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



El presente documento busca ofrecer una guía científicamente actualizada, de fácil lectura y acceso libre para el personal de salud involucrado en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en nuestra región y que requiere conocer de primera mano todo lo relativo a la anticoncepción moderna.

Desde esta perspectiva se incluye información relevante sobre las mejores prácticas anticonceptivas en las mujeres con situaciones sociodemográficas especiales, es decir mujeres que por edad o por relación reciente con un evento obstétrico enfrentarían mayores riesgos en el evento de cursar con un embarazo. El grupo de mujeres adolescentes y mujeres adultas, respetando las particularidades que tiene cada grupo de edad y especificando recomendaciones para anticoncepción dirigida a adolescentes y anticoncepción post evento obstétrico.

ACCEDE A TODA LA INFORMACIÓN



PRONUNCIAMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD MATERNA SOBRE LA VACUNACION DE LA EMBARAZADA CONTRA EL COVID 19



Ante la posibilidad de que en el mundo existan nuevas olas de contagio con COVID 19, que pongan en riesgo la salud y la vida de las mujeres embarazadas; teniendo en cuenta la experiencia adquirida en la pandemia reciente y considerando que:

1. Si bien al comienzo de la pandemia por COVID-19 la literatura sobre el tema fue escasa, hoy podemos afirmar que contamos con numerosos trabajos al respecto y podemos decir que la evidencia sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas ARNm (ARNm-1273 de Moderna y BNT162b2 de Pfizer/BioNTech) y la vacuna Ad26.COV2.S de Johnson & Johnson/Janssen contra COVID19 durante el embarazo, va en aumento.

2. Los datos sugieren que los beneficios de recibir cualquiera de estas tres vacunas superan cualquier riesgo de su aplicación durante la gestación; por lo tanto, se sugiere ofrecer la posibilidad a las mujeres embarazadas de vacunarse con cualquiera de las vacunas ARNm o con la vacuna Ad26.COV2. S.

3. Aunque algunos estudios muestran que no se incrementa el riesgo de efectos adversos al utilizar las vacunas en etapas tempranas del embarazo, estos consisten en análisis secundarios de bases de datos, por lo que deben interpretarse con cautela.

4. La opinión de expertos coincide en que las vacunas contra la COVID-19 se apliquen después del periodo de embriogénesis y, por otro lado, se sugiere ofrecer cualquier vacuna contra la COVID-19 a toda mujer que da de lactar en forma activa.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), teniendo en cuenta la opinión de su Comité de Salud Materna emite la siguiente recomendación:

Ante las evidencias y la bibliografía actual consultada que no han mostrado factores de riesgo que contraindiquen la vacunación contra el COVID-19, y muy por el contrario, se ha podido demostrar que toda mujer en trance obstétrico que adquiera la infección por COVID-19 corre riesgo de desarrollar complicaciones propias del embarazo, así como también las propias de la enfermedad, que pongan en riesgo su salud y su vida; es altamente recomendable que toda mujer embarazada debe integrarse a los planes de vacunación general para el COVID-19 a partir de la semana 12 de gestación y durante la lactancia y puerperio, con cualquiera de las vacunas que los Ministerios de Salud de Latinoamérica y el Caribe hayan puesto a su alcance.

Bibliografía

1. Oakes MC, Kernberg AS, Carter EB, Foeller ME, Palanisamy A, Raghuraman N, et al. Pregnancy as a risk factor for severe coronavirus disease 2019 using standardized clinical criteria. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;3(3):100319. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100319
2. Moore KM, Suthar MS. Comprehensive analysis of COVID-19 during pregnancy. *Biochem Biophys Res Commun.* 2021;538:180-186. doi: 10.1016/j.bbrc.2020.12.064
3. Riley LE. mRNA Covid-19 Vaccines in Pregnant Women. *N Engl J Med.* 2021;384(24):2342-2343. doi: 10.1056/NEJMe2107070
4. Burd I, Kino T, Segars J. The Israeli study of Pfizer BNT162b2 vaccine in pregnancy: considering maternal and neonatal benefits. *J Clin Invest.* 2021;131(13):e150790. doi:10.1172/JCI150790
5. Kadali RAK. Adverse effects of COVID-19 messenger RNA vaccines among pregnant women: a cross-sectional study on healthcare workers with detailed self-reported symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;S0002-9378(21)00638-4. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.007
6. Razzaghi H. COVID-19 Vaccination Coverage Among Pregnant Women During Pregnancy — Eight Integrated Health Care Organizations, United States, December 14, 2020–May 8, 2021. *US Dep Health Hum Serv Dis Control Prev. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(24):895-899. doi: 10.15585/mmwr.mm7024e2
7. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 vaccines while pregnant or breastfeeding. CDC. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>
8. Centers for Disease Control and Prevention. New CDC Data: COVID-19 Vaccination Safe for Pregnant People. CDC. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/s0811-vaccine-safe-pregnant.html>
9. Zauche LH, Wallace B, Smoots AN, Olson CK, Oduyebo T, Kim SY, Petersen EE, Ju J, Beauregard J, Wilcox AJ, et al. Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion. *N. Engl. J. Med.* 2021;385(16):1533-1535. doi:10.1056/NEJMc2113891
10. National Health Service. Pregnancy, breastfeeding, fertility and coronavirus (COVID-19) vaccination. NHS. 2021. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/coronavirus-vaccination/pregnancybreastfeeding-fertility-and-coronavirus-covid-19-vaccination/>
11. Goodman T. Update on WHO Interim recommendations on COVID-19 vaccination of pregnant and lactating women. WHO. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/update-on-who-interimrecommendations-on-covid-19-vaccination-of-pregnant-and-lactating-women>
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. COVID-19 vaccines and pregnancy: conversation guide for clinicians. ACOG. 2021. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/clinical>
13. John Hopkins University. Global policies on COVID-19 vaccination in pregnancy vary widely by country according to new online tracker. JHU. 2021. Disponible en: <https://hub.jhu.edu/2021/06/28/tracker-map-of-vaccine-policies-for-pregnant-women/>
14. José Eduardo Oliva , Susana Zelaya , Rhina Domínguez – Instituto Nacional de Salud – Uso de vacunas contra Covid-19 en embarazadas y mujeres que lactan.
15. Pérez WJ, Márquez CD, Veroes MJ, Lugo LC, Araujo K, Robles S, Valencia E, Fuenmayor J, Villavicencio A, Di Muro J, Hernandez – Vacunación covid 19 durante el embarazo y lactancia.

NOTICIAS E INFORMACIÓN DE ACTUALIDAD MÉDICA

TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA

Manejo de la Osteoporosis Postmenopáusica. Guía de Práctica Clínica No. 2.

ACOG. Obstet Gynecol 2021; 139: 698–717



RESPONSABLES DE SECCIÓN:

Dr. Samuel Seiref – Dr. Adolfo Rechkemmer

Objetivo:

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

Población objetivo:

Pacientes posmenopáusicas con osteoporosis primaria

Recomendaciones:

Esta Guía de Práctica Clínica incluye recomendaciones actualizadas sobre quién debe recibir tratamiento farmacológico para la osteoporosis, los beneficios y riesgos de las opciones farmacoterapéuticas disponibles, la monitorización y el seguimiento del tratamiento, y el papel del calcio y la vitamina D en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica. Las recomendaciones se clasifican por fuerza y calidad de la evidencia. Se incluyen puntos de buenas prácticas sin calificar para brindar orientación cuando no se pudo hacer una recomendación formal debido a evidencia inadecuada o inexistente.

Introducción:

La osteoporosis es un trastorno esquelético generalizado común que se caracteriza por una baja densidad mineral ósea (DMO) y pérdida de masa ósea, deterioro de la microarquitectura y disminución de la calidad ósea, lo que aumenta la vulnerabilidad a las fracturas. Es una enfermedad silenciosa hasta que se produce una fractura. Aproximadamente el 71% de las fracturas osteoporóticas en personas de 50 años o más ocurren en mujeres. Las personas con osteoporosis y un riesgo elevado o alto de fractura pueden identificarse mediante exámenes de detección y evaluación de riesgos. La pérdida ósea se puede retardar o prevenir con terapia

farmacológica.

Desde la publicación del Boletín de Práctica de Osteoporosis de ACOG en 2012, ha habido avances en el tratamiento de la osteoporosis, incluido el uso de medicamentos libres de bisfocfonatos que permitan reducir los efectos adversos raros y el desarrollo de nuevos medicamentos para ayudar a proporcionar un tratamiento más específico. El propósito de esta Guía de Práctica Clínica es brindar recomendaciones clínicas basadas en la evidencia para el manejo de la osteoporosis posmenopáusica. La prevención, la detección y el diagnóstico de la osteoporosis se abordan en una Guía de Práctica Clínica del ACOG separada.

Resumen de recomendaciones:

Candidatos a Farmacoterapia:

Antes de comenzar la farmacoterapia para la osteoporosis, evalúe a los pacientes en busca de causas secundarias de pérdida ósea. (PUNTO DE BUENA PRÁCTICA)

ACOG recomienda el tratamiento farmacológico de la osteoporosis en pacientes con alto riesgo de fractura. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

Opciones de farmacoterapia

ACOG recomienda bisfocfonatos como terapia inicial para la mayoría de los pacientes posmenopáusicos con mayor riesgo de fractura. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

ACOG sugiere la interrupción de los bisfocfonatos para permitir una suspensión del fármaco en pacientes de riesgo bajo a moderado que están estables después de 5 años de tratamiento con bisfocfonatos orales o después de 3 años de tratamiento con ácido zoledrónico intravenoso. Se sugiere un tratamiento más prolongado, de hasta 10 años para los bisfocfonatos orales o hasta 6 años para el ácido zoledrónico intravenoso,



para pacientes con alto riesgo de fractura. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE BAJA CALIDAD)

ACOG recomienda el uso de denosumab como terapia inicial para pacientes posmenopáusicas con mayor riesgo de fractura que prefieren la administración subcutánea cada 6 meses. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

Los pacientes que interrumpan el tratamiento con denosumab deben pasar al tratamiento con otro agente antirresortivo. (PUNTO DE BUENA PRÁCTICA)

ACOG sugiere raloxifeno para pacientes posmenopáusicas con mayor riesgo de fractura vertebral y cáncer de mama que tienen bajo riesgo de tromboembolismo venoso y que no tienen síntomas vasomotores significativos. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

El ACOG recomienda los análogos de la hormona paratiroidea, teriparatida y abaloparatida, para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica durante un máximo de 2 años en pacientes que tienen un riesgo muy alto de fractura o que continúan sufriendo fracturas o tienen una pérdida ósea significativa mientras toman terapia antirresortiva. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

El ACOG recomienda el inhibidor de unión a esclerostina romosozumab para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica hasta por 1 año en pacientes que no tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular o accidente cerebrovascular y tienen un riesgo muy alto de fractura o para quienes otros tratamientos no

han sido efectivos. (RECOMENDACIÓN FUERTE, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA) FUERTE, EVIDENCIA DE ALTA CALIDAD)

Seguimiento del tratamiento

ACOG sugiere pruebas de absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) cada 1 a 3 años durante la farmacoterapia para la osteoporosis, según las circunstancias clínicas, hasta que los hallazgos sean estables. (RECOMENDACIÓN CONDICIONAL, EVIDENCIA DE CALIDAD MODERADA)

Manejo no farmacológico: calcio y vitamina D

Aconseje a los pacientes que reciben farmacoterapia para la osteoporosis y a los pacientes con osteoporosis posmenopáusica que no pueden tolerar la terapia farmacológica que consuman la cantidad diaria recomendada de calcio y vitamina D a través de la dieta (preferiblemente), suplementos o ambos. (PUNTO DE BUENA PRÁCTICA)



Resumen de las recomendaciones de consenso:

Sugerimos que el embarazo con parto anticipado a la edad de 35 años o más se reconozca como un factor de riesgo para los resultados adversos maternos, fetales y neonatales al asesorar a las pacientes y determinar los planes de manejo. La consejería matizada dependerá de la edad específica y las comorbilidades

(GRADO 2C. Recomendación débil, evidencia de baja calidad)

Recomendamos la aspirina diaria en dosis bajas para la reducción de la preeclampsia en personas embarazadas de 35 años o más en el contexto de al menos otro factor de riesgo moderado.

(GRADO 1B. Recomendación sólida, evidencia de calidad moderada).

Dado el aumento de las tasas de gestaciones múltiples para las personas embarazadas con parto anticipado a la edad de 35 años o más, sugerimos un ultrasonograma en el primer trimestre.

(GRADO 2C. Recomendación débil, evidencia de baja calidad)

Recomendamos que las opciones de detección genética prenatal (detección sérica con o sin ecografía de translucencia nuchal o detección de ADN libre de células) y pruebas de diagnóstico (muestreo de vellosidades coriónicas o amniocentesis) se discutan y ofrezcan a todas las personas embarazadas, independientemente de su edad o riesgo de anomalía cromosómica. Después de la revisión y la discusión, cada paciente tiene el derecho de buscar o rechazar la detección genética prenatal y las pruebas de diagnóstico.

(GRADO 1A. Recomendación sólida, evidencia de alta calidad).

Sugerimos un ultrasonograma anatómico fetal detallado para las personas embarazadas con parto anticipado a la edad de 35 años o más dado el mayor riesgo de aneuploidía y el posible aumento del riesgo de anomalías congénitas en esta población.

(GRADO 2C. Recomendación débil, evidencia de baja calidad)

Debido al mayor riesgo de neonatos grandes para la edad gestacional y pequeños para la edad gestacional, sugerimos un ultrasonograma para la evaluación del crecimiento en el tercer trimestre para las personas embarazadas con parto anticipado a los 40 años o más.

(GRADO 2C. Recomendación débil, evidencia de baja calidad).

Sugerimos ofrecer vigilancia fetal prenatal para las personas embarazadas con parto anticipado a la edad de 40 años o más dado el mayor riesgo de muerte fetal.

(GRADO 2B. Recomendación débil, evidencia de calidad moderada).

Recomendamos proceder con el parto en embarazos bien fechados a las 39 0/7-39 6/7 semanas de gestación para individuos con parto anticipado a la edad de 40 años o más debido al aumento de las tasas de morbilidad neonatal y muerte fetal más allá de esta edad gestacional

(GRADO 1B. Recomendación débil, evidencia de calidad moderada)

Sugerimos aconsejar que el parto vaginal es seguro y apropiado si no hay otras indicaciones maternas o fetales para el parto por cesárea. El asesoramiento debe incluir una discusión sobre los riesgos del parto cesárea,



las comorbilidades de la paciente y las preferencias y objetivos de la paciente. El avance de la edad del paciente por sí solo no es una indicación para el parto por cesárea.

(GRADO 2B. Recomendación sólida, evidencia de calidad moderada).

Recomendamos que los obstetras-ginecólogos y otros profesionales de atención obstétrica sean conscientes de las tasas desproporcionadas de los resultados maternos y perinatales más adversos en las personas embarazadas negras e indoamericanas y nativas de Alaska de 35 años o más. Recomendamos que entiendan las formas en que el racismo contribuye a perpetuar estos resultados.

(GRADO 1B. Recomendación sólida, evidencia de calidad moderada).

LAS TRAYECTORIAS INTEGRADAS DEL METABOLOMA, EL PROTEOMA Y EL INMUNOMA MATERNOS PREDICEN EL INICIO DEL PARTO



La estimación del momento del parto es de gran importancia clínica. Las únicas herramientas que se tienen para predecirlo son la ecografía y la fecha del último período menstrual de la madre, pero tienen una ventana de 5 semanas. Incluso estudios más recientes como la longitud del cuello uterino o su grado de dilatación no siempre son buenos predictores del trabajo de parto. Más difícil es aún precisarlo en el caso de un parto prematuro.

A medida que el embarazo avanza hacia el trabajo de parto, se producen transiciones importantes en los sistemas inmunitario, metabólico y endocrino fetomaterno que culminan en el nacimiento. La caracterización integral de la biología materna que precede al trabajo de parto es clave para comprender estas transiciones fisiológicas e identificar biomarcadores predictivos del parto.

El grupo liderado por Brice Gaudilliere realizó un estudio longitudinal en 63 mujeres que comenzaron su trabajo de parto espontáneamente. Analizaron más de 7000 analitos plasmáticos y respuestas de células inmunitarias periféricas mediante espectrometría de masas no dirigida, tecnología proteómica basada en aptámeros y citometría de masas unicelular en muestras de sangre recolectadas durante los últimos 100 días de embarazo.

Utilizaron modelos informáticos para identificar asociaciones entre los puntos de datos, el día en que se recolectaron las muestras y comenzó el trabajo de parto. Escogieron los 45 biomarcadores más informativos y, a partir de ellos, desarrollaron un modelo de predicción para probar en 10 madres. El modelo predijo el momento del inicio del trabajo de parto: el metabolismo, el proteoma y el inmunoma maternos presentaron un cambio molecular coordinado desde el mantenimiento del

embarazo a la biología previa al trabajo de parto 2 a 4 semanas antes del parto. A manera de ejemplo, un aumento de la 17-hidroxiprogesterona producida por la placenta, estuvo estrechamente relacionado con el inicio del trabajo de parto y un aumento en los niveles del receptor de interleucina-1 tipo 4 (IL-1R4) y el receptor de la citocina proinflamatoria IL-33, fue común en los últimos 30 días de embarazo. Esta dinámica se conservaría en el embarazo, por lo que sería posible rastrear los cambios e independientemente de la edad gestacional, anticipar el trabajo de parto. El estudio sienta las bases para el desarrollo de métodos basados en sangre para predecir el día del parto, basados en mecanismos compartidos en embarazos prematuros y de término. Los investigadores están reclutando personas en el este de Asia, África, Alemania y sitios adicionales en los EE. UU. con el fin de aumentar el tamaño de la muestra.

Stelzer IA, Ghaemi MS, Han X et al. Integrated trajectories of the maternal metabolome, proteome, and immunome predict labor onset Sci Transl Med . 2021 May 5;13(592):eabd9898. doi: 10.1126/scitranslmed.abd9898.

HÁBITOS DE HIGIENE GENITAL Y ACTIVIDAD SEXUAL EN MUJERES CON VAGINOSIS BACTERIANA Y/O CANDIDIASIS VULVOVAGINAL



Según el estudio publicado en febrero de 2022 en la Revista Brasileira de Ginecología y Obstetricia, las mujeres con vaginosis bacteriana (VB) y/o candidiasis vulvovaginal (CVV) fueron significativamente menos propensas a usar jabón íntimo y toallitas húmedas después de orinar en comparación con mujeres sanas sin ningún síntoma vulvovaginal. Se trató de un estudio transversal, en mujeres con edad entre 18 y 45 años (promedio 33 años) con función ovárica conservada, atendidas en el Hospital da Mulher, Profesor Doctor José Aristodemo Pinotti-CAISM-UNICAMP. En los criterios de exclusión se describen diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, orientación sobre higiene genital recibida previamente en el servicio, antecedentes de cáncer ginecológico, diagnóstico de diabetes o de enfermedad inmunosupresora, dificultades cognitivas y uso de antibióticos o medicamentos vaginales en los 15 días anteriores. Hubo asociación significativa entre la presencia de CVV y/o VB y el uso de jabón bactericida para la higiene genital diaria ($p < 0,001$, OR=5,47, IC 95% OR=2,17–13,8). En contraste, el uso de jabón íntimo (jabón líquido y ligeramente ácido) para la higiene diaria y el uso de toallitas húmedas para la higiene después de orinar fueron significativamente más comunes entre las mujeres sin CVV y/o VB ($p=0,04$, OR=0,67, IC 95% 0,75–0,98 y $p=0,01$, OR=0,24, IC 95% 0,05–0,52, respectivamente). El tiempo medio fuera del hogar, la cantidad de baños por día, la frecuencia de la higiene genital, la frecuencia de relaciones sexuales, el sexo oral, el uso de lubricantes, las duchas vaginales y la higiene genital realizada después de las relaciones sexuales no difirieron entre las mujeres con y sin VVC y/o BV. La higiene anal fue practicada de forma incorrecta (de atrás hacia adelante) por el 6,6% del grupo sin desórdenes

vulvovaginales y el 11,3% del grupo con desórdenes vulvovaginales, aunque no fue estadísticamente significativo. El 30,2% de las mujeres del grupo con trastornos vulvovaginales y el 8,8% del grupo sin trastornos, informaron sexo anal 30 días antes de una entrevista ($P < 0,0001$). De estas, solo el 6,45% y el 4%, respectivamente, usaban condones con regularidad. El sexo anal o el uso de juguetes sexuales se correlacionó con la presencia de VB. Tanto para el sexo anal, como para los juguetes sexuales, el OR fue de 2,33, IC del 95%: 1,08 a 5,05 ($P < 0,001$). El 95% de los participantes informaron de la eliminación del vello genital, a pesar de que la mayoría creía que la práctica probablemente era dañina para la salud genital. El uso de toallitas húmedas después de orinar como el hábito más frecuente de mujeres sin infecciones genitales “coincide con la literatura, que sostiene el uso de toallitas húmedas como seguro y beneficioso para la salud genital”; “debido a su característica húmeda, estas toallitas podrían ser más eficientes para promover la higiene genital que el papel higiénico desechable normal”, escribieron los autores. Concluyen que algunos hábitos de higiene y la ausencia de otros, se asociaron con la presencia de CVV y/o VB. A pesar de ello, no está claro si la higiene genital femenina puede ser la causa o la consecuencia de tales desórdenes vulvovaginales y que se necesitan ensayos controlados para aclarar la influencia de la higiene y los hábitos sexuales en el entorno vulvovaginal.

Bardin MG, Giraldo PC, Benetti-Pinto CL, et al. Hábitos de higiene genital y actividad sexual en mujeres con vaginosis bacteriana y/o candidiasis vulvovaginal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022; 44(2):169–177.



Una modalidad más de violencia contra la mujer, ampliamente discutida y poco aceptada en la comunidad médica, especialmente entre obstetras, es la mal denominada de origen, “Violencia Obstétrica”, término importado, desafortunado e inapropiado en el contexto de la práctica médica, que tuvo un gran impacto mediático, primero por su simplicidad al referirse a ella y segundo, por la facilidad para encuadrarla en un conjunto de formas clasificadas de violentar a la mujer.

Resulta paradójico considerar que en el acto médico, existiera violencia implícita; sin embargo, cuando se analiza más a fondo el contenido del concepto, se puede percibir aquella vieja y desapercibida conducta, que transcurrió ignominiosamente ignorada durante décadas: el maltrato y la falta de respeto por parte del personal de salud hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo, que hoy se destaca en un contexto diferente.

Dado que los servicios de salud en general operan bajo esquemas asistenciales diversos, observamos cómo muchas mujeres sin cobertura de servicios de salud, a punto de parir buscan afanosamente el ingreso a una unidad médica, y cuando son recibidas, se enfrentan a una serie de prácticas -muchas rutinarias- por parte del personal de salud, tendientes más a desahogar el trabajo acumulado, bajo condiciones frecuentemente desfavorables que impiden un buen desempeño profesional y no siempre concordantes con la naturaleza del evento, con la intensidad de la experiencia que enfrentan las pacientes y sus familiares, sobre todo por la esperanza de recibir la atención médica para sentirse seguras, más aún cuando perciben que este proceso es despersonalizado, bajo un esquema asimétrico donde se hace sentir una diferencia entre quienes padecen la dolencia y los que tienen los medios para

su alivio, todo esto agravado por el miedo de reclamar sus derechos.

El problema ciertamente es grave, pero el tema resultó tan atractivo para muchas personas y agrupaciones que aprovecharon el fenómeno ancestral vigente y cotidiano en las áreas de consulta externa y hospitalización donde se atienden mujeres embarazadas o púerperas, por el ya conocido maltrato, que pone de manifiesto la iniquidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica médica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer.

Lo preocupante es que estos comportamientos sigan sucediendo y además que sean vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por quienes acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos diferenciados, irrespetuosos o indignos es parte del precio que deben pagar por recibir atención médica. Estos comportamientos se hicieron parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía les resulta difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, peor cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a diferentes etnias y grupos vulnerables.

Si a todo lo anterior, sumamos las dificultades en el acceso a los servicios de salud por la distancia, los gastos de traslado, alimentación, además de que algunas indicaciones y procedimientos que aunque en su naturaleza no son violentos, sí en muchas ocasiones resultan excesivos, innecesarios o inapropiados (la tricotomía, los tactos vaginales, la aplicación de enemas, el uso de oxitocina, la amniorrexis, la aplicación de fórceps, la episiotomía y la cesárea); se refuerza la idea popular de agresión o violencia durante el proceso del parto, generada como concepto ligero para quien lo menciona así pero denostador para quien ejerce la Obstetricia, más cuando se entiende como un fenómeno que es resultado de todo un entorno con bajos niveles



de desarrollo moral, pero además dentro de un sistema, donde a la salud se le pone poca atención.

El momento en que más se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio en torno a sus preguntas, a través de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los tratos o comentarios humillantes.

También el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se manifiesta al negar la atención de urgencia, o la falta de confidencialidad, el consentimiento informado incompleto, la negativa a administrar analgésicos, la falta de privacidad o el realizar procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), el retener a las mujeres y sus recién nacidos en el hospital por falta de pago. Esto puede acentuarse más en las adolescentes, solteras, que tienen nivel socioeconómico bajo, que pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes o que padecen VIH, entre otras.

Ante esto, han surgido puntos de vista distintos a la cultura médica dominante, como lo expresado por Feltri y Arakaki (2006): *“Las acciones sanitarias, especialmente las intervenciones médicas, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. Estas relaciones reflejan claramente una asimetría entre los actores formales e institucionalizados de la cultura dominante frente a las personas que se acercan solo porque necesitan ayuda médica.”*

En este orden de ideas surge la necesidad de establecer nuestro punto de vista como profesionales

de la obstetricia apegados a la práctica generalmente aceptada que señala los criterios de diagnóstico y tratamiento, fundamentados en la literatura científica avalada internacionalmente, equilibrado con un comportamiento de pleno respeto a las pacientes, a los compañeros de trabajo y a la institución.

La actuación profesional, ética, científica y humana se impone como el deber ser en el ejercicio de la obstetricia; sin embargo, no sucede así en todos los casos. Siempre que hay desviaciones de las pautas de actuación en cualquiera de estos aspectos, surge la duda, la inconformidad, la desconfianza, la rivalidad y hasta el repudio. Es conveniente reflexionar un momento acerca de que cada una de las intervenciones en salud, antes, durante y después de la gestación deben estar fundamentadas y el arte consiste en identificar exactamente cuando está indicado hacer algo y cuando no, pero además la forma de conducirnos frente a los demás.

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo siguen sufriendo un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en clínicas y hospitales.

La ruptura de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, desincentiva que ellas busquen asistencia médica o que reaccionen negativamente ante esta, por lo que para lograr mejorar el acercamiento a las unidades médicas es indispensable pugnar por que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se elimine el trato denigrante o despótico; para eso se requiere tener en mente dos ideas: la vulnerabilidad especial de la mujer durante el parto y las prácticas anómalas que generan consecuencias adversas en la salud de la madre y de su hijo.



Postura ética y dignidad de la persona humana

La forma de apreciar el problema y de asimilarlo, no depende solo de la intensidad de los hechos, sino de la forma de pensamiento y de criterio ético relacionado con una corriente que detenta quien lo valora. Para quien reconoce y respeta la dignidad de las personas, es de esperarse que su primera consideración sea siempre la persona misma, el reconocimiento y respeto de su condición humana, por lo que jamás aceptará que en el ámbito médico una mujer sea maltratada, humillada o utilizada como medio para obtener un beneficio personal o grupal. Esta postura permea hacia todas las esferas de su vida y defiende la igualdad jurídica, social, familiar, laboral y política.

Derechos Humanos

Es indispensable recalcar que los Derechos Humanos han tomado una importancia capital en la vida de la sociedad mexicana. Hoy no hay temas concernientes a las personas que omitan dichos derechos.

Constitucionalmente plasmados en el artículo primero de la carta magna, se reivindican las garantías individuales y traspasan la barrera de lo elementalmente jurídico hacia la naturaleza que le da origen y esencia al propio Derecho, es decir la defensa de la vida, la salud, la libertad, la individualidad, la educación, tal como se expresa a continuación:

Art. 1o.- *“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse*

ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.”

Código de conducta para el personal de salud

Este Código fue producto de trabajo conjunto entre varias instituciones, plantea entre muchos otros preceptos de corte ético, la forma en que deben comportarse los profesionales de la salud. A pesar de que pareciera que todo mundo sabe cómo comportarse frente a una paciente que carga una inmensa carga emocional, cansancio, dolor, angustia, incertidumbre, temores, todavía se le agrede; por lo que cuando menos para el momento del parto se distingue lo siguiente: Estándares de trato social (Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales).

- *“La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.”*
- *“El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.”*
- *“Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.”*

Con estos tres ejemplos tenemos claro que el ejercicio de la profesión demanda no solo conocimiento científico, sino una actitud de respeto, conciencia del otro, tolerancia, solidaridad y compasión por el enfermo.



La atención obstétrica profesional y tendencias actuales en la atención del parto

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto representan una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el mejor nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva, por lo que esta anomalía no cabe hoy dentro de las relaciones sociales en una sociedad civilizada y educada.

El ejercicio de la Obstetricia es ahora muy diferente, los tiempos cambiaron y algunas prácticas han caído en desuso por temor, prisa, tecnificación excesiva, abreviación de procesos, comodidad o afán de lucro, por lo que hoy resulta indispensable el apego a las Guías de Práctica Clínica, consensos, lineamientos, normas oficiales y literatura científica y un cuidado especial para la documentación del acto médico. Al final del proceso y a pesar de que existan controversias justificadas o no en la parte técnica, los aspectos que permanecerán inmanentes son el trato humano, cálido, comprensivo racional, honesto y respetuoso durante el proceso del nacimiento.

1. Organización Mundial de la Salud. *Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato Durante la Atención del Parto en Centros de Salud*, 2014.
2. Castro, Roberto; Erviti J. *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México* Rev CONAMED 2014;19(1):37-42.
3. Belli LF. *La Violencia Obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013.
4. *bídem 1*.
5. Feltri A. y cols. *Salud Reproductiva e Interculturalidad*. Salud Colectiva. Buenos Aires. 2006. Año 2, Vol. 2, No 3, 293-310.
6. *Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma publicada DOF 28-05-2021*.
7. *Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código de Conducta para el personal de Salud. México 2002*.



Nombre de la Sociedad:

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología



País:

Perú

Año de fundación:

1947

Tipo de Administración:

Consejo Directivo, elegido mediante voto en elecciones generales cada 2 años. Participan en las elecciones todos los miembros.

Presidente:

Dr. Manuel Antonio Ciudad Reynaud

Tiempo de Gestión:

1 año 4 meses

Fecha de inicio y fin de su gestión:

15 de abril de 2021 al 31 de diciembre 2022

Fecha de su próximo congreso nacional y lugar:

Lima, julio 2024

Con respecto a su institución:

¿Cuáles son sus fortalezas?

- SPOG es una institución reconocida internacionalmente
- Miembros de la SPOG referenciados como expertos en a nivel nacional e internacional
- Propulsor de políticas de salud pública en coordinación permanente y fluida con las autoridades de salud del país.
- Revista institucional reconocida en el ámbito de publicaciones científicas.
- Referente técnico en la especialidad de Ginecología y Obstetricia tanto para las autoridades sanitarias como para los organismos internacionales de NNUU (UNFPA, OMS, OPS) y entes gremiales (Colegio Médico del Perú y Federación Médica Peruana).
- Infraestructura moderna y funcional
- Actividades docentes y académicas continuas, aun en el contexto de la Pandemia COVID
- Presencia de Filiales de la SPOG en incremento.
- Empleo exitoso de Tecnologías de Información y Comunicación en las actividades docentes y académicas.
- Participación en la actualización del perfil profesional de la especialidad.
- Capital relacional en incremento.
- Alianzas con las principales universidades

¿Qué áreas de oportunidad tienen?

Asesoría permanente al Colegio Médico del Perú, en aspectos relacionados a las políticas públicas en derechos sexuales y derechos reproductivos y con temas relacionados con la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Gran apoyo de la industria farmacéutica a pesar de la pandemia debe permitir continuar con las actividades de educación continua a miembros de la SPOG,



médicos especialistas de ginecología y obstetricia de Lima y regiones, y médicos residentes de ginecología y obstetricia. Ministerio de Salud, pese a los múltiples cambios debido a la situación política que vive el país desde hace varios años, ha continuado apoyando las recomendaciones de la SPOG para mejorar la salud de las mujeres en todas las etapas de su vida. Ejemplo de ello ha sido la inclusión de las gestantes, propuesta de la SPOG, como prioridad de salud pública en el tema de la vacunación contra el COVID-19 Hospitales Regionales de las diferentes filiales de la SPOG y de las regiones del país, requieren de soporte técnico de obstetricia y ginecología. Trabajo conjunto con FIGO, FLASOG, ACOG y SEGO en educación médica continua Trabajo conjunto con otras sociedades científicas peruanas, como la Sociedad Peruana de Contracepción, la Asociación Psiquiátrica Peruana, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia, entre otras. Organizaciones defensoras de los derechos sexuales y derechos reproductivos quieren trabajar con la SPOG: OPS, UNFPA, Flora Tristán, Católicas por el Derechos a Decidir, Medical Students for Choice, International Federation of Medical Students Association. Facultades de medicina de las universidades requieren del apoyo de la SPOG para mejorar el currículo de estudio en pre y post grado de ginecología y obstetricia. Colaboración estrecha con ASPEFAM (Asociación Peruana de Facultades de Medicina) en la educación médica continua especialmente para médicos recién egresados.

¿Cuáles son sus debilidades?

- Baja cobertura de afiliados respecto al número total de GO en el país.

- La línea de investigación no tiene el desarrollo requerido por la SPOG.
- Línea estratégica de comunicación externa es débil.
- Falta de una mayor y mejor especialización del trabajo interno de la SPOG
- Línea estratégica de capacitación

¿Cuáles son sus amenazas?

Inestabilidad política a nivel central: cambio de 5 presidentes en menos de 5 años, lo que ocasiona cambios a nivel del Ministerio de Salud.

Organizaciones fundamentalistas se oponen a promover los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Corriente de opinión creciente en contra del acceso de las mujeres a la salud sexual y salud reproductiva en todo el mundo

Razón de Muerte Materna y principales causas en su país:

En el 2015 se alcanzó una razón de muerte materna de 68 x 100,000 nacidos vivos; y continuó el descenso del número de casos de muertes maternas desde ese año hasta el 2019: de 412 en el 2015 a 302 en el 2019, que es la cifra más baja en la historia del país como número de muertes maternas en el Perú. Lamentablemente, con la pandemia por COVID-19, el 2020 se incrementaron los casos de muerte materna a 439 y el 2021 a 493 según fuentes de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Las principales causas de muerte materna entre el 2015 y el 2019 fueron la hemorragia obstétrica, seguida de la preeclampsia y el aborto, con el 23%, 22% y 7% respectivamente.

En el 2020 la primera causa de muerte fue la preeclampsia, seguida de la hemorragia obstétrica y el tercer lugar lo ocupó el COVID-19, con el 21%, 19% y 17% respectivamente.



En el 2021, la principal causa de muerte materna lo ocupó el COVID-19 con el 29%, seguido de hemorragia obstétrica con el 20% y preeclampsia con el 17%. Luego de la introducción de la vacuna en gestantes, las muertes maternas por COVID han disminuido en forma importantes y se estima que las cifras están a la fecha, en valores prepandemia.

Situación de la despenalización del aborto en su país:

El aborto esta penalizado en el Perú, excepto en el caso del aborto terapéutico, en el cual está en riesgo la vida o la salud de la madre, desde 1924. La Norma Técnica nacional que permite la aplicación del aborto terapéutico en el sector público y privado, se aprobó recién en el 2014.

Desde esa fecha hasta la actualidad, la SPOG ha promovido la prevención del aborto seguro y el acceso al aborto terapéutico cuando está en riesgo la vida, o cuando está en riesgo la salud física o mental como en los casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida o en embarazos producto de violación.

Situación de la violencia de género en su país:

Por lo menos el 68% de las mujeres han sufrido violencia de género de parte de sus parejas y el 6% de todas las mujeres han sido víctimas de violación sexual.

La SPOG mantiene una posición de defensa permanente de los derechos de las mujeres en los casos de la violencia de género. Ha difundido los protocolos de violencia de género entre sus miembros en un trabajo conjunto con el MINSA y el UNFPA.

La SPOG ha difundido y promovido en el Congreso de la República, en la Fiscalía de la Nación y en la Defensoría del Pueblo, que en los casos de

embarazo con feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, y en los casos de embarazo por violación sexual, las mujeres puedan tomar la decisión de acceder a la interrupción terapéutica del embarazo

Situación de problemas médico-legales en su país:

Los problemas médicos legales son permanentes en los diferentes hospitales del ministerio de salud, de la seguridad social y de las clínicas particulares, como sucede en todas partes del mundo.

Sin embargo, la SPOG ha difundido permanentemente entres sus miembros, la necesidad de contar con guías de práctica clínica de obstetricia y ginecología, que brinden el soporte técnico necesario a los médicos ginecólogos-obstetras para enfrentar las denuncias tanto a nivel del ministerio público como a través de la Superintendencia de Salud (SUSALUD) y de la Defensoría del Pueblo.

La SPOG tiene un comité de asuntos contenciosos que permanentemente brinda soporte técnico al Colegio Médico del Perú, cuando estas denuncias llegan desde el Ministerio Público y de SUSALUD.

Sito web de su institución y redes sociales que utilizan:

Web: <http://www.spog.org.pe/web/>

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

Es muy importante los conocimientos de los diferentes expertos dentro de la SPOG, lo que permite brindar recomendaciones para favorecer la mejora de la calidad de las mujeres especialmente de las gestantes.

La SPOG promovió y recomendó al MINSA y a la población en general, la vacunación a las gestantes como prioridad de salud pública, con lo cual se contribuyó enormemente a la disminución de las muertes maternas por COVID-19 en el Perú.



La SPOG también lideró propuestas de trabajo para disminuir la mortalidad materna en épocas de pandemia, en un trabajo conjunto con OPS y UNFPA. Estas propuestas fueron puestas de conocimiento a la Dirección General de Salud Sexual y Salud Reproductiva del MINSA

¿Qué comentario tiene sobre FLASOG y su Boletín?

Es una herramienta que permite la actualización permanente de los médicos ginecólogos-obstetras de Latinoamérica y el Caribe, en diferentes tópicos de la ginecología y obstetricia: salud materna, salud de las adolescentes, anticoncepción, prevención del aborto inseguro, advocacy en aborto seguro, prevención de la violencia de género, cirugía laparoscópica, manejo de las emergencias obstétricas, cirugías ginecológicas, manejo de la pareja infértil, manejo del climaterio entre otros tópicos

¿Algún comentario adicional que quiera hacer?

La SPOG está muy interesada en estrechar lazos de colaboración e interacción institucional con la FLASOG y FIGO con la intención de alcanzar de forma más eficiente los objetivos institucionales



Muchas gracias.



RESPONSABLE DE SECCIÓN:
Dr. Alvaro Erramuspe

LINK ESTUDIO OPINIÓN BOLETÍN
AGOSTO 2022

<https://forms.gle/4h3qBA58kCVcTZsU9>

O si lo prefieres, escanea el siguiente
código QR y responde nuestra encuesta:





COMITÉ EJECUTIVO 2021 – 2023

Dr. Néstor Garelo

Presidente

Dr. Miguel Ruoti Cosp

Vicepresidente

Dr. Miguel A. Mancera Reséndiz

Secretario

Dr. Cuauhtémoc Celis González

Tesorero

Dr. Luis Hernández Guzmán

Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortiz Lizcano

Past President

Dra. Flory Morera

Directora Científica

Dr. José De Gracia

Director Administrativo

Dr. Miguel Gutiérrez

Director Ejecutivo

COMITÉ DE COMUNICACIONES

COORDINADOR

Dr. Jorge Méndez Trujeque (México)

ASESORA

Dra. Linda Valencia (Guatemala)

REGIÓN MÉXICO Y EL CARIBE

Dra. Paola Iturralde Rosas Priego (México)

REGIÓN CENTROAMÉRICA

Dra. Alejandra Díaz (Honduras)

REGIÓN ANDINA

Dr. Carlos Lugo (Venezuela)

REGIÓN CONO SUR

Dra. Patricia Cingolani (Argentina)

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

CONSULTOR

Dr. Alvaro Erramuspe

SUSCRÍBETE A NUESTRO CANAL DE YouTube





SÍGUENOS EN TWITTER

www.flasog.org

[f](#) [t](#) [i](#) /@FLASOG

