

BOLETÍN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)



En última instancia, el liderazgo es la fortaleza de las propias convicciones, la capacidad de soportar los golpes, y la energía para promover una idea

Benazir Bhutto

**Ex Primera Ministra de Pakistán
(1951-2007)**

DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Pío Iván Gómez S.

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Desiree Mostajo, Angélica Vargas

DISEÑO Y DIAGRAMACION:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer piso, ofc. Nro.26. Panamá, República de Panamá
Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente
Dr. Néstor César Garelo. Secretario
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo
Dr. José Fernando De Gracia S. Past Presidente

DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo
Dr. Rubén Darío Mora Director Administrativo
Dr. Paulino Vigil Coordinador Científico

COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017 Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Kristian Navarro
Dr. Miguel Ruoti
Dr. Williams Sánchez

Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)
Dr. René Castro
Dr. José Cender Figueroa
Dra. Desiree Mostajo Flores
Dra. Angelica Vargas

Comité Medicina Reproductiva

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas
Dr. Roberto Epifanio Malpasi
Dr. Alfredo Celis
Dr. Ricardo Agustín Hernan

Comité de Climaterio

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)
Dra. María Cecilia Arturo Rojas
Dr. Néstor Siseles
Dr. Julio Pozuelos
Dr. Alejandro Paradas Caba
Dr. Julio Morfín Marín

Comité de Mortalidad Materna

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)
Dr. Paulo Meade
Dra. Wendy Carcamo
Dr. Juan Trelles
Dr. Héctor Bolatti
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte
Dr. Mario Pérez
Dr. Eghon Guzmán

Comité de Endoscopia Ginecológica

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)
Dr. Jorge Sarrouf
Dr. Guillermo Campuzano
Dr. Milciades Albert
Dr. Miguel Cáceres

Comité Científico y de Congresos

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)
Dr. William Sánchez
Dr. Christian Navarro
Dr. Miguel Ruoti Cosp
Dr. Javier Gómez Pedroso
Dr. Germán Thevenet

Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)
Dr. Nestor Garelo
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramaspe

Comité de Cáncer Ginecológico

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho
Dra. Lina Maria Trujillo
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas
Dra. Agueda Santana Martinez
Dr. Valentín Jaimes
Dr. Antonio Villavicencio

Comité de Perinatología

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)
Dr. Rogerio Cruz
Dr. Alcibiades Sales
Dra. Catalina Valencia
Dra. Ana Bianchi

Comité de Infancia Adolescencia

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)
Dr. Jorge Peláez
Dra. Marisa Labovsky
Dr. Raúl Bermúdez
Dr. Mercedes Pérez
Dra. Grisel Valerio

Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

Comité de Nominaciones

Dr. José De Gracia
Dr. Roberto Nilson De Melo
Dr. Angel Terrero
Dr. Carlos Fuchtnet

Advertencia

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SOCIEDADES ALTAMENTE SEXUALIZADAS.

Dr. José Enrique Pons

*Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Uruguay.
Profesor de Clínica Ginecotológica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
Maestro de la Obstetricia y Ginecología Latinoamericana, FLASOG.
Uruguay*

Vivimos en sociedades altamente erotizadas (entiéndase: con gran despliegue de imágenes y mensajes eróticos) o sexualizadas (con incitación a involucrarse en actividad sexual). Quienes trabajan en cuestiones relacionadas con adolescencia manifiestan alarma por las consecuencias posibles de esa situación. Parece necesario detenerse en analizar con la mayor objetividad posible si se trata de un problema real, o es una visión adulta moralizante. Y en caso de ser un problema, conocer sus posibles causas, así como delinear estrategias para enfrentarlo educativamente. Asimismo, buscar ejemplos de iniciativas exitosas, que puedan ser adaptadas a diversas condiciones sociales y culturales, no con mentalidad represora, sino constructiva, orientada a salud.

La razón para tal análisis es que no sirve guiarse por las opiniones, que la mayor parte de las veces obedecen a preconceptos, terminando en resultados que se parecen más a las pseudo-encuestas de las redes sociales, que a un análisis serio y desapasionado del hecho. Es importante dejar claro que esto no significa dejar de lado las consideraciones éticas y morales, sino tratar de evitar que una ética social, aceptada simplemente porque nos criamos en ella, impida ver la legitimidad del pluralismo ético. Menos aún, dejarse llevar por cambios ideológicos, sostenidos por grupos dominantes, que terminan siendo impuestos a quienes son más débiles, por la fuerza de sus líderes (muchas veces “machos alfa”).

En las últimas décadas han ocurrido cambios culturales, que llevan a que la tantas veces mencionada (y ocasionalmente manoseada) “brecha generacional” se convierta en choques entre jóvenes y adultos, que no hace bien ni a

unos ni a otros, pero con posibles consecuencias negativas más severas para los primeros.

La liberación femenina, lograda en muchos casos, sea de individuos o de grupos más o menos organizados, es desmentida en la práctica, para demasiadas mujeres, por la prevalencia de dominancia masculina, adulta, heterosexual y económicamente poderosa, ya sea que todas, o solo algunas de esas características, se expresen en personas o grupos de presión. Ello se expresa en una escala de poderes, que va de la imposición de hombre adulto sobre mujer adulta, de esta sobre jóvenes y, dentro de los últimos, de varón sobre mujer. Las excepciones, como tantas veces, no hacen más que confirmar la regla.

Roberts escribía en 1964: “Es posible considerar toda cultura como información y ver a cada cultura individual como una ‘economía de la información’ en la cual (la misma) es recibida o creada, almacenada, extraída, transmitida, utilizada e incluso perdida (...) en la mente de (sus) miembros (...)” Cualquiera característica de las actividades humanas, transmitida por comunicación entre los miembros de una sociedad – en especial de una generación a otra – es un rasgo cultural

Varios estudios demuestran que mucho antes de que se desarrolle el lenguaje, los niños entienden precozmente el significado de las relaciones sociales. Así, imitan gestos y actitudes de sus mayores, lo cual es claramente perceptible en sus juegos. En las sociedades tradicionales los “novicios” aprenden de la observación de los mayores y de la práctica sistemática. El intercambio verbal durante el proceso es prácticamente inexistente. A medida que un niño ingresa en su adolescencia, y se incorpora a nuevas

comunidades, se le presentan nuevos modelos. Deberá entonces decidir si “sigue al rebaño” como conformista, o adhiere a un nuevo modelo con alto status de popularidad. En esta época, cuando los adolescentes pasan más tiempo en grupos de pares, y cada vez menos con adultos referentes, es cuando resulta más factible la manifestación de lo que Byrne llamó “inteligencia maquiavélica”.

Lancy lo explicó recientemente en forma simple: “Como el crecimiento del cerebro humano fue conducido (evolutivamente) por la necesidad de adaptarse y sobrevivir en medio de (...) grupos sociales, los individuos exitosos serán los que actúen maquiavélicamente: manteniendo los lazos sociales con (...) el grupo, y aprovechándose de algunos miembros, para obtener beneficios propios (...) incluyendo oportunidades de apareamiento.”

La necesidad de aceptación por su grupo resulta acuciante para la mayor parte de los adolescentes. En el proceso de ser aceptado (“iniciado”), el candidato debe amoldarse o sufrir las consecuencias. Y en función de la escala de supremacía antes mencionada, esta condición resulta mucho más gravosa para las mujeres adolescentes.

Esa iniciación incluye, prácticamente siempre, el ingreso en la vida sexual, no por propia decisión (lo cual sería legítimo) sino por la imposición que significa lograr ser aceptada por el grupo. Pero los maquiavelos de cada grupo (importa remarcar LOS porque en general son quienes ya manifiestan su condición de “machitos alfa”) se encargarán de demostrar que la posibilidad de negarse a participar en la práctica sexual que los dominantes impongan, significará una inmediata descalificación y expulsión.

Es fácil decir que los adolescentes son culpables de lo que pueda sucederles, por imprudentes o irresponsables. Sin embargo, el peso de la industria del marketing, dominado por adultos, y la incitación a consumir lo que sea (y el sexo es un poderoso atractivo), contribuye fuertemente a que la sexualización sea vista con naturalidad y casi sin ningún cuestionamiento. Cuando surge alguna voz de alarma, es tildada como de “retrógrados” o “represores”. Las imágenes de niñas en atuendo “sexy” y en actitudes insinuantes son cotidianas, y llevan a una idea de pseudo-madurez socialmente inducida, que expone a prepúberes a los apremios sexuales de jóvenes e incluso adultos, que llegan al acoso y al abuso.

A esto se acompasa la transmisión cultural de rasgos violentos. ¿Puede llamar la atención ver a niños y pre-adolescentes repitiendo gestos y palabras de marcada violencia, tanto física como sexual, cuando es lo que observan a diario en ídolos deportivos, personajes del “showbusiness” y políticos?

El abuso sexual, un problema siempre presente y siempre deplorable, es solo parte de un espectro en el cual las formas enmascaradas de esa forma de violencia, están permanentemente presentes, pero invisibilizadas por la anestesia del acostumbamiento, cuando no de la pasiva aceptación social.

¿Estamos criando sociedades de abusados / abusadores? ¿Somos iguales, mejores o peores que sociedades previas? No soy quién para dar “LA” respuesta, pero veo abusos, inequidades, respuestas erráticas, desorientación... y muchas veces siento impotencia.

Varios estudios muestran que una historia de abuso sexual se relaciona con riesgo aumentado en salud sexual: precocidad de inicio de actividad coital, prácticas sexuales sin protección, mayor número de encuentros sexuales ocasionales, embarazo imprevisto e inoportuno. Se ha documentado la asociación entre actividad sexual de riesgo y consumo de drogas, alcohol y tabaco, conducta agresiva y delictiva, y también ideas e intentos suicidas.

Antes dije “siento impotencia”, como corolario de 40 años de trabajar con adolescentes y comprobar que los problemas de entonces siguen existiendo y en algunos casos intensificándose. Pero recuerdo la frase de Beckett: “Alguna vez intentaste. Alguna vez fallaste. No importa. Intenta de nuevo. Falla de nuevo. Falla mejor.” No leo en eso una apelación a empeñarse en fracasar, sino un llamado a no bajar los brazos. Impotencia no significa desilusión; sino creyendo en el poder liberador de la educación.

En muchas de las sociedades actuales, el curriculum de conocimiento que se espera que los jóvenes adquieran, está compuesto por información declarativa. Ese tipo de educación resulta poco interesante a los jóvenes de hoy, criados en medio de imágenes y movimiento. Lo declarativo conduce a desinterés y abandono. Las sociedades tradicionales transmiten la información importante en forma procesal (de procedimiento, cómo hacer las cosas). Con frecuencia oigo: “¿pero cómo se educa en ‘cómo hacer’ en sexualidad?”. Lo importante no es tanto el cómo, sino el por qué. Si no se emprende decididamente una educación que resulte atractiva y convincente a los jóvenes, adquirirán con extrema facilidad la información que quieran, en los múltiples medios a los que acceden con gran facilidad. Será casi seguramente información distorsionada. Aparecerá nuevamente la apelación a involucrarse sin pensar, consumir lo que sea, pero “ya”. Y no habremos sido capaces de entregarles herramientas para ponderar juiciosamente, sopesar pros y contras, decidir en libertad, entre otras cosas, ser libres de decir “sí”, cuando sean capaces de asumir la responsabilidad de lo que hacen, y “no” si eso es lo que creen.

No tiene sentido tratar de ocultar lo que se ha impuesto socialmente. La utilización mercantilista del sexo no se erradica represivamente. La erotización y la sexualización parecen haber llegado para quedarse. Los jóvenes ingresarán en la vida sexual a edades más precoces que en décadas precedentes y optarán por el tipo de actividad que quieran, nos guste o no a los adultos. La sexualidad de cada uno y cada una, adquirirá los colores que ellos deseen, o por la que opten. La tarea fundamental de los adultos será lograr que, paralelamente, incorporen la noción de que junto a derechos (garantizados en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas), deben ubicarse los criterios de equidad, responsabilidad y deberes hacia los congéneres.

Hay sociedades que han logrado transformar a sus integrantes, incluyendo a los jóvenes, en seres respetuosos de esos principios. Cuando menciono ejemplos como el de Finlandia, se aduce que es fácil hacerlo en sociedades desarrolladas. Sin embargo, los Semai, un grupo étnico malayo de los más pobres del mundo, han logrado tener, mediante educación procesal, una de las sociedades menos violentas del globo. ¡Hay motivos para no bajar los brazos!

MANEJO MEDICO DE MIOMATOSIS UTERINA 2015

Autoría Comité de Medicina Reproductiva de FLASOG:

- Ivonne Diaz Yamal Coordinadora Comité de Medicina Reproductiva FLASOG. Directora Científica Unidad de Fertilidad Clínica Marly P.M.A. Directora académica especialización en reproducción humana Universidad Sanitas. Docente UMNG
- Santiago Palacios Director del Instituto palacios de Salud y Medicina de la Mujer de Madrid Experto consultor internacional de FLASOG
- Alfredo Celis. Clínica Miraflores Instituto de Fertilidad. Clínica Montesur . Perú. Miembro Board FIGO
- Jorge Alberto Campos Cañas. Ginecología y Obstetricia /Biología de la Reproducción Humana. Adscrito al Departamento de Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología «Isidro Espinoza de los Reyes». México
- Ricardo Pommer T. MD, ACOG. Profesor Adjunto. Facultad de Medicina Universidad de Santiago. Director Unidad de Medicina Reproductiva Clínica Monteblanco, Chile
- Roberto Epifanio Malpassi. Director IVI Panamá. Ginecólogo de la Facultad de Medicina UAG Guadalajara. Especialista en Reproducción Universidad de Valencia, España

I. Introducción:

Los miomas uterinos son los tumores más comunes del tracto reproductivo femenino. La mayoría son asintomáticos, sin embargo de acuerdo a su localización y tamaño pueden causar hemorragia uterina anormal, síntomas por compresión pélvica e infertilidad. Los miomas tienden a crecer durante los años reproductivos de la paciente y disminuir de tamaño después de la menopausia. La prevalencia

es variable según la edad, se calcula que va desde 20 al 50% en las mujeres en edad reproductiva¹. La mayoría se diagnostica entre los 35-54 años y alcanza una prevalencia hasta del 70 % por encima de los 50 años².

Los primeros estudios observacionales identificaron que las mujeres nulíparas tienen riesgo relativo bajo de miomas y que este aumenta con la paridad³. La mejor evidencia sobre el impacto de los miomas en la fecundidad ha venido de estudios de fertilización in vitro, donde se pueden controlar la mayoría de las variables de infertilidad. Varios estudios han analizado el tema desde diferentes perspectivas y han llegado a la conclusión de que los fibromas submucosos tienen un impacto negativo sobre la fecundidad y demuestran que la resección mejora la tasa de embarazo así como los fibromas intramurales también pueden tener un impacto negativo sobre la receptividad endometrial.⁴

Es un hallazgo frecuente en la población de mujeres que consultan por infertilidad. En términos generales, la magnitud del efecto perjudicial de los fibromas submucosos en las tasas de implantación por embrión transferido es casi una caída de 3 veces desde el 11,5% al 3%⁵. Por otra parte, las tasas de aborto se duplicaron del 22% al 47% con la presencia de los miomas submucosos y las tasas de embarazo en curso se redujo a la mitad del 30% al 14%⁶. Después de la miomectomía exitosa de los miomas submucosos, las tasas de embarazo regresan a las tasas esperadas según edad. Además estudios han reportado tasas de abortos espontáneos entre las mujeres con miomas submucosos en el rango de 41% a 73%, mientras que todos los estudios indican disminuciones post-quirúrgica hasta el rango 13% a 26%.⁵

El interés de abordar este tema es dar a conocer las nuevas modalidades de tratamiento médico en aquellas pacientes

que no sean candidatas a manejo quirúrgico o que no lo desean.

2. Tratamiento Médico:

Pocos tratamientos médicos han sido aprobados para el manejo de los miomas; en 1995 se aprobó el uso de los análogos de la GnRH (acetato de leuprolide) para el tratamiento preoperatorio⁶. En la década pasada se introdujo la embolización de las arterias uterinas⁷ y la cirugía mediante ultrasonido.⁸

El tratamiento médico se puede plantear fundamentalmente en cuatro situaciones:

- Como tratamiento para mejorar los síntomas de la paciente. Por ejemplo, en pacientes perimenopáusicas o mujeres candidatas a cirugía, pero contra-indicada ésta por motivos médicos.
- Como terapia preoperatoria para reducir el tamaño de los miomas, mejorar la anemia y los niveles de hemoglobina. Se podría utilizar tanto en casos de miomectomías abiertas o laparoscópicas, como de resecciones histeroscópicas o de hysterectomías.
- En mujeres que desean embarazo posterior y buscan preservar su fertilidad.
- En mujeres que no aceptan tratamiento quirúrgico.

Múltiples tratamientos se han utilizado para el manejo médico de los miomas. A continuación reseñamos los medicamentos más usados con la evidencia disponible que sustenta su uso.

Progestinas: Las progestinas orales o intramusculares podrían ser usadas para hemorragia uterina anormal asociado a miomatosis. Sin embargo, los datos en la literatura son limitados y la reducción de volumen tumoral no ha sido confirmada⁹. Es probable que sea a consecuencia de múltiples efectos de las progestinas dentro de los cuales esta la atrofia endometrial secundaria a su efecto en suprimir la secreción de gonadotrofinas. Las progestinas intrauterinas como el dispositivo intrauterino con levonorgestrel (LNG-IUS) han sido aprobadas por FDA para el manejo del sangrado uterino abundante. En mujeres con sangrado uterino relacionado con miomas, el LNG-IUS ha mostrado reducir sangrado y mejorar la anemia; sin embargo, el volumen tumoral no se redujo⁹. En adición, la inserción de un LNG-IUS puede ser difícil en mujeres con miomas submucosos y la posibilidad de expulsión del dispositivo es más frecuente, la cual está alrededor de 15,4%¹⁰. Sin embargo el uso de LNG-IUS puede reducir la tasa de hysterectomía y mejorar la satisfacción de las pacientes. Si bien está ampliamente aceptado su uso para el tratamiento de la hemorragia uterina anormal, debemos considerar siempre que la presencia de miomas intracavitarios subsidiarios a

resección histeroscópica es una contraindicación relativa para su inserción¹¹

Bajas dosis de anticonceptivos orales como una estrategia terapéutica:

Combinar estrógenos con progestinas es también una estrategia para manejo de la hemorragia uterina anormal, esta terapia puede inducir atrofia endometrial y estabiliza el endometrio. Sin embargo, el tamaño del mioma no cambia. Además, evidencia muestra que los estrógenos además que las progestinas actúan como estimuladores de crecimiento para miomas uterinos.¹²

Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos: (SERMs)

Los SERMs son ligandos no esteroideos de los receptores estrogénicos con efectos agonistas o antagonistas dependiendo del tejido blanco. En contraste al tamoxifeno, el SERMs más ampliamente usado en cáncer de mama, el raloxifeno ejerce efectos antiestrogénicos en los miomas. El raloxifeno reduce la proliferación celular y no tiene actividad agonista endometrial.¹³ Tres ensayos controlados randomizados evaluaron el raloxifeno en mujeres premenopausicas con miomas confirmados, dos de estos ensayos incluyen 215 mujeres y mostraron la eficacia terapéutica del raloxifeno, pero el tercero no¹⁴. Esto puede deberse a la elevación en la secreción de estradiol observado en mujeres premenopausicas tras el tratamiento con un SERMs. Por lo que se considera que su eficacia clínica es limitada. El tamoxifeno no parece ser una opción dado su efecto agonista en endometrio¹⁵.

Inhibidores de aromataasa: La aromataasa es una enzima P450 (CYP19) que permite la transformación de andrógenos a estrógenos. Es así como los inhibidores de aromataasa tanto esteroideos (exemestano) como no esteroideos (anastrozol, letrozol) compiten con el sitio de unión a la molécula (exemestano) o con su subunidad catalítica (anastrozol, letrozol). En la premenopausia, su uso resulta en una elevación de los niveles plasmáticos de estradiol, por lo que no son convenientes para el manejo de los miomas. Sin embargo pueden contribuir al decremento local de los niveles de estradiol dentro de los miomas. Un ensayo clínico comparó el letrozole con triptorelina, lo que evidenció que el letrozole reduce el volumen del mioma en un 46% vs. 32% en el grupo de análogos de GNRH¹⁶.

Un estudio piloto ha sugerido que los inhibidores de aromataasa pudieran controlar el sangrado. A la fecha los datos clínicos son limitados como para usarlos como tratamiento médico para los miomas.¹⁷

Análogos de GNRH:

Son compuestos sintéticos estrechamente relacionados con la molécula natural, los análogos agonistas inducen

subsecuentemente estimulación de la secreción de gonadotropinas después de ocupar sus receptores, seguido por una desensibilización, bloqueando el eje de gonadotropinas. En contraste los antagonistas inducen bloqueo inmediato y un decremento de niveles de LH y FSH. Como consecuencia, tanto los niveles de estrógeno como de progesterona alcanzan niveles posmenopáusicos. Esta propiedad ha sido usada para manejo de los miomas, en parte por su capacidad de inducir bajos niveles de estrógenos y progesterona. La reducción del mioma se ha visto que es inversamente proporcional al número de células que son ER (receptores de estrógenos) positivos. Los análogos de GNRH han mostrado disminuir la expresión de factores angiogénicos y mitogénicos, como el factor de crecimiento endotelial vascular. In vitro inhiben la proliferación celular e inducen apoptosis¹⁸. Los estudios de piezas quirúrgicas de miomas han contribuido al entendimiento de las vías involucradas en la activación de la apoptosis, tales como regulación a la baja de la proteína – quinasa PI3¹⁹. Ensayos clínicos randomizados han mostrado que pueden controlar el sangrado, así corrigen la anemia, y reducen el volumen de los miomas en un 50%, lo que facilita los procedimientos quirúrgicos subsecuentes⁶. El tratamiento con análogos ha sido evaluado, solo o en combinación con una terapia add-back para limitar sus efectos colaterales, particularmente la consecuencia de la baja secreción de estrógenos, tales como las oleadas de calor y la disminución de la densidad mineral ósea. La complicación más importante sería la osteoporosis tras tratamientos prolongados (12 meses o más) y suele ser el factor limitante para su uso prolongado.

Una de las maneras de revertir el efecto colateral de las oleadas de calor se conoce con el nombre de terapia add-back que consiste en combinar el análogo con progestinas, combinación de estrógenos y progestinas y raloxifeno.²⁰ Sin embargo el uso de progestinas como una terapia add-back parece reducir el efecto de los análogos sobre el volumen de los miomas. Alternativamente, el tratamiento con raloxifeno pudiera reducir el volumen de los miomas pero es incapaz de disminuir la intensidad y frecuencia de las oleadas de calor. Finalmente el efecto de los análogos sobre los miomas es limitado y corresponde al tiempo que dure el tratamiento y la supresión de estradiol, una vez que se termina el efecto de la última dosis, hay una rápida recuperación de la menstruación y del volumen uterino.²¹

Este tratamiento se ha asociado con la hialinización del mioma, que puede dificultar la cirugía por no facilitar la disección del miometrio sano, además de disminuir el diámetro arterial y el flujo arterial en el útero y en el mioma. La hialinización y la dificultad de encontrar adecuadamente los planos de clivaje son uno de los problemas de este tratamiento para la cirugía. Si bien no está bien demostrado en los artículos publicados, sí es un problema clínico práctico y probablemente esté relacionado con la mayor tasa de conversión de laparoscopias en laparotomías en las pacientes

sometidas a este tratamiento. Además, el reblandecimiento del miometrio sano también puede influenciar en este aspecto. Debido a los efectos secundarios y a la rápida reaparición de los síntomas, los agonistas GnRH se utilizan como tratamientos preoperatorios. Están aprobados para administración preoperatoria durante tres a seis meses, junto con suplementos de hierro, para facilitar la cirugía y mejorar la anemia antes de la cirugía.⁶ Usos adicionales en mujeres con grandes miomas submucosos (mayores 4-5 cm) en los que el acceso histeroscópico a la cavidad puede estar comprometido, sin embargo un metanálisis sugiere que puede mejorar algunos resultados, pero no hay pruebas suficientes que apoyen su uso rutinario.²²

Moduladores de los receptores selectivos de progesterona: (SPRMs)

Como se comentó previamente, la progesterona ha demostrado ser capaz de estimular el crecimiento de los miomas. Por ello, se planteó la posibilidad de utilizar los antiprogestágenos y los moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRMs). Se trata de una nueva forma de tratamiento médico que agrupa una familia de ligandos del receptor de la progesterona con propiedades mixtas agonistas-antagonistas dependiendo del contexto celular y molecular. Los resultados de pequeños estudios controlados con SPRMs (asoprisnil, mifepristona, telapristona, acetato de ulipristal) sugirieron que estos agentes podían resultar adecuados para el tratamiento de los miomas.²³

Las células de miomas cultivadas in vitro tratadas con SPRMs como acetato de ulipristal, acetato de telapristona, o asoprisnil mostraron un decremento en la proliferación celular así como una inducción de vías de apoptosis²⁴. En contraste, estos agentes no tienen efecto en la proliferación o apoptosis de células miometriales normales. El asoprisnil y el acetato de ulipristal también pueden reducir la producción de matriz extracelular en cultivo por aumento de la actividad de las metaloproteinasas²⁵. Un número de ensayos clínicos ha investigado la eficacia y seguridad de SPRMs como tratamiento de los miomas, mostrando que la mifepristona, el acetato de ulipristal son tan efectivos en reducir los miomas como el volumen uterino.^{26,27} En contraste, los análogos de GNRH inducen niveles posmenopáusicos de estradiol, y causan subsecuentemente oleadas de calor y pérdida en la densidad ósea. Todos los estudios con SPRMs han reportado una mejoría en la calidad de vida en sujetos tratados con acetato de ulipristal (AU), asoprisnil o mifepristona.^{26,27} El volumen de los miomas se redujo en 17 a 57% y el volumen uterino en 9 a 53% tras el manejo con SPRMs comparado con placebo.²³ En contraste a los análogos de GNRH, los SPRMs controlan el volumen uterino por un periodo prolongado de más de 6 meses después de discontinuar el tratamiento.²⁸ En un estudio donde se compara AU con acetato de leuprolide se encontró que con 5 mg de AU se controla el sangrado en el 90% de las pacientes, con 10 mg de AU se controla el sangrado

en 98% y con acetato de leuprolide en un 89% , la media de tiempo de amenorrea fue de 7 días para pacientes recibiendo 5 mg de AU , 5 días para 10 mg de AU y 21 días para acetato de leuprolide.²¹ Las oleadas de calor de leve a moderado se reportaron en un 11 % de las pacientes recibiendo 5 mg de AU , 10% de las que recibieron 10 mg de AU y 40% con acetato de leuprolide.²¹ Los SPRMs son también capaces de suprimir el sangrado más rápidamente que los análogos en mujeres con miomas. En un ensayo randomizado, el control del sangrado ocurrió dentro de 7 días en el grupo de ulipristal comparado con 21 días en el grupo con leuprolide.²⁹ La mayoría de las mujeres tratadas con acetato de ulipristal, asoprisnil, o mifepristona experimentaron amenorrea durante todo el tratamiento.^{21,30} De manera importante el control de sangrado después de tratamiento con un SPRMs no está asociado con signos de hipoestrogenismo y los niveles de estradiol se mantienen en 60 pg/ ml.³¹ El acetato de ulipristal administrado a dosis de 5 mg al día por 3 meses es actualmente usado en la práctica clínica para tratamiento crónico. Los datos de estudio PEARL III²¹ demostró mejoría con la extensión del tratamiento por un segundo ciclo de 3 meses. En este estudio las mujeres recibieron un curso inicial de 3 meses con 10 mg / día de acetato de ulipristal. Posteriormente fueron enroladas en un brazo de extensión de tratamiento y randomizadas para recibir acetato de noretindrona o placebo por 10 días. Un tratamiento subsecuente de 3 meses con AU fue iniciado al cuarto día de sangrado, seguido por 10 días de acetato de noretindrona (periodo placebo) al final de los cuatro cursos de acetato de ulipristal. El estudio demostró que la amenorrea fue obtenida después de 3,5 días en el primer periodo de tratamiento y 2 a 3 días en los cursos subsecuentes. 90% de la mujeres tuvieron amenorrea después del primer curso y 93 a 94% de ellas tuvieron spotting o no tuvieron sangrado durante todos los cursos subsecuentes.³² La reducción del volumen del mioma alcanzo un 45% después del primer curso y continuo la disminución en tratamientos subsecuentes con un 72% después del cuarto curso. Se esperan los resultados del estudio PEARL IV³² para evaluar la administración de acetato de ulipristal a largo plazo con dosis de 5 mg / día versus 10 mg / día (en 500 mujeres) en Europa y de Premya fase IV también conducido en Europa. Varios estudios han evidenciado efectos a nivel endometrial por parte de los SPRMs, son bien conocidos los efectos de mifepristona generando una imagen ecográfica similar a la hiperplasia y con resultados anatomopatológicos que corroboran este diagnóstico.^{33,34} Debido al efecto antagonista en el endometrio, también el acetato de ulipristal mostraba imágenes ecográficas similares a un engrosamiento endometrial que no fueron correlacionadas con los hallazgos anatomopatológicos. Los cambios habitualmente observados se caracterizan por la aparición de glándulas endometriales dilatadas, débilmente secretorias, tapizadas por una única capa de epitelio sin pseudoestratificación nuclear. El índice mitótico es escaso, tanto en glándulas como estroma, y

este presenta efectos que van desde la compactación hasta edemas no uniformes sin apreciarse ruptura ni aglutinación celular. Es frecuente la aparición de fenómenos de apoptosis celular. Debido a este efecto, se desarrolló el concepto de PAEC: cambios endometriales asociados con los moduladores del receptor de la progesterona, y llegaron a la conclusión de que no ponen en entredicho la seguridad de estos tratamientos. Los PAEC tienen carácter transitorio y desaparecen en su mayoría tras abandonar el tratamiento, como se ha refrendado en posteriores estudios clínicos, sin llegar a constituir una amenaza para la salud ni tener continuidad con los fenómenos de hiperplasia endometrial. No obstante es necesaria una buena formación de los patólogos para distinguir ambas entidades, así como el desarrollo de nuevos criterios diagnósticos, especialmente ecográficos, que permitan diferenciarlas. En el uso clínico diario podemos disponer de una nueva herramienta ante una paciente diagnosticada de miomas. La nueva generación de SPRMs representada por AU revela un fármaco seguro y eficaz, que consigue disminuir el tamaño de los miomas y evitar los sangrados permitiendo una buena recuperación de la anemia. Los objetivos que podemos esperar cuando pautamos el tratamiento son:

- AU normaliza el sangrado menstrual en el 90% de las pacientes induciendo amenorrea en torno al 75%, y lo hace rápidamente, en 1 semana.
- AU reduce el tamaño de los miomas de manera similar a los análogos de la GnRH, en torno a un 30%, manteniéndose ese efecto hasta 6 meses tras el tratamiento. Los efectos secundarios son mucho menores.
- AU devuelve las puntuaciones de los test de calidad de vida a valores de mujeres sanas.
- La mayor parte de las pacientes reanuda su menstruación y ovulación al mes de cesar el tratamiento, y los fenómenos PAEC endometriales tienden a desaparecer a los 2 meses.

Por tanto podemos afirmar que AU constituye una realidad dentro de la farmacopea ginecológica para el tratamiento de los miomas, con un amplio abanico de posibilidades por desarrollar y un prometedor futuro.

El efecto de AU ha sido evaluado en cuatro estudios clínicos de fase III que establecen su eficacia clínica y seguridad. Se realizó el primer reporte de caso de 18 embarazo posterior a tratamiento médico de leiomiomas con acetato de ulipristal demostrando que la terapia para manejo de mioma es efectiva en termino de resultado reproductivo³⁹.

Otras opciones terapéuticas:

Un número importante de potenciales opciones terapéuticas están actualmente en fase II.³⁵ dentro de los cuales se encuentran la terapia herbal como por ejemplo, la

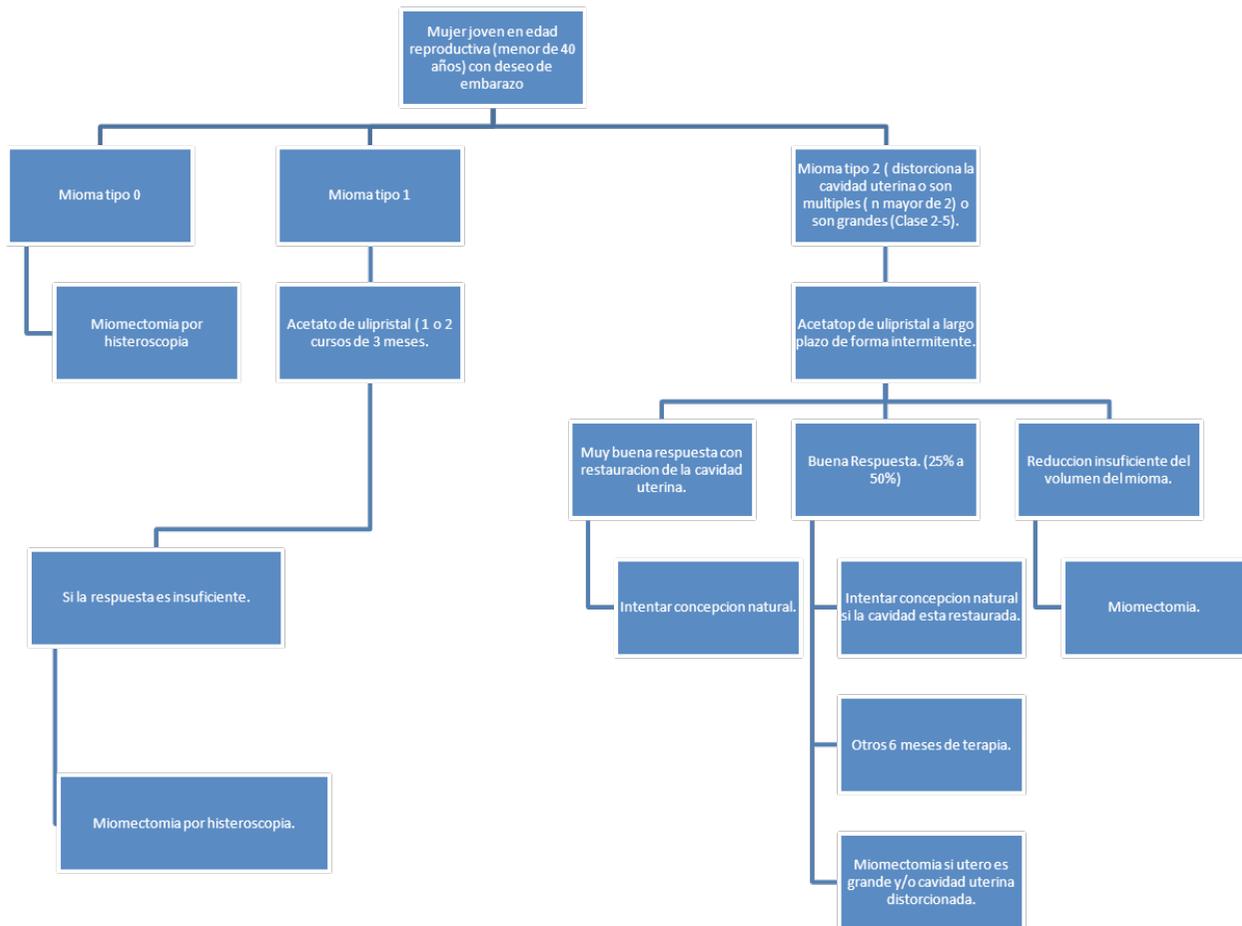
epigallocatequina, encontrada en el té verde, ha mostrado inhibir la proliferación de las células miomatosas e inducen apoptosis in vitro y en modelos animales. Los inhibidores de la formación de fibrosis tales como la pirfenidona, también ha sido evaluado. La corrección de la deficiencia de vitamina D pudiera ser un tema importante. El decremento de niveles de vitamina D ha sido evaluado como factor de riesgo para desarrollar miomas (riesgo relativo 2,4) y suficientes niveles de vitamina D (mayor de 20 mg / dl) están asociados con decremento en el riesgo de desarrollar miomas independientemente del origen étnico (OR 0,68 IC98% 0,48-0,96).³⁶⁻³⁷ In vitro, la vitamina D reduce la producción de matriz extracelular y la proliferación celular en las células del mioma también como en las células miometriales normales.³⁸ En adición, el impacto de los análogos de la GNRH usado para el tratamiento de los miomas en la masa ósea puede ser revertido por la suplementación de vitamina D.^{39,40} Finalmente, las moléculas que controlan la proliferación celular del mioma in vitro o in vivo pueden ser objeto en un futuro de evaluación clínica. Antagonista de los receptores de factores de crecimiento, tales como AG 1478 y TKSO50, bloquea señales de factor de crecimiento endotelial, o SB525334 el cual es un bloqueador de señales del factor de crecimiento transformador β , ha mostrado control de la proliferación celular de los miomas.³⁵ La roziglitazona y la ciglitazona

también han sido evaluados in vitro y muestran reducción de la proliferación tisular.³⁵

CONCLUSIONES:

SPRMs parecen ser la mejor terapia para las mujeres sintomáticas con miomatosis uterina cuando se administra con un patrón discontinuo a largo plazo. Pueden facilitar el procedimiento quirúrgico en espera del análisis de revisión de la experiencia quirúrgica en todo el mundo. Además de proporcionar una opción para las mujeres que desean preservar el potencial de tener hijos, también puede ser ventajoso para las mujeres en sus 40 años de edad para retrasar los procedimientos invasivos hasta la menopausia, cuando los miomas pueden regresar de forma natural. Esta nueva opción terapéutica parece ser segura y contribuye a una rápida mejora de la calidad de vida en las mujeres que sufren de fibromas. Creemos que en el futuro, SPRMs pueden combinarse con otras opciones terapéuticas más recientes, como moduladores del factor de crecimiento. Debe esperarse la evolución de estudios que se llevaron a cabo sobre embarazos después de uso de acetato de ulipristal para evidenciar sus efectos a largo plazo sobre el potencial reproductivo.

El reciente algoritmo publicado en el 2014 incluye las actuales recomendaciones de varias sociedades Europeas.



Tomado Donnez J et al. FertilSteril 2014, Aug 5.

BIBLIOGRAFIA:

1. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*. 2007;87(4):725-736.
2. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(1):100-107.
3. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol*. 1997;90(6):967-973.
4. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril*. 2009;91(4):1215-1223.
5. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):357-366.
6. Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Pre-operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000547.
7. Bradley LD. Uterine fibroid embolization: a viable alternative to hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(2):127-135.
8. Fennessy FM, Tempny CM. A review of magnetic resonance imaging-guided focused ultrasound surgery of uterine fibroids. *Top Magn Reson Imaging*. 2006;17(3):173-179. doi:10.1097/RMR.0b013e3180337e1f.
9. Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol BW. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2:CD008994.
10. Zapata LB, Whiteman MK, Tepper NK, Jamieson DJ, Marchbanks PA, Curtis KM. Intrauterine device use among women with uterine fibroids: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):41-55.
11. R.B. M, I.M. DS, A. B, C.R. B, M.S. M, N. S. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: Its effect on the number of hysterectomies performed in perimenopausal women with uterine fibroids. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29(5):492-495. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=2013219841>.
12. Su Y, Lian Q-Q, Ge R-S. Contraceptives with novel benefits. *Expert Opin Investig Drugs*. 2012;21(1):83-90.
13. Cuzick J, Sestak I, Bonanni B, et al. Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: An updated meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2013;381(9880):1827-1834.
14. Wu T, Chen X, Xie L. Selective estrogen receptor modulators (SERMs) for uterine leiomyomas. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD005287. doi:10.1002/14651858.CD005287.pub3.
15. Ohara N. Selective estrogen receptor modulator and selective progesterone receptor modulator: therapeutic efficacy in the treatment of uterine leiomyoma. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2005;32(1):9-11.
16. Lu D, Lu X, Navaratnam K, Shi G. Aromatase inhibitors for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. doi:10.1002/14651858.CD009505.
17. S.G. H, N. B, R. B, E.C. B. Action of aromatase inhibitor for treatment of uterine leiomyoma in perimenopausal patients. *Fertil Steril*. 2009;91(1):240-243. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2008609702>.
18. Wang PH, Lee WL, Cheng MH, Yen MS, Chao KC, Chao HT. Use of a Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist to Manage Perimenopausal Women With Symptomatic Uterine Myomas. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2009;48(2):133-137.
19. Luo X, Ding L, Xu J, Williams RS, Chegini N. Leiomyoma and myometrial gene expression profiles and their responses to gonadotropin-releasing hormone analog therapy. *Endocrinology*. 2005;146(3):1074-1096.
20. Lethaby AE, Vollenhoven BJ. An evidence-based approach to hormonal therapies for premenopausal women with fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008;22(2):307-331.
21. Donnez J, Tomaszewski J, Vázquez F, et al. Ulipristal Acetate versus Leuprolide Acetate for Uterine Fibroids. *N Engl J Med*. 2012;366(5):421-432.
22. Mavrelou D, Ben-Nagi J, Davies A, Lee C, Salim R, Jurkovic D. The value of pre-operative treatment with GnRH analogues in women with submucous fibroids: A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Hum Reprod*. 2010;25(9):2264-2269.
23. Chabbert-Buffet N, Meduri G, Bouchard P, Spitz IM. Selective progesterone receptor modulators and progesterone antagonists: Mechanisms of action and clinical applications. *Hum Reprod Update*. 2005;11(3):293-307.
24. Chen W, Ohara N, Wang J, et al. A novel selective progesterone receptor modulator asoprisnil (J867) inhibits

- proliferation and induces apoptosis in cultured human uterine leiomyoma cells in the absence of comparable effects on myometrial cells. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(4):1296-1304. doi:10.1210/jc.2005-2379.
25. Wilkens J. CKHCWJCITISLAQLMAHDWARWCHOD. Effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on uterine artery blood flow, ovarian activity, and clinical symptoms in patients with uterine leiomyomata scheduled for hysterectomy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(12):4664-4671. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-57349169309&partnerID=40&md5=98d62ba76b7416a3af270283b0f72678>.
 26. Eisinger SH, Fiscella J, Bonfiglio T, Meldrum S, Fiscella K. Open-label study of ultra low-dose mifepristone for the treatment of uterine leiomyomata. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;146(2):215-218.
 27. Fiscella K, Eisinger SH, Meldrum S, Feng C, Fisher SG, Guzick DS. Effect of mifepristone for symptomatic leiomyomata on quality of life and uterine size: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006;108(6):1381-1387.
 28. Levens ED, Potlog-Nahari C, Armstrong AY, et al. CDB-2914 for uterine leiomyomata treatment: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1129-1136.
 29. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal Acetate versus Placebo for Fibroid Treatment before Surgery. *N Engl J Med.* 2012;366(5):409-420.
 30. Chwalisz K, Larsen L, Mattia-Goldberg C, Edmonds A, Elger W, Winkel C a. A randomized, controlled trial of asoprisnil, a novel selective progesterone receptor modulator, in women with uterine leiomyomata. *Fertil Steril.* 2007;87(x):1399-1412. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.11.094.
 31. Wilkens J, Chwalisz K, Han C, et al. Effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on uterine artery blood flow, ovarian activity, and clinical symptoms in patients with uterine leiomyomata scheduled for hysterectomy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(12):4664-4671. doi:10.1210/jc.2008-1104.
 32. Donnez J, Vázquez F, Tomaszewski J, et al. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertil Steril.* 2014;101(6).
 33. Fiscella J, Bonfiglio T, Winters P, Eisinger SH, Fiscella K. Distinguishing features of endometrial pathology after exposure to the progesterone receptor modulator mifepristone. *Hum Pathol.* 2011;42(7):947-953.
 34. Mutter GL, Bergeron C, Deligdisch L, et al. The spectrum of endometrial pathology induced by progesterone receptor modulators. *Mod Pathol.* 2008;21(5):591-598.
 35. Islam MS, Protic O, Giannubilo SR, et al. Uterine leiomyoma: Available medical treatments and new possible therapeutic options. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98(3):921-934.
 36. Paffoni A, Somigliana E, Vigano P, et al. Vitamin D status in women with uterine leiomyomas. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98:E1374-E1378. doi:10.1210/jc.2013-1777.
 37. Halder SK, Osteen KG, Al-Hendy A. 1,25-dihydroxyvitamin d3 reduces extracellular matrix-associated protein expression in human uterine fibroid cells. *Biol Reprod.* 2013;89(6):150. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174578>.
 38. Bläuer M, Rovio PH, Ylikomi T, Heinonen PK. Vitamin D inhibits myometrial and leiomyoma cell proliferation in vitro. *Fertil Steril.* 2009;91(5):1919-1925.
 39. Halder SK, Sharan C, Al-Hendy A. 1,25-Dihydroxyvitamin D3 Treatment Shrinks Uterine Leiomyoma Tumors in the Eker Rat Model. *Biol Reprod.* 2012;86(4):1116-1116.
 40. Scharla SH, Minne HW, Waibel-Treber S, et al. Bone mass reduction after estrogen deprivation by long-acting gonadotropin-releasing hormone agonists and its relation to pretreatment serum concentrations of 1,25-dihydroxyvitamin D3. *J Clin Endocrinol Metab.* 1990;70(4):1055-1061.

LA SEXUALIDAD EN LA MUJER MADURA O EL TEMOR A LOS 40 AÑOS

Dr. Carlos Pol Bravo

*Medico Psiquiatra U. de Barcelona – España.
Master en Sexología. U. de Valencia. – España*

A lo largo de la historia y tras razones culturales y religiosas, en todos los países principalmente de influencia latina, ha existido en el último milenio una notoria tendencia a discapacitar el concepto de sexualidad femenina a partir de los 40 años incluso de los 35.

Este concepto psicosocial errado de que la mujer comienza a tener un “decalage” o pérdida en su sexualidad e incluso de su atractivo, es completamente erróneo y falso.

La influencia Judeocristiana en este milenio antes mencionado, ha intentado por todos sus medios mantener la frase de Quevedo: “La mujer con la pata quebrada y en casa.”

Y máxime en la esfera psicosociosexual.

Nuestra intención es desmitificar clínica y psicológicamente estos hierros que pesan como lapidas en nuestras mujeres latinas, en una época de su vida donde por el contrario tienen posibilidades y derecho para disfrutar de una mejor calidad de vida sexual.

Los trabajos realizados por Médicos especializados en el campo de la sexología, por psicólogos e inclusive por escritores, nos demuestran cuanto queremos exponer.

Desde Master’s and Jonson. y Helen Kaplan, pioneros con Shere Hite han luchado por la reivindicación sexual femenina, no en un marco de guerra de sexos ni de feminismo contumaz, sino desde la clínica y la experiencia del cada día en sus estudios de sexología.

Hemos de decir que la mujer goza, por contra a lo antes criticado, de su mejor momento sexual a los 40 años. Estudios médicos realizados demuestran como el declinar sexual, social o laboral de la mujer llega muchos años mas tarde, y su crepúsculo esta en función de la imaginación personal, sus Relaciones sexuales activas, y la comunicación que tenga con su pareja.

El temido periodo de la perimenopausia-menopausia son situaciones psicológicas incomodas pero para nada negaciones ni limitaciones a una actividad sexual gratificante.

Y como consecuencia de todo ello la autoestima de la mujer se ve afectada inmensamente en su esfera psicofísica llevándola en ocasiones a una baja auto estima, complejos de inferioridad, sentirse rechazada, o no deseada, pudiendo llegar en algunos casos a generar un componente depresivo en detrimento de ella y su pareja.

Unas pinceladas de psicoinformación y psicoeducación para, como dice la Dra. Miriam Stopard en su libro *La Magia del Sexo*; la sexualidad guarda una relación directa con la sociabilidad, la comunicación y la dinámica de pareja, que al verse dolida, el efecto domino puede ser impredecible.

Así pues un tema que nos preocupa a todos y atañe a todas, desde la práctica clínica hasta la casa los despachos y la calle, se expone, para remontar y apuntalar en esos años que en lugar de ser negativos y ansiosos, se conviertan en un saber vivir y disfrutar los años venideros.

SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA: DOS PALABRAS COGIDAS DE LA MANO

Dr. Carlos Pol Bravo

*Medico Psiquiatra U. de Barcelona – España.
Master en Sexología. U. de Valencia. – España.*

En los ciclos de la vida la infancia es el descubrimiento de sensaciones, la adolescencia, forma obligante de afirmación en el rol e identidad sexuales, donde pueden nacer los más fuertes sentimientos de gratificación o traumas. La madurez es símbolo de eficacia procreadora en el completo concepto psicosexo-social.

En la edad adulta están la estabilidad y la afectación del vitalismo en la mujer por el terror a algo tan sencillo, biológico y natural como es la menopausia, donde, por transculturalidades negativas y por siglos, se ha concebido como la impotencia procreadora en la mujer, el rechazo sexual y la pérdida de sentimientos y deseos.

Grave error que debe ser trabajado, explicado y eliminado, bajo nuestra responsabilidad Galénica a todas las mujeres del mundo entero.

La carencia de menstruación, coloquial e irónicamente hablando, es el pago de la tarjeta de crédito de la vida. Se acaban las deudas del embarazo con sus preocupaciones y es cuando, bien informada la mujer y con un apoyo en el trinomio ginecológico-psiquiátrico-psicoterapéutico, amén de una información válida, comienza la verdadera libertad sexual de la mujer.

García Lorca, en sus obras *Yerma* o *La casa de Bernarda Alba*, expresaba, sin conocimiento médico, pero como buen senequista andaluz, dentro de la parafernalia de estas obras, la ironía de las mismas, donde la mujer, máxime con el machismo de la época, pasaba de ser un objeto a ser una cosa.

Hoy en día, y pasada la primera década del siglo XXI, debemos confrontar la realidad biológica vs. los mitos y terrores sobre la menopausia.

El concepto psicosexual de la misma nos lleva a una disminución progresiva de la función ovárica que junto a síntomas somáticos presentan en la mujer en su fase premeno-post menopáusica niveles de:

- Astenia
- Abulia
- Anhedonia
- Hipoprosexia
- Dificultad para concentrarse en sus labores cotidianas

Produciendo la subsiguiente irritabilidad y distimias en su ánimo con ella misma y su entorno.

Esos sentimientos de frustración y aversión y como reactivo a su circunstancia biológica y ante una posible disminución de la libido, pueden llevarla con la pareja y con la sociedad inclusive, a posibles conductas antisociales.

Los problemas de imagen corporal, rayando en la dismorfobia, las fobias sexuales, disforia postcoital o síndrome de Don Juan; son producto de ese equívoco envejecimiento prematuro o de no sentirse deseada sexualmente.

Estos cambios psicosexo-laborales, donde hasta su imagen seductora es afectada por la pérdida de su fase reproductora, pueden llevarla a “una muerte parcial”; como explica mi Profesor, amigo y Colega, Julio Vallejo Ruiloba, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.

Pero no termina ahí: Ese nivel de depresión, ansiedad y sentimientos de pérdida ya expresados, pueden sumarse o transformarse en irritabilidad y agresividad como celotipias, falta de confianza en sí misma y de apoyo en la red de soporte familiar, pudiéndose llegar en casos extremos a ideaciones suicidas.

La mujer se defiende de un entorno hostil que será cada vez más difícil de sobrellevar ante la carencia de un buen soporte social y terapéutico, acorde a las circunstancias que ella vive.

¿Cuáles serán sus reacciones adaptativas?

Dependerá de su autoconcepción de la imagen personal, cuando comienza el proceso y sobre todo la actitud de respuesta de la pareja, favoreciendo el nuevo estado de la mujer.

El apoyo de esta fase en el proceso de adaptación, tanto como la calidad de información y educación por parte del equipo médico, son esenciales, en especial cuando no existe el apoyo de una pareja estable.

Las diversas reacciones emocionales están supeditadas como en otras condiciones a:

- Posible personalidad premórbida
- Madurez emocional
- Creencias religiosas
- Y, finalmente, la trilogía vital de apoyo en estos casos: Ginecología-Psiquiatría-Sexología, ya mencionadas.

Y en este punto hay ciertos motivos que inhiben a la paciente en la consulta, desde una carencia de vocabulario

apropiado, el miedo al abordaje de “sus secretos” o el temor al fracaso a la entrevista y el futuro tratamiento.

Pero también son muy válidos los motivos que inhiben al médico:

- Desconocimiento del tema o falta de experiencia
- Temor a sentirse morbosamente juzgados por la paciente ante las necesarias preguntas sobre su vida sexual
- Y lo que para mí es peor: Prisa en la atención o intento de solución rápida.

En nuestras manos está, pues, eliminar estos mitos con conocimiento y preparación en Sexología Médica.

En cuanto a la paciente, ¿qué debe hacer o qué podemos hacer por ella?

- Sensibilizarla que la menopausia es normal, no una enfermedad o una maldición.
- Generarle confianza y comunicación con su pareja y con el médico.
- No permitir ironías o comentarios descalificantes y concientizarla a perder el miedo a no ser ya fértil con tratamiento y seguimiento clínico en el tiempo que proceda.

Ese control programado nos lleva al inicio de esta Conferencia: Hacerle ver que la edad adulta, como diría la Dra. Miriam Stoppard, es el comienzo del vitalismo sexual y no del frío invierno, con la muerte a su sexualidad.

Próximos eventos académicos

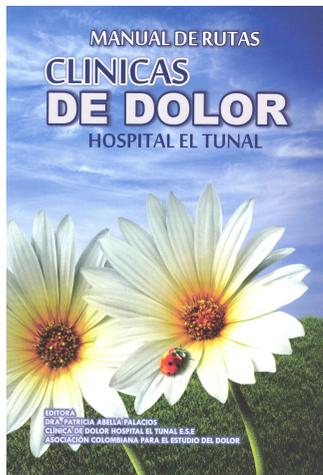
- Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery (PAGS) Symposium. 10 al 12 de diciembre de 2015. Las Vegas, Estados Unidos
- 4th International Congress on Cardiac Problems in Pregnancy 27 de febrero al 1 de marzo de 2016. Las Vegas, Estados Unidos
- 1er Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico. 3 al 5 de marzo de 2016. Bogotá, Colombia
- XXIII World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility 21 al 23 de marzo de 2016. Melbourne, Australia
- 14th Congress-2nd Global Conference of the European Society of Contraception and Reproductive Health 4 al 7 de mayo de 2016. Basilea, Suiza
- 19th SIS World Congress on Breast Healthcare 5 al 8 de mayo de 2016. Varsovia, Polonia
- XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad. 6º Congreso Nacional de Enfermería

de la Reproducción. 19 al 21 de mayo de 2016. Málaga, España

- XXX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. 25 al 28 de mayo de 2016. Cali, Colombia
- 32nd Annual Meeting ESHRE 2016. 3 al 6 de julio de 2016. Helsinki, Finlandia
- VI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología para Medicina General. 29 al 31 de julio de 2016. Medellín, Colombia
- III Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería. 23 y 24 de septiembre de 2016, Bogotá, Colombia
- XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 4 al 7 de octubre de 2016. La Habana, Cuba
- XIII Congreso Internacional de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva. 22 al 24 de Febrero de 2017. Cartagena, Colombia

Nuevos Libros

COLOMBIA



MÉXICO



Reseña

Con base en el análisis de casos y testimonios concretos, en este libro se presentan los resultados de una línea de investigación desarrollada a lo largo de los últimos quince años sobre la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud. Para ello, se rastrea el origen social del autoritarismo médico en el encuentro entre la estructura del campo médico y el hábitus del personal de salud, el cual se gesta desde los años de formación universitaria y se reproduce todos los días en la práctica profesional.

Autores

Roberto Castro, doctor en Sociología Médica por la Universidad de Toronto. Líneas de investigación: Violencia contra mujeres, salud, derechos y construcción de ciudadanía.

Joaquina Erviti, doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona. Líneas de investigación: estudios de género, salud reproductiva y derechos.

Edición: CRIM, 2015
ISBN: 978-607-02-7098-7
Páginas: 320
Precio: \$118.00



Venta de ejemplares:
publicaciones@correo.crim.unam.mx
D.F. (55) 5622 7822
Cuernavaca (777) 329 1822
www.crim.unam.mx
www.libros.unam.mx



Cursos en línea y Posgrados

Curso de especialización online en GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL - NIVEL I

Curso Universitario. Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Dinámica: A distancia – Modalidad e-learning-Teórico-Práctico de 200 hs con Evaluación Final *El curso es teórico y con discusión de casos clínicos*

Dirigido a: Médicos Tocoginecólogos, Generalistas, Pediatras, Obstétricas, etc. Siete módulos que abarcan los principales temas de la Ginecología Infanto Juvenil

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN ONLINE EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL - NIVEL II

Curso Universitario. Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Dinámica: A distancia – Modalidad e-learning-Teórico-Práctico de 200 hs con Evaluación Final *El curso es teórico y con discusión de casos clínicos*

Dirigido a: Médicos Tocoginecólogos, Generalistas, Pediatras, Obstétricas, etc. Siete módulos que abarcan los principales temas de la Ginecología Infanto Juvenil

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL.

Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Dinámica: Presencial – Anual -Curso Integral Intensivo Teórico Práctico – Duración 1 año lectivo.

Rotación por los siguientes hospitales:

Programa de Adolescencia - Hospital de Clínicas.

Sección Adolescencia – Hospital Rivadavia

Servicio de Obstetricia- Hospital Nacional Posadas

Servicio de Cirugía General- Hospital Pediátrico Juan Garrahan

Sección Ginecología- Hospital de Pediatría Pedro Elizalde

División Endocrinología Infantil - Hospital de Pediatría Pedro Elizalde

Servicio Adolescencia- Hospital Cosme Argerich

Sector Ginecología de la División de Endocrinología Infantil – Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Servicio de Cirugía- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Unidad de Endocrinología Infantil – Hospital Teodoro Alvarez

Dirigido a: Médicos(as) Tocoginecólogos(as), Pediatras, Clínicos(as) Generalistas y de Atención Primaria.

Con la aprobación se certificará como Ginecólogo (a) Infanto Juvenil o Pediatra con orientación en Ginecología Infanto Juvenil

Informes e Inscripción:

SAGIJ Tel: (54) 11-4-373-2002

sagij@sagij.org.ar - www.sagij.org.ar

Actividades destacadas en la región

Firma de convenio de cooperación entre Flasog y la Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC)

ACTA DE LA REUNIÓN CIC-FLASOG

El 18 de Septiembre 2015 se realiza una reunión entre la FLASOG y la Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC) en la Ciudad de Buenos Aires en el marco del Congreso de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

Se encuentran presentes el Dr. Edgar Ivan Ortiz presidente de la FLASOG y por la CIC los Dres: Isabel Ramirez Polo presidenta, Silvia Oizerovich secretaria y Eugenia Trumper vocal por Argentina.

Los temas abordados fueron:

Presentación de la CIC a FLASOG evaluando la firma de un acuerdo de cooperación mutua, los temas desarrollados fueron:

Alianza FLASOG-CIC , esperando que genere avances muy positivos en el tema de la contracepción.

Los acuerdos generados fueron:

- I. La elaboración de un convenio de cooperación que incluya compromisos como:
 - a. Promoción de nuevos miembros de la CIC en América Latina. En base a este acuerdo la CIC será presentada por el Dr Edgar Ivan Ortiz en Vancouver a los miembros de FLASOG (presentándolo a los 21 países miembros).
 - b. Ambas páginas pondrán el link que permita vincularse rápidamente intercambiar y acceder a información científica y de las sociedades.

c. Elaboración de Posturas comunes en temas de Anticoncepción. FLASOG brinda apoyo técnico para la elaboración de declaraciones oficiales en temas de interés conjunto. Los temas propuestos para comenzar son:

- Anticoncepción tras el embarazo adolescente
- Postura sobre la Anticoncepción de Urgencia
- Postura sobre el Misoprostol
- LARCS y su importancia en la prevención del embarazo no deseado

Los temas se irían ampliando, según los intereses de las sociedades.

Para la elaboración de los mismos se contaría con expertos de ambas sociedades. El Dr. Edgar Ivan Ortiz plantea trabajar realizando video conferencias.

Desde FLASOG se propone explorar sponsors para proyectos de manera conjunta.

- d. Desde FLASOG se oferta un Simposio CIC en los congresos FLASOG, y la participación de FLASOG en las mesas donde participe la CIC. Se ofrece La realización de un Simposio de la CIC en el marco del Congreso que realizará la FLASOG en Cancún.
2. La difusión del Acta de la reunión en el boletín FLASOG y en la web de la CIC.

Acuerdo firmado por:

EDGAR IVAN ORTIZ
Presidente de FLASOG

ISABEL M. RAMÍREZ POLO
Presidenta de la CIC

Resúmenes de artículos

I. Documenting good practices: scaling up the youth friendly health service model in Colombia

Documentando buenas prácticas: Ampliando servicios amigables en salud para población joven en Colombia

Silvia Huaynoca, Joar Svanemyr, Venkatraman C. Chandra-Mouli, Diva Jeaneth Moreno Lopez

Reproductive Health 2015, 12:90

Introducción

En América Latina los jóvenes constituyen el 24.5 % de la población total. La inadecuada e inoportuna oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y educación sexual para jóvenes incrementa su riesgo a una inadecuada SSR. Colombia es uno de los pocos países en América Latina que ha implementado a nivel nacional servicios de SSR específicos y diferenciados para jóvenes -conocidos como Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ).

Objetivo

Proporcionar una descripción sistemática de los factores cruciales que facilitaron y obstaculizaron la ampliación a escala del Modelo SSAAJ en Colombia.

Metodología

Basada en una revisión bibliográfica sobre servicios de SSR para jóvenes, esfuerzos nacionales para mejorar la atención de calidad en Colombia y países vecinos y entrevistas a aliados clave. La información recolectada fue analizada con el marco ExpandNet de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados

En los siete años (2007–2013) de implementación del Modelo SSAAJ más de 800 clínicas a nivel nacional se convirtieron en amigables para jóvenes. En el 2013, 536 municipalidades en 32 departamentos tenían SSAAJ alcanzando una cobertura de 52 % por municipalidad.

El análisis de la información identificó cinco elementos que facilitaron la ampliación a escala: políticas y guías claras de implementación de SSAAJ, atributos claros de la organización usuaria y del equipo de recursos, establecimiento e implementación de una estrategia interinstitucional e intersectorial, identificación de aliados y abogadores de los SSAAJ, y sólidos monitoreo y evaluación.

Los elementos que limitaron o retrasaron este esfuerzo fueron: insuficiente número del personal de salud capacitado en salud del joven y SSR, alta rotación del personal de salud, descentralizado sistema de seguro de salud, inadecuada dotación de recursos financieros y humanos, y percepciones negativas de miembros comunitarios sobre la oferta de información y acceso a servicios de SSR para jóvenes.

Conclusión

La experiencia en Colombia muestra que en la ampliación a escala de programas de salud para jóvenes son esenciales políticas de salud con claras directrices de implementación, apoyo de líderes y directivos institucionales trabajando en SSAAJ, formación continua del personal de salud e inclusión de usuarios en el diseño y supervisión de servicios.

Servicios de salud amigables, salud sexual y reproductiva, ampliación a escala.

2. Impact of contraception counseling on choice of combined hormonal methods in Colombia

Impacto de la asesoría sobre anticoncepción en la selección de métodos hormonales combinados en Colombia

Pío Iván Gómez Sánchez, Fidel Lozano, Andrés Velásquez, Martha Marrugo, Luz Torres

Rev Panamericana Salud Pública. 2015;37(6):395–401.

Objetivo. Determinar el impacto de la asesoría anticonceptiva informada sobre la elección de método anticonceptivo.

Método. Estudio descriptivo multicéntrico de evaluación antes y después en nueve ciudades de Colombia. Se invitó a participar mujeres que consideraban usar métodos hormonales combinados de autoadministración al momento de la consulta. Se indagó sobre el uso y preferencia de método anticonceptivo, previa firma del consentimiento informado. En una etapa posterior, se brindó asesoría médica estandarizada en anticoncepción y, a continuación, se preguntó nuevamente por la preferencia de método anticonceptivo y las motivaciones para su elección.

Resultados. Ingresaron 858 mujeres al estudio. Al inicio del estudio, 538 (62,7%) mujeres usaban píldora combinada y 281 (32,8%) no utilizaban ningún método anticonceptivo. Antes de recibir asesoría, las mujeres mostraron una preferencia por la píldora (62,7%), seguida por el anillo intravaginal (28,4%) y el parche transdérmico (14%). Luego de la asesoría, la preferencia fue la siguiente: píldora (40,8%), anillo intravaginal (31,5%) y parche transdérmico (11,3%). Luego de la asesoría, 32,5 %, 26,8% y 7,5% de las que consideraban usar píldora, parche y anillo, respectivamente, cambiaron su intención de uso.

La región de origen, el estatus laboral, el deseo de concebir un hijo en el futuro y tener una relación estable presentaron una relación estadística con la selección del método, pero la edad, el número de hijos o el grado de escolaridad no fueron factores determinantes.

Conclusiones. La asesoría médica tiene impacto en la selección del anticonceptivo hormonal combinado autoadministrado, lo que ayuda a las mujeres a utilizar el método de su preferencia y presentar una mejor adherencia al método acorde a sus condiciones particulares.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAITÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA (FLASOG)**

www.flasog.org