

XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia



Congreso Mundial FIGO París 2023

PARIS CONVENTION CENTRE •

PARÍS, FRANCIA • 9 AL 12 DE OCTUBRE DE 2023

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

ÍNDICE

I. Tratamiento médico de enfermedades ginecológicas benignas	5
1.1. Dolor pélvico crónico.....	5
1.2. Quistes ováricos: cuándo intervenir.....	6
1.3. Miomatosis desde la reproducción hasta la menopausia.....	7
II. Tratamiento médico de la endometriosis	8
2.1. Tratamiento con base en algoritmo de pacientes con endometriosis.....	8
2.2. Biomarcadores en endometriosis: más allá del sueño.....	9
2.3. Opciones de tratamiento emergentes para la endometriosis.....	10
III. Desafíos de la anticoncepción: de la menarca hasta la menopausia y más allá	12
3.1. La anticoncepción desafía la pubertad y la atención de los adolescentes.....	12
3.2. Anticoncepción para el tratamiento ginecológico.....	13
3.3. Tratamiento en la perimenopausia.....	14
3.4. Divulgación comunitaria en atención anticonceptiva.....	15
IV. Endometriosis	17
4.1. Endometriosis: actualización en el diagnóstico.....	17
4.2. Prueba de saliva para endometriosis.....	18
4.3. Endometriosis: reconsiderando el tratamiento.....	19
V. Mejorando la práctica de la colposcopia en la ginecología	22
5.1. Inteligencia artificial en la prevención de cáncer cervicouterino.....	22
5.2. Indicaciones de colposcopia en 2023.....	23
5.3. Enfermedad multizona para el ginecólogo.....	24
5.4. Tratamiento de las lesiones endocervicales.....	25
VI. Microbioma vaginal	26
6.1. ¿Hay un microbioma vaginal normal?.....	26
6.2. El microbioma vaginal y la fertilidad.....	27
6.3. Microbioma vaginal y el cáncer.....	28
VII. Menopausia: ¿qué y cómo se trata?	31
7.1. Tratamiento hormonal de la menopausia: riesgos y beneficios.....	31
7.2. Opciones de tratamiento para el síndrome genitourinario de la menopausia.....	33
7.3. Atención personalizada para supervivientes de cáncer.....	33
VIII. Recomendaciones para el bienestar a lo largo de la vida	35
8.1. Garantizar el bienestar: lista de verificación en salud reproductiva.....	35
8.2. Recomendaciones de la FIGO para el bienestar: cuidados de la menopausia.....	36
8.3. La tecnología como facilitador del bienestar en los países de ingresos bajos y medianos.....	37

Albothyl®

Policresuleno

Restaura y protege el equilibrio íntimo

Acelera el proceso de curación
en casos de inflamación y
erosión del cuello uterino,
cérvix y vagina.¹



● **Ideal y seguro** para todo tipo de paciente

● **Coadyuvante** en procesos infecciosos y posterior a una cirugía

Referencia 1. Ficha técnica Albothyl

Para uso exclusivo del profesional médico.

Acrea[®]

Ciproterona + Etilnilestradiol

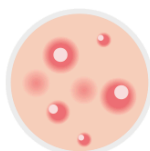
Línea Salud
femenina
Soluciones para una vida plena

¡Creando Equilibrio Hormonal!

Eficaz en el tratamiento de las manifestaciones hiperandrogénicas relacionadas al SOP.¹



EFFECTO ANTIANDROGÉNICO*



ACNÉ



ALOPECIA



HIRSUTISMO



SEBORREA

BIQEq

Terapéuticamente equivalente
e intercambiable en la práctica clínica.

Para uso exclusivo del profesional médico.

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra

I. Tratamiento médico de enfermedades ginecológicas benignas

1.1. Dolor pélvico crónico

Dra. Amma Marshall

Registradora principal de RANZCOG

Nueva Zelanda

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una experiencia personal, por lo que los receptores sensoriales de estímulo se relacionan a lo largo del nervio periférico a la médula espinal y luego se procesan por el cerebro. El dolor pélvico crónico se define como los síntomas de dolor que se perciben como originados en órganos o estructuras pélvicas que generalmente duran más de seis meses. Otros dos términos importantes son la hiperalgesia y la alodinia, ambos asociados con el dolor neuropático. La hiperalgesia es un aumento del dolor debido a un estímulo que normalmente provoca dolor. La alodinia se debe a un estímulo que normalmente no provoca dolor. Este concepto se asocia con el de sensibilización, que consiste en una mayor capacidad de respuesta de las neuronas o la respuesta a cargas espontáneas de entrada normalmente inferiores al umbral. ¿Cómo se aborda el dolor crónico? Un enfoque centrado en el paciente en lugar de un enfoque centrado en la lesión es importante ya que a menudo no se reconoce un diagnóstico claro y seguimos enfocados en la patología del órgano como la causa de todos los problemas.

Los nuevos medicamentos tienen un papel una vez que se han abordado las causas viscerales subyacentes y se ha diagnosticado el componente neuropático. En una revisión sistemática de 37 ensayos aleatorios doble ciego realizados en Europa, el síndrome de dolor tratado con antidepresivos tricíclicos fue superior al placebo para mejorar los síntomas, el dolor y la calidad de vida. Sin embargo, el número de pacientes era bajo. Una revisión de Cochrane encontró que duloxetina y los depresores tricíclicos eran superiores para tratar el dolor neuropático asociado con la neuropatía diabética y la fibromialgia, como la amitriptilina o la nortriptilina. También se ha observado que gabapentina y pregabalina son eficaces para otros síndromes de dolor neuropático. También las opciones no farmacológicas para el tratamiento analizaron los resultados a largo plazo y la terapia cognitivo-conductual parece ser beneficiosa en pacientes con endometriosis tratados con acupuntura con mejoría del dolor, función física, fatiga y la calidad de vida. Abordar los factores psicosociales puede mejorar los síntomas, la gravedad y el pronóstico, y la cronicidad del dolor también puede predisponer a la depresión, la ansiedad y el aislamiento social. Los pacientes pueden desconfiar de la participación del psicólogo y su manejo del dolor, ya que pueden sugerir que el dolor es imaginario, pero la educación sobre los factores psicosociales que contribuyen al dolor es una parte importante para lograr que el paciente participe en esta parte del tratamiento. Los pacientes pueden aprender a modular sus pensamientos y manipular su entorno para escuchar la percepción del dolor y mejorar las habilidades de afrontamiento del dolor.

1.2. Quistes ováricos: cuándo intervenir

Dr. José Rodrigo Rigoni Riveros

Especialista en Ginecología y obstetricia

Posgrado en Ultrasonido y obstetricia

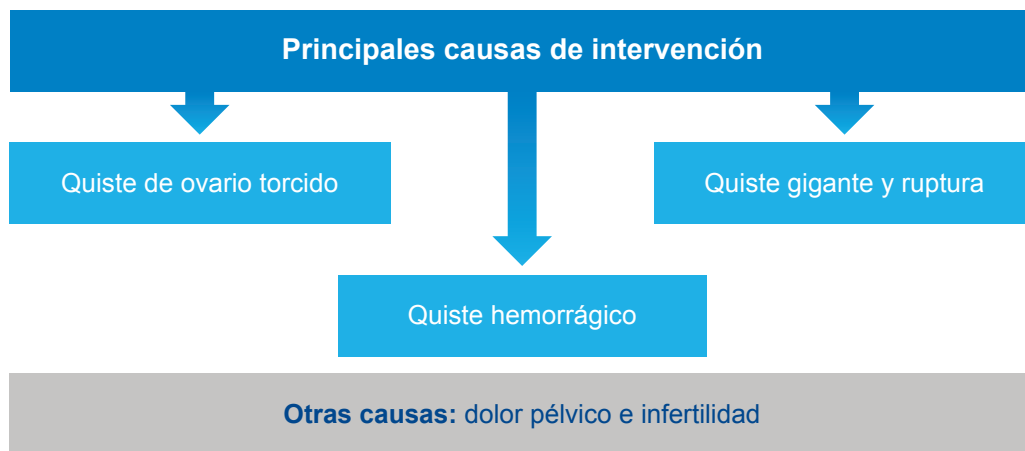
Asunción, Paraguay

Según estudios realizados con múltiples estudios multicéntricos, el 20% de todas las mujeres desarrollan algún tipo de tumor pélvico a lo largo de su vida. Los quistes ováricos son sacos llenos de líquido que se encuentran en la superficie del ovario. Estos quistes son extremadamente frecuentes en mujeres durante su edad reproductiva y son mucho menos comunes en mujeres posmenopáusicas. Los factores de riesgo para la formación de quistes ováricos incluyen el tratamiento de la infertilidad; las pacientes tratadas con gonadotropinas u otros agentes de inducción de la ovulación pueden desarrollar quistes como parte del síndrome de hiperestimulación ovárica; el tamoxifeno; en el embarazo, se pueden formar quistes ováricos en el segundo trimestre, cuando los niveles de hGC alcanzan su punto máximo; el hipotiroidismo; las gonadotropinas maternas; fumar cigarrillos; y la ligadura de trompas.

El tratamiento debe considerar tres principales aspectos: las características de la lesión, la edad del paciente y los factores de riesgo de malignidad. El examen físico clínico generalmente no es muy efectivo porque la mayoría de las veces es asintomática, a menos que haya crecido hasta alcanzar un tamaño grande, por lo que el estándar de atención es que la ecografía pélvica sea el examen de primera línea, cuando son demasiado grandes debemos recurrir a biomarcadores tumorales, entre ellos el CA125, que requiere exploraciones adicionales y un seguimiento específico. En caso de un tumor ovárico indeterminado o complejo en la ecografía, la resonancia magnética es útil para caracterizar el tumor cuando mide más de 7 cm. Un estudio realizado en Estados Unidos con 15,000 mujeres identificó quistes, por lo que encontraron una relación muy pequeña con el desarrollo de cáncer o cualquier neoplasia, por lo que solo recomiendan seguimiento ya que se solucionaron espontáneamente.

Dos factores determinan el tratamiento de los quistes ováricos: los síntomas y las características malignas. Si existe sospecha de malignidad, se debe ampliar los procedimientos y recomendaciones de cirugía; por otro lado, cuando se trata de una paciente asintomática, existen tres escenarios: un quiste ovárico torcido, un quiste gigante con rotura del quiste y un quiste hemorrágico (**Figura 1**). Se ha demostrado que los quistes están asociados con infertilidad. Según un estudio sobre quiste ovárico torcido mostró que los síntomas más frecuentes son las náuseas en el 70% de los casos seguido del dolor abdominal, por lo que es importante tomar en cuenta que la ecografía no es suficiente para descartar esta afección porque hasta el 60% de los quistes torcidos tendrán resultados normales en el Doppler y por recomendación del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología debemos corregir la torsión del ovario para evitar la ooforectomía, especialmente en pacientes jóvenes o en edad reproductiva que quieran preservar su fertilidad. La frecuencia de rotura del quiste es muy baja, solo el 4% de las mujeres sintomáticas presentan quistes hemorrágicos, comunes con quistes funcionales. Se estima que se resolverán espontáneamente y solo una mayor población de ellos requerirá laparoscopia exploratoria, o incluso laparotomía, tal vez en pacientes con alteración en el estado hemodinámico.

Figura 1 Abordaje del tratamiento inicial en pacientes con asma y/o EPOC



Adaptado de Rigoni Riveros JR. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO Paris 2023. Paris Convention Centre. París, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

1.3. Miomatosis desde la reproducción hasta la menopausia

Dr. Yotin Ramón Pérez

Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Centro Médico HS

WATOG

Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología

República Dominicana

Los fibromas uterinos o miomas, también conocidos como leiomiomas, son neoplasias del miometrio, los tumores más comunes en las mujeres de etiología multifactorial. Estadísticamente alrededor del 10% de la población femenina presentará algún tipo de miomas, la prevalencia tiende a ser mayor en mujeres entre 50 y 44 años (16%). Los factores de riesgo son aquellos que afectan los estrógenos, el 30% de los miomas son asintomáticos. Cuando los miomas presentan síntomas menstruales están más cerca de la cavidad endometrial. Esto se debe principalmente a los miomas submucosos que han impactado en la cavidad endometrial, por lo que provocan dilatación de los vasos y estasis y deformidad del útero, mayor espesor en el endometrio y diferentes alteraciones, provocando hemorragia.

Clínicamente los síntomas de compresión, son debidos principalmente a miomas subserosos, se extienden a toda la cavidad pélvica y los síntomas dependerán tanto del tamaño del mioma como de la localización de los miomas mayores de 10 cm. Muchas veces son visibles clínicamente porque vemos un aumento en el perímetro que equivaldrá a 14-15 semanas de embarazo; estos miomas darán lugar a síntomas de disuria, poliaquiuria, estreñimiento, edema o várices. En pacientes premenopáusicas se observa sangrado menstrual anormal. Estos son los miomas submucosos, persiste el dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales por la deformidad que distorsiona la anatomía de la vagina y el abdomen. Eso repercutirá en la calidad de vida

que puede llegar a presionar el recto o la vejiga, llegando a complicar embarazos. Estos podrían ser un factor de riesgo para partos prematuros, por ejemplo anomalías de la posición fetal.

Las opciones de tratamiento son la miomectomía para pacientes que necesitan preservar su fertilidad; por laparoscopia o laparotomía; si mi paciente es una mujer de 45 años con anemia recurrente recordemos cómo la calidad de vida baja en cuanto al día a día la paciente es premenopáusica y la edad podría mantener la histerectomía, pero hay que ser claros y mencionarlo mientras la paciente quiera tener hijos, la miomectomía sería el estándar de atención siempre que la situación lo permita, también podríamos realizar una resección por histeroscopia y también un tratamiento farmacológico con análogos o un agonista de GnRH.

II. Tratamiento médico de la endometriosis

2.1 Tratamiento con base en algoritmo de pacientes con endometriosis

Dr. Stefano Cosma

Ginecología y Obstetricia

Director Profesor Chiara Benedetto

Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Ciudad de las Ciencias de la Salud

Universidad de Turín, Italia

El tratamiento de la endometriosis está lejos de estar estandarizado. Avanzando hacia un enfoque más pragmático, centrado en las dos necesidades principales de las mujeres con endometriosis: el deseo de embarazo y el alivio del dolor. Al fusionar las necesidades y los fenotipos de endometriosis, se puede dividir a las pacientes en cuatro clases terapéuticas: Clase A/a. Mujeres con insuficiencia orgánica. Clase B/b. Mujeres que piden alivio del dolor. Clase C/c. Mujer que viene porque quiere quedar embarazada. Clase D/d. Mujer que desea quedar embarazada y tiene un problema de dolor. “ABCD” en mayúscula para paciente con endometriosis peritoneal (profunda o superficial). Letra minúscula “abcd” para la paciente con endometrioma sin endometriosis peritoneal.

El algoritmo es un resumen actualizado de las directrices bibliográficas de tres sociedades internacionales y se recopilaron cinco sociedades nacionales. La clase A incluye pacientes con deterioro orgánico grave debido a endometriosis profunda, pero también pacientes afectadas por endometrioma que se incluyen en estas categorías. El tamaño ya no importa y ya no existe un límite más allá del cual la cirugía es obligatoria. Se puede considerar la cirugía de primera línea para mejorar la accesibilidad de los folículos para ayudar a la reproducción, mejorar cualquier preocupación por malignidad y ayudar a cualquier riesgo de ruptura del quiste. La clase B incluye pacientes con dolor, en este caso el tratamiento médico puede considerarse como tratamiento de primera línea y el tratamiento quirúrgico está indicado sólo en pacientes que no responden al tratamiento médico. La misma recomendación debe considerarse en el caso del endometrioma. Tenemos que esperar al menos seis meses. La clase C incluye pacientes que consultan por asesoramiento preconcepcional o que han intentado quedar embarazadas sin éxito. La cirugía no es la primera opción. Esto es importante porque no consultan por dolor. Se adopta el índice EFI estimado como herramienta para orientar hacia la opción de manejo maestro de la reproducción médica asistida. Paciente capaz de concebir, debe ser estimulada de forma natural durante un tiempo limitado en caso de reproducción médica asistida de

primera línea, puede ser una buena opción, sólo en pacientes con probabilidades de concebir espontáneamente. La clase D es difícil de distinguir entre el deseo de embarazo y el alivio del dolor; deberían incluirse en esta clase. Tenemos que pensar en la cirugía antes de intentar concebir de forma espontánea. La reproducción médicamente asistida sólo se justifica por los síntomas. De hecho, en endometriosis profunda en estadios 1 y 2, la evidencia sugiere que la cirugía mejora la tasa de embarazo espontáneo únicamente, pero en los estadios tres y cuatro, y en pacientes con endometrioma, hasta la fecha no se ha publicado ningún ensayo aleatorizado, en este caso se estima EFI pero EFI intraoperatorio guiará hacia la opción de manejo más adecuada disponible.

La aplicación del algoritmo generó una clara ventaja en términos de preservación de la reserva ovárica en presencia de endometrioma, por lo que se llega a la conclusión de cuáles son las posibles ventajas y perspectivas de la aplicación de este algoritmo: primero, mejorar la calidad de la atención; segundo, mejorar la red de atención; tercero, promover la investigación. La subdivisión de clases tiene el potencial de ayudar a los proveedores que también lo hacen sin capacitación específica, esto es importante. Es útil para esta población seguir fácilmente pautas para reducir la variabilidad individual para garantizar el tratamiento del paciente y tiene el potencial de ayudar a los médicos a determinar simplemente su autoevaluación, de acuerdo con el objetivo específico de cada clase.

2.2. Biomarcadores en endometriosis: más allá del sueño

Dr. Sofiane Bendifallah

Catedrático de Ginecología-Obstetricia

Universidad de la Sorbona

Hospital Americano de París

Un biomarcador de diagnóstico es el que confirma la presencia de una enfermedad (y subtipo) o condición médica. Un biomarcador de monitoreo es aquel para evaluar la presencia, el estado o la extensión de una enfermedad o condición médica para evaluar la respuesta a la intervención. El biomarcador farmacodinámico para la respuesta de una condición médica o intervención clínica. El biomarcador predictivo para identificar la probabilidad de desarrollar un evento clínico (positivo o negativo) tras la exposición a un producto médico o agente ambiental. El biomarcador de pronóstico para identificar la probabilidad de recurrencia o progresión de la enfermedad de eventos clínicos en pacientes diagnosticados con una enfermedad o que tienen una condición médica. El biomarcador de seguridad para predecir eventos adversos tóxicos inducidos por medicamentos, intervención médica o exposición ambiental.

En una revisión de 2000 a 2016 sobre la combinación de la prueba no invasiva para el diagnóstico de endometriosis, encontraron que los biomarcadores evaluados podían evaluarse de manera significativa y no había evidencia suficiente o de mala calidad. La laparoscopia sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de la endometriosis y el uso de cualquier prueba no invasiva sólo puede realizarse en un entorno de investigación.

En 2022, las directrices de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología no recomiendan el uso de biomarcadores en tejido endometrial, sangre, fluidos menstruales o uterinos para diagnosticar la endometriosis.

La tecnología de microARN probablemente cambiará el diagnóstico de la endometriosis. Estos microARN están relacionados con la regulación de los genes, esta información regulatoria se puede explorar en la sangre y el líquido peritoneal. Todos los estudios relacionados con el microARN se centran en la sangre. Se ha demostrado que ciertos miARN están relacionados con el mecanismo de la enfermedad en la endometriosis. Además, algunas publicaciones han demostrado la aplicabilidad de estos miARN como herramienta de diagnóstico en 2020. Se ha validado el análisis de miARN como una firma sanguínea para la endometriosis. En el plasma se pueden encontrar más miARN que en la saliva mediante secuenciación de próxima generación, pero el miARN contenido en la saliva es más informativo. El uso de saliva para la identificación de miARN podría ser una posible solución no invasiva para superar las barreras actuales para el diagnóstico de la endometriosis. Se encontraron más de 2006 miARN en la saliva, en 2023 se validó la exactitud de la firma de miARN salival de endometriosis con una sensibilidad >95%, especificidad >95% y AUC >95%.

2.3. Opciones de tratamiento emergentes para la endometriosis

Yutaka Osuga

Profesor

Obstetricia y Ginecología

Universidad de Tokio

En muchas enfermedades las lesiones no siempre son iguales a los síntomas y viceversa. La estadificación ya no es tan útil para el tratamiento y la implicación de las lesiones peritoneales es ambigua en el tratamiento. Las lesiones sutiles son en su mayoría transitorias, surgen repentinamente y luego desaparecen en la adolescencia. Se detectó endometriosis microscópica oculta en el 39% de las mujeres con dolor pélvico crónico y sin lesiones de endometriosis visibles. La incidencia de recurrencia de la endometriosis después de la cirugía es muy alta en síntomas y lesiones, hasta el 20% a los 2 años y el 50% a los cinco años.

Para diagnosticar la endometriosis es importante considerar los antecedentes, los signos y síntomas y luego realizar un examen clínico, además de imágenes por ecografía o resonancia magnética. De lo contrario, el diagnóstico clínico o el diagnóstico de trabajo es la clave. Las directrices de la sociedad canadiense recomiendan que es probable que la dismenorrea primaria y secundaria respondan al mismo tratamiento médico. Por tanto el inicio del tratamiento no debe depender de establecer un diagnóstico preciso y tratarlo lo antes posible (**Figura 2**).

Los medicamentos son eficaces para el tratamiento de la endometriosis. Los anticonceptivos orales combinados (AOC), la progestina (dionotest) y el SIU-LNG son tratamientos de primera línea. Cada fármaco tiene su propio efecto adverso, los AOC y el dienogest no solo son eficaces para reducir el dolor sino también para reducir el tamaño del endometrioma, el dienogest reduce la proliferación y la expresión de aromatasa y aumenta la apoptosis en las lesiones endometriósicas. En términos de dienogest, generalmente se usa 2 mg por día, pero desarrollamos un mg por día durante el tratamiento y el tratamiento con 1 mg por día es un poco más débil, pero casi tan efectivo como 2 mg por día, y además, 1 mg por día. al día no reduce los niveles de estradiol en absoluto, mientras que 2 mg al día los reducen, por lo que uso 2 mg al día para casos graves y 1 mg al día para casos leves. A veces, el tratamiento no es nada eficaz y eso puede deberse a la resistencia a la progesterona, que es una característica de la

Figura 2 El tratamiento moderno de la endometriosis



Adaptado de Osuga Y. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO París 2023. Paris Convention Centre. Paris, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

endometriosis. En estos casos se utilizan fármacos de segunda línea, como agonista de GnRH, antagonista de GnRH. La ventaja del antagonista de GnRH es que se puede tomar correctamente y suprime rápidamente los niveles séricos de estradiol sin exacerbaciones, como se observa con el agonista de GnRH. Relugolix, que es un antagonista de GnRH, suprimió rápidamente los síntomas del dolor más rápido que la leuprorelina, sin embargo, ambos medicamentos redujeron la densidad mineral ósea en la misma medida, por lo que eso es un tipo de problema. Ya está establecido que el uso postoperatorio de AOC o dienogest presenta recurrencia de la lesión. Con respecto a la infertilidad, podemos predecir la probabilidad de embarazo utilizando el índice de fertilidad de endometriosis desarrollado mediante laparoscopia; sin embargo, se puede estimar con precisión basándose en datos clínicos. Si el índice es bajo se recomienda la tecnología de reproducción asistida (ART). No es necesaria la cirugía antes del ART. Se ha demostrado que varios medicamentos mejoran los resultados del embarazo. Sin embargo la evidencia es débil, por lo que no se recomienda el tratamiento médico previo al ART.

III. Desafíos de la anticoncepción: de la menarca hasta la menopausia y más allá

3.1. La anticoncepción desafía la pubertad y la atención de los adolescentes

Dr. Nychole Tyson

Comité de Anticoncepción de la FIGO

Profesor Clínico

Jefe. Ginecología Pediátrica Adolescente

Universidad Stanford

El control de la natalidad es reversible y no afecta la fertilidad futura, se habla de fecundabilidad; en un estudio se observó el uso de anticonceptivos antes del embarazo y se midieron las tasas de embarazo posteriores. Observaron a 18 000 mujeres que intentaron concebir durante unos seis ciclos antes de participar en el estudio y luego las siguieron durante un año. Había una buena distribución de personas que utilizaban diferentes métodos, por lo que alrededor del 40% usaba píldoras anticonceptivas, alrededor del 13% usaba LARC, por lo que el próximo plan son los implantes o un DIU y un método de barrera del 31%, es decir, condones y diafragmas.

Lo que encontraron es que las personas quedaron embarazadas, el implante hormonal del DIU de cobre quedó embarazada en dos ciclos, los anticonceptivos orales y de anillo en tres ciclos, el parche en cuatro ciclos. La conclusión clave es que usar un método anticonceptivo no hay secuelas a largo plazo y tus posibilidades de quedar embarazada regresan.

En personas jóvenes es importante mencionar que si se dejan de usar anticonceptivos se es fértil. El control de la natalidad es una modalidad sorprendente para reducir el cáncer de ovario, con una reducción de la tasa de incidencia de 0.67, una reducción dramática en el cáncer de ovario. En 2019 se concluyó que cada 5000 años-mujer de uso se previenen 2 cánceres y 1 muerte. El cáncer de ovario es sólo una de las opciones de reducción del riesgo de cáncer en las que pensamos: cáncer, cáncer de endometrio, cáncer de colon; hay estudios en curso que analizan el cáncer de tiroides, el cáncer de páncreas y el cáncer peritoneal primario. Es necesario abordar el control hormonal mientras asesoramos a los pacientes sobre los métodos anticonceptivos y sus miedos. Cuando pensamos en métodos de dosis bajas, todas las píldoras anticonceptivas ahora son métodos de dosis bajas.

No todo el mundo es candidato a utilizar la combinación de estrógeno y progesterona como método anticonceptivo, existen algunas contraindicaciones. Ha existido la preocupación de que los AOC puedan causar el cierre prematuro de las epífisis en los huesos largos. Sin embargo, se ha demostrado que la velocidad máxima de crecimiento comienza en promedio seis meses antes de la menarquia. La altura final ya se alcanza antes de que la niña pueda iniciar la anticoncepción oral. La evidencia disponible no indica un impacto negativo en la altura, el peso o la composición corporal. Podemos ayudar a nuestros pacientes a sentirse más empoderados y más comprometidos, por lo que los beneficios incluyen tratamiento de prevención de sangrado, sangrado discordante, acné, anticonceptivos, estrógeno, quiste ovárico, etc.

3.2. Anticoncepción para el tratamiento ginecológico

Dr. Asha Kasliwal

Consultant

Manchester

Incoming Chair, FIGO Contraception Committee

RCOG Rep

Sangrado uterino anormal y cómo se pueden utilizar los anticonceptivos en su tratamiento. La mayoría de los pólipos son benignos y menos del 5% son malignos en el paciente sintomático, el manejo quirúrgico es la forma de eliminar el pólipo. Sin embargo, existe un lugar para el tratamiento incluso de los pólipos endometriales con anticonceptivos, por lo que la anticoncepción hormonal puede ser una opción de tratamiento. Se puede usar una píldora combinada, DIU que contenga LNG o administrar progestina por vía oral, y es más probable que los pólipos sésiles mejoren. Los pólipos pediculados no mejorarán con las medidas anticonceptivas. La adenomiosis puede asociarse con sangrado y el dolor. Se puede tratar con píldoras anticonceptivas orales combinadas así como DIU LNG, disminuye el dolor, la pérdida de sangre y el volumen uterino. Los fibromas pueden ser tratados con DIU LNG o con anticonceptivos hormonales combinados orales o con anticonceptivos inyectables. Para la hiperplasia maligna o premaligna se debe ofrecer tratamiento quirúrgico. Sin embargo, si no son buenas candidatas para la cirugía o quieren preservar el útero, la progesterona puede ayudar, por lo que el DIU LNG puede revertir la hiperplasia. Se necesitarán biopsias e imágenes periódicas si se trata de una enfermedad maligna, pero en la hiperplasia se han obtenido excelentes resultados, por lo que para una enfermedad premaligna es realmente una excelente opción. Para los trastornos de la coagulación, si hay muchos problemas de hemorragia, el anticonceptivo oral combinado puede ayudar a aumentar el factor ocho y el factor de VW. El DIU LNG es ideal para uso a largo plazo. Las mujeres que toman anticoagulantes (posibles antecedentes de TEV) pueden beneficiarse de los métodos anticonceptivos con progestina. En los ciclos anovulatorios se puede utilizar anticoncepción hormonal para regularlos, pero ante múltiples comorbilidades es necesario valorar riesgo y beneficio. Para la dismenorrea, existen AOC excelentes que suprimen la ovulación, reducen el flujo menstrual y la secreción de prostaglandinas. También se pueden usar DIU LNG que puede ayudar a controlar la endometriosis. En el trastorno distrófico premenstrual y síndrome premenstrual los AOC que contienen drospirenona utilizados en un régimen 24 horas al día, 4 días a la semana. Hay evidencia de que otros anticonceptivos también pueden tener efectos beneficiosos, especialmente en aquellos con regímenes más prolongados y aquellos que contienen estradiol en lugar de EE. En la prevención del cáncer de endometrio y ovario, tanto los AOC como los anticonceptivos de progestágeno solo protegen contra el cáncer de endometrio. El efecto protector dura entre 10 y 20 años después de suspenderlo. Los AOC reducen el riesgo de cáncer de ovario. Los inyectables de sólo progestágeno y los implantes brindan beneficios similares. Esta reducción del riesgo se observa incluso en mujeres con la mutación del gen BRCA1/2.

3.3. Tratamiento en la perimenopausia

Dr. Cuahutémoc Celis González

Expresidente de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG)

Las opciones anticonceptivas se dividen entre opciones no hormonales y opciones hormonales. En cuanto a las opciones no hormonales, la esterilización femenina está disponible, es una opción segura, eficaz y permanente. Se ha observado una disminución del riesgo de cáncer de ovario = 0.61. La salpingectomía bilateral reduce la posibilidad de cánceres de ovario (tipos epiteliales). Respecto a los dispositivos intrauterinos se han observado ventajas como alta eficacia, largo plazo de 5 a 12 años y reducción del cáncer de endometrio; y desventajas, como sangrado menstrual abundante y dismenorrea.

Los AOC en mujeres perimenopáusicas restablecen el sangrado regular, reduciendo la posibilidad de dismenorrea, sangrado menstrual abundante, el dolor asociado con la endometriosis y la necesidad de biopsias para enfermedades mamarias benignas. Los AOC suprimen los síntomas vasomotores, mejoran la densidad mineral ósea, previenen los carcinomas epiteliales de ovario y endometrio y mejoran el acné que puede aparecer con la perimenopausia. En cuanto a los anticonceptivos hormonales combinados, existen beneficios de los anticonceptivos hormonales para las mujeres perimenopáusicas (**Figura 3**). La principal complicación del uso de anticonceptivos orales en mujeres perimenopáusicas es la trombosis venosa. El riesgo de TEV es de 6 a 12 en 10 000 mujeres sanas durante 1 año cuando se utiliza un AHC como EE más ETNG (anillo) o NEG (parche). El estudio INAS SCORE incluye alrededor de 50 000 usuarias donde se observó que DNG-E2 Val se asociaba con un RCV similar o más bajo. Respecto a los anticonceptivos de solo progestina existen varias publicaciones sobre la eficacia en mujeres jóvenes, en la perimenopausia, la tasa de fracaso en uso típico: 3.1 por cada 100 mujeres/año en comparación con 0.3 en mujeres >40 años. Este tipo de anticonceptivo es para mujeres con contraindicación para el uso de estrógenos. La desventaja es el sangrado irregular y no hay evidencia de aumento de TV, ECV o cáncer de mama en personas sanas. La píldora de drospirenona sola proporciona un perfil de seguridad en mujeres con factor de riesgo CV, especialmente en mujeres con índice de masa ósea >30 kg/m².

LNG-IUS se puede utilizar con E2 por cualquier vía de administración. Libera de 8 a 10 ug/día después del quinto año, es posible una extensión de 3 a 5 años. No afecta el perfil lipídico. Se puede utilizar hasta 8 años. Es importante saber cuándo suspender la anticoncepción, los valores de laboratorio en mujeres con amenorrea 12 meses o mientras usan HC no requieren protección, lo mismo para mujeres con CHC, o mujeres con progesterona sola: FSH >30 UI/L.

Figura 3 Anticoncepción en la perimenopausia

	Orales (DGS/DRSP)	Inyectables (DMPA)	Implantes
Alta eficacia	Diario	3 meses	3 años
Riesgo cardiovascular	No	No	No
Carcinoma de mama	Controvertido (DSG)	↑ NS	Sin datos
Hueso	No	Controvertido (pérdida de poco hueso)	No

Adaptado de Celis González C. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO Paris 2023. Paris Convention Centre. París, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

3.4. Divulgación comunitaria en atención anticonceptiva

Dr. Azra Ahsan

Empoderar a los jóvenes a través de la educación
Juventud informada de Bakhbar Noujawan

Se desarrolló el plan de acción provincial con uno de los elementos de acción, planificación de asesoramiento obligatorio para el registro de matrimonio, para las provincias de Pakistán, Punjab, se centraron en las infecciones de transmisión sexual, pero en realidad hay muchos más temas. Las mujeres generalmente no se habla de estos temas que deberían ser antes del matrimonio. Se habló de esta cuestión con el comité de organizaciones prematrimoniales, la asociación de salud materna y desarrollamos un sistema de gestión de aprendizaje. Es una plataforma para que los adultos jóvenes obtengan evidencia objetiva. Información que respeta la privacidad de los individuos de forma remota, que se traduce en varios idiomas, de varios temas enfocado hacia los jóvenes. Al finalizar con éxito este curso, se puede descargar un certificado del portal de registro del comité de matrimonio. El educador internacional revisó el contenido de los comentarios y también se asoció con el maestro. Una organización de educación en Pakistán revisó el contenido total, los comentarios y la autoridad de registro para hacer obligatorio antes de que la comisión de educación registrara el matrimonio. Para los colegios y universidades, se introdujeron asesoramientos a los proveedores de atención médica para, por ejemplo, pasar mucho tiempo en las clínicas para las mujeres. Pakistán identificó colegios y universidades en Instagram de los que la gente habla recientemente. Se asoció con una organización para la asociación con la plataforma de atención médica mediante la inteligencia artificial que tiene casi 50,000,000 de personas con consultas vitales, se obtuvieron 35,000 visitantes y las vistas totales han sido 187,000 con hasta un minuto y 51 segundos, la mayor parte de esto se debe al uso del teléfono móvil.



Atenua® 15/25

La relación perfecta en el alivio del dolor

Dexketoprofeno Trometamol



Línea Dolor ¡Corta el dolor y dale acción al alivio!



Para uso exclusivo del profesional médico.

eurofarma
tu vida mueve la nuestra

IV. Endometriosis

4.1. Endometriosis: actualización en el diagnóstico

Dr. Felice Petraglia

Obstetricia y Ginecología







Universidad de Florencia, Italia

Expresidente Sociedad Endometriosis y Trastornos Uterinos

Históricamente la endometriosis ha sido un diagnóstico quirúrgico, por lo que se tenía que tener una prueba histológica, lo que significa de inmediato una atención quirúrgica, en el contexto de la infertilidad, por lo que el problema se diagnosticó mucho más rápido que cuando se trataba sólo de un dolor crónico. Desde el momento del inicio de los síntomas, generalmente se necesita entre 6 y 8 años antes de que se establezca un diagnóstico definitivo, lo que significa que es un retraso bastante largo que afecta la calidad de vida del paciente. También tiene un impacto negativo en la fertilidad del paciente y también puede afectar el progreso de la enfermedad. Se tiene una propuesta que obviamente también respalda a los trastornos de infertilidad y dolor, pero no es porque tengas dolor pélvico que es forzosamente dolor ginecológico y no es porque tengas dolor ginecológico que necesariamente es endometriosis. La endometriosis profunda y grave parece tener antecedentes familiares. También parece tener disruptores endocrinos. Está asociado con menarquia temprana, malformaciones uterinas, dismenorrea y ciclo menstrual de corta duración. El 70% de los casos los síntomas comienzan en la adolescencia. La endometriosis es una enfermedad crónica, una enfermedad inflamatoria, que puede estar asociada con lupus, migrañas, y alergias.

Las mujeres actualmente tienen menos hijos, lo que significa que las mujeres tienen más menstruaciones, y eso podría ser una explicación en el aumento de frecuencias de esta enfermedad. Los principales síntomas del dolor y dolor pélvico crónico. También se pueden tener síntomas digestivos y síntomas de dispareunia severa, problemas para quedar embarazada, infertilidad primaria o secundaria, síntomas relacionados con la menstruación. Un examen detallado con un cuestionario clínico permitirá obtener un diagnóstico inicial muy productivo y muy específico. Además de los cuestionarios, desde los últimos 15 o 10 años hemos visto un progreso considerable en el diagnóstico, ya sea con la resonancia magnética y el ultrasonido transvaginal que se deben hacer al principio para observar la cavidad endometrial y localizar las lesiones endometriales. Existe coexistencia de endometriosis con trastornos uterinos, adenomiosis con endometriosis, el 21.8% en mujeres sometidas a cirugía por endometriosis, el 47.8% de mujeres con endometriosis infiltrante profunda (DIE) por ultrasonido transvaginal (TVUS) antes de la cirugía y el 33% de mujeres con DIE presentan adenomiosis focal. También se pueden hacer análisis de sangre o análisis de saliva y los resultados se ajustarán con el diagnóstico con nuevas pruebas para endometriosis asociadas con el examen imagenológico y el resultado del cuestionario, lo que permitirá seleccionar pacientes que no necesitan intervención (**Figura 4**).

Figura 4 Pruebas diagnósticas de endometriosis

Prueba de endometriosis	 Cuestionario médico	 Imagen de ultrasonido	 Imagen de RMN	 Pruebas de sangre	 Cirugía y patología	 Prueba de saliva
Valor general	++	++	+++	-	++++	+++++
Valor del rendimiento: • Sensibilidad • Especificidad	76-98% 20-58%	65-79% 91-95%	79% 72%	63% 69%	90-94% 40-79%	96.2% 95.1%
Confiabilidad	Especificidad muy baja +	Muy baja exactitud para lesiones tempranas ++	Muy baja exactitud para lesiones tempranas ++	-	Sí ++++	Sí ++++
Reproducibilidad	+	+	+++	-	+++	+++++
Simplicidad y seguridad	++++	++	+++	+++	+	+++++
Aceptabilidad	++++	+++	++	++	+	+++++
Detección de la enfermedad temprana en su historia natural	+	++	+	-	++++	+++++

Adaptado de Petraglia F. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO París 2023. Paris Convention Centre. Paris, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

4.2. Prueba de saliva para endometriosis

P. Descamps, L. Delbos, H. Fernández, F. Golfier, S. Bendifallah

Las recomendaciones de 2022 para el diagnóstico de endometriosis establecen que los médicos no deben utilizar medidas de biomarcadores en el tejido endometrial, la sangre, los fluidos menstruales o uterinos para diagnosticar la endometriosis. La endometriosis es una enfermedad compleja que afecta entre el 5 y el 10% de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo, comprende tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina y se caracteriza principalmente por síntomas de dolor e infertilidad. Hay tres subtipos: endometriosis peritoneal, endometriosis profunda y endometrioma. Siete años es el tiempo promedio hasta el diagnóstico, y alrededor del 40% de los pacientes han sido consultados por más de 4 a 10 médicos antes de ser diagnosticados.

El desafío diagnóstico en el diagnóstico de endometriosis se debe a síntomas inespecíficos, ausencia de biomarcadores específicos, falta de conciencia, estigma o normalización de síntomas. Cuando tenemos una resonancia normal no significa que no hay endometriosis y cuando hacemos una endoscopia y no vemos nada, tampoco significa que no hay endometriosis peritoneal, entonces empezamos con el cuestionario.

Se han reportado resultados recientemente sobre la prueba de saliva, una prueba de microARN. El cambio de paradigma en términos de diagnóstico también nos permite disponer de una buena informa-

ción sobre la fisiopatología de la enfermedad para comprender estas cuestiones desde las nociones de genética y epigenética.

Ahora se ha obtenido un mapeo completo del microARN de individuos y con la inteligencia artificial se puede integrar la capacidad de tratar y procesar muchos biomarcadores, lo que permite establecer un diagnóstico específico y establecer la conexión. Hay microARN en la saliva y si se combinan estos elementos en la endometriosis se puede obtener una firma diagnóstica. Cuando se toma una muestra de saliva, se obtienen más de 2600 microARN, lo que da una idea de la complejidad del individuo. Existen estudios de desarrollo tales como los metodológicos de validación de la prueba y se necesitan datos económicos.

Se estudiaron 1000 individuos en múltiples centros, en más de 18 centros diferentes pacientes que fueron operadas debido a endometriosis, pero también pacientes que no fueron operadas. Se obtuvo la secuenciación de microARN de 200 pacientes. Ahora podemos ver cómo podemos usar estos marcadores para comprender mejor esta enfermedad, comprender mejor el fenotipo y también la prevención de la endometriosis. La sensibilidad fue de 94%, la especificidad superior a 95% y el AUC superior a 95%.

Una breve descripción del algoritmo de diagnóstico que incluya la prueba de saliva sería: si se tiene una paciente con sospecha de endometriosis se le harán preguntas, y se le aplicará un cuestionario. Habrá que realizar una ecografía y una resonancia magnética para que estos pacientes sean fácilmente diagnosticados. Estos pacientes no necesitarían una prueba de saliva. Por otro lado habrá pacientes con resultados negativos con otros síntomas que necesitarán una prueba de saliva para poder diagnosticarlos, especialmente aquellos que no responden al tratamiento médico. Actualmente se tienen resultados favorecedores de una prueba diagnóstica simple que podría reducir el número de cirugías, con lo que se ha dado un paso para las pacientes que padecen endometriosis.

4.3. Endometriosis: reconsiderando el tratamiento

Dr. Charles Chapron

Profesor de la Universidad de París

Pas-presidente de la Sociedad de Endometriosis y Desórdenes Uterinos

Con los cuestionarios se seleccionan personas con riesgo de endometriosis, y con la imagen (ultrasonido o resonancia magnética) se hace un mapeo para localizar un problema, para posteriormente proceder a la prueba de saliva.

Pasamos de lo quirúrgico a lo no quirúrgico según el cuestionamiento y quizás nuevas pruebas. ¿Cómo repensar el manejo de la endometriosis? Típicamente, la endometriosis con diagnóstico quirúrgico y tratamiento quirúrgico se asocia con asistencia médica cuando se desea tener un hijo, con tratamiento hormonal, tecnologías de reproducción asistida (ART), por lo que se debe tener en cuenta tratar el dolor y la hemorragia y asegurar que la paciente pueda quedar embarazada. Los tratamientos hormonales son muy eficaces cuando se trata de dolor pélvico y hemorragia y la cirugía es eficaz para los tres aspectos. La ART significa que el embarazo será posible.

Las recomendaciones de tratamiento de la endometriosis sugieren que el tratamiento médico del dolor es sin duda una muy buena opción con tratamiento hormonal con anticonceptivos hormonales combinados (AOC), progestágenos, agonistas de GnRH y antagonistas de GnRH. Las opciones de primera línea son los anticonceptivos orales, los progestágenos y el dienogest, que son medicamentos de bajo costo. Los medicamentos de segunda línea son los agonistas y antagonistas de GnRH, que son medicamentos de alto costo.

El segundo aspecto es la cirugía, entre el 50% y el 40% de las mujeres tendrán un bebé que será necesario para operar a todas estas mujeres. El problema que tendrá la cirugía es fundamental para la endometriosis en ovarios por lo que tendrá un impacto negativo para la reserva ovárica de la paciente. Se puede usar perfectamente ART sin extirpar el endometrio ovárico. Se ha hecho lo mismo con mujeres con endometriosis profunda. Se sabe que es así porque existe la experiencia de la cirugía y ART, con resultados excelentes. Un estudio enfocado en mujeres que tenían endometriosis que no habían sido operadas se les realizó FIV, el 70% de las pacientes tenían endometrio ovárico. Si la paciente sufre de dolor y no quiere quedar embarazada inmediatamente, el primer tratamiento médico progresivamente con medicamentos. No tiene muchos efectos secundarios. Es importante evaluar la preservación de la fertilidad haciendo un seguimiento con la paciente haciendo imagenología y pruebas. Así, se encontrarán mujeres programadas para cirugía, que debe realizarse adecuadamente con un equipo multidisciplinario si es necesario, al menos si la paciente necesita cirugía.

Si integramos todas las partes que mencionamos, anteriormente podemos encontrar situaciones diferentes. El primero es quirúrgico, no quiere tratamiento médico, potencialmente embarazada, 40% de las mujeres no pueden quedar embarazadas, el procedimiento la cirugía tratará el dolor y optimizará el embarazo. Segundo punto para casos graves y si no quieren pasar al tratamiento médico, tienen muchos pacientes en este momento recibiendo tratamiento médico y no quieren cirugía cuando van a tener un bebé, así que se puede usar FIV y luego pasar al tratamiento médico. La preservación de la fertilidad será posible si la paciente desea obtener un diagnóstico de embarazo y si desea realizar una cirugía, deberá realizarla antes de operar; de lo contrario, tendrá un impacto en la reserva ovárica y luego, si la persona no quiere, pasará a la preservación y los usará en cinco o 10 años. La importancia del diagnóstico no quirúrgico como beneficio para el paciente repercute en la atención terapéutica del mismo. Se puede prescribir tratamiento médico sin prueba histológica. Debe evitar cirugías repetitivas o cirugías incompletas. Puede realizarse sin cirugía inicial y el tratamiento médico debe ser la opción terapéutica de primera línea si no hay un embarazo.

PERIVASC[®]  **1000mg**
FFPM
diosmina + hesperidina

**MEJORA LA CIRCULACIÓN
PARA UNA VIDA MÁS LIGERA**



**SE DISUELVE
FÁCILMENTE EN AGUA**

**FACILITANDO LA ADMINISTRACIÓN
Y MEJORANDO LA ADHERENCIA.**



PERIVASC[®] 1000mg
TOMA ÚNICA DIARIA



**Fracción
Flavonoide
Purificada
Micronizada**

V. Mejorando la práctica de la colposcopia en la ginecología

5.1. Inteligencia artificial en la prevención de cáncer cervicouterino

Dr. Walter Prendiville

Dublín, Allentown y Lyon

La inspección visual con ácido acético (VIA) es un método subjetivo que no funciona y no ha funcionado. La citología del VPH y los marcadores actuales son costosos y poco prácticos en muchas partes del mundo y la inteligencia artificial (IA) ha comenzado a penetrar en muchas técnicas de diagnóstico médico basadas en imágenes de la piel, cáncer, retinopatía, enfermedad colorrectal, cáncer de mama, anomalías cardiológicas e histopatología.

Un programa de computadora es excelente en la clasificación binaria y programa de cálculo adecuado. Identifica la imagen como A o B de manera confiable, no importa cuán compleja sea la tarea, el programa algorítmico simplemente sigue los caminos. Funciona como un ábaco, al configurarlo apropiadamente sigue las reglas, de capas de redes neuronales, procesa una información entrante, identifica la imagen e identifica discursos cada vez más complejos. Las redes neuronales convolucionales causales (CNN) son un diseño de método de ejecución profunda para la estructura de procesamiento de procesos de datos que contiene capas convolucionales una encima de la otra, cada una capaz de reconocer formas más sofisticadas con tres o cuatro capas, puede reconocer cientos de dígitos y puede distinguir rostros humanos. La espectroscopia se puede definir como una técnica de análisis para estudiar la interacción de la radiación electromagnética con átomos y moléculas. La dispersión de la luz después de las interacciones con la materia se clasifica en sus componentes (colores). La disección resultante de estas energías se puede utilizar para analizar las propiedades físicas de la muestra. La materia está compuesta de átomos en estado estable, a su vez, los átomos de las moléculas son estados electrónicos de la materia, en vibración y en rotación. En la espectroscopia, la radiación se excita a un estado de vibración más alto porque, en teoría, los cambios fisiológicos y patológicos cambian en diferentes tipos de espectroscopio, por lo que se podría evaluar con precisión cualquier tipo de muestra. Se podrían determinar las similitudes entre diferentes tipos de células a nivel molecular, así como la identificación de los enlaces químicos en el tejido biológico, por lo tanto, de los cambios debido a una enfermedad. Las moléculas vibran, de forma asimétrica o simétrica, y pueden hacerlo de diferentes maneras. Existen espectroscopios pequeños y económicos de mesa, no de laboratorio, muy fáciles de usar conectados a una IA. El sistema de interpretación es accesible con producción de resultados instantáneo. No necesitan acceder a la nube, y hasta ahora con resultados buenos en padecimientos como la demencia, el cáncer cerebral, y lesiones premalignas con sensibilidades del 94% y especificidades altas por ejemplo en los estudios del VPH.

Se realizó un estudio piloto con 221 muestras de orina de estado conocido y se obtuvieron resultados relativamente buenos, también se recolectaron muestras de mujeres con enfermedades conocidas, con muestra de orina de pacientes con VPH y capturas de imágenes positivas, con interpretación por IA. El sistema está diseñado para detectar ítems en primer lugar, ya sea enfermedades o no, y en segundo lugar, para asesorar sobre la elección del tratamiento. El uso de la IA no altera el poder de una prueba. Se debe decidir qué etapa es más útil (destinada a medir, por ejemplo, detección, diagnóstico, pronóstico) así como diseñar el sistema para responder a la pregunta clínica más importante. Esto dependerá del escenario y qué etapa es más útil a nivel de la detección. El uso de espectroscopia, la detección y la clasificación seguidas de la interpretación de imágenes para diagnosticar/distribuir el riesgo puede permitir el uso eficiente de la IA para proporcionar un mejor paradigma de prevención del cáncer de cuello uterino.

5.2. Indicaciones de colposcopia en 2023

Dr. Carlos Humberto Pérez Moreno

Unidad de Colposcopia

Clínica de Colombia

Hospital de San José de Bogotá

Presidente IFPCP

Es muy importante saber que en los países de bajos ingresos la mortalidad por cáncer de cuello uterino está aumentando. Por ejemplo, el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar en América Latina y es el primero en varios países de Sudamérica con 50 millones de nuevos casos. El objetivo del cribado del cáncer de cuello uterino es la prevención de la morbilidad y mortalidad por cáncer, la prevención funciona mediante la identificación y destrucción de los verdaderos precursores del cáncer. Encontrar precursores falsos no es el objetivo del cribado. No podemos decir qué lesiones progresarán. El énfasis debe ponerse en los verdaderos precursores del cáncer: infecciones persistentes por VPH, NIC 3 (sin error), NIC 2 persistente y NIC 2 o 3 en mujeres no adolescentes. Las infecciones transitorias por VPH, LEIBG y NIC1 no son precursoras del cáncer de cuello uterino.

Es importante tener en cuenta los límites de la detección. Es posible que los cánceres en mujeres jóvenes no sean detectables mediante pruebas de detección. Para lograr una prevención total, se requieren exámenes de detección altamente sensibles a intervalos frecuentes y tratamiento de anomalías equívocas o en su mayoría transitorias. El daño no supera los beneficios. Pero lo que sucedió con la prueba de VPH para la detección de las instalaciones para uso clínico es muy importante en la mayoría de las infecciones por VPH y los cambios cancerosos transitorios, especialmente en mujeres jóvenes, son el resultado de una infección persistente por VPH. La ausencia de VPH es altamente predictiva de ausencia de NIC.

La detección del VPH se basa en la citología convencional, al menos en América Latina. En 2019, la ASCCP sobre las guías clínicas de riesgos redujeron el riesgo de 5.3 a 4 para todas las causas, para las mujeres que tienen una prueba de VPH positiva deben hacerse una colposcopia, por lo que es muy difícil que a todas las mujeres por debajo de los 30 con prueba del VPH positiva se puedan realizar una colposcopia (**Figura 5**). La detección cervical en 2020 no se recomienda en mujeres menores de 25 años, se prefiere el VPH cada cinco años, la citología en áreas donde la prueba primaria del VPH no está disponible, es un enfoque aceptable, la prueba conjunta cada cinco años o solo citología cada tres años. El VPH 16 y 18 confieren un riesgo relativo de 12%, los VPH no-16 y no-18 confieren un riesgo relativo de 10%; el riesgo relativo del NIC asociados con

Figura 5 Comparación de las guías de detección del cáncer cervicouterino

Edad	<21	21-25	25-29	30-65	>65
USPSTF 2018	No tamizaje	Citología cada 3 años	Citología cada 3 años	Prueba VPH-AR solo: cada 5 años o Co-test: cada 5 años o Citología: cada 3 años	Descontinuar si hay tamizaje adecuado anterior
ACS 2020	No tamizaje	No tamizaje	Prueba primaria VPH cada 5 años o Co-test: cada 5 años o Citología: cada 3 años	Prueba primaria VPH cada 5 años o Co-test: cada 5 años o Citología: cada 3 años	Descontinuar si hay tamizaje adecuado anterior

Adaptado de Pérez Moreno CH. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO Paris 2023. Paris Convention Centre. París, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

un VPH distinto al 16 y al 18, confieren un riesgo relativo del 3%, si se observan células granulares típicas en la citología el riesgo relativo es de 12%; y si la interpretación de la biopsia es de NIC de alto grado es de 75%. Los fumadores aumentan el riesgo relativo en un 1.8% en comparación con los no fumadores. La detección del cáncer es uno de los retos más importantes para nuestra región y en el mundo las pruebas moleculares están claramente indicadas para la detección primaria. Sin embargo no todos los países tienen acceso universal a ellas, por esta razón es importante conocer alternativas y manejar lineamientos con la visión amplia y suficiente para los diferentes escenarios. El espacio en las pruebas de VPH comienza a los 25 años. El desafío sin duda es el sobrediagnóstico y el sobretratamiento muy probablemente de la mano del genotipado, y en algunos casos las pruebas moleculares, como p16 y ki67. La reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino se logrará aumentando las tasas de detección en personas que no se han realizado pruebas de detección o que no se han realizado pruebas de detección con regularidad.

5.3. Enfermedad multizona para el ginecólogo

Dr. Theresa Freeman-Wang

FRCOG

Ginecólogo consultor

Presidente Sociedad Británica de Colposcopia y Patología Cervical (BSCCP)

Secretario Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC)

El manejo de mujeres que requieren colposcopia con base en la enfermedad multizona es impulsada por el VPH, la incidencia parece estar aumentando, tanto la incidencia del cáncer de vulva y como del ano en mujeres. Como ginecólogos es particularmente importante pensar en las enfermedades anales; ya que esta es parte del área del cirujano colorrectal, es importante la colaboración. Es apropiado mirar por debajo de ese punto medio y evaluar la piel, particularmente del área perianal, porque el manejo es en términos generales el mismo. Las mujeres con cáncer de vagina se presentan relativamente tarde, por lo que la edad principal alrededor de los 60 años la mayoría tiene lesiones en el tercio superior de

la vagina, pero la mitad (aproximadamente el 42%) tendrá enfermedad multifocal y eso es más común si hay la presencia del VPH. El cáncer de vulva está aumentando en todos los grupos y, nuevamente, se puede ver que la distribución es bastante similar, aunque hay mayores incidentes en muchos países europeos. Además, lo importante en términos de pensar en la enfermedad es que hay dos mecanismos, por ejemplo, la enfermedad provocada por el VPH, pero también existe el VIN diferenciado en el contexto de la esclerosis. Cuando se piensa en el tratamiento de las anomalías vulvares, en realidad el objetivo es controlar los síntomas para excluir enfermedades invasivas y, en la medida de lo posible, preservar tanto la forma como la función.

Hay situaciones en las que la IHC es útil para detectar lesiones invisibles diferenciadas, es de vital importancia excluir enfermedades invasivas y el tratamiento de liquen escleroso es similar, de hecho, también es importante recomendar la colposcopia, la evaluación de la vagina y de todo el tracto genital en mujeres diagnosticadas con enfermedad vulvar de alto grado. Las biopsias representativas nuevamente son otro aspecto importante del manejo del imiquimod que se ha mencionado para la vagina, pero además, para la vulva es una opción terapéutica muy útil, la anatomía se conserva, y las tasas de éxito son razonables y nuevamente si se ha realizado la escisión con márgenes positivos, entonces el seguimiento clínico es obligatorio, es posible que no sea necesario realizar una nueva escisión, se podría complementar con el manejo con imiquimod, pero es muy importante mantener la revisión para detectar la enfermedad provocada por el VPH.

Respecto de la enfermedad anal, sigue siendo piel, por lo tanto, mientras miras la vulva, no tome más tiempo solo para observar más de cerca la piel perianal y, de manera similar, el manejo es el mismo. Las biopsias son importantes, el láser, la ablación y la escisión, cuando corresponda, pueden controlar la situación.

Los cánceres anales en las mujeres están aumentando, en algunas áreas de África subsahariana, áreas de África, América del Norte y del Sur, la mayoría de Europa y Australasia. En el tracto genital inferior, el riesgo de cáncer anal aumenta y, para el ginecólogo, las mujeres que tienen inmunosupresión no relacionada con el VIH también existe un mayor riesgo, como el lupus y particularmente con la colitis ulcerativa, etc. La anoscopia, que es una extrapolación de la colposcopia, para el canal anal, también tiene una unión escamosa, por lo tanto, también tiene un área de transformación y de aplicación de un ácido acético. Se pueden ver patrones similares que pueden ayudarnos a detectar enfermedades anales de alto grado, y hay evidencia del valor del tratamiento médico.

Es importante pensar en la totalidad del paciente, pensar en las enfermedades causadas por el VPH, tener en cuenta que quienes se quejan también pueden dar enfermedades malignas y premalignas vulvares y trabajar de manera multidisciplinaria para mejorar y cuidar de las mujeres.

5.4. Tratamiento de las lesiones endocervicales

Dr. J-L Mergui

Hospital Pitié Salpêtrière París

Presidente Electo de la IFCCP

Expresidente del SFCCPV

Según la clasificación internacional de colposcopia tenemos tres tipos de zonas de transformación tipo unión columnar escamosa visible; el tipo 2 necesitas ayuda para ver; el tipo 3 que es la unión escamoso columnar no es visible, y es un problema para el colposcopista gestionarlo. Creo que esto ocurre en alrededor del 10 u 11% de las colposcopias. ¿Qué se puede hacer en esta situación? Tratar la zona tipo tres es más frecuente en mujeres posmenopáusicas cuando no hay terapia con estrógenos; y cuando la tenemos, nos gustaría modificar el uso de la terapia con estrógenos para mejorar la visualización. En Francia, y en la mayor parte de los países desarrollados, existe una citología de detección para jóvenes de 25 a 30 años y para mujeres de 30 a 65 años. Por ejemplo, ¿cuáles son las pautas iniciales de citología para mujeres jóvenes ante una anomalía de bajo grado? Ante un VPH positivo o citología baja se trata para mejorar mediante el uso de terapia de estrógenos y se realiza legrado endocervical. Si no hay lesiones se deja para posterior control del paciente por un año; si hay una lesión inicial de alto grado entonces se realiza tratamiento de inmediato.

Se realiza control seis meses y no un año si se trata de detección primaria por VPH, entonces se hace detección citológica al paciente si la citología es positiva; si la prueba es negativa se hace una nueva prueba de VPH después de un año. No existe una guía clínica en situaciones como las siguientes: VPH positivo persistente sin notificación de enfermedad cervical; o una mujer joven de 20 años con citología de alto grado y una colposcopia normal con ZT3. ¿Qué podríamos hacer en esta situación para excluir la enfermedad de la vagina? Lo que realmente hay que hacer es un legrado quirúrgico. Realizar un raspado de los cuatro niveles del canal y fijarlo en formol y filtrarlo. Este filtro está en el contenedor y luego realizamos laminillas que muestre las regiones cervicales normal o anormal.

Algunas personas dicen que el citocepillo es suficiente para explorar pero tienen un 4% de la muestra adecuada tal vez porque no usan un filtro para hacer la muestra histológica pero la sensibilidad es igual, un poco mayor para el legrado endocervical por *curettage*. Para el diagnóstico, se asocia el cepillado quirúrgico con algo muy simple y no muy costoso. La elección debe adaptarse al tamaño de las lesiones.

VI. Microbioma vaginal

6.1. ¿Hay un microbioma vaginal normal?

Dr. Hans Verstraelen

Profesor de tiempo completo

Universidad de Gante

Históricamente usamos para referirnos a comunidades de microbios asociados, la microflora de la mucosa de la vagina, microbiota recientemente redefinida, la microbiota se refiere al conjunto de microorganismos presentes en un entorno definido. El microbioma se refiere a todo el hábitat, incluidos los microorganismos (bacterias, arqueas, eucariotas inferiores y superiores y virus), sus genomas y las condiciones ambientales circundantes.

Micro incluye todos los microorganismos reservando esos términos para referirse a los componentes bacterianos. ¿Cómo se define normal en este contexto con el microbioma vaginal?

El ambiente microbiano de la vagina se ha visto implicado con los *Lactobacillus*. El puntaje Nugent es la referencia estándar para el diagnóstico de la vaginosis bacteriana con un puntaje de 7 a 6. La diversidad documentada

indica que el espectro asociado con el número de bacterias perjudiciales para la salud reproductiva representa un espectro en el nicho vaginal, más amatorio y menos protector para el entorno general con una diversidad cada vez mayor. La complejidad intenta definir un microbioma vaginal normal para incluir una dimensión, que muestran alteraciones o cambios pronunciados en la composición de la microbiota y, por lo tanto, también en la diversidad, y como se muestra en la puntuación de Nugent, dicha alteración en la diversidad es secundaria al coito, el sangrado menstrual, es consistente y predecible, impulsa la estabilidad, la resiliencia y los mecanismos de recuperación.

Los estrógenos impulsan la composición de la comunidad, los residentes seleccionan específicamente el entorno final, lo que se conoce como mecanismo de construcción. El mecanismo que explica la variabilidad a corto plazo realmente está respaldado por datos empíricos de observación. Las técnicas moleculares y la secuencia de próxima generación en particular proporcionaron mucha más resolución en el análisis del microbioma para alcanzar el nivel que no se sabía o era imposible cultivar. La mayoría de las mujeres son especies específicas. Recientemente se identificaron 49 cambios vaginales de mujeres que sirvieron para el análisis de metagenoma. Cada comunidad de diversidad alfa en cualquier momento dado durante la sexta semana de pérdida de sangre menstrual y el coito vaginal cambia en diversidad. La visión del microbioma integra múltiples técnicas de biología de sistemas taxonómicos, por lo que este es realmente un futuro cercano. No es posible una definición completa de lo que es el microbioma normal.

6.2. El microbioma vaginal y la fertilidad

Dr. Pedro Vieira-Baptista

Unidad del tracto genital inferior
Centro hospitalario de Sao Joao
Oporto, Portugal

La vagina de mujeres sanas está dominada por *Lactobacillus*, lo que sigue siendo un gran desafío desde hace más de un siglo. Sin embargo, debemos plantear algunas preguntas: ¿todas las mujeres necesitan *Lactobacillus*?; si es así, ¿los necesitan todo el tiempo? A este respecto, qué sucede con las mujeres posmenopáusicas, quienes carecen de ellos, lo mismo qué ocurre con las niñas, y poblaciones que tienen tasas altas de vaginosis bacteriana, y la mayoría de estas mujeres son absolutamente asintomáticas y obviamente no tienen dominancia de *Lactobacillus*.

Desde un punto de vista evolutivo, el dominio de los *Lactobacillus* en la vagina es exclusivo de los humanos, incluso entre las especies de mamíferos. Lo más probable es que los *Lactobacillus* estén asociados a un número decreciente de infecciones. Al observar la fertilidad en todo el mundo, todos sabemos que puede ser prevalente en las poblaciones africanas, pero cuando se observa la fertilidad en todo el mundo no se observa que sea más baja en África. En algunos casos, la asociación del efecto en la fertilidad de las tricomonas, o la clamidia, no es tan fácil; por ejemplo, sabemos que tiene algo que ver con las bacterias, incluso con las bacterias en el intestino, o el papel del microbioma endometrial, y tal vez pueda haber algún papel en lo que sucede en el cuello uterino del tracto genital y los espermatozoides. Lo que sí se puede tener por seguro en este momento es que el embarazo exitoso está asociado con un mayor número de diversidad de *Lactobacillus*. Si se tiene una baja diversidad de bacterias, entonces se tienen problemas en la vagina. Lo que debe estar seguro en este momento es que el embarazo exitoso se asocia con un mayor número de diversidad, naturaleza positiva, diversidad, supervivencia, diversidad.

Al observar revisiones sistemáticas, podemos encontrar algunos estudios que muestran alguna ventaja de los *Lactobacillus* en cuanto a la dominancia, pero no hay una conclusión absoluta. Algunos de los estudios muestran que no existen asociaciones fuertes en este campo. No se pueden sacar conclusiones que demuestren que tal vez la presencia de *Lactobacillus* en el endometrio sea favorable para el resultado, pero una vez más, nada concluyente en este campo.

A veces las cepas que no vemos con mucha frecuencia dominan la vagina de mujeres sanas. Recientemente hubo una mujer con derivación recurrente, que, después del trasplante de microbioma vaginal, fue una buena opción. El impacto de la microfertilidad aún no está claro, el papel del microbio viral es prácticamente desconocido por el momento. Los resultados de los tratamientos de infertilidad en futuros estudios se centrarán más en el endometrio, en el cuello uterino y en la vagina.

6.3. Microbioma vaginal y el cáncer

Dr. Francesco De Seta

Instituto de Salud Materno-Infantil Burlo Garofolo
Universidad de Trieste, Italia

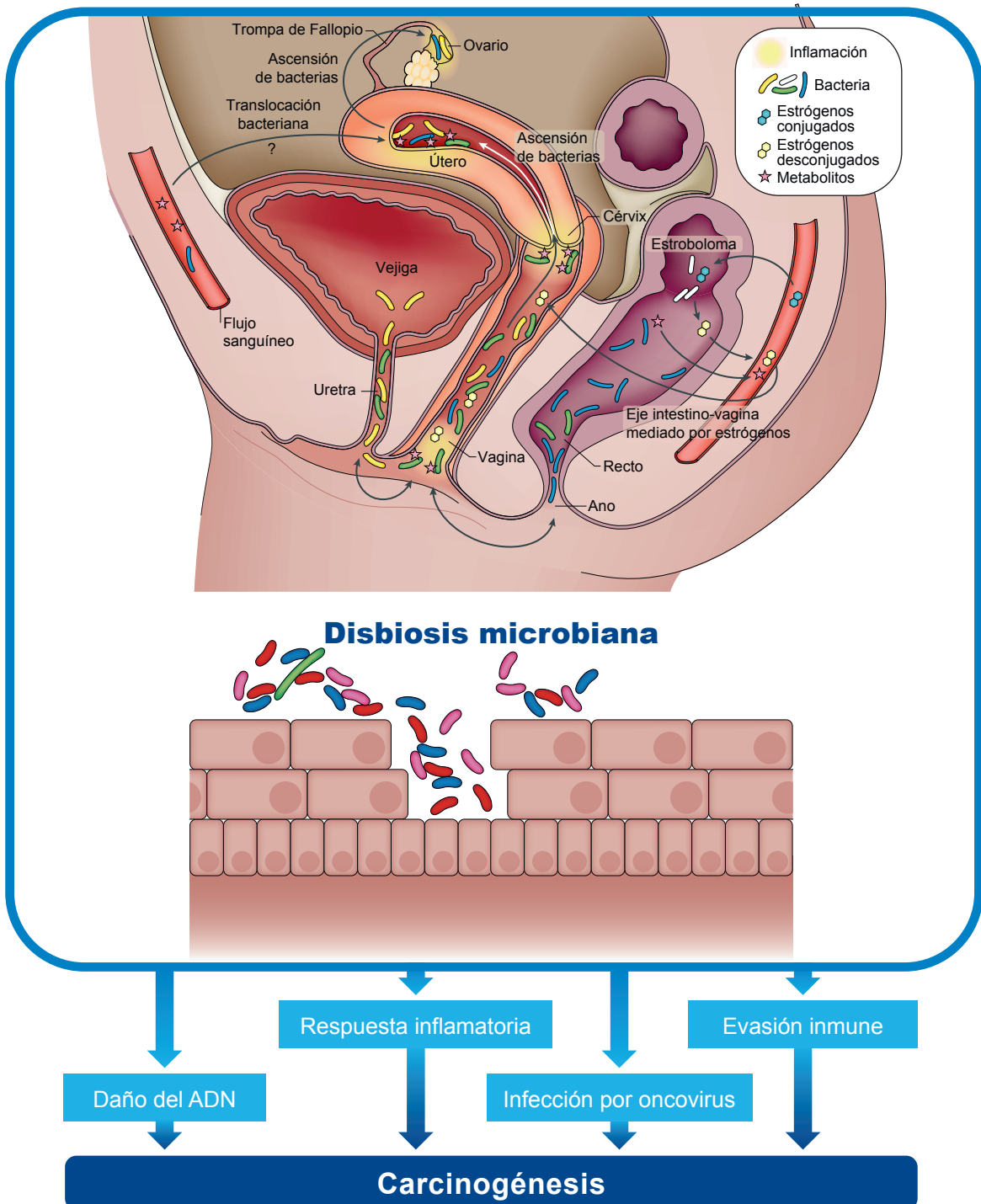
Se sabe que hay una fuerte correlación entre el microbioma y las enfermedades metabólicas, las enfermedades infecciosas, y el cáncer. El 20% de los cánceres se asocia con infecciones virales, parasitarias o bacterianas. Sabemos sobre la hepatitis, el VPH, el VIH, pero también sabemos qué tipo de organismo es capaz de integrar el material genético en el genoma humano y se conoce el mecanismo potencial implicado en la transformación maligna del microbioma asociado al cáncer ginecológico.

El cáncer de endometrio no es solo del útero porque la microbiota intestinal femenina influye también en el útero.

La interacción fuerte y compleja entre el microbioma incluye varios factores, como el comportamiento, factores económicos, ambientales, genéticos; es una vía realmente compleja. Para entender si existe un biomarcador relacionado con el microbioma y el cáncer de cuello uterino, debemos centrarnos en el papel de la microbiología en términos de progresión persistente del VPH. El VPH, a través de la unión columnar escamosa, infecta las células basales. Casi el 80% de las mujeres tendrán una eliminación espontánea. El microbioma, el consumo de tabaco, el factor genético, la dieta hormonal, y otros factores, influyen en el cambio del estado homeostático. El *Lactobacillus* produce varias sustancias para proteger la mucosa vaginal y el cuello uterino. Las bacterias disbióticas que afectan las marcas del cáncer al actuar a través de la barrera de inflamación crónica, inducen la alteración y la estabilidad genómica, se relacionan con la disbiosis vaginal. La comunidad informada con alta diversidad relacionada con el estado anaeróbico aumentó dos veces la LSIL y tres veces el aumento de la HSIL. La gravedad también se asoció con una disminución relativa en la parte izquierda de una fuerte asociación con *Lactobacillus* con riesgo de NIC 2 basal persistente después de un año y después de dos años, el tiempo para eliminar la NIC es más rápido.

Tenemos varios factores de riesgo locales que utilizan la alteración de la respuesta inmune para identificar marcadores proinflamatorios como una especie de daño al tejido independientemente de la composición del estado vaginal. En relación con el cáncer de endometrio ¿qué es el cáncer microbiómico vaginal? Quizás podríamos identificar algunos biomarcadores en esa situación. El ser humano tiene fluctuaciones en el patrón

Figura 6 Microbiota y disbiosis en cáncer



La disbiosis puede conducir a la selección de variaciones genómicas específicas a nivel celular de estos tejidos que pueden predisponer a su transformación maligna. La disbiosis y la variación genómica pueden influir en la heterogeneidad de estos cánceres y sus posibles resultados.

Adaptado de De Seta F. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO París 2023. Paris Convention Centre. Paris, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

Antrofi®

Promestrieno

¡Menos Pausa, **Vida Plena!**

**Eficaz en el manejo de los
síntomas de la atrofia vaginal¹**



Alto nivel de seguridad

Mínima absorción sistémica
($<1\%$) en comparación con
estriol/estradiol¹



Tecnología Polawax Menos derrame.



20 Aplicadores descartables Para una mayor higiene.



Referencia 1: Santos, Isabel (septiembre 2010). Urogenital disorders associated with oestrogen deficiency: the role of promestriene as topical oestrogen therapy. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20574067/>.

Para uso exclusivo del profesional médico.

inmunológico en el que aparece la fase con aumento de la proliferación bacteriana para una microbiota sana. El cáncer de endometrio es un poco más complejo porque no se trata solo de vagina, sino que también sabemos cómo impactan los estrógenos en el endometrio humano.

Esto significa que probablemente sabemos que la microbiología intestinal es importante para los estrógenos (estroboloma). El metabolismo es un vínculo con la microbiología. Esto significa que en la disbiosis intestinal, el estrógeno es un factor de riesgo (**Figura 6**). Algunas revisiones intentan enfatizar un concierto importante relacionado con la relación entre la microbiología y la composición de la microbiología del cáncer de ovario. Varios microambientes vaginales se correlacionan con la ocurrencia del cáncer de ovario no solo asociado con el VPH, sino a la disbiosis relacionada con el VPH. La progresión y otras enfermedades inflamatorias pélvicas están relacionadas con el cáncer, representan una especie de factor para aumentar el desarrollo de cáncer de ovario.

VII. Menopausia: ¿qué y cómo se trata?

7.1. Tratamiento hormonal de la menopausia: riesgos y beneficios

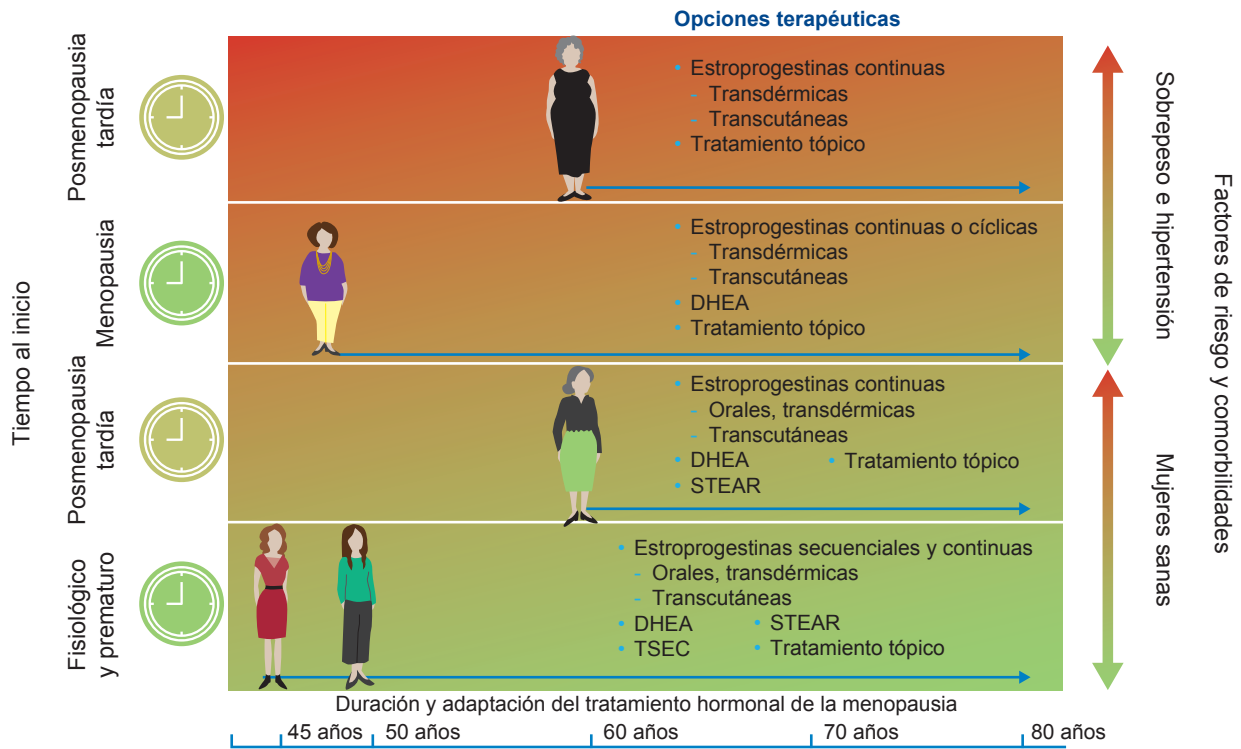
Dr. Andrea R. Genazanni

Universidades HcD de Wroclaw Constanta Bucarest Atenas, Poznan y Tbilisi
Presidente de la Sociedad Internacional de Endocrinología Ginecológica.

Las contraindicaciones para las terapias orales o transdérmicas basadas en estrógenos incluyen cáncer de mama conocido, suspendido o con antecedentes; historia conocida o sospechada de otro cáncer basado en estrógenos, es decir, cáncer de útero, las mujeres que se han sometido a una histerectomía y no tienen evidencia restante de la enfermedad aún son candidatas a la terapia de reemplazo hormonal (TRH). La trombosis venosa profunda (TVP) activa o antecedentes de TVP o embolia pulmonar, historia de trastorno de la coagulación sanguínea activa o antecedentes de enfermedad trombótica arterial como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, la enfermedad o disfunción hepática crónica y la migraña con aura. Estas contraindicaciones no se aplican a las terapias con estrógenos transvaginales ya que la concentración sérica de estrógenos de esta vía es extremadamente baja.

En 2002 hubo una publicación prematura que evaluó estrógenos equinos conjugados más acetato de medroxiprogesterona para mujeres con útero intacto y EEC para mujeres con histerectomía. Detuvieron el ensayo después de 5.6 años debido a un aumento en el riesgo de cáncer de mama, y lo detuvieron después de 7.2 años debido a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular. Las consecuencias fueron el cierre de las fábricas farmacéuticas, la privación de los pacientes de buenas opciones terapéuticas, una reducción total del 63% de las prescripciones. La peor fue que el tema sobre la menopausia perdió interés y desapareció como parte de los programas de educación médica, el tratamiento hormonal en la menopausia (MTH) no estuvo más cubierta en los programas de residencia, los médicos generales perdieron interés en la medicina de la menopausia, los oncólogos consideraron los estrógenos como una de las principales causas de cáncer de mama y los cardiólogos consideraron la MHT como un factor de riesgo para accidentes arteriovenosos.

Figura 7 Opciones de tratamiento en la menopausia



Adaptado de Genazani AR. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO París 2023. Paris Convention Centre. París, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

Los estudios anteriores demostraron que la terapia hormonal reducía las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades de muerte cardíaca se reducen con respecto a la edad de inicio en un 45% después de las terapias hormonales. La terapia hormonal es protectora. Además la interrupción de la terapia hormonal produce un aumento del riesgo de mortalidad cardiovascular en mujeres posmenopáusicas. Es posible que el estrógeno por sí solo no aumente el riesgo de cáncer de mama. Algunos metanálisis de estrógenos orales no aumentan la trombosis venosa. La terapia hormonal en la terapia posmenopáusica protegerá la pérdida ósea. Existen varios fenotipos de mujeres menopáusicas. La ET transdérmica es una forma difícil para las mujeres posmenopáusicas. Se deben elegir las vías naturales de administración como transdérmica o vaginal. La DHEA en concentración periférica es de 1-1.2 mg/L y la DHE-S comienza a disminuir en mujeres jóvenes (40 años). La MHT no reemplaza las intervenciones en el estilo de vida sino que es una intervención primaria integradora, adaptación del tratamiento, ventana de oportunidad, evaluación de contraindicaciones, evaluación del riesgo relacionado con comorbilidades, disponibilidad de varios y diferentes compuestos (**Figura 7**).

7.2. Opciones de tratamiento para el síndrome genitourinario de la menopausia

Dr. Santiago Palacios

Fundador y director de Clínica Palacios

Presidente de la Fundación Española Mujer y Salud

Director de la Cátedra Climaterio y Menopausia de la Fundación HM

El síndrome genitourinario de la menopausia no incluye la variedad de signos y síntomas. No todas las personas se sienten cómodas hablando de vulva o vagina. El término atrofia puede tener una connotación despectiva. La osmolaridad de las secreciones vaginales es de 250-370 mOsm/kg y el lubricante recomendado <1200 mOsm/kg. Las mujeres tienen el mismo porcentaje de receptores de andrógenos que los hombres. Tienen un papel importante en la vulva y la vagina. El índice de salud vulvar que es una evaluación del examen físico y clínico. Hay ácido hialurónico y factores de crecimiento para las enfermedades vulvares. Existe mayor conocimiento en cuanto a la patología vulvar, es bien conocido que existen receptores de andrógenos, en epitelio, lámina propia y muscular. Hay cambios en las proporciones de estos receptores entre las capas vulvares y la vagina. Es bien sabido que existen varios factores en la lámina propia de la vagina como MMP1, MMP3, MMP9, TGFb, etc. Así es exactamente como funciona la radiofrecuencia en la lámina propia. Los cambios vaginales en la menopausia incluyen antes de la menopausia: el epitelio vaginal es grueso y no queratinizado, el glucógeno es abundante y el pH ácido normal es de 3,5 a 4,5. El impacto de la menopausia en los sistemas urogenitales incluye disminución de estrógenos, el epitelio vaginal pierde rugosidad, los tejidos crecen y palidecen, las secreciones vaginales disminuyen, las secreciones de glucógeno disminuyen y el pH de la vagina aumenta. Es bien conocida la predisposición a algunas infecciones asociadas a la atrofia vaginal. En relación con la atrofia vulvar y vaginal, es una enfermedad crónica, el tratamiento principal incluye restablecer el epitelio vaginal, aumentar la vascularización del tejido y la elasticidad vaginal y aumentar las secreciones vaginales y ayudar a restaurar la microbiota vaginal manteniendo el receptor de estrógenos. El estándar de oro del tratamiento son los estrógenos locales para mantener la fisiología. La terapia local con estrógenos alivia sus síntomas después de 3 semanas de tratamiento, algunas mujeres pueden necesitar de 4 a 6 semanas antes de una mejoría adecuada, alrededor del 80% de las mujeres lograrán una mejoría subjetiva, el fracaso del tratamiento debe considerar una reevaluación y los efectos secundarios graves son raros. Prasterona (DHEA) es un precursor inactivo de estrógenos y andrógenos con un mecanismo de acción intracrinológico novedoso en comparación con otras terapias. La intracrinología se encarga de no tener efectos sistémicos y sólo locales, lo que lo convierte en un fármaco seguro y muy bien tolerado.

7.3. Atención personalizada para supervivientes de cáncer

Dra. Martha Hickey

Professor of Obstetrics and Gynaecology

The University of Melbourne and Royal Women's Hospital

Victoria, Australia

El cáncer afecta alrededor del 40% de las mujeres y se espera que la tasa de cáncer se duplique para 2040, los síntomas son una de las consecuencias más comunes del tratamiento, una mujer podría estar entrando en una menopausia temprana prematura, por la quimioterapia, los síntomas de la menopausia inducida por diferentes razones se asocian con diferente gravedad de los síntomas, pero exacerban experiencias comunes de las mujeres como la fatiga. Y también son consecuencias a largo plazo de menopausia prematura. No solo se trata de sobrevivir al cáncer. ¿Cuáles son sus prioridades de tratamiento? ¿Qué solicitan las pacientes? Han puntualizado que quieren tratar los síntomas, quieren controlar la fatiga, quieren resolver problemas relacionadas con la sequedad de la vagina y las dificultades sexuales.

Stacy®

Gestodeno + Etinilestradiol

...planifica el futuro.



**Anticonceptivo oral combinado
con alto grado de eficacia. 1,2**

BIQEq

**Terapéuticamente equivalente
e intercambiable en la práctica clínica.**

Para uso exclusivo del profesional médico.

La terapia hormonal de la menopáusicas es el tratamiento más efectivo para los síntomas. Mejora la sequedad vaginal y los sudores nocturnos que pueden perturbar el sueño, y mejora el estado de ánimo.

Evitar tumores en mujeres jóvenes que han tenido un tumor BRCA1/2, es mejor hablar con el oncólogo y con la paciente sobre el uso de la terapia hormonal para la menopausia. El cáncer relacionado con el VPH parece ser seguro. El cáncer vulvar/vaginal por VPH también parece ser seguro. Se trata de mirar al paciente como un todo y considerar todos los tipos de cáncer. También se pueden intentar recursos no farmacológicos como la TCC y la acupuntura. En conversación con el oncólogo, se pueden mencionar los lubricantes de silicona no hormonales para las dificultades sexuales después del cáncer. El láser vaginal se ha promocionado para los síntomas. Los ensayos clínicos involucran dispositivos como un láser. Los resultados no han sido concluyentes y no se recomienda. El 60% de los trastornos del sueño, que en la actualidad contribuyen en gran medida a los sedantes u opioides, aumentarán el riesgo de depresión. La TCC es el primer tratamiento para los trastornos del sueño.

VIII. Recomendaciones para el bienestar a lo largo de la vida

8.1. Garantizar el bienestar: lista de verificación en salud reproductiva

Dra. Dianna E. Ramos

Associate Clinical Professor

Keck University of Southern California

Se trata de comprender la relación entre la concepción, la salud y el bienestar y luego compartir la lista de verificación de bienestar, por lo que debemos pensar en la vida específicamente para las mujeres en particular, pero en realidad es un espectro que va desde la etapa preconcepcional hasta la prenatal, y luego la salud posmenopáusicas, dependiendo de la cultura, el país en el que vive, el único momento en que una mujer recibirá algún tipo de prevención o atención será cuando esté embarazada. Una mujer sana antes de quedar embarazada es de vital importancia para tener los mejores resultados del embarazo y luego hacer que esté más saludable durante toda su vida y, lo que es más importante, establecer la trayectoria de salud de sus hijos. Solo el 8% usa anticonceptivos efectivos, si una mujer queda embarazada con una condición médica crónica, una condición que puede ser complicada en el embarazo que tiene ahora está comenzando esa trayectoria negativa hacia las complicaciones médicas, las complicaciones en el parto y luego en el posparto, por lo que es de vital importancia tratar de abordar la salud de la persona antes del embarazo. La edad reproductiva tiene un efecto positivo en una variedad de resultados de salud. Uno de los resultados de salud aquí, que no solo afecta a la madre, sino también a la descendencia, es la disminución de la mortalidad infantil y la disminución de los defectos de nacimiento. Muchas veces los pacientes pueden estar tomando medicamentos que son teratogénicos, y esto podría identificarse desde el principio si sabemos qué medicamento está tomando la madre, si tiene hipertensión crónica, preeclampsia; hay un riesgo cuatro veces mayor de sufrir un ataque cardíaco y derrame cerebral en solo siete años después del parto, por lo que es importante el impacto que tiene centrarse en las condiciones del curso de la vida de la madre y las soluciones para la salud durante toda la vida.

8.2. Recomendaciones de la FIGO para el bienestar: cuidados de la menopausia

Dra. Suvarna Satish Khadilkar

Professor and Head of Department of Obstetrics and Gynecology and Consultant Endocrinologist and Gynecologist
University affiliated Bombay Hospital, Mumbai
Deputy secretary general FOGSI

Figura 8 Síntomas y problemas en la menopausia



Adaptado de Satish Khadilkar S. XXIV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. Congreso Mundial FIGO París 2023. Paris Convention Centre. París, Francia. 9 al 12 de octubre de 2023.

La menopausia está asociada a numerosos problemas físicos y psicológicos (**Figura 8**). Es la mejor oportunidad para que los profesionales de la salud aborden estos problemas para identificar el riesgo que podría dañar la salud futura, pero aún no se le ha dado la debida importancia a la atención de salud a nivel mundial. No creo que se haya incluido en muchos gobiernos agenda disponible o apoyo financiero para una atención global. Hay millones de mujeres esperando atención, esperando a mejorar su situación, su calidad de vida, prevenir discapacidades y reducir la mortalidad ¿Cuáles son los problemas? Hay muchos problemas por los que las mujeres menopáusicas experimentan, de acuerdo con la historia personal, el estatus económico, el origen étnico y las condiciones de salud actuales, de acuerdo con la sintomatología y la experiencia de la menopausia de la mayoría de las mujeres estos síntomas afectan sustancialmente la calidad de vida y surgen en el momento en que todavía ocupan y gobiernan a la familia y la sociedad. Se asocian con enfermedades, tipos de cáncer, excesos dietéticos y deficiencias, en ambos extremos. Hay seis etapas antes de la menstruación final y hay cuatro etapas después, la edad es en promedio de 45 a 55 años a partir de la menopausia y la de inicio tardío después de los 55 años ha aumentado así como el riesgo de tumores como cáncer de mama y la osteoporosis.

Se deben identificar diversos riesgos, apuntar factores familiares, histórico, médico actual, social y personal, y psiquiátrico, que tal vez se requiera su evaluación completa en cuanto a examen psicológico, e incluso podemos derivar a las mujeres a otras especialidades para evaluación dental, pruebas de laboratorio, mamografía individualizada después de 40 años. Tenemos que dividir a estas mujeres en dos grupos. Mujeres con síntomas y sin síntomas, de bajo y alto riesgo para posteriormente individualizar el tratamiento. La hormonoterapia es la mejor opción para el control de varios síntomas de la menopausia.

8.3. La tecnología como facilitador del bienestar en los países de ingresos bajos y medianos

Dr. Hema Divakar

Medical director Divakars Specialty Hospital
Chair FIGO Well Woman Healthcare Committee

La revolución está aquí, la tecnología está llegando a la última milla, y esta es probablemente la única oportunidad en los países antes de que se haga el camino, podemos llegar a las mujeres y sus familias a través de los servicios de etiquetas de boletos y de eso se trata la elevación sobre el futuro de los pacientes. Acceso a la atención y resultados mejorados, por lo que tenemos dispositivos conectados, atención médica remota y monitoreo, algunos de los cuales ya se han convertido en una realidad con múltiples clínicas o centros rurales, en áreas de difícil acceso en diferentes países así como plataforma en la nube y el análisis de salud, que da una idea de cuáles son las tendencias en comparación con las percepciones, dónde está el enfoque que necesita inversión para hacer que las cosas mejoren donde están los desafíos. El 30% de médicos están disponibles para el 70% de la población y realmente se necesitan cosas simples como un control de seguimiento de la presión arterial, o la medición de glucosa sérica.

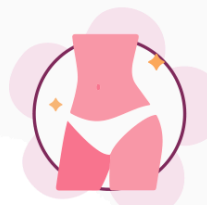
Se reconoce lo que se puede hacer a través de la tecnología, por lo que el eje es la asequibilidad y, sobre todo, la calidad de la atención, la tecnología permite consultas especializadas. Existen millones de casos de diabetes e hipertensión en la población y son diagnosticados en muchas áreas y se espera que ese punto de atención ayude a diagnosticar, pero lo más importante es la atención de seguimiento, para el bienestar de la atención preventiva de rutina. Lo más importante es que la creación también se puede hacer a través de la tecnología, tipo de videos de TikTok para la educación del paciente de una manera muy simple y novedosa. ¿Cuál es el espacio? Porque hay más por venir. El futuro es ahora, porque esto ya se está usando en muchas partes del país, no es necesario tener máquinas enormes para hacer una prueba. La tecnología también está revolucionando la atención en la diabetes. No es la nueva insulina, sino los nuevos dispositivos los que le darán consejos sobre las calorías, la dieta, el tipo de ejercicio que hace, el control de la glucosa, el seguimiento y también manejarán la dosis de lo que toma. El seguimiento es una de las mejores cosas que permite la tecnología de manera rentable y los resultados se pueden monitorear en tiempo real y la toma de decisiones.

Ginna®

Nitrato de Fenticonazol

¡Alivia desde el primer día!

Tratamiento de primera línea para vulvovaginitis.¹



Tecnología Polawax
 Menos derrame.



7 Aplicadores descartables
 Para una mayor higiene.

Erradicación del 90% y 0% tasa de recaída en infecciones por candida albicans.¹

Para uso exclusivo del profesional médico.

Referencia 1: J. Fernández-alba, et al. (18 de julio 2013). Fenticonazole Nitrate for Treatment of Vulvovaginitis: Efficacy, Safety, and Tolerability of 1-Cham Ovules, Administered as Ultra-Short 2-Day Regimen. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/jcc.2004.16.2.179>.



Hable con nosotros



<https://callto.eurofarma.com.br:5001/callus>



cliente.gt@eurofarma.com