



AÑO 1. VOL. 1, NOVIEMBRE 2025

# BOLÉTÍN FEMECOG



**EDITOR:**

DR. RAFAEL BEDOYA TORRES

**COMITÉ EDITORIAL:**

· DR. CUAUHTÉMOC CELIS GONZÁLEZ  
· DR. MIGUEL ÁNGEL BEDOYA OSORIO

# ÍNDICE

---

**1** **EDITORIAL**

página 02

**2** **CONSEJO DIRECTIVO**

página 03

**3** **COMITÉS**

página 08

**4** **DE LOS COLEGIOS**

página 09

**5** **ARTÍCULOS DE INTERÉS**

página 10

**6** **NOTICIAS**

página 12



## Estimados colegas,

Me honra escribir el editorial del primer boletín FEMECOG

Este es un órgano innovador diferente diseñado con la finalidad de mantener una comunicación más cercana entre los miembros del consejo con las regiones y los colegios; así como poder tener informados a todos los federados que está sucediendo en ámbitos relacionados con nuestra profesión; tanto académicos, tendencias, innovaciones, legislación y otros.

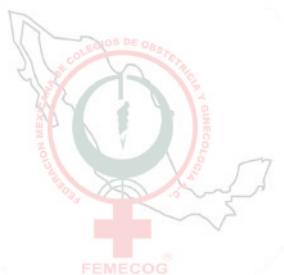
Considero que es muy importante que los colegios conozcan sus diferentes acciones y aportar las buenas experiencias como propias.

Será también un espacio plural de expresión de ideas y planes, así como, en su momento los resultados de ejecución de los mismos.

Dará la oportunidad de conocer las acciones, avances y contenido gráfico de los diferentes comités y direcciones en el organigrama de FEMECOG.

Felicito la iniciativa y auguro todo un éxito.

**Dr. Paulo Felipe Meade Treviño**  
Expresidente número 27 FEMECOG



## CONSEJO DIRECTIVO

							
<b>Presidente</b> Dr. Jorge Carlos Méndez Trujeque	<b>Vicepresidente</b> Dra. Josefina Lira Plascencia	<b>Primer Secretario Propietario</b> Dr. Emilio Valerio Castro	<b>Tesorero</b> Dr. Francisco J. Borrajo Carbajal	<b>Segundo Secretario Propietario</b> Dr. Eduardo Juárez De la Luz	<b>Primer Secretario Suplente</b> Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez	<b>Segundo Secretario Suplente</b> Dra. Viridiana Gorbea Chávez	<b>Sub Tesorero</b> Dr. Sergio Rosales Ortiz

A

## DIRECTORES REGIONALES

						
<b>Región I</b> Dr. Víctor Saúl Vital Reye	<b>Región II</b> Dr. José Octavio Závala Soto	<b>Región III</b> Dr. Julio César Soto Galindo	<b>Región IV</b> Dra. Leyza Angélica Nieto Galicia	<b>Región V</b> Dr. José Luis Elizarrarás Cendejas	<b>Región VI</b> Dra. Maricruz Pineda Vázquez	<b>Región VII</b> Dr. Rómulo Cristóbal Montes de Oca Rodríguez

A



De izquierda a derecha: Dr. Octavio Zavala, Dra. Nancy Sierra, Dr. Fco. Javier Robles, Dr. Jorge C. Méndez, Dr. Paulo F. Meade, Dr. Frank Louwen, Dra. Julieta Márquez, Dr. Luis Hernández, Dr. Honorato Medrano.



El 73º CMOG contó con la destacada participación de Profesores Internacionales y Nacionales presentando estrategias basadas en evidencia

## Inauguración del 73º CMOG

Del día 26 al 30 de Octubre 2025 se llevó a cabo el 73º Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia en Cancún, Q.Roo. Organizado por el Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis Rio Colorado, Son. la presidenta del comité organizador fue la Dra. Julieta Márquez Villegas.

¡Todo un Exito!

**3,200 Inscritos**  
**300 Acompañantes**  
**17 Profesores Extranjeros**  
**199 Profesores Nacionales**  
**500 Actividades Académicas**

El Dr. Jorge C. Méndez Trujeque durante la Asamblea Anual de Delegados en el marco del 73º CMOG



## Toma de protesta Consejo Directivo 2025 - 2027



De izquierda a derecha: Dr. Paulo F. Meade, Dr. Eduardo Juarez De la Luz, Dra. Josefina Lira Plascencia, Dr. Jorge C. Méndez Trujeque, Dr. Sergio Rosales Ortíz, Dr. Emilio Valerio Castro, Dr. Francisco Borrero Carbajal..

El Dr. Paulo F. Meade Treviño concluyó su excelente gestión y entregó la presidencia FEMECOG al Dr. Jorge C. Méndez Trujeque, además, quien resultó electa como vicepresidenta para el bienio 2025-2027 es la Dra. Josefina Lira Plascencia.

El día 10 de noviembre el **Dr Jorge C. Méndez Trujeque** encabezó la 1ra. reunión del Consejo Directivo 2025- 2027 FEMECOG.



De izquierda a derecha: Dr. José Octavio Zavala, Dr. Sergio Rosales, Dr. Francisco Borrajo, Dra. Josefina Lira, Dr. Jorge Méndez, Dr. Eduardo Juárez, Dra. Ana Cristina Arteaga, Dr. Emilio Valerio, Dra. Viridiana Gorbea, Dr. Saúl Vital.

El nuevo Consejo Directivo inició sus labores con una clara convicción: avanzar hacia una Federación más integrada y moderna, capaz de responder a los retos actuales de la ginecología y obstetricia, y de continuar construyendo una comunidad científica sólida, unida y preparada para el futuro.

Desde el primer momento, el Dr. Méndez Trujeque enfatizó la importancia de fortalecer los vínculos entre las regiones, los colegios y los distintos comités que integran a la Federación. Destacó la necesidad de consolidar una FEMECOG más cercana, dinámica y orientada a resultados, impulsando proyectos que eleven la calidad académica, promuevan la educación médica continua y fomenten la participación activa de los federados en todas las áreas.

## Mensaje de nuestro presidente

Estimadas y estimados colegas:

Es un honor dirigirme a ustedes al inicio de esta nueva gestión, una etapa que recibimos con entusiasmo, compromiso y la convicción profunda de que nuestra Federación está llamada a crecer, fortalecerse y ocupar el lugar que le corresponde dentro del ámbito médico nacional e internacional. Asumo esta responsabilidad profundamente agradecido y con el compromiso absoluto de honrar la confianza que ustedes han depositado en mí.

En el Plan Estratégico que hemos trazado, hemos definido con claridad las prioridades que guiarán nuestro rumbo durante este periodo. La primera de ellas es impulsar y multiplicar nuestras actividades académicas, generando espacios de crecimiento, actualización y excelencia que estén a la altura del prestigio de nuestra especialidad. La capacitación continua es el pilar de una práctica médica sólida, responsable y alineada a los más altos estándares de excelencia.

Asimismo, nos proponemos fomentar el crecimiento, consolidación y progreso de todos los colegios federados, reconociendo que el fortalecimiento de la Federación depende directamente de la vitalidad, unidad y liderazgo de cada uno de sus colegios miembros. Una Federación fuerte solo puede construirse desde colegios fuertes, unidos, dinámicos y con una visión compartida. Nuestro objetivo es acompañarles, respaldarles y brindar las herramientas necesarias para su desarrollo institucional.

En esta gestión, asumimos con carácter inquebrantable el compromiso de mantener una administración limpia, eficiente y completamente transparente, basada en el uso responsable de los recursos y en la claridad de los procesos. Tendremos una administración que inspire confianza, que honre su misión y que sea ejemplo de uso responsable, ético y claro de los recursos que se nos confían. La transparencia no será un ideal: será nuestra forma de trabajar cada día.

Trabajaremos también para promover el desarrollo profesional tanto de los colegios como de sus médicas y médicos especialistas, creando oportunidades de crecimiento académico, científico y de liderazgo. Queremos que cada miembro de esta Federación se sienta respaldado, escuchado, valorado y con oportunidades reales de crecimiento académico, científico y humano. No concebimos una Federación fuerte sin profesionales fortalecidos, reconocidos y preparados para enfrentar los retos actuales de la salud de la mujer.



Un punto central de esta nueva etapa será reforzar nuestras alianzas nacionales e internacionales. Buscaremos estrechar la colaboración con federaciones afines, con las Academias Nacionales de Medicina y Cirugía, con el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, así como con instituciones académicas, universidades y organismos profesionales que comparten nuestro propósito. Las alianzas son multiplicadoras de oportunidades, y juntas nos permitirán avanzar con paso firme. Solo en colaboración se construyen los proyectos verdaderamente trascendentes.

Es momento de apostar a la unidad, de mirar hacia adelante con visión amplia y de pensar en grande, con un horizonte de largo plazo que garantice que nuestra Federación alcance la grandeza que merece. Hoy más que nunca, necesitamos estar juntos, sumar talentos, esfuerzos y voluntades. Solo así podremos superar los desafíos y construir una Federación fuerte, influyente y plenamente representativa.

Les invito a caminar juntos, a unir nuestras fortalezas y a creer, con plena convicción, que lo mejor aún está por construirse. Con esperanza, con visión y con la energía que caracteriza a quienes aman su profesión, comenzamos esta etapa seguros de que la unión, la fortaleza y el compromiso nos llevarán a lograr cosas extraordinarias.

Sigamos adelante. Sigamos juntos construyendo el futuro que nuestra Federación merece.

Reciban un cordial saludo y mi compromiso absoluto con esta misión.

**Dr. Jorge Méndez Trujeque**

Esta es la estructura organizativa de la FEMECOG con 24 comités para cumplir mejor sus labores y están diseñados así:



**Los comités se organizan en 4 áreas principales:**

- **Académica y Científica**

Educación Continua,  
 Investigación, Editorial,

- **Gestión Institucional**

(Vinculación Nacional e Internacional,

- **Salud de la Mujer**

Cáncer Ginecológico,  
 Medicina Materno Fetal,  
 Derechos Sexuales y Reproductivos, Etc,

- **Gestión Profesional**

Desarrollo Profesional  
 Bioética  
 Innovación y Creatividad  
 Calidad en la Atención.

Una razón importante de este boletín es dar voz a todos los federados y sus agrupaciones.

En este número iniciamos presentando cuáles son y quiénes las presiden.

[Da clic aquí para conocerlas y obtener más información.](#)



# ¿Cuál es el riesgo de un segundo cáncer después de un cáncer de mama temprano?

### ANTECEDENTES Y PROPÓSITO:

Se realizó un estudio en Inglaterra (NCRAS); diagnósticos 1993–2016, seguimiento hasta 2021; publicado en *The BMJ* (McGale et al., 2025).



### OBJETIVO:

Estimar el riesgo a largo plazo de segundos cánceres primarios no mamarios y de cáncer de mama contralateral tras un cáncer de mama invasivo temprano, frente a la población general.

### DISEÑO:

476.373 mujeres tratadas con cirugía conservadora o mastectomía.

### RESULTADOS:

64.747 tuvieron un segundo primario; a 20 años, no mamarios 13,6% (exceso 2,1%) y contralateral 5,6% (exceso 3,1%); mayor exceso contralateral en mujeres jóvenes.

### CONCLUSIONES:

Riesgo mayor que en la población pero con exceso absoluto pequeño; lo que apoya vigilancia más intensiva en mujeres jóvenes y comunicar riesgos en términos absolutos.



*mujeres con  
cáncer de  
mama  
invasivo  
temprano*

### Bibliografía

Second cancers in 475 000 women with early invasive breast cancer diagnosed in England during 1993-2016: population based observational cohort study Editorial: Second primary cancers in breast cancer survivors

## Puntos de interés en criterios de elegibilidad de anticonceptivos 2025 comparado a los del 2015.

**OMS 2015.** (WHO/RHR/15.07.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.07>

**WHO (2025):**  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>

### 1) Píldora de drospirenona sola 4 mg (24/4)

- Tratar como píldora de solo progestágeno; pauta 4 mg diaria 24/4.
- Buena opción en lactancia, posparto temprano, antecedente/alto riesgo de TEV, migraña con aura, HTA y diabetes.
- Vigilar hiperpotasemia si usa fármacos que elevan K<sup>+</sup> (p. ej., espironolactona, IECA/ARA-II, ahorradores de K<sup>+</sup>).
- No requiere estrógeno; mismas advertencias generales de las POP.

### 2) Combinados con estetrol + drospirenona

- Son anticonceptivos combinados; mismas contraindicaciones que etinilestradiol (no menor riesgo trombótico).
- Contraindicado en migraña con aura y en alto riesgo trombótico.
- No usar en lactancia antes de 6 semanas posparto.
- Elegir alternativas sin estrógeno si hay factores de riesgo.

### 3) Posparto inmediato e inserción de DIU

- Se permite inserción inmediata posparto (vaginal o cesárea) de DIU de cobre o DIU-LNG.
- Contraindicado si hay sepsis o hemorragia activa.
- Ofrecer antes del alta cuando sea seguro.
- Asegurar consejería sobre riesgo de expulsión y seguimiento.

### 4) Lactancia

- <6 semanas: POP (incluida drospirenona 4 mg) e implante son cat. 2; DMPA cat. 3; combinados cat. 4.
- 6 semanas–6 meses: POP/implante/DMPA cat. 1; combinados cat. 3.

- >6 meses: POP/implante/DMPA cat. 1; combinados cat. 2.

- Los combinados siguen contraindicados antes de 6 semanas.

### 5) Anticoncepción de emergencia

- Priorizar DIU de cobre dentro de los 5 días (mayor eficacia).
- IMC ≥30: preferir ulipristal; levonorgestrel es menos eficaz.
- Usar levonorgestrel solo si no hay otra opción.
- Si hay inductores enzimáticos, preferir DIU de cobre.

### 6) Adolescentes

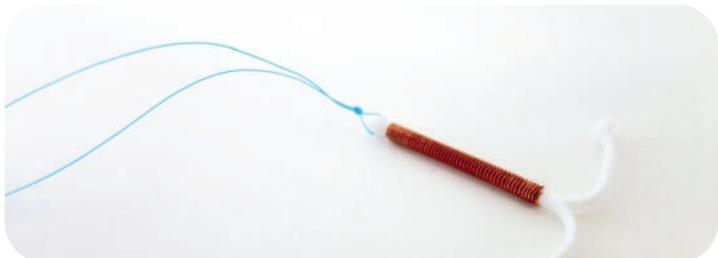
- Ofrecer implante de etonogestrel y DIU (cobre o LNG) como primera línea.
- Sin requisitos médicos adicionales más allá de MEC.
- Considerar DMPA subcutáneo autoadministrado donde esté disponible.
- Reducir barreras de acceso y asegurar seguimiento simple.

### 7) Riesgo tromboembólico venoso (TEV)

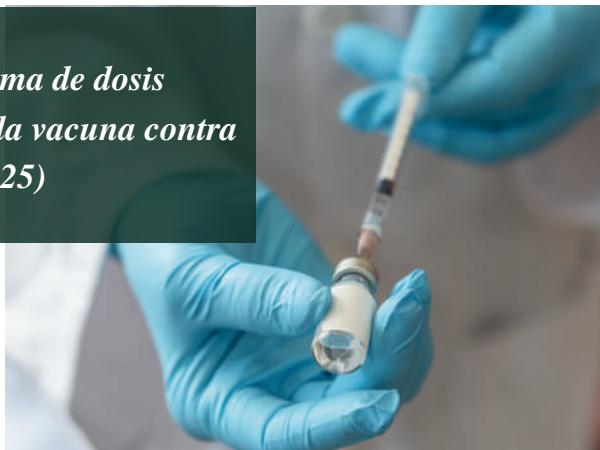
- Todos los combinados, incluidos con estetrol, comparten mismas restricciones.
- En antecedente o alto riesgo: preferir sin estrógeno (DIU cobre, DIU-LNG, implante, POP —incluida drospirenona—, DMPA).
- Valorar factores acumulados: edad, tabaquismo, IMC, antecedentes trombóticos.
- Documentar la evaluación de riesgo y elección del método.

### 8) Migraña con aura

- Anticonceptivos combinados contraindicados (incluidos con estetrol).
- Preferir sin estrógeno: DIU cobre, DIU-LNG, implante, POP, DMPA.
- Confirmar diagnóstico de aura antes de decidir.
- Registrar contraindicación y plan de seguimiento.



## 1.- Esquema de dosis única de la vacuna contra VPH (2025)



**2.- Estudios observacionales multicéntricos y reportes de vigilancia publicados en 2025 muestran reducción significativa de hospitalizaciones y atenciones en urgencias por VSR en lactantes nacidos de madres vacunadas.**

- En 2025, el ensayo fase III ESCUDDO presentado en AACR 2025 sugiere que 1 dosis de vacuna VPH ofrece protección comparable a 2 en adolescentes.
- La estrategia propone pasar de 2–3 dosis a 1 dosis (bivalente o 9-valente) manteniendo alta protección frente a VPH 16/18.
- La OMS ya habilitó esquemas de dosis única (recomendaciones 2022; actualización 2024) y más países consolidan su adopción programática en 2025.
- Seguimientos intermedios reportan efectividad a medio plazo que respalda la decisión y facilitan mayor cobertura con menor costo.
- Importancia: potencial para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino, especialmente en contextos de bajos recursos.

## Citas clave

- AACR 2025. URL: <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/la-noticia-del-dia/14-05-25/>

### • WHO 2025.

<https://www.who.int/news/item/19-03-2025-who-prequalifies-first-maternal-respiratory-syncytial-virus-vaccine>

### • Minnesota Dpt of Health. 2025–2026

<https://www.health.state.mn.us/people/immunize/resprecs.pdf>

### • Medscape 2025.

<https://www.medscape.com/viewarticle/rsv-update-fall-2025-protection-prevention-and-policy-2025a1000nto>

## 3.- FDA Inicia proceso para eliminar la caja negra de la THM



En concreto, se eliminan de la etiqueta las advertencias de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer de mama y demencia, manteniéndose solo la advertencia destacada sobre cáncer de endometrio con estrógenos sistémicos sin oposición en mujeres con útero. También se elimina la regla de "dosis más baja y por menor tiempo"; el tratamiento se individualiza, las etiquetas se adaptan a cada producto (p. ej., en estrógenos vaginales se enfatiza el efecto local no el sistémico) y toda la información de efectos secundarios seguirá en el prospecto.

FDA website Nov 11 2025

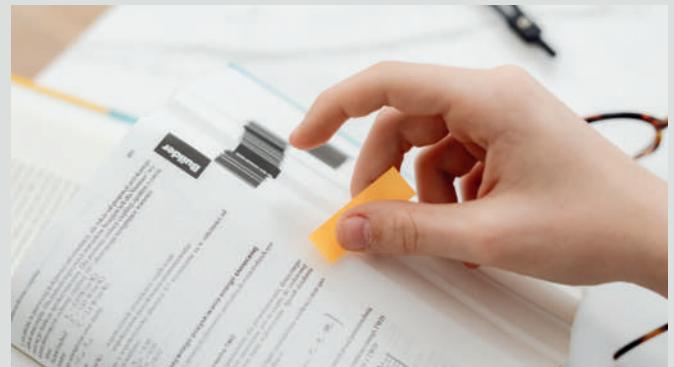
# Reunión presencial del Comité de Actividades Científicas (CAC)

El pasado 24 de noviembre se reunió de manera presencial el Comité de Actividades Científicas en las instalaciones de la FEMECOG en la ciudad de México.

Estuvieron presentes dando la bienvenida, el Dr. Jorge Méndez Trujeque (Presidente FEMECOG) la Dra. Josefina Lira Plascencia (Coordinadora del CAC) y el Dr. Emilio Valerio Castro (Ier. Secretario Propietario).

Los Dres. Carlos Rebolledo Fernández y el Dr. Rafael Bedoya Torres, miembros del CAC saliente, presentaron el "Manual de Procedimientos del CAC",

con el objeto de estandarizar y homologar los procesos en la elaboración del programa académico de los congresos mexicanos.



El Dr. José Efraín Vázquez, Director Médico, presentó la plataforma sobre la cual se trabajará de manera estructurada con el fin de optimizar el tiempo de trabajo, teniendo una mejor dinámica para contactar a los profesores.

## **CAC Saliente:**

**COORDINADOR: Dr. Jorge Carlos Méndez Trujeque**

- Dr. Emilio Valerio Castro,
- Dr. Horacio Ortega Clavero,
- Dr. Jorge Montaño Sánchez Mejorada,
- Dr. Alfredo Fernández Lara,
- Dr. Rafael Bedoya Torres,
- Dr. Carlos Rebolledo Fdez,
- Dra. Luz del Carmen Sanabria Villegas.

## **CAC Entrante:**

**COORDINADORA : Dra. Josefina Lira Plascencia**

- Dr. Rodrigo Zamora Escudero
- Dr. Ramón Castellanos
- Dr. Dr. César Aguilar Torres
- Dra. Leticia Maldonado Gómez
- Dr. Luis Armando González Gutiérrez
- Dr. Ramón Rivera Ruiz
- Dr. Ariel Marrufo Soda



*CAC Entrante y Saliente*



XXX Congreso Regional – Región V

[Clic aquí >](#)



XXX Congreso Regional – Región II

[Clic aquí >](#)



XXXII Congreso Regional – Región IV

[Clic aquí >](#)



XXXIII Congreso Regional – Región III

[Clic aquí >](#)



XXX Congreso Regional – Región VI

[Clic aquí >](#)



XXX Congreso Regional – Región I

[Clic aquí >](#)

FEMECOG informa que el 74º Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia se llevará a cabo del domingo 8 al miércoles 11 de noviembre de 2026, concluyendo un día antes de lo habitual, ya que históricamente el congreso ha finalizado en jueves.

Esta modificación responde a la planeación logística y académica establecida para esta edición,

manteniendo la calidad, el rigor científico y la estructura programática que caracterizan a los congresos FEMECOG. Durante estos cuatro días, las y los asistentes podrán participar en conferencias magistrales, cursos precongreso, talleres y actividades diseñadas para fortalecer la educación médica continua en beneficio de la salud de la mujer en México.



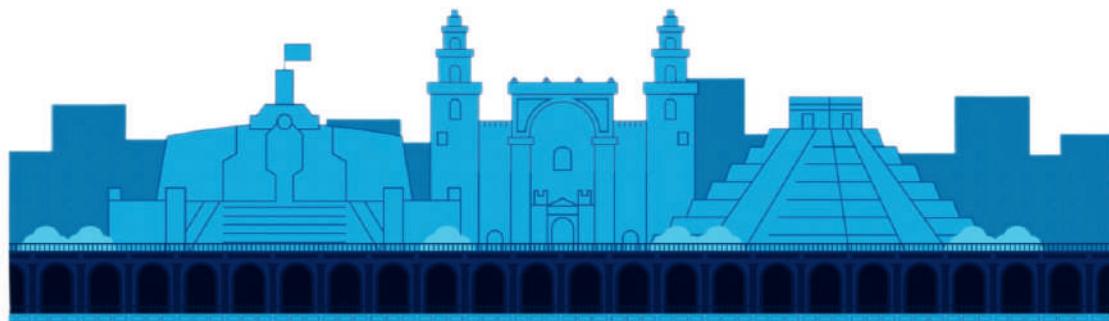
**¡NOS VEMOS EN MÉRIDA EN 2026 PARA  
EL 74 CMOG!**



# 74 CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MÉRIDA, YUCATÁN. DEL 8 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2026

**INNOVACIÓN EN ACCIÓN POR LA MUJER**



[Da clic aquí para obtener más información y registrarse al 74 CMOG.](#)



## HISTORIA DE LA FEMECOG

La historia y actualidad de nuestra federación es apasionante y digna de que se conozca.

En la historia siempre habrá interpretación; siempre el que la narra lo hace con el filtro de sus ojos, sus manos, y su humana visión; pero si lo hace de manera cercana, el hecho relatado tendrá mayor carga de emoción, de realidad, de responsabilidad y de conciencia.

Es el caso del autor Dr. José Efraín Martínez de Velasco que nos dice "lo he disfrutado mucho". Sabemos que este enorme trabajo de búsqueda, análisis, selección y edición; lo ha hecho con una perspectiva muy especial al ser un colega que vivió desde el hogar la presidencia de esta federación por su padre;

él conoce a profundidad este institución al haber ocupado cargos directivos dentro de la misma desde hace más de veinte años.

El propósito ha sido más que superado: Conocer nuestra evolución que mujeres y hombres han forjado para llegar a la fortaleza actual de la federación.

Tenemos la convicción de que es un documento que evocará vivencias profundamente; hará que recuerde a sus maestros y las anécdotas durante su preparación, participación activa docente y ejercicio profesional de nuestra especialidad.

Esperamos que lo disfrutes está pensado en ti.



[Da clic aquí para obtener el archivo o scanea el QR](#)

# ESPERA PRÓXIMAMENTE

- a.- Video-plataforma académica
- b.- Manual FEMECOG
- c.- Diplomado virtual de climaterio con profesores nacionales e internacionales corregido y mejorado respecto al 2024. Que permanecerá on demand y con reconocimiento universitario y puntos del CMGO
- d.- A partir de enero 2026 webinars FEMECOG en conjunto con 2 colegios por sesión.
- e.- Nuevos beneficios de ser federado.



55 5669 02 11  
[femecog@femecog.org.mx](mailto:femecog@femecog.org.mx)  
[www.femecog.org.mx](http://www.femecog.org.mx)

## ¡Síguenos en nuestras Redes Sociales!



[www.femecog.com/FEMECOG](http://www.femecog.com/FEMECOG)



[www.tiktok.com/@femecog](http://www.tiktok.com/@femecog)



[www.instagram.com/femecogoficial](http://www.instagram.com/femecogoficial)



<https://twitter.com/FemecogOficial>



[www.youtube.com/c/femecog1960](http://www.youtube.com/c/femecog1960)



¡Tambien en nuestra página WEB!

## VÍA VAGINAL EN OBSTETRICIA

- ▶ En **Reproducción Asistida**, con efecto positivo significativo sobre: embarazo clínico; embarazo en curso y nacidos vivos<sup>1</sup>
- ▶ Para **Prevención del Aborto espontáneo recurrente**, reduce tasa de abortos, mejorando el pronóstico del embarazo<sup>2</sup>
- ▶ Para **Prevención del Parto Pre-termino recurrente**, como alternativa al Cerclaje cervical<sup>3,4</sup>

## VÍA ORAL EN GINECOLOGÍA

- ▶ Como **Terapia Hormonal** en post-menopausia<sup>5</sup>
- ▶ En **Síndrome Pre-menstrual**<sup>6</sup>
- ▶ Para **Sangrado Uterino disfuncional**<sup>7</sup>

## Presentaciones:



Progesterona  
200 mg

Caja con 15  
cápsulas

Reg. No. 095M2019 SSA IV



Progesterona  
100 mg

Caja con 30  
cápsulas

Reg. No. 095M2019 SSA IV

**Referencias:** 1. Palombaro, S., Santagni, S., & La Sala, G. B. (2015). Progesterone administration for luteal phase deficiency in human reproduction: an old or new issue? *Journal of Ovarian Research*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13048-015-0205-8>. 2. Palagiano, A., Bulletti, C., Pace, M. C., De Ziegler, D., Cicinelli, E., & Izzo, A. (2004). Effects of Vaginal Progesterone on Pain and Uterine Contractility in Patients with Threatened Abortion before Twelve Weeks of Pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1034(1), 200-210. <https://doi.org/10.1196/annals.1335.022>. 3. Rowe, T. (2014). Dilemmas in Therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(4), 291-292. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2013.12.024>. 4. Conde-Agudelo, A., Romero, R., Da Fonseca, E., O'Brien, J. M., Cetingoz, E., Creasy, G. W., ... Nicolaidis, K. H. (2018). Vaginal progesterone is as effective as cervical cerclage to prevent preterm birth in women with a singleton gestation, previous spontaneous preterm birth, and a short cervix: updated indirect comparison meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(1), 10-25. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.029>. 5. Scarabin, P. (2019). Postmenopausal hormone therapy and risk of venous thromboembolism: what about progesterone? *BMJ*, 364, l601. <https://doi.org/10.1136/bmj.l601>. 6. Ford, O., Lethaby, A., Roberts, H., & Mai, B. W. J. (2012). Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003415.pub4>. 7. Fitzpatrick, L. A., & Good, A. (1999). Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments. *Fertility and Sterility*, 72(3), 389-397. [https://doi.org/10.1016/s0016-0282\(99\)00272-2](https://doi.org/10.1016/s0016-0282(99)00272-2)



**SIEGFRIED**  
RHEIN

Previta•mom®

*Gynomunal*®

GIRANDA®

Morebon® 

 Dilcia®

Romina®

Oralia®

Flestina®

 nuntera®

Ibarela®

 Oniren®

 Pleniren®

Moments®

Eilen®

 Ruanda®

*Hialoflex*®

Gestil®