



AÑO 1. VOL. 8, JUNIO 2026

BOLETÍN FEMECOG



EDITOR:

DR. RAFAEL BEDOYA TORRES

COMITÉ EDITORIAL:

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



ÍNDICE

02 EDITORIAL

03 CONSEJO DIRECTIVO

09 COMITÉS

10 DE LOS COLEGIOS

13 ARTÍCULOS DE INTERÉS

16 NOTICIAS



MENSAJE EDITORIAL



La historia de una especialidad médica no se construye únicamente a partir de fechas, congresos o instituciones. Se construye, sobre todo, gracias a las mujeres a quienes servimos y a los médicos que, generación tras generación, han dedicado su conocimiento, su tiempo y su vocación a mejorar su salud y su calidad de vida.

Al leer la historia de la ginecología y la obstetricia en México, resulta inevitable reconocer la extraordinaria evolución que ha experimentado esta disciplina. Detrás de cada avance científico, de cada programa de formación y de cada mejora en la atención médica, existe el trabajo silencioso y constante de profesionales comprometidos con una misma misión: ofrecer una mejor atención a las mujeres mexicanas.

En ese recorrido histórico, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) ha desempeñado un papel fundamental. Más allá de su función como organismo representativo de la especialidad, ha sabido convertirse en un espacio de encuentro académico, de intercambio de ideas y de crecimiento profesional. Durante décadas, ha impulsado la educación médica continua, promovido la actualización científica y contribuido a la formación de especialistas cuya calidad profesional es hoy reconocida dentro y fuera de México.

Como observador cercano del desarrollo de la ginecología latinoamericana, siempre he considerado que una de las mayores fortalezas de nuestra especialidad reside en la capacidad de construir comunidades científicas sólidas, capaces de compartir conocimiento, formar nuevas generaciones y mantener vivo el compromiso con la excelencia. La experiencia de FEMECOG representa precisamente ese espíritu.

Esta obra constituye también un reconocimiento a quienes hicieron posible este camino. A los pioneros que sentaron las bases de la especialidad, a los maestros que formaron discípulos, a los investigadores que ampliaron las fronteras del conocimiento y a todos aquellos que comprendieron que la educación es la herramienta más poderosa para transformar la práctica médica.

Conservar la memoria de ese esfuerzo colectivo tiene un valor profundo. Nos permite entender de dónde venimos, apreciar lo que hemos logrado y asumir con responsabilidad los retos que aún nos esperan.

Expreso mi admiración por la comunidad gineco-obstétrica mexicana y mi reconocimiento a FEMECOG por su contribución permanente al fortalecimiento de la especialidad. Estoy convencido de que el futuro de la salud de las mujeres seguirá construyéndose sobre los mismos principios que inspiraron su historia: conocimiento, colaboración y compromiso humano.

Andrea Riccardo Genazzani

*Profesor de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Pisa, Italia*

FEMECOG fortalece su proyección internacional con nuevas alianzas académicas

La **Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG)** firmó, de manera individual, convenios de colaboración con las sociedades de Ginecología y Obstetricia de Chile, Canadá y Panamá, consolidando una red internacional de alianzas en beneficio de los integrantes de nuestros colegios. Estos acuerdos impulsarán el desarrollo conjunto de webinars, programas de educación médica continua, posicionamientos institucionales e intercambio de experiencias científicas. Asimismo, favorecerán el acceso y la difusión recíproca de guías de práctica clínica, documentos de consenso y materiales académicos de alto nivel.

FEMECOG y la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG)

Como parte de esta colaboración, también se analizarán estrategias para establecer programas de intercambio de médicos residentes de la especialidad, fortaleciendo su formación académica y el intercambio de experiencias clínicas entre los países participantes.

Estas alianzas reflejan el compromiso de la FEMECOG con la excelencia profesional, la innovación y la mejora continua de la atención en salud de las mujeres, generando beneficios mutuos y consolidando el liderazgo académico de FEMECOG en el ámbito internacional.

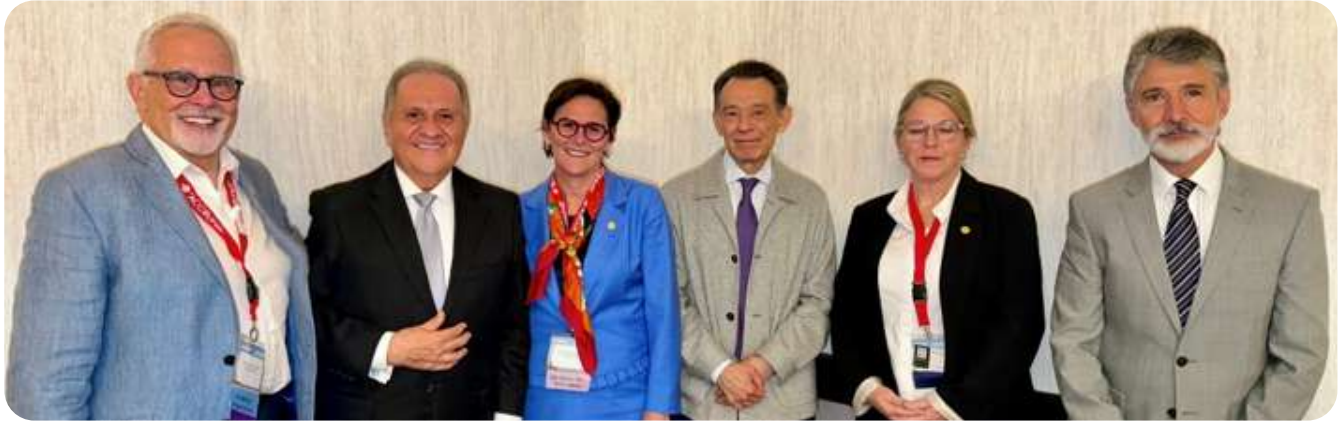


Dr. Jorge Méndez Trujeque, presidente de la FEMECOG y la Dra. Bleixen Admadé, presidenta de la SPOG



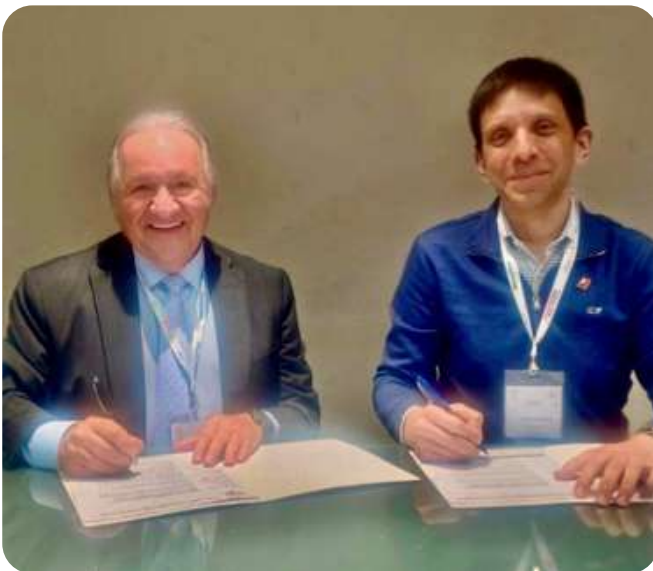
Dr. Eduardo Juárez de la Luz, Dr. José Luis Elizarrarás, Dra. Irma Quintero, Dr. Jorge Méndez Trujeque, Dra. Bleixen Admadé, Dra. Josefina Lira, Dr. Sergio Rosales

Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC)



Dr. Nicholas Leyland (Presidente Electo de la SOGC), Dr. Jorge Méndez Trujeque (Presidente de la FEMECOG), Dra. Diane Francoeur (CEO SOGC), Dr. Emilio Valerio (Secretario de la FEMECOG), Dra. Lynn Murphy-Kaulbeck (Presidenta de la SOGC), Dr. Francisco Borrajo (Tesorero de la FEMECOG)

Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG)



Dr. Jorge Méndez Trujeque (Presidente de la FEMECOG) y Dr. Roberto Altamirano (Presidente de la SOCHOG)



Dr. Roberto Altamirano, Dr. Gilberto Tena, Dr. Francisco Borrajo, Dr. Jorge Méndez Trujeque, Dr. Emilio Valerio

FEMECOG fortalece su presencia en los principales foros internacionales

Integrantes del Consejo Directivo de la **Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología** (FEMECOG), encabezados por su presidente, el **Dr. Jorge Méndez Trujeque**, participaron en los congresos internacionales del **American College of Obstetricians and Gynecologists** (ACOG) y de la **Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada** (SOGC). Durante ambas reuniones sostuvieron una activa agenda de trabajo con representantes de diversas organizaciones científicas, fortaleciendo los vínculos de colaboración académica e institucional. Asimismo, participaron en una reunión estratégica relacionada con la organización del **Congreso Mundial de FIGO**, que tendrá como sede la ciudad de Montreal en noviembre de 2027. Con esta participación, FEMECOG reafirma su compromiso con la internacionalización, el intercambio científico y el liderazgo de la ginecología y obstetricia mexicana en los escenarios internacionales.



Homenaje al Dr. José Roberto Ahued Ahued, referente de la ginecología mexicana

En un emotivo acto celebrado el día 10 de junio en el **Instituto Nacional de Perinatología (INPer)**, se rindió homenaje al **Dr. José Roberto Ahued**, distinguido ginecólogo cuya trayectoria ha dejado una profunda huella en la medicina mexicana.



Lic. Omar Ahued, Sra. Sara Ahued, Dra. Ana Cristina Arteaga, Dr. Jorge Méndez Trujeque, Dra. Josefina Lira, Dra. María de Lourdes Gómez Sousa, Dr. Saúl Vital

La ceremonia fue encabezada por la directora del INPer, la Dra. Ana Cristina Arteaga, y contó con la participación del Dr. José Ángel Córdova Villalobos, exsecretario de Salud y actual presidente de la Academia Nacional de Cirugía, quien ofreció un sentido mensaje de reconocimiento a su legado humano, académico y profesional. En representación de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG), asistió su presidente, el Dr. Jorge Méndez Trujeque. La familia del Dr. Ahued estuvo presente, destacando las emotivas palabras de su hijo, el Lic. Omar Ahued, quien evocó con cariño la calidad humana, el compromiso y la trascendencia de su padre en la formación de generaciones de especialistas.



Dr. Francisco Borrajo, Dr. Jorge Méndez Trujeque, Sra. Sara Ahued, Dr. Emilio Valerio

FEMECOG firma convenio para ampliar los beneficios para pacientes, médicos federados y residentes

De acuerdo con el plan estratégico trazado al inicio de la gestión, en julio inicia un nuevo proyecto institucional con impacto positivo para pacientes, residentes y médicos federados.

Para ello, el pasado 10 de junio, la FEMECOG formalizó la firma de un convenio de colaboración con la empresa CAREBOX. Este convenio forma parte del programa institucional denominado "Ángela", cuyo objetivo principal es facilitar el acceso de las pacientes a medicamentos con descuentos preferenciales. El programa contempla esquemas de apoyo que podrán aplicarse a nivel nacional.

De forma complementaria, el convenio incluye beneficios dirigidos a médicos residentes, entre ellos, la asignación de becas para la asistencia al Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Se busca que los beneficios lleguen de manera oportuna a los médicos federados y sus pacientes, por lo que la operatividad de esta iniciativa será difundida a todos los colegios federados para su pronta implementación.

Este convenio de colaboración consolida la visión de colaboración entre la práctica médica, la industria y la educación médica, en beneficio de los médicos federados y sus pacientes.

Con esta acción, FEMECOG refuerza su compromiso con la formación académica continua y, al mismo tiempo, promueve el acceso equitativo a recursos terapéuticos para la población.

La FEMECOG continúa fortaleciendo sus estrategias de vinculación en beneficio de la comunidad médica y de los pacientes





“Ángela” Proyecto FEMECOG para beneficio de las pacientes Medicamentos al alcance de todos



- 1** El **médico** tiene en su consultorio el QR de vinculación con **Ángela**, en un distintivo de madera, así como un poster y unas tarjetas que podrá facilitar a la paciente.
- 2** El **médico** expide la receta a la paciente y la invita a escanear el QR para vincularse al **chat** de WhatsApp con **Ángela** y así le ayude a buscar, comparar y encontrar el mejor precio del medicamento prescrito en la receta.
- 3** **Ángela** saluda a la paciente y le invita a tomar foto de su receta, de esta manera, toda la información contenida en la receta se vuelve una instrucción para **Ángela**, también le pedirá que escriba la zona o dirección donde desea recibir o recoger los medicamentos.
- 4** **Ángela** geolocaliza en todas las cadenas de farmacia, la disponibilidad y el precio, de esta manera compara, negocia el precio de convenio y le presenta las opciones a la paciente. Esta tarea puede demorar hasta 3 minutos, dependiendo el número y tipo de medicamentos.
- 5** La **paciente recibe** el detalle de las opciones y el precio final. Deberá pagar en el mismo chat (a través de **un enlace de pago seguro**) para que le respeten ese precio, y podrá elegir entre **recogerlos** en la farmacia **más** cercana o en el domicilio que escoja. El envío a domicilio puede demorar de 30 a 120 min.
- 6** Todas las indicaciones que el **médico** ponga en la receta, **Ángela** las utilizará para generar recordatorios de apego al tratamiento.



Ángela y **CAREBOX** no sustituyen la consulta médica ni la relación médico-paciente. El servicio tiene como objetivo orientar al usuario en la búsqueda, comparación y localización de medicamentos, estudios de laboratorio y servicios relacionados con salud.

Carebox es **agnóstico** y no representa a ninguna farmacia, laboratorio, marca farmacéutica ni fabricante de medicamentos. **Ángela se apega a la prescripción médica emitida por el médico tratante.** La decisión de compra corresponde exclusivamente al usuario.

Para esta ocasión tenemos dos aportaciones que consideramos son de interés general para los federados. La primera es darles a conocer el reconocimiento que recibió el pasado 25 de junio el **Dr. Genaro Vega Malagón**, coordinador del Comité de Bioética, como Doctor Honoris Causa en Derechos Humanos por la Colegiación Internacional de Abogados y Defensores de Derechos Humanos en La Paz, Bolivia.



La segunda aportación es el resumen ejecutivo del posicionamiento del Comité de Medicina Reproductiva sobre la TRANSFERENCIA EMBRIONARIA EN PACIENTES CON ADENOMIOSIS, el cual pueden consultar en extenso en la liga adjunta.

La adenomiosis está presente en alrededor del 20-24 % de las mujeres con infertilidad y coexiste con endometriosis en cerca del 25 % de los casos. La adenomiosis se asocia con menor tasa de

implantación, menor tasa de embarazo clínico, menor tasa de nacidos vivos y mayor tasa de aborto, incluso cuando se transfieren embriones euploides, lo que orienta el problema hacia la receptividad uterina. El riesgo, después de la TE, es mayor en la forma focal que en la difusa y en mujeres mayores de 38 años; la adenomiosis asintomática y leve puede tener implantación conservada. El manejo periimplantatorio —preparación, momento, tipo de ciclo y soporte lúteo— es de alto valor. En el contexto fisiopatológico la adenomiosis se caracteriza por hiperestrogenismo local y resistencia a la progesterona. A nivel molecular, el endometrio muestra aumento de marcadores de receptividad, disrupción de la zona de unión, hiperperistalsis uterina, inflamación crónica y estrés oxidativo que mejoran con supresión hormonal. Para decidir la TE considera que: (i) el defecto es predominantemente de receptividad uterina —los embriones euploides implantan menos en el útero adenomiótico—, por lo que el PGT-A no neutraliza el efecto de la enfermedad; y (ii) la estimulación ovárica eleva el estradiol y puede agravar la actividad de las lesiones, lo que sustenta suprimir la actividad de la enfermedad antes de la TE y, cuando proceda, separar la captación del momento de la TE.

#	Recomendación	Grado
2.1	Pretratamiento con agonista de GnRH (1–3 meses); CA-125 como guía	B
2.2	Letrozol como alternativa al agonista; combinación en enfermedad severa	B
2.3	Freeze-all con transferencia diferida, en especial si se planea pretratamiento	C
2.4	Blastocisto en eSET; zona de unión y severidad como factores pronósticos	B
2.5	Soporte lúteo intensivo con progesterona (vía IM o combinada)	C
2.6	Enfermedad severa/refractaria: GnRHa + letrozol prolongado, histeroscopia; asesoría	C–D

Reunión de Presidentes de la Región V

FEMECOG fortalece la vinculación entre sus colegios:

El pasado 4 de junio se llevó a cabo la reunión reglamentaria de presidentes de la Región V de la **FEMECOG**, en la ciudad de Tepatlán, Jalisco, en el marco de su Congreso Regional. Durante el encuentro participaron integrantes del Consejo Directivo de la Federación, quienes presentaron los proyectos institucionales en marcha y sostuvieron un diálogo directo con los presidentes de los colegios de la región.

La reunión permitió conocer la situación actual de cada colegio, identificar sus necesidades y refrendar el compromiso de la **FEMECOG** para apoyar sus proyectos académicos y de desarrollo institucional.

Como parte de los acuerdos, se eligió a la **Dra. Irma Quintero Estrella** como Directora Regional para el periodo 2026–2028. Asimismo, se ratificó al Colegio de Celaya como organizador del Congreso Regional 2027 y se confirmó a San Miguel de Allende como ciudad sede.



La jornada transcurrió en un ambiente de colaboración, diálogo y cordialidad, fortaleciendo el trabajo conjunto en beneficio de la ginecología y obstetricia de la región.





**XXX Congreso Regional FEMECOG - REGIÓN V - Tepatlán, Jal.
Centro de Convenciones Olimpo del 3 al 6 de junio 2026.**



Dr. José Antonio Muñoz, Dr. Sinuhé Torres, Dr. Abraham Flores, Dr. Jorge Méndez, Dra. Josefina Lira, Dr. José Luis Elizarrarás, Dra. Bleixen Admadé, Dr. Luis Navarrete.

Cambios de mesas directivas de este mes

Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Altos de Jalisco, A. C.

Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Piedad A. C.



Dra. Sandra Aguilera, tesorera. Dr. Ángel Rivera, secretario. Dra. Nallely Becerra, presidenta saliente. Dr. José Luis Elizarrarás, director de la región V.



Dr. Jorge Márquez, tesorero. Dr. Adrián Michel García, presidente saliente. Dr. Juan Manzo Segura, Dr. José Luis Elizarrarás, director de la región V.



COLEGIO DE GINECÓLOGOS DE LA REGIÓN MINATITLÁN, VER. A.C.

— INVITAN —

CURSO TALLER DE ACTUALIZACIÓN

Climaterio, Menopausia y Osteoporosis Salud Endocrina y Ósea en la Mujer Contemporánea



17 Y 18 DE JULIO DE 2026

INVERSIÓN:

	GINECÓLOGOS NO FEDERADOS Y OTROS COLEGIOS. OTRAS ESPECIALIDADES	\$ 1000.00
	MÉDICOS GENERALES	\$ 600.00
	GINECÓLOGOS DEL COLEGIO MINATITLÁN	\$ 500.00
	MÉDICOS RESIDENTES Y ENFERMERAS	\$ 200.00
	ESTUDIANTES	\$ 100.00



SEDE:

AUDITORIO HOTEL MADRID, MINATITLÁN, VER.
Boulevard Instituto Tecnológico # 2803.
Nueva Mina, 96760
Minatitlán Ver.



**CONSULTA EL EVENTO
E INSCRÍBETE EN:**

[https://synaptium.net/event/
salud-endocrina-y-osea-en-la-mujer-
contemporanea-climaterio-postmenopausia-y-osteoporosis/](https://synaptium.net/event/salud-endocrina-y-osea-en-la-mujer-contemporanea-climaterio-postmenopausia-y-osteoporosis/)



INFORMES :

Srta. Inés Loyo Hernández
MÓVIL: 922 140 2649



INSCRIPCIONES: BBVA

#CUENTA 01 99 54 42 24
#CUENTA CLABE
012 877 001 9954 4224 9



Enviar comprobante de pago con nombre completo
para la constancia, a este correo.
colegiodeginecologosminatitlan@gmail.com

• PROFESORES •



**DR. ALFONSO
MURILLO URIBE**
Ginecología Endocrina,
Biología de la
reproducción,
Densitometrista Clínico



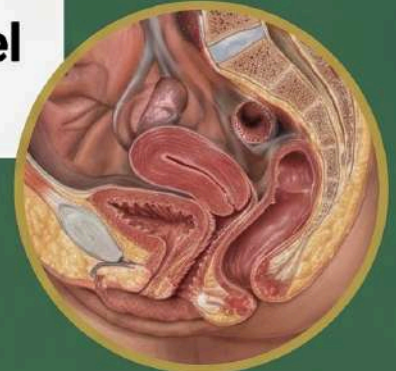
**DR. RAFAEL
BEDOYA TORRES**
Master en Climaterio
y Menopausia,
U. Menéndez Pelayo,
Madrid, España.



**DR. VÍCTOR MANUEL
MERCADO CÁRDENAS**
Titular de la Clínica
de Menopausia
del Centro Médico
DALINDE

¿Qué técnicas quirúrgicas para el prolapso del compartimento anterior son más efectivas?

Esta revisión Cochrane (2026) analiza **41 ensayos controlados aleatorios** (4,531 mujeres) sobre **técnicas para prolapso del compartimento anterior** (descenso de vejiga). Se evaluó **éxito por conciencia del prolapso y recurrencia física**, usando Cochrane Risk of Bias y criterios GRADE. Se comparan reparación de tejido nativo con injertos, mallas permanentes y sacrocolpopexia abdominal para toma de decisiones clínicas.



TEJIDO NATIVO FRENTE A INJERTO BIOLÓGICO (1-2 años)



Mayor riesgo de recurrencia con tejido nativo.

La reparación con tejido nativo probablemente aumenta el riesgo (RR 1.53, Certeza Moderada).

Diferencia mínima en percepción del prolapso.

Es probable que no existan diferencias significativas en percepción (RR 1.20, Certeza Moderada).

TEJIDO NATIVO FRENTE A MALLA PERMANENTE TRANSVAGINAL (1-2 años)



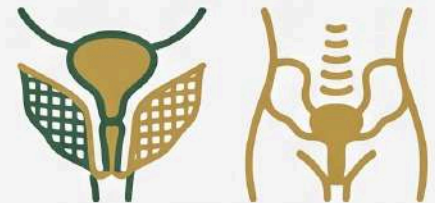
La malla reduce la recurrencia y la reintervención.

El tejido nativo resulta en mayor conciencia del prolapso (RR 1.77) y mayor probabilidad de repetir la cirugía (RR 2.17, Certeza Moderada).

Dispareunia de novo similar.

Es probable que haya poca o ninguna diferencia en dispareunia (dolor durante el coito) entre ambas (Certeza Moderada).

MALLA VAGINAL FRENTE A SACROCOLPOPEXIA ABDOMINAL (1 año)



Ventaja de la sacrocolpopexia en dispareunia.

La dispareunia de novo es más probable con la malla vaginal permanente que con la técnica abdominal (RR 2.15, Certeza Moderada).

Resultados similares en recurrencia.

Se observó poca diferencia entre ambos grupos respecto a conciencia y recurrencia (Certeza Moderada).



CONCLUSIONES Y ADVERTENCIAS CLÍNICAS

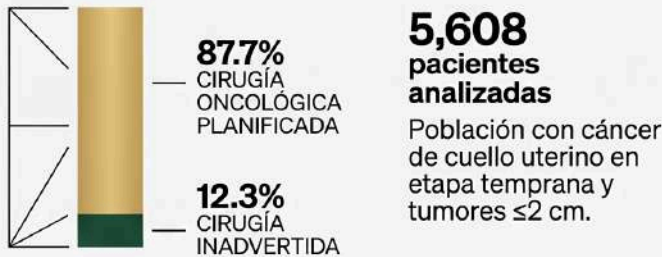
Superioridad de injertos y mallas en recurrencia. Después de 1-2 años, la recurrencia es más probable con la reparación de tejido nativo frente a injerto o malla.

Precaución con kits de malla actuales. Muchas mallas han sido retiradas; los autores sugieren **cautela**, ya que la seguridad a largo plazo de productos disponibles no está establecida.

Referencias: Christmann-Schmid C, Baessler K, Yeung E, et al. Surgery for women with anterior compartment prolapse. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2026. DOI: 10.1002/14651858.CD004014.pub7

Cáncer cervical en etapa temprana: ¿Cómo se compara la cirugía inadvertida con la cirugía oncológica planificada?

METODOLOGÍA Y POBLACIÓN DE ESTUDIO



CIRUGÍA INADVERTIDA VS. PLANIFICADA

INADVERTIDA:

Histerectomía simple sin evaluación de ganglios linfáticos.

PLANIFICADA:

Sigue protocolos oncológicos estrictos.

IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA general a 5 años

96.2%

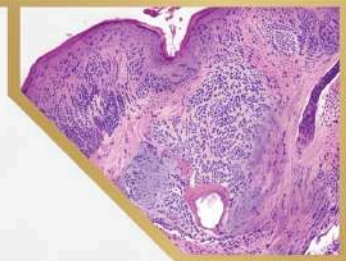
PLANIFICADA general a 5 años.

1.89x

Riesgo de mortalidad incrementado (aHR) en cirugía inadvertida.

91.5%

INADVERTIDA general a 5 años.



TERAPIA ADYUVANTE Y CONCLUSIONES



96.2%

INADVERTIDA

MAYOR NECESIDAD DE TERAPIA DE RESCATE

11.3%

PLANIFICADA

La terapia de rescate no iguala los resultados.

La radioterapia adyuvante tras una cirugía inadvertida no mejoró significativamente la supervivencia general.

“ LOS PRINCIPIOS ONCOLÓGICOS DEBEN GUIAR EL MANEJO.

A pesar de la tendencia hacia tratamientos menos invasivos, las decisiones quirúrgicas deben priorizar los resultados oncológicos comprobados.

Referencias: Agusti N, Viveros-Carreño D, Wu C, et al. Survival outcomes after inadvertent surgery in low-risk-early-stage cervical cancer. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2026; 234, 1639.

Hipertensión en el embarazo: ¿Cómo se compara el labetalol con la nifedipina?

Emulación de ensayo clínico objetivo (2009–2020), realizada en Victoria, Australia, con 7,416 embarazos. Se analizaron los riesgos de resultados maternos y neonatales adversos al comparar el uso de labetalol oral frente a nifedipina oral entre las semanas 11 y 36 de gestación.

33%

Nifedipina se asoció con 33% mayor riesgo de morbilidad materna grave.



El uso de nifedipina se asoció con un 33% mayor riesgo de morbilidad materna grave en comparación con labetalol (aRR 1.33).

Sin diferencias significativas en resultados neonatales.



Ambos fármacos mostraron perfiles de seguridad similares respecto a la mortalidad o morbilidad neonatal grave.

Comparativa porcentual de resultados adversos compuestos por fármaco

	Labetalol	Nifedipina
Morbilidad Materna Grave	6.6%	9.4%
Morbilidad Neonatal Grave	43.0%	46.1%

Mayor incidencia de eclampsia y síndrome HELLP con nifedipina



Las tasas de eclampsia (3.0%) y síndrome HELLP (4.3%) casi duplicaron a las del labetalol.

Riesgos adicionales: Parto prematuro y polifarmacia



La nifedipina se vinculó a más nacimientos prematuros iatrogénicos y necesidad de fármacos adicionales.

Labetalol podría ofrecer un mejor perfil de seguridad como opción de primera línea

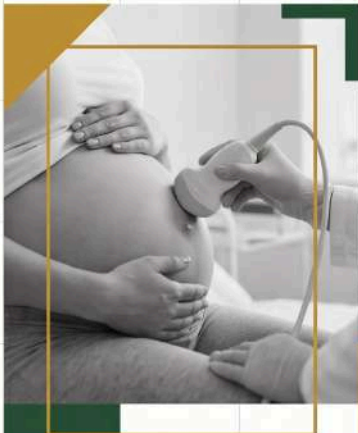
Los hallazgos sugieren que el labetalol ofrece beneficios superiores, especialmente en casos de preeclampsia.



Atkinson J, Lindquist A, Tong S et al. A comparison of the safety of oral labetalol versus nifedipine to manage hypertension in pregnancy in Australia: a target trial emulation. *eClinicalMedicine*. 2026;96:104002. doi:10.1016/j.eclinm.2026.104002.

Los agonistas GLP-1 no deben utilizarse durante el embarazo ni en búsqueda gestacional planificada

El Riesgo Clínico



Exposición inadvertida y riesgo obstétrico

La evidencia disponible sugiere precaución y suspensión antes de la búsqueda gestacional planificada.

Medida Preventiva



Hallazgos de Farmacovigilancia

Análisis profundos confirman riesgos tras el uso inadvertido de semaglutida al inicio de la gestación.

Suspensión estricta preconcepción

Es imperativo interrumpir el tratamiento farmacológico antes de iniciar la búsqueda del embarazo.

Referencias: Actualización clínica publicada en Medscape Noticias Médicas (Sección Ginecología y Obstetricia), 3 y 4 de junio de 2026.

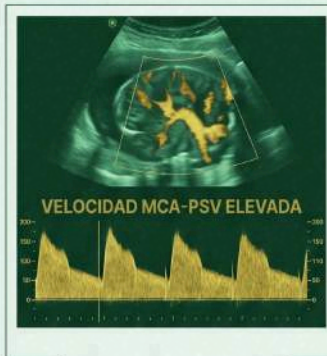
Impacto de la anemia materna severa en la velocidad del flujo de la arteria cerebral media fetal

Un reporte clínico preliminar revela que la anemia materna grave eleva la velocidad pico sistólica de la arteria cerebral media fetal (MCA-PSV), normalizándose instantáneamente tras el tratamiento materno.

ALTERACIÓN DEL FLUJO FETAL

Elevación de la velocidad MCA-PSV

La anemia materna grave aumenta significativamente la velocidad pico sistólica en el feto.



Marcador de Riesgo Tradicional

Este flujo alterado se asocia típicamente a cuadros de anemia fetal o prematuridad.

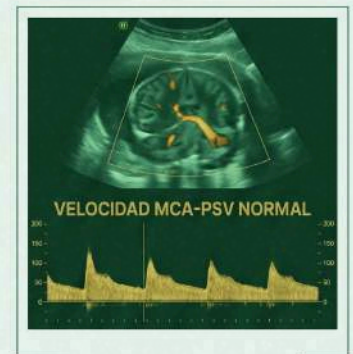
RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Transfusión Sanguínea Materna

El flujo fetal se normaliza inmediatamente después de realizar la transfusión a la madre.

Reversión documentada en el caso reportado tras transfusión materna

El estudio demuestra que la alteración es totalmente reversible mediante la intervención materna.



Referencia: American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG), Valsky D. V., et al. (Junio 11, 2026).

El nuevo paradigma en el diagnóstico no invasivo de la endometriosis

La laparoscopia ya no debe considerarse obligatoria para iniciar el abordaje diagnóstico-terapéutico cuando la evaluación clínica y la imagen son suficientes.



Fase 1: Diagnóstico no Invasivo



Evaluación Clínica Clínica y Ecográfica

El diagnóstico se basa en síntomas (dismenorrea, dolor pélvico) y ecografía transvaginal detallada.

No se recomiendan biomarcadores de rutina

Se descarta formalmente el uso de biomarcadores en sangre o endometrio por falta de precisión.

Fase 2: Manejo y Tratamiento



Terapia Médica Presuntiva

Inicio inmediato de anticonceptivos combinados continuos o progestinas tras documentar la sintomatología.



Cirugía como segunda línea

La laparoscopia se reserva para fallas terapéuticas tras un ensayo de 3 a 6 meses.

Referencias: Diagnosis of Endometriosis: ACOG Clinical Practice Guideline No. 11. Obstetrics & Gynecology, volumen 147, número 3, páginas 612-629, marzo de 2026.

Nueva estrategia farmacológica en miomatosis uterina: Eficacia y seguridad a largo plazo de los antagonistas de GnRH

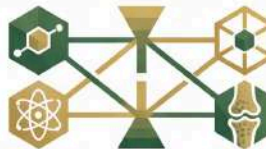
La investigación valida el uso de **terapias orales combinadas** (antagonistas de GnRH + terapia add-back) para el manejo de miomas. Esta estrategia logra **reducir el sangrado menstrual abundante** de forma **sostenida** mientras protege la densidad ósea y mitiga efectos secundarios.

Eficacia clínica y control de síntomas



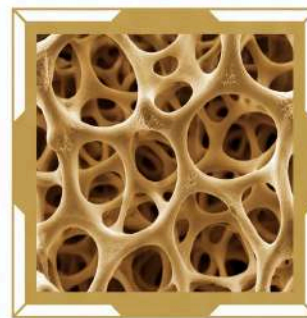
Reducción drástica del sangrado menstrual

Se logra un control sostenido del volumen de sangrado uterino secundario a miomas.



Terapia de reemplazo "add-back"

La dosis combinada previene eficazmente los sofocos y la desmineralización ósea.

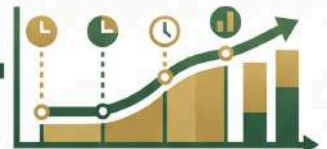


Seguridad y alternativa a la cirugía



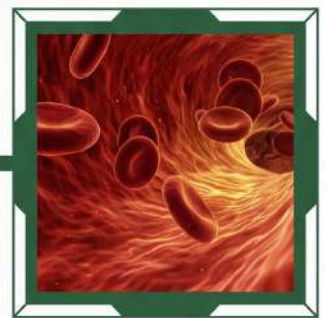
Alternativa sólida a la intervención quirúrgica

Ofrece una opción segura para pacientes que buscan evitar la miomectomía o histerectomía.



Viabilidad en la transición menopáusica

Supera las limitaciones históricas de los antiguos agonistas inyectables para uso prolongado.



Referencias: Al-Hendy A, Bradley L, Owens L, Taylor HS. The Modern Management of Uterine Fibroids-Related Abnormal Uterine Bleeding. Fertil Steril. 2026 Jun;125(6):1104.



74° CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

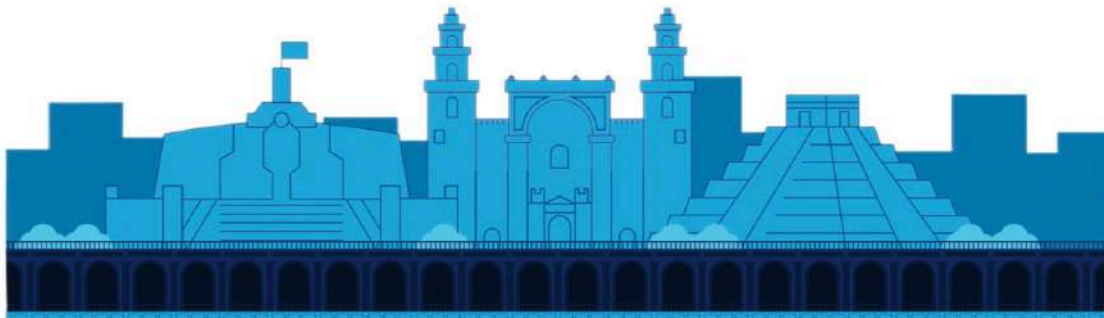
¡NOS VEMOS EN MÉRIDA EN 2026!



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.](#)

¡Síguenos en nuestras redes sociales!



www.facebook.com/FEMECOG



www.tiktok.com/@femecog



www.instagram.com/femecogoficial



www.x.com/FemecogOficial



www.youtube.com/c/femecog1960



www.femecog.org.mx



TABLA DE DOSIFICACIÓN DUPHASTON®

DÉCADAS
DE MUJERES **REALES**

FP: 04001525-F

MATERIAL PARA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.

LÍNEA
SALUD
FEMENINA



Duphaston®
Didrogesterona

INICIA

CONTINÚA

**CICLOS
MENSTRUALES
IRREGULARES**

10 a 20 mg al día, iniciando en la segunda mitad del ciclo menstrual.¹

10 a 20 mg al día, iniciando en la segunda mitad del ciclo menstrual por 6 meses.²

**ENDOMETRIOSIS
(Dolor pélvico crónico)**

Tratamiento Prolongado: 20 a 30 mg al día, iniciando el 5° día del ciclo menstrual y finalizando el día 25.

Tratamiento Prolongado: 20 a 30 mg al día, iniciando el 5° día del ciclo menstrual y finalizando el día 25, por 6 meses.

Tratamiento Continuo: 20 a 30 mg al día, durante todo el ciclo menstrual.³

Tratamiento Continuo: 20 a 30 mg al día, durante todo el ciclo menstrual, por 6 meses.³

AMENAZA DE ABORTO

40 mg de dosis inicial.¹

20 a 30 mg al día hasta la remisión de los síntomas.¹

**SOPORTE DE
LA FASE LÚTEA**

Día 1: **10 mg cada 8 horas** el día de la recuperación del ovocito.⁴

10 mg cada 8 horas hasta las 12 semanas de gestación si se confirma el embarazo.⁴

REFERENCIAS: 1. Jain, V., Chodankar, R.R., Maybin, J.A. et al. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins menstrual health. *Nat Rev Endocrinol* 18, 290–308 (2022). 2. Petra Skute (2021): Didrogesterone indications beyond menopausal hormone therapy: an evidence review and woman's journey. *Gynecological Endocrinology*, 3. Sukhikh, G., Adamyay, L., Dubrovina, S., Baranov, I., Bazhenar, V., & Kozachenko, A. et al. (2021). Prolonged cyclical and continuous regimens of didrogesterone are effective for reducing chronic pelvic pain in women with endometriosis: results of the ORCHIDEA study. *Fertility And Sterility*, 116(6). 4. Trivedi N, Chauhan N, Vaidya V. Effectiveness and safety of didrogesterone in regularization of menstrual cycle: a post-marketing study. *Gynecol Endocrinol*. 2016 Aug;32(8):667–671.

Previta • mom®

Gynomunal®

GIRANDA®

Morebon® **D3**

Dilcia®

Romina®

Oralia®

Flestina®

 nuntera®

Ibarela®

 Oniren®

 Pleniren®

Moments®

 Ruanda®

Eilen®

Gestil®

Hialoflex®