



AÑO 1. VOL. 7, MAYO 2026

BOLETÍN FEMECOG



EDITOR:

DR. RAFAEL BEDOYA TORRES

COMITÉ EDITORIAL:

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

FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, A.C.



ÍNDICE

02 EDITORIAL

03 CONSEJO DIRECTIVO

08 COMITÉS

09 DE LOS COLEGIOS

15 ARTÍCULOS DE INTERÉS

19 NOTICIAS



Construir el futuro: procesos, calidad y nuevas generaciones

Las organizaciones médicas enfrentan hoy desafíos muy similares a los que ha enfrentado la propia medicina durante las últimas décadas. Hubo un tiempo en que la experiencia individual era suficiente para garantizar buenos resultados; sin embargo, la evolución del conocimiento nos enseñó que la excelencia no depende únicamente de las personas, sino también de los sistemas que respaldan su trabajo. Por ello surgieron los protocolos, los indicadores de desempeño, la mejora continua y los modelos de calidad que hoy forman parte de la práctica médica cotidiana.

Las organizaciones científicas y gremiales no son ajenas a esta realidad.

La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología ha construido, a lo largo de muchos años, un patrimonio académico extraordinario gracias al compromiso y liderazgo de generaciones de ginecólogos y obstetras que dedicaron tiempo, experiencia y esfuerzo al fortalecimiento de nuestra especialidad. Sin embargo, el crecimiento de una institución moderna exige algo más que buena voluntad y trabajo individual: requiere procesos claros, medibles, documentados y orientados a la mejora continua.

Bajo esta visión, en **FEMECOG** hemos comenzado a reflexionar sobre la conveniencia de fortalecer algunos de nuestros procesos estratégicos mediante modelos de gestión que permitan garantizar continuidad, eficiencia y calidad. Uno de los más importantes es, sin duda, el relacionado con la educación médica continua y particularmente con la organización del **Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología**.

Nuestro congreso anual representa mucho más que un encuentro académico. Es un complejo sistema de generación y transmisión de conocimiento que involucra planeación estratégica, evaluación de necesidades educativas, selección de contenidos, coordinación de profesores nacionales e internacionales, gestión administrativa, innovación tecnológica y seguimiento de resultados. Considerarlo como un proceso institucional susceptible de mejora permanente constituye una oportunidad para fortalecer aún más su impacto y trascendencia.

Trabajar con una visión basada en procesos y con estándares internacionalmente reconocidos de calidad no debe entenderse como un ejercicio administrativo aislado. Se trata de construir una cultura organizacional capaz de preservar las mejores prácticas, reducir la dependencia de esfuerzos individuales y facilitar la continuidad de los proyectos a través del tiempo. En otras palabras, transformar la experiencia acumulada en conocimiento organizacional.

Sin embargo, mientras hablamos de calidad, procesos y sostenibilidad institucional, existe otro desafío igualmente importante que merece nuestra atención: el relevo generacional.

En los últimos años hemos observado cómo las nuevas generaciones de especialistas participan activamente en actividades académicas, aprovechan las oportunidades de actualización y utilizan con gran habilidad las herramientas tecnológicas disponibles. No obstante, también percibimos una menor disposición a involucrarse en la vida colegiada, en las tareas gremiales y en la construcción de las instituciones que han dado soporte al desarrollo de nuestra especialidad durante décadas.

Esta situación no es exclusiva de **FEMECOG** ni de nuestro país; es un fenómeno que enfrentan numerosas organizaciones profesionales alrededor del mundo. Sin embargo, nos obliga a reflexionar sobre nuestra responsabilidad como líderes actuales. El relevo generacional no ocurre de manera espontánea. Así como formamos especialistas en hospitales y universidades, debemos también formar líderes académicos e institucionales.

Quizá ha llegado el momento de replantear la forma en que incorporamos a los médicos residentes y a los especialistas jóvenes a nuestras actividades. No solamente como asistentes a congresos o beneficiarios de programas educativos, sino como participantes activos en la construcción de proyectos, comités, iniciativas académicas y espacios de liderazgo. Debemos invitarlos a conocer no sólo los resultados de nuestras organizaciones, sino también los procesos y valores que las sostienen.

Los residentes que hoy ocupan las aulas, auditorios y salas de discusión serán quienes mañana dirigirán nuestros colegios, coordinarán nuestros congresos y representarán a la ginecología y obstetricia mexicana ante los organismos nacionales e internacionales. Si deseamos instituciones fuertes para las próximas décadas, debemos sembrar desde ahora el interés, el compromiso y el sentido de pertenencia que harán posible esa continuidad.

Al final, las certificaciones fortalecen los procesos; la educación fortalece el conocimiento. Pero son las personas quienes garantizan la permanencia de las instituciones.

El verdadero legado de **FEMECOG** no será únicamente la calidad de sus congresos, la solidez de sus programas académicos o la eficiencia de sus sistemas de gestión. Nuestro mayor legado será construir una organización capaz de trascender generaciones, preservando sus valores, adaptándose a los cambios e inspirando a quienes habrán de conducirla en el futuro.

Porque las instituciones más fuertes no son aquellas que dependen de una generación excepcional, sino aquellas que logran preparar a la siguiente.

Dr. Emilio Valerio Castro

Primer Secretario Propietario **FEMECOG**

REUNIÓN DE PRESIDENTES EN LOS MOCHIS Y EN PUEBLA

Durante los congresos de las regiones III y VI, realizados en Los Mochis y Puebla, se llevaron a cabo las reuniones reglamentarias de presidentes. En ellas, los presidentes de cada colegio expusieron la situación actual de sus agrupaciones, los principales retos que enfrentan y sus próximos proyectos académicos y de desarrollo profesional.

Miembros del Consejo Directivo de la **FEMECOG** estuvieron presentes en esas importantes reuniones para dar a conocer detalles de los proyectos que se están llevando a cabo en beneficio de los médicos federados y para que los Colegios miembros incrementen su membresía. Al mismo tiempo, se reafirmó que las puertas de la Federación están abiertas para brindar apoyo a los proyectos académicos y de crecimiento institucional que requieran.

REGIÓN III - LOS MOCHIS



REGIÓN VI - PUEBLA



ELECCIÓN DEL COLEGIO ORGANIZADOR DEL 76° CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Durante la reunión de presidentes de la región VI, se eligió al Colegio de Puebla como organizador del **76° Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología** que se llevará a cabo en 2028.



Posteriormente, integrantes del Comité Organizador y miembros del **Consejo Directivo de FEMECOG** sostuvieron una reunión informativa en donde se analizaron aspectos de la posible ciudad y recinto sede para realizar nuestro máximo evento académico del año.

CONGRESO INTERNACIONAL

El Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco efectuó su 33 Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia en la ciudad de Guadalajara del 20 al 23 de mayo pasado.



Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco A.C.

Como es habitual en este congreso, la asistencia de casi 600 especialistas fue notable. También destacaron las actividades dirigidas a médicos residentes, quienes participaron activamente y mostraron gran entusiasmo.

Varios miembros del **Consejo Directivo de la FEMECOG** participaron en el programa académico y apoyaron la iniciativa de incluir actividades para los residentes, esperando que más Colegios generen espacios académicos para estos médicos que son el futuro de nuestra especialidad.



CONGRESO INTERNACIONAL - GALERÍA



ALIANZAS INTERNACIONALES

El pasado 29 de mayo, el **Dr. Jorge Méndez Trujeque**, presidente de la **Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG)**, y el **Dr. José Omar Latino**, presidente de la **Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FASGO)**, firmaron un convenio de alianza interinstitucional.



Este acuerdo tiene como propósito fortalecer los vínculos de amistad, colaboración académica y desarrollo institucional entre ambas organizaciones. Asimismo, establece las bases para una relación permanente de cooperación sustentada en el respeto mutuo, la solidaridad regional y el compromiso compartido con la salud integral de las mujeres de América Latina. El convenio impulsará programas de intercambio académico, educación médica continua y proyectos de interés común.

Ambas instituciones trabajarán en iniciativas conjuntas en áreas de interés común, incluyendo investigación colaborativa, desarrollo institucional e innovación y transformación digital.





DE LOS COMITÉS

Estimados colegas:

Dedicamos este espacio para informarles de las actividades realizadas en el mes de mayo por comités pertenecientes al área de Gestión Institucional.

Comité de Vinculación con Instituciones Internacionales.

Dentro del marco del **Annual Clinical Meeting del ACOG**, se llevó a cabo una reunión de trabajo entre **FIGO, ACOG, SOGC y FEMECOG**, esta última representada por el **Dr. Jorge Méndez Trujeque**, como presidente y el **Dr. Ernesto Castelazo Morales y la Dra. Paola Iturralde Priego** como miembros del Comité de Vinculación con Instituciones Internacionales. La reunión permitió revisar las líneas estratégicas de colaboración regional, así como las acciones preparatorias rumbo al **Congreso Mundial FIGO Montreal 2027**. Se identificaron oportunidades para fortalecer la presencia científica e institucional de **FEMECOG** mediante la participación académica y el desarrollo de documentos regionales de consenso. Se establecieron temas prioritarios como la salpingectomía oportuna, el tamizaje cervical de VPH, la evaluación endometrial posmenopáusica, el consentimiento informado y la autonomía reproductiva, y la equidad en salud sexual y reproductiva.

Con relación a la reestructuración realizada por **ACOG** con las organizaciones internacionales asociadas, se consideró que obedece a una transición administrativa que no afecta la relación histórica con **FEMECOG** y abre oportunidades para una vinculación más moderna.

Con respecto al **Congreso FIGO Montreal 2027**, **FEMECOG** contará con representación en comités organizadores y científicos, sesión científica propia y espacio de exhibición institucional. Se acordó impulsar documentos vivos regionales, promover la participación con abstracts, fortalecer la comunicación institucional y ampliar la participación de especialistas mexicanos, para lo cual se designarán responsables estratégicos, se desarrollarán campañas de comunicación, se identificarán ponentes potenciales y se fortalecerá la vinculación con patrocinadores. Se concluyó que **FIGO Montreal 2027** representa una oportunidad histórica para consolidar el liderazgo internacional de **FEMECOG** y aumentar la visibilidad de la ginecología y obstetricia mexicana.

Comité de Vinculación con Alianzas Estratégicas.

Su coordinador el **Dr. Juan Carlos López Jurado**, informó las actividades realizadas para fortalecer las relaciones comerciales con la industria y otros aliados estratégicos. Se han efectuado reuniones de análisis estratégico orientadas a evaluar la comercialización y el posicionamiento de los productos y la cartera de servicios **FEMECOG**, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y áreas de desarrollo con los socios comerciales, segmentándolos en tres sectores clave: la industria farmacéutica, la industria de tecnología médica, y otros sectores comerciales y de servicios relacionados. Se revisaron los acuerdos comerciales vigentes donde se constató que la participación está siendo entusiasta y muy favorable para la Federación. El comité continuará buscando el acercamiento para rescatar a aquellos colaboradores que por alguna causa dejaron de participar, además de generar nuevos modelos de colaboración, promoción y valor agregado para la cartera de servicios **FEMECOG**.

Comité de Responsabilidad Social.

Este comité a cargo de la **Dra. Erika Torres Valdés**, ha realizado un diagnóstico situacional de la participación de **FEMECOG** en las diferentes redes sociales. Con base en ello, se acordó con el **Dr. Méndez Trujeque** rediseñar el modelo de participación en las diferentes redes sociales con el objeto de ampliar los espacios de participación de los comités académicos. El objetivo es participar en la educación de la comunidad incrementando la difusión de contenidos médicos en las principales plataformas y a través del análisis de las opiniones de los seguidores establecer procesos de mejora continua. Se pretende que los formatos que se utilicen sean modernos, dinámicos e innovadores, para lograr un mayor alcance.

Les enviamos un cordial saludo y reiteramos nuestro compromiso de mantenerlos informados sobre las actividades de nuestros comités.

Dr. Gilberto Tena Alavez

Coordinador de Gestión y Seguimiento

CONGRESOS REGIONALES DE MAYO

Durante el mes de mayo se llevaron a cabo dos congresos regionales: el XXXIII Congreso de la Región III, organizado por el Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis, en Los Mochis, Sinaloa, del 14 al 16 de mayo; y el XXX Congreso de la Región VI, organizado por el Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala, en la ciudad de Puebla, del 28 al 30 de mayo.

En ambos congresos destacaron el excelente programa académico, la participación de profesores de gran nivel, una logística impecable y un importante poder de convocatoria, reflejado en la alta asistencia a las conferencias.



Dr. Renato Ximenes, Dra. Josefina Lira Plascencia, Dr. Jorge Méndez T., Dr. Julio César Soto G., Dra. María Elena Gutiérrez S.



Dr. Armando Carrera C., Dr. José Omar Latino, Dra. Josefina Lira Plascencia, Dr. Jorge Méndez T., Dr. Rogelio Castillo L., Dr. Ángel Machorro O.



Dra. María Elena Gutiérrez S., Dr. Jorge Carlos Méndez T., Dra. Josefina Lira P., Dr. Héctor M. Pérez Suárez GO Homenajeado, Dr. Julio César Soto G.



Dr. José Omar Latino, Dra. Josefina Lira, Dr. Jorge Méndez T., Dr. Armando Carrera C., Dra. Maricruz Pineda V., Dr. Rogelio Castillo L.

XXX Congreso Regional de la Región VI FEMECOG

El XXX Congreso Regional de la Región VI de FEMECOG fue organizado por el Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala y se llevó a cabo en el Hotel Presidente InterContinental de Puebla, del 28 al 30 de mayo de 2026.

El evento contó con más de 400 asistentes, la presencia del Consejo Directivo de FEMECOG y la participación del presidente de FASGO como invitado internacional.



XXX Congreso Regional de Obstetricia y Ginecología

28 al 30 de mayo del 2026

Región VI - Puebla, Pue.



Cambio de Mesa Directiva

Colegio de Ginecología y Obstetricia de Guasave-Guamuchil, A.C.

Dra. Ediviges Cabanillas Ramírez - Tesorera;
Dr. Julio César Soto Galindo - Director Región III;
Dr. Gustavo Alonso García Navarro - Presidente;
Dra. Melissa Angulo Cervantes - Secretaria;
Dr. Eduardo Gómez Juárez - Vicepresidente



**22
de Julio**

Sede:
Showroom SIYS
Medical

2ndo Workshop Internacional de
CARDIOLOGÍA FETAL
Mérida, Yucatán, México

Mérida 2026

COSTOS

\$1,700 - Médicos GO Federados
\$2,200 - Médicos GO no Federados
\$1,200 - Médicos Familiares y Generales
\$500 - Residentes

INSCRÍBETE

☎ 999 163 7146
✉ secretaria.ginecoyuc@gmail.com
📷 [ColegioGinecoYuc](#)



COLEGIO GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DE YUCATÁN

FEMECOG
Federación Mexicana de Colegios de Obstetricas y Ginecologas, S.C.
AVAL UNIVERSITARIO

SEGUNDO DIPLOMADO INTERNACIONAL FEMECOG EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

"DE LA EVIDENCIA MEDICA A LA PRÁCTICA CLÍNICA"

DIPLOMADO EN LÍNEA MODALIDAD ON DEMAND del 04 de abril de 2026 al 11 de Julio de 2026

Martes: 15:00 a 19:00 hrs.
Sábado: 08:00 a 12:00 hrs.

70 HORAS ACADÉMICAS
45 PUNTOS CMO

PROFESOR TITULAR
Dr. Rafael Balcázar Torres

PROFESORES ADJUNTOS
-Dr. Guadalupe Coto González
-Dr. Miguel Ángel Balcázar Torres

FEDERADO \$ 0.00 MXN
NO FEDERADO \$ 4,000 MXN
EXTRANJEROS \$ 300 US

INFORMES: FEMECOG@FEMECOG.COM.MX
¡INSCRÍBETE AHORA!



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

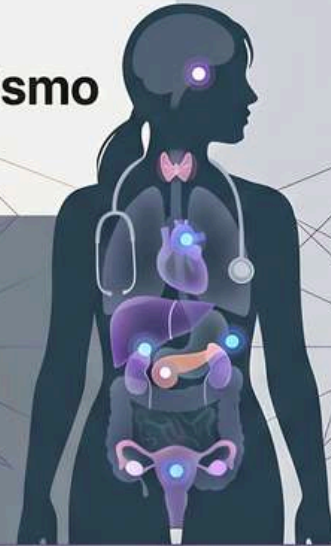


30 CONGRESO COMEGO

MUJER Y SALUD: DEL CONOCIMIENTO A LA ATENCIÓN CLÍNICA
24 AL 26 DE JUNIO DEL 2026



Diplomado Internacional en Endocrinología Ginecológica, Metabolismo y Reproducción 2026



INFORMACIÓN GENERAL Y MODALIDAD

15 de junio al 07 de diciembre de 2026

El periodo lectivo abarca horas distribuidas en un calendario semestral estratégico.



Modalidad 100% Virtual Sincrónica

Sesiones en vivo diseñadas para la interacción directa, permitiendo el acceso global desde cualquier ubicación.

132 HORAS Y 43 SESIONES

Un programa intensivo dividido en 11 módulos temáticos que garantizan una cobertura profunda de cada especialidad.

PLAN DE ESTUDIOS: 11 MÓDULOS ESPECIALIZADOS



Endocrinología del Ciclo de Vida

Cubre desde la etapa infanto-juvenil y vida adulta hasta el climaterio, menopausia y geriatría.

Patologías y Metabolismo

Enfoque profundo en Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), patologías tiroideas, obesidad y salud ósea.



Reproducción y Actualidad

Módulos dedicados a la endocrinología de la anticoncepción, infertilidad y temas emergentes en el campo.

PLANEACIÓN SEMANAL Y METODOLOGÍA

LUNES: CÁTEDRA TEÓRICA



Sesiones teóricas de 19:00 a 21:30 hrs enfocadas en los fundamentos de cada módulo.

JUEVES: PRÁCTICA Y ANÁLISIS



De 19:00 a 21:30 hrs se realizan casos clínicos, talleres, mesas de discusión y lecturas guiadas con análisis crítico.

EXCELENCIA ACADÉMICA Y AVALES



Avalado por la UNAM

El diplomado otorga un valor curricular de 16 créditos universitarios.

51 PUNTOS DEL CMGO

Certificación válida ante el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

DIRECCIÓN DE EXPERTOS

Liderado por la Dra. Ana María Velasco Guzmán y el Dr. Juan Carlos Barros Delgadillo, junto a destacados profesores adjuntos.

ACTUALIZACIÓN 2026: CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (ACOG)

Presentación de las recomendaciones actualizadas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) para el cribado de cáncer de cuello uterino en pacientes con riesgo promedio, alineándose con las directrices de 2026 de la Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (WPSI).

OBJETIVOS

Alineación con WPSI 2026

El objetivo es estandarizar el cribado en pacientes con riesgo promedio basándose en la evidencia clínica más reciente de 2026.

Foco en la Implementación

Se enfatiza la viabilidad práctica, especialmente en la autoelección de muestras para pruebas de VPH y la equidad en salud.

MÉTODO

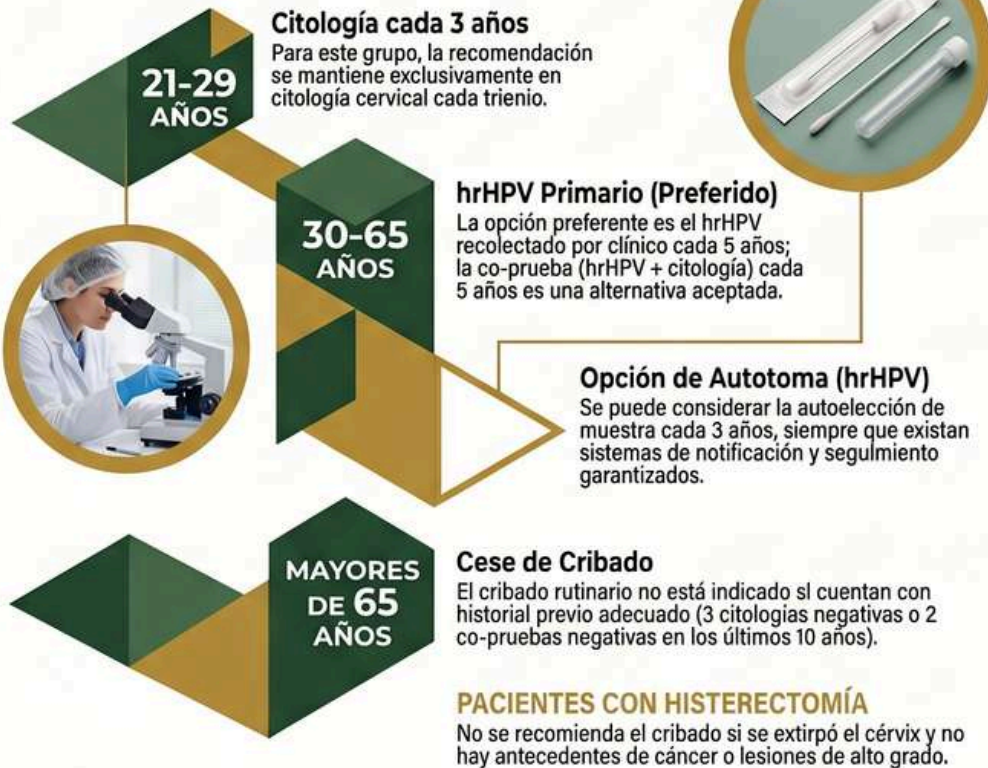
Revisión y Adopción

ACOG revisó y adoptó formalmente las guías actualizadas de la WPSI publicadas en enero de 2026.

Grupos de Estudio

El análisis se segmentó en tres grupos etarios clave: 21-29 años, 30-65 años y mayores de 65 años.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

Prioridad al hrHPV Primario

Se insta a los clínicos a considerar el hrHPV como la opción preferente entre los 30 y 65 años.

Adaptación al Entorno

La implementación debe ajustarse a la disponibilidad de recursos, manteniendo la co-prueba como alternativa viable donde el dende el hrHPV primario no esté disponible.

Seguimiento Crítico

El éxito de la autotoma y otras pruebas depende estrictamente de sistemas de seguimiento efectivos para evitar diagnósticos erróneos.

EXCLUSIONES

Poblaciones Fuera de Guía

Estas recomendaciones no aplican a pacientes con VIH, inmunocomprometidos o con exposición prenatal a dietilestilbestrol (DES).

¿Qué tan común es el uso de la medicina complementaria en el manejo del cáncer de mama y cuáles son los riesgos?

ANTECEDENTE

Elección de Terapias No Tradicionales

Algunas pacientes con cáncer de mama recurren a la medicina complementaria y alternativa (CAM) además del tratamiento oncológico convencional, que puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia endocrina e inmunoterapia.

Base de la Investigación

El estudio realizado por Ayoade y colaboradores (JAMA Network Oncology, 2026) describe la asociación directa entre el uso de CAM y la supervivencia de las pacientes.



DISCUSIÓN

Menor Adherencia al Tratamiento

Los pacientes que utilizan CAM tienen menos probabilidades de completar terapias hormonales o de radiación críticas para su recuperación.

Impacto en la Supervivencia

El uso de CAM, aunque raro, se asocia sistemáticamente con una mayor tasa de mortalidad debido a la postergación o rechazo de tratamientos convencionales.



MÉTODO

Alcance de la Cohorte

Análisis basado en datos de la Base de Datos Nacional de Cáncer, incluyendo a 2,157,219 pacientes femeninas diagnosticadas entre 2011 y 2021.

Definición de CAM

Para efectos de este estudio, se define como cualquier tratamiento administrado por personal no médico.

Análisis Estadístico

Se utilizó el análisis de Kaplan-Meier para la supervivencia a 5 años y modelos de riesgos proporcionales de Cox para ajustar variables como edad, raza, etapa del cáncer e ingresos.

RESULTADOS

Distribución de la Terapia

97.6% recibió terapia tradicional exclusivamente; el uso de CAM (sola o combinada) **representó menos del 0.1% de los casos.**

Riesgo de Mortalidad (aHR)

Pacientes tratadas solo con CAM mostraron un riesgo de mortalidad **3.67** veces mayor en comparación con quienes recibieron terapia tradicional.

Impacto de la Terapia Combinada

La combinación de CAM y terapia tradicional se asoció con un riesgo de mortalidad **1.45** veces mayor (aHR 1.45) que el tratamiento puramente tradicional.

Comparar la adherencia a tratamientos específicos en pacientes de Etapa II según el tipo de terapia elegida.

Tratamiento	Terapia Endocrina (%)	Radiación (%)
Tratamiento convencional + CAM	40.7%	36.6%
Tratamiento convencional exclusivo + CAM	65.2%	59.5%

Asociación entre calcificación placentaria prematura y resultados perinatales

PERFIL DEL ESTUDIO Y DEFINICIÓN

● Calcificación Placentaria Prematura (CPP)

Se define específicamente como alcanzar un grado 3 de calcificación ecográfica antes de las 36 semanas y 6 días de gestación.

● Base de Evidencia Robusta

Los datos provienen de un meta-análisis sistemático de 9 estudios de cohorte que incluyen a 6,575 pacientes con embarazos únicos.



ECOGRAFÍA:
Calcificación Placentaria
Grado 3 (<36+6 semanas)



FOTOGRAFÍA MÉDICA:
Placenta Calcificada (Grado 3)



RIESGOS MATERNOS Y DE GESTACIÓN (Hallazgos Críticos)

Riesgo de Preeclampsia: **RR 5.27**

Es la complicación con la asociación más fuerte, indicando que las pacientes con CPP tienen más de 5 veces el riesgo de desarrollar preeclampsia.

Restricción del Crecimiento Fetal (RCF): **RR 2.31**

Existe un riesgo significativamente mayor de que el feto no alcance su potencial de crecimiento debido a la insuficiencia placentaria.

Bajo Peso para la Edad Gestacional (SGA): **RR 1.99**

Casi se duplica la probabilidad de que el neonato presente un peso inferior al esperado para su tiempo de desarrollo.

RESULTADOS EN EL RECIÉN NACIDO

Puntaje de Apgar Bajo: **RR 2.28**

Los neonatos tienen mayor riesgo de presentar puntajes bajos de Apgar a los 5 minutos, indicando compromiso al nacer.

Parto Prematuro: **RR 2.11**

La presencia de CPP duplica la probabilidad de un nacimiento antes de término, ya sea por causa espontánea o indicación médica.

Admisión a la UCIN: **RR 1.80**

Los bebés nacidos bajo estas condiciones requieren con mayor frecuencia soporte neonatal especializado y cuidados intensivos.

MANEJO CLÍNICO RECOMENDADO

● Vigilancia Fetal Mejorada

La CPP debe considerarse un indicador temprano de insuficiencia, requiriendo un monitoreo más estrecho del bienestar fetal.

● Interrupción del Embarazo

Se recomienda considerar la interrupción a partir de las 36 semanas de gestación, evaluando siempre el estado individual materno y fetal para prevenir complicaciones graves.

Resumen ejecutivo de los puntos de buena práctica clínica (GPP) y recomendaciones de la IMS 2025 sobre el manejo del sangrado uterino no programado en usuarias de THM.

1. EVALUACIÓN INICIAL Y FACTORES DE RIESGO (GPP)



Optimización metabólica como medida preventiva.

El control del IMC y la diabetes es fundamental para reducir los episodios de sangrado no programado y el riesgo asociado de cáncer de endometrio.



Estratificación de riesgo inmediato: Mujeres con factores de riesgo menores para cáncer de endometrio requieren investigaciones, cualquier sangrado.

✓ Verificación rigurosa del cumplimiento del tratamiento:

Antes de realizar estudios invasivos, se debe confirmar la dosis, el progestágeno utilizado y el momento de aplicación (gel, parche, aerosol o pastilla).

2. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DEL SANGRADO (GPP)



Ⓛ Criterio de los 6 meses de persistencia:

Si el sangrado persiste más allá de 6 meses de uso de THM, es obligatorio realizar ajustes en el régimen de progestágeno e investigaciones clínicas.

Examen físico y detección integral.

La evaluación debe incluir exámenes de **pélvis**

Prioridades según el patrón de sangrado: El clínico debe priorizar la investigación basándose en el tipo de THM (secuencial vs. continua) y la disponibilidad de recursos locales.

Examen físico y detección integral.

La evaluación debe incluir exámenes pélvicos y abdominales, citología cervical y detección de infecciones del tracto genital.



3. HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS Y UMBRALES (GRADO A/B)



Ecografía Transvaginal (ETV) como primera línea:

Es la herramienta de elección inicial para evaluar el endometrio en pacientes con sangrado no programado.

● Umbral de 4 mm para THM combinada continua:

Un grosor endometrial mayor a 4 mm en este régimen se considera anormal y exige una evaluación adicional profunda.

● Umbral de 7 mm para THM combinada secuencial:

La ETV debe realizarse tras el sangrado por privación; un grosor mayor a 7 mm justifica estudios adicionales.



Biopsia e Histeroscopia:

La evaluación endometrial se realiza mediante muestras (Pipelle) o histeroscopia según la preferencia de la paciente y recursos disponibles.

4. ESTRATEGIAS DE MANEJO TÉCNICO

Ajustes sin suspensión obligatoria:



En ausencia de riesgos graves, se pueden realizar ajustes de progestágeno durante la investigación sin necesidad de suspender la THM.

➤ Transición a THM combinada continua:

Se recomienda considerar este cambio en mujeres perimenopáusicas tardías con sangrado persistente en régimen secuencial.

Manejo de sangrado refractario:

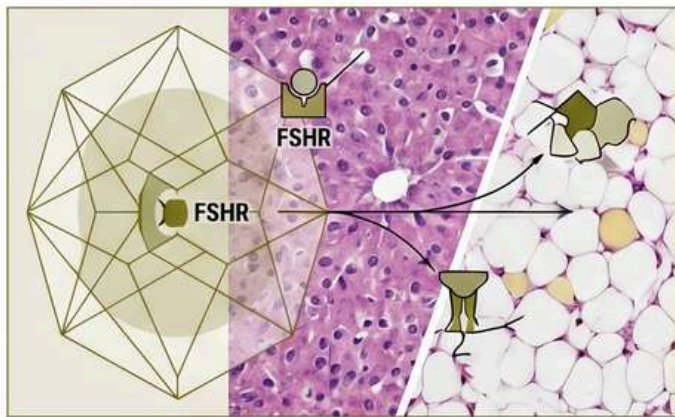
Si el sangrado persiste, se debe considerar reducir la dosis de estrógena o migrar hacia alternativas no hormonales.

FSH como posible biomarcador de riesgo cardiometabólico

Presentación de hallazgos del Congreso ISGE 2026 que vinculan la hormona folículo-estimulante (FSH) con receptores en el hígado y tejido adiposo. Los niveles bajos de FSH en la postmenopausia actúan ahora como una señal de alerta ante riesgos de resistencia a la insulina y diabetes.

UN CAMBIO DE PARADIGMA ENDOCRINO

Tradicionalmente vista solo como un indicador de senescencia ovárica, la FSH emerge hoy como un regulador directo de la homeostasis metabólica a través de receptores en tejidos clave.



Acción en tejidos extra-ováricos

Se han identificado receptores de FSH (FSHR) activos en el hígado y tejido adiposo.

Regulador de glucosa y lípidos



La FSH influye directamente en el equilibrio metabólico general del organismo.



Biomarcador de riesgo sistémico

Su monitoreo permite detectar riesgos cardiometabólicos subyacentes de forma temprana.

IMPACTO CLÍNICO Y ESTRATIFICACIÓN

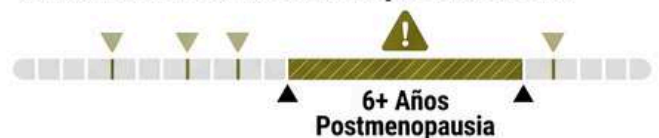
Los datos demuestran que niveles circulantes menores de FSH se asocian a un perfil metabólico adverso, especialmente en las etapas avanzadas de la postmenopausia.



El riesgo de la FSH baja

Niveles bajos de FSH se correlacionan con mayor insulina basal y resistencia sistémica.

Ventana crítica: Postmenopausia tardía



El riesgo es más pronunciado seis años después de la última menstruación.

Alerta en niveles descendentes

Una caída en FSH en etapas avanzadas sugiere resistencia a la insulina subyacente.

Comparativa de niveles de FSH

Estado Metabólico	Concentración de FSH (IU/mL)
Glucosa Normal	69.4 IU/mL
Diabetes Tipo 2	44.3 IU/mL

Referencia: Review of the International Society of Gynaecological Endocrinology (ISGE) 2026 Congress. EMJ Repro Health. 2026; 12(Suppl 1): 6-19. doi:10.33590/emjreprohealth/0GT86037

Actualización Clínica: Obstetricia y Ginecología Moderna

Optimización de la Práctica Clínica. Integración de protocolos de severidad y tecnología avanzada para mejorar resultados en pacientes.

Trastornos Hipertensivos en el Embarazo



Identificación de Criterios de Severidad

Monitoreo de TA $\geq 160/110$ mmHg

Cefalea persistente

Alteraciones visuales

Dolor epigástrico

Intervención Farmacológica Crítica

Uso de sulfato de magnesio en preeclampsia grave para prevenir crisis convulsivas.

Clasificación y Manejo Oportuno

Definir hospitalización o interrupción del embarazo según severidad y edad gestacional.

Referencia: [https://www.ajog.org/article/50002-9378\(26\)00125-0/pdf](https://www.ajog.org/article/50002-9378(26)00125-0/pdf)

Cirugía Robótica en Ginecología



Complemento de la Laparoscopia

La plataforma robótica no sustituye la técnica convencional, aporta ventajas en casos seleccionados.

Precisión en Procedimientos Complejos

Mejora la disección mediante visión 3D y mayor precisión en movimientos quirúrgicos.

Criterios de Selección del Caso

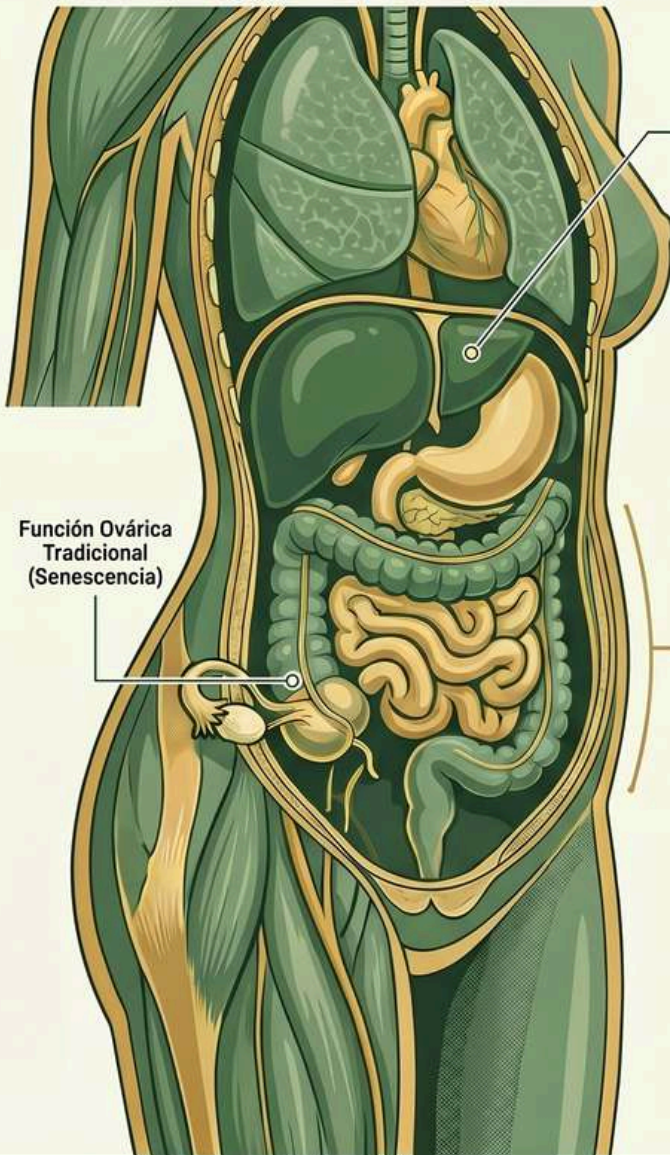
Evaluar experiencia del equipo, costos y perfil de la paciente sobre la tecnología.

Referencia: <https://www.contemporaryobgyn.net/view/advancing-obstetric-and-gynecologic-surgery-through-robotic-innovation>

Durante el Congreso de la ISGE 2026 se presentó evidencia que propone una nueva interpretación de la FSH como posible biomarcador emergente de riesgo cardiometabólico.

Contexto: La hormona folículo-estimulante (FSH) ha sido tradicionalmente vista solo como un marcador de la función ovárica. Sin embargo, investigaciones revelan que la FSH influye directamente en el metabolismo sistémico, redefiniéndola como un biomarcador crítico para predecir riesgos cardiometabólicos.

Redefinición de la FSH: De Senescencia Ovárica a Biomarcador Sistémico



Localización y Función Sistémica



Receptores de FSH (FSHR) Extra-ováricos (Hígado)

Se ha descubierto que los receptores de la FSH se expresan en el hígado, regulando la homeostasis de glucosa y lípidos.

Receptores de FSH (FSHR) Extra-ováricos (Tejido Adiposo)

También se expresan en el tejido adiposo, influyendo en el metabolismo sistémico.

Biomarcador Cardiometabólico:

La FSH ya no se limita a indicar la senescencia ovárica, ahora sirve como alerta temprana para el síndrome metabólico.

Impacto Clínico y Datos Metabólicos

Correlación con Diabetes Tipo 2

En mujeres postmenopáusicas (media 65.2 años), los niveles de FSH son significativamente menores en pacientes con Diabetes Tipo 2.

Comparativa de Niveles de FSH (IU/mL)

Estado Metabólico	Concentración de FSH (IU/mL)
Metabolismo de Glucosa Normal	69.4 IU/mL
Presencia de Diabetes Tipo 2	44.3 IU/mL

Elevación de Marcadores de Resistencia

Los niveles bajos de FSH se asocian con valores más altos de insulina en ayunas, glucosa basal y el índice HOMA-IR.

Ventana de Riesgo y Estratificación



Postmenopausia Tardía (>6 años)

La correlación entre la FSH baja y la resistencia a la insulina es más pronunciada después de seis años de la última menstruación.

Estratificación del Riesgo Personalizada

La monitorización de niveles descendentes de FSH en etapas avanzadas permite alertar al clínico sobre una resistencia a la insulina subyacente.

Referencias Bibliográficas: Review of the International Society of Gynaecological Endocrinology (ISGE) 2026 Congress: EMJ Repro Health. 2026; 12(Suppl 1): 6-19. | Fasero M, Coronado PJ. Cardiovascular Disease Risk in Women with Menopause. J Clin Med. 2025; 14(11): 2863. | Paney N, Fenton A, Hamedo H, Hillard T, et al. International Menopause Society (IMS) recommendations and key messages on women's midlife health and menopause. Climacteric. 2025; 28(6): 534-656.

INNOVACIONES Y ACTUALIZACIONES EN SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA

Evolución en el Cuidado de la Mujer: La práctica clínica actual se mueve hacia modelos más personalizados, preventivos y centrados en la autonomía de la paciente, integrando tanto nuevas estructuras de atención como tecnologías anticonceptivas de larga duración.

OBSTETRICIA: Modelos de atención obstétrica con participación de partería profesional



CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL: Estos modelos mejoran la experiencia de la mujer al evitar el cuidado fragmentado y favorecer la identificación oportuna de factores de riesgo y criterios de referencia.

FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: Se prioriza la consejería en lactancia y anticoncepción posparto, reduciendo intervenciones médicas innecesarias en embarazos de bajo riesgo.

MEJORA EN RESULTADOS NEONATALES: Una atención primaria obstétrica bien articulada con una referencia oportuna es la clave para elevar los estándares de salud materna y neonatal.

Referencia:
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2026/05/05/default-calendar/international-day-of-the-midwife-2026-webinar-on-midwifery-models-of-care>

GINECOLOGÍA: Sistema vaginal anticonceptivo anual

OPCIÓN REUTILIZABLE Y BAJO CONTROL DE LA USUARIA: El nuevo sistema anual lanzado en Canadá es una alternativa para mujeres que buscan eficacia sin la necesidad de una toma diaria de medicamentos.

CONSEJERÍA Y ADHERENCIA TÉCNICA: El éxito del método depende de una instrucción clara sobre la colocación, el retiro y el estricto cumplimiento del esquema de uso por parte de la paciente.

EVALUACIÓN DE RIESGOS Y CONTRAINDICACIONES: Es imperativo revisar el perfil de riesgo trombótico, tabaquismo y antecedentes de migraña con aura antes de indicar este método combinado.

Referencia:
<https://www.contemporaryobgyn.net/view/contraceptive-vaginal-system-for-use-up-to-1-year-launches-in-canada>



Calendario de Congresos FEMECOG 2026

Este calendario detalla la ruta académica de la Federación Mexicana de Colegios de Ginecología y Obstetricia (FEMECOG) para 2026. Incluye seis congresos regionales distribuidos por todo el país y culmina con el 74° Congreso Mexicano en Mérida, enfocado en la innovación para la salud femenina.

Ruta de Congresos Regionales 2026 (Abril - Mayo)



Mexicali, B.C. | 16 al 18 de abril
*Celebrado

Monclova/Monterrey
23-25 abril
*Celebrado

Los Mochis, Sin.
14 al 16 de mayo
*Celebrado

Tlaxcala/Puebla
28-30 mayo
*Celebrado

Tepatitlán
3-6 junio

Región	Sede	Fechas 2026
Región II	Mexicali, B.C.	16 al 18 de abril
Región III	Los Mochis, Sin.	14 al 16 de mayo
Región I	WTC, Ciudad de México	24 al 26 de junio

Eventos de Verano (Mayo - Junio)

Sedes de Interés Académico:
Los encuentros incluyen sedes clave como el WTC en CDMX y regiones estratégicas del país.



WTC, Ciudad de México
24 al 26 de junio

74° Congreso Mexicano: El Gran Cierre



Sede: Mérida, Yucatán (8 al 11 de noviembre)

El evento magno se llevará a cabo en el sureste mexicano durante noviembre.

Eje Central: Innovación por la Mujer

Programa enfocado en la excelencia académica, innovación tecnológica y rigor científico.



¡Aviso de Cambio de Fecha!

El congreso concluirá el miércoles 11 de noviembre, un día antes de lo habitual.



74° CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

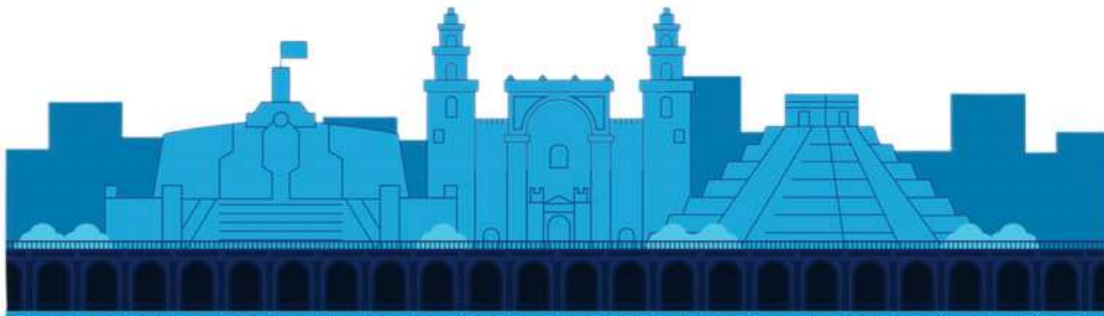
¡NOS VEMOS EN MÉRIDA EN 2026!



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.twitter.com/FemecogOficial



www.youtube.com/c/femecog1960



[¡También en nuestra página web!](#)



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

**CICLOS
MENSTRUALES
IRREGULARES**

INICIA

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

CONTINÚA

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. *Net Rev Endocrinol* 18, 290–308 (2022). 2. Petra Stute (2023): Dydrogesterone indications beyond menopausal hormone therapy: an evidence review and woman's journey. *Gynecological Endocrinology*, 3. Sukhikh, G., Adamyany, L., Dubrosina, S., Bazanov, I., Bezhenar, V., & Kozachenko, A. et al. (2020). Prolonged cyclical and continuous regimens of dydrogesterone 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, Vadya V. Effectiveness and safety of dydrogesterone 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®

Eilen®

 Ruanda®

Gestil®

Hialoflex®