



BOLETÍN

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

ÍNDICE

Editorial	1
Mujer - mujeres	
Beldys A. Hernández Albarracín	
Artículo Central	5
La despenalización del aborto y el compromiso de conciencia en la práctica ginecotológica	
Leonel Briozzo. MD	
Actividades destacadas en la región	8
FUSA AC. Asociación Miembro de IPPF, Buenos Aires, Argentina	
Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología (SOGV)	8
Próximos Eventos Académicos	9
Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	9
Tips sobre artículos	10
TIP 1 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	
TIP 2 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	
TIP 3 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“Deja de pensar en términos de limitaciones y empieza a pensar en términos de posibilidades.”

FERRY JOSEPHSON

ADVERTENCIA

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

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

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

EDITORIAL

Mujer - mujeres

Beldys A. Hernández Albarracín

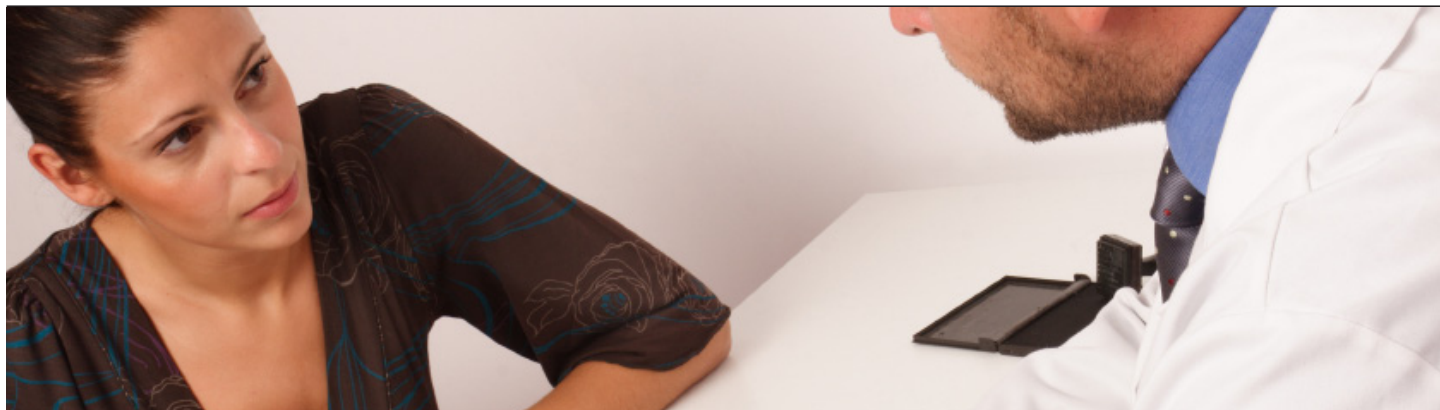
Abogada especialista en Instituciones Jurídico Penales

Asesora en Derechos Humanos y Género, Servicio Jurídico Profamilia, Colombia

“Sois fuerza latente, hacedla útil. Que rompa cadenas de prejuicios, de errores, de ignorancia”

María Cano

A propósito del mes de marzo y de la conmemoración del día internacional de la mujer, tan atesorado comercialmente, existen dos preguntas que deberíamos resolver: ¿Qué es ser mujer? y luego de un siglo de conmemoración de este día ¿Gozan las mujeres del ejercicio plenos de sus derechos?



istockphoto© endipack



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



Desde 1910, año en que la Internacional Socialista proclamó el Día Internacional de la Mujer para homenajear al movimiento en favor de sus derechos y apoyar el sufragio femenino, muchas cosas han cambiado: el mundo ha vivido dos guerras mundiales, fue creado el sistema universal de naciones unidas – ONU, en la mayoría de países se ha reconocido el derecho al voto de las mujeres, se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se creó el sistema interamericano de derechos humanos, se adoptó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, Se descubrió la píldora anticonceptiva y se han desarrollado diferentes métodos de planificación familiar con posterioridad, el 25 de noviembre fue declarado día internacional de la no violencia contra la mujer, en 1993 se afirmó que las mujeres son seres humanos y por lo tanto tienen los mismos derechos humanos que los varones, se adoptó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, las fronteras de los países cada vez están más desdibujadas en virtud de diferentes procesos globalizadores y los impresionantes avances en las tecnologías de comunicación, entre otras.

Podría decirse que el mundo es otro, sin embargo... aún la organización social continúa en deuda con las mujeres pues está lejos de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos. Así como tampoco existe respuesta a la pregunta sobre qué es ser mujer, aunque parafraseando a Florance Thomás diría que el significado de ser mujer parte de un principio de incertidumbre y se construye desde la diversidad en la cotidianidad de cada mujer que se unifica en el reconocimiento de la humanidad de todas y todos, superando las características atribuidas culturalmente a los sexos biológicos.

La humanidad de cada persona y los derechos que le son inherentes, se constituyen así en la base para un orden social equitativo en el que el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres deje de ser un ideal. Ahora bien, para su realización se requiere que cada uno/a internalice su diversidad, la acepte y la reconozca en el otro u otra en toda interacción cotidiana –verbal, escrita, tácita, emocional, entre otras–. No obstante, en la vida práctica su aplicación se complejiza debido a la asignación irreflexiva y muchas veces inconsciente de los “modelos” tradicionales de

hombre y mujer imbricados en nuestra herencia cultural que restringen la autonomía y por ende el ejercicio de los derechos humanos.

Muestra de ello es la disputa que continúa dándose en torno al dominio del cuerpo de las mujeres entre su pareja, familiares, profesionales de la salud, la sociedad e incursionando en arena: ella misma, que deja como evidencia cifras como las siguientes:

- Entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por su pareja en algún momento de sus vidas
- Hasta un quinto de las mujeres refieren haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años
- Diariamente 1.600 mujeres mueren por complicaciones prevenibles del embarazo y el parto de las cuales el 99% son aportadas por países en desarrollo.
- Durante el 2011 el 29.4% de los asesinatos por razones de género en Chile, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay fue cometido por su pareja
- En Colombia de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 al 30% de las mujeres que trabaja le han pedido prueba de embarazo para contratarlas, al 2% certificado de esterilización.
- Sólo una tercera parte de las mujeres víctimas de violencia física que acudieron a un establecimiento de salud recibió información sobre la posibilidad de denunciar.
- De las mujeres que fueron abusadas sexualmente únicamente al Sólo al 30% se le habló sobre el derecho al aborto.

Es un rasgo común en el imaginario social de los países de América Latina que a través de la solicitud de requisitos específicos para las mujeres como autorizaciones de la pareja o familiares para elección de un método de planificación familiar, las indagaciones sobre el estatus de su sistema reproductivo (prueba de embarazo o esterilización) se desconozca el derecho de las mujeres a gobernar sobre su cuerpo y se le entregue a otros que varían según el escenario de actuación. Situaciones que redundan en el desconocimiento de las mujeres como seres humanos, limitándolas a un mero instrumento condicionado por su capacidad reproductiva; otro ejemplo de ello es que a pesar de existir en la mayoría de los países Latinoamericanos marcos jurídicos que permiten el aborto o la interrupción del embarazo bajo determinadas condiciones, el proceso que debe seguir una mujer para acceder a este procedimiento es cuando menos tortuoso y muchas veces inútil.

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG



→ Dr. José De Gracia,
Presidente (Panamá)
presidente@flasog.org

→ Dra. Sara Edith Campana,
Vice-Presidente (Panamá)
vicepresidencia@flasog.org

→ Dra. Flor María Marín,
Secretaria (Nicaragua)
secretaria@flasog.org

→ Dra. Carmen Solórzano,
Tesorera (Nicaragua)
tesoreria@flasog.org

→ Dr. Edgar Iván Ortiz,
Presidente Electo (Colombia)
ivort55@yahoo.com

→ Dr. Nilson Roberto de Melo,
Ex-Presidente (Brasil)
melonr@terra.com.br
nilsonrobertomelo@gmail.com



→ Director Ejecutivo
Dr. Luis Távora Orozco (Perú)
luis.tavara@gmail.com

→ Director Administrativo Sede
Permanente de FLASOG
(Fundación FLASOG)
Dr. Rubén Darío Mora Reyes
(Panamá) Presidente del periodo
anterior

→ Dr. Nilson Roberto de Melo (Brasil)

→ Secretario del periodo anterior
Dr. Francisco Eduardo Prota (Brasil)

→ Tesorero del periodo anterior
Dr. Luciano de Melo Pompei (Brasil)

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Pío Iván Gómez
(Coordinador General)
pigomez@unal.edu.co
- Dr. José Figueroa
(México y Caribe)
jfigueroa@codetel.net.do
- Dra. Ruth Graciela De León
(Centroamérica)
ruthgdeleon@hotmail.com
- Dr. Rogelio Pérez De Gregorio
(Países Andinos)
rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristião Rosas
(Cono Sur)
cristiao@terra.com.br
crosas@prefeitura.sp.gov.br
- Licda. Susana Chávez
(Sociedad Civil – Perú)
susana@promdsr.org

**MIEMBROS DEL COMITÉ DE
MORTALIDAD MATERNA PERINATAL
PERIODO 2011-2014**

- Dr. José Douglas Jarquín
(Coordinador General)
jarquin@telesal.net
- Dr. Antonio Peralta
Sánchez (México y Caribe)
peraltapuebla@hotmail.com
- Dr. Jesús Octavio
Vallecillo (Centroamérica)
jvallecillo@hotmail.com
- Dr. Pedro Faneite
(Bolivariana)
faneitep@hotmail.com
- Dr. Carlos Ortega Soler
(Cono Sur)
cortega@intramed.net.ar

**MIEMBROS DEL COMITÉ
DE CÁNCER GINECOLÓGICO
PERIODO 2011-2014**

- Dr. Eugenio Suárez
(Coordinador General – Cono Sur)
eugenio.suarez@gmail.com
- Dr. Evelio Cabezas
(México y Caribe)
ecabezas@infomed.sld.cu
- Dr. César Reyes
(Centroamérica)
drcareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira
Delgado (Cono Sur)
drgustavoferreira@gmail.com

LA LABOR QUE TODAS Y TODOS LOS PROFESIONALES O TRABAJADORES VINCULADOS AL SECTOR DE LA SALUD SE REVELA COMO PRIMORDIAL EN LA GARANTÍA, RESPETO Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES, EN ESPECIAL EN LO RELACIONADO CON SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; INVITÁNDOLES A PERSISTIR EN EL RECONOCIMIENTO DE QUE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES NO SON NEUTRAS, ESTÁN MEDIADAS POR UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL QUE A TRAVÉS DE LAS INTERACCIONES DIARIAS EN COMUNIDAD NATURALIZA FUNCIONES SOCIALES A MUJERES Y HOMBRES; Y A TENER COMO GUÍA EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA INDIVIDUAL, SEGÚN EL CUAL TODA PERSONA COMO SER HUMANO -INDEPENDIENTE DE SU SEXO, CONDICIÓN FÍSICA O MENTAL, EDAD U ORIGEN ÉTNICO-, ES LA ÚNICA LLAMADA A TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD.

Teniendo presente que la salud, como lo expresó la Corte Constitucional colombiana, es un derecho fundamental dirigido a alcanzar la dignidad humana; ya que su garantía y ejercicio permite la “libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle” y “la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad”. La labor que todas y todos los profesionales o trabajadores vinculados al sector de la salud se revela como primordial en la garantía, respeto y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva; invitándoles a persistir en el reconocimiento de que las prácticas profesionales no son neutras, están mediadas por una construcción social que a través de las interacciones diarias en comunidad naturaliza funciones sociales a mujeres y hombres; y a tener como guía el principio de autonomía individual, según el cual toda persona como ser humano -independiente de su sexo, condición física o mental, edad u origen étnico-, es la única llamada a tomar decisiones sobre su salud. ←

ARTÍCULO CENTRAL

La despenalización del aborto y el compromiso de conciencia en la práctica ginecotocológica

Leonel Briozzo. MD

Profesor Titular Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina – Universidad de la República
Subsecretario Ministerio de Salud Pública. Montevideo - Uruguay

Como médicos y en particular como ginecotocólogos y ginecotocólogas, hace mucho tiempo que hemos decidido abordar el problema del aborto voluntario como un problema principalmente de salud. No desconocemos sus múltiples y dilemáticas facetas, pero los médicos no somos policías, no somos jueces, no somos sacerdotes. Por eso, creemos que debemos abordar el tema principalmente desde lo sanitario, como lo que es, un grave problema de salud pública en general pero en particular de la salud integral de la mujer. Como ginecotocólogos, sentimos y queremos ser los médicos de la mujer a lo largo de toda su peripecia vital, cuidando su salud integral bio – psico – social en todas las condiciones por las que puedan atravesar, algunas deseadas y buscadas, las que todos obviamente más nos reconfortan, y otras, lamentablemente, no. El contexto para hacerlo: el derecho inalienable a la atención integral en salud y la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Esto implica para nosotros que, más allá de nuestras convicciones y valores personales con respecto al embarazo no deseado – no aceptado y al aborto voluntario, siempre respetables por cierto, lo que nos guió ayer y nos guía hoy, en nuestras decisiones y nuestras acciones, son los valores de nuestra profesión, no como la suma de individuos sino como colectivo profesional. Amamos nuestra profesión y queremos, en la atención a nuestras pacientes ayudarlas a decidir, de manera libre, informada y responsable para que ellas gestionen su vida y su salud de acuerdo a sus convicciones personales como seres consientes.

PORQUE NO ESTAMOS A FAVOR DEL ABORTO, AYER COMO HOY BUSCAMOS DISMINUIR LA NECESIDAD DE QUE LAS MUJERES RECURRAN AL ABORTO VOLUNTARIO Y QUE ASÍ QUE DISMINUYA LA PRÁCTICA DEL ABORTO. PARA HACERLO LA ESTRATEGIA DEMOSTRADA MUNDIALMENTE SE BASA EN UN TRÍPODE: MÁS Y MEJOR EDUCACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE LA INFANCIA, MEJORES PRESTACIONES INTEGRALES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SOBRE TODO EN ANTICONCEPCIÓN Y CONDICIONES SEGURAS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

Esta actitud se denomina genéricamente con el término de empoderamiento y entre otras cosas busca minimizar la tradicional discriminación de género, en nuestras sociedades. Por nuestra parte debemos actuar conforme a los valores profesionales, con vocación de servicio, con disciplina colectiva de acuerdo a los códigos de ética y a las normativas vigentes, con competencia en cuanto a conocimientos, destrezas y actitudes y con compromiso antes que nada con el cuidado de la salud de nuestras pacientes, respeto a la confidencialidad y sobre todo humanidad.

Todas las instituciones sanitarias internacionales, comenzando por la Organización Mundial de Salud (*Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed.- World Health Organization 2012*) han recomendado avanzar en el derecho al aborto seguro como clave para el mejoramiento de la salud de la mujer. En este contexto, el Código de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIIGO) ya el año 1998 recomendaba que “tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios

tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad” (*Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por El Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y salud de la mujer de la FIGO. noviembre 2006*).

Porque no estamos a favor del aborto, ayer como hoy buscamos disminuir la necesidad de que las mujeres recurran al aborto voluntario y que así que disminuya la práctica del aborto. Para hacerlo la estrategia demostrada mundialmente se basa en un trípode: más y mejor educación en salud y derechos sexuales y reproductivos desde la infancia, mejores prestaciones integrales en salud sexual y reproductiva sobre todo en anticoncepción y condiciones seguras para la interrupción del embarazo.

Sabemos, porque lo vivimos hace alguna década, que la exclusión deliberada y unilateral desde la visión profesional del problema del aborto voluntario, incrementa injustificadamente el riesgo. Todavía recordamos cuando el aborto inseguro era la principal causa de mortalidad materna.



iStockphoto © Sagar 76

Hace 11 años, incluir a la mujer que cursa un embarazo no deseado – no aceptado en el sistema de salud, desde el modelo de Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, en el contexto de un avance notorio en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en nuestro país, revirtió esta situación. Hoy somos modelo reconocido a nivel regional e internacional de conducta profesional en defensa y promoción de la salud de nuestras pacientes. El nuevo marco jurídico dado por la Ley de despenalización de la Interrupción voluntaria del embarazo (set. 2012), nos presenta la oportunidad como profesionales, no ya de actuar en el antes y en el después, sino también de acompañar este proceso siempre complejo y siempre difícil, nunca deseado, aunque si necesario para algunas de nuestras pacientes, de una manera más integral. Con mayor involucramiento profesional, ahora, podemos actuar en todo el proceso y así pasar del aborto inseguro de décadas pasadas, no ya al aborto de menor riesgo que propusimos desde el modelo de reducción de riesgo y daño, sino a lo que la Organización Mundial de la Salud define como aborto seguro.

Desde una perspectiva bioética, pensamos que el compromiso de conciencia con la atención a la mujer que necesita interrumpir un embarazo y así conscientemente lo solicita, es acorde con el respeto a la autonomía, a la promoción de la beneficencia, al principio de justicia. Con respecto al principio de no maleficencia, estamos convencidos que la omisión de actuar o incluso retrasar la acción profesional, implica, por el riesgo en el que se deja a la mujer, accionar de manera maleficente. El problema de nuestra paciente ya existe y nos precede. Por ello, como dijimos antes, pensamos que, más allá de valores individuales debemos actuar en base a los valores profesionales y así siempre

ayudar y nunca negarnos a hacerlo. Es admisible un degrade de compromiso profesional, respetuoso de las diferentes visiones. No creemos admisible incrementar el riesgo de las mujeres más vulnerables en base a una hacer primar nuestra visión personal sobre la de nuestros pacientes. Al respecto es significativo lo que planteaba el Papa Juan Pablo II:” La libertad de la conciencia no confiere un derecho indiscriminado a la objeción de conciencia. Cuando una libertad afirmada torna licencia o se convierte en una excusa para limitar los derechos de otros, el Estado se ve en la obligación de proteger, también por medios legales, los derechos inalienables de sus ciudadanos contra tales abusos” (*“Si quieren la paz, respeten la conciencia de cada persona”, Vaticano, 1991, Mensaje para el 24 Día Mundial de la Paz, 1991*)

Compartimos lo que el Presidente del Comité de Derechos Sexuales y reproductivos de FIGO, el Prof. Bernard Dickens expresa: “Los profesionales con compromiso de conciencia a menudo necesitan coraje para actuar en contra de la ortodoxia legal, religiosa y médica imperantes, siguiendo la honorable ética médica de colocar los intereses de los pacientes por encima de los suyos”, (*www.thelancet.com Vol 371 April 12, 2008*)

La Ginecología nacional se encuentra en la situación privilegiada de poder abordar y contribuir a mejorar la vida y la salud de nuestras mujeres, sus familias y de nuestra sociedad. Desde el respeto a las diferentes opiniones (aunque, desde nuestro rol profesional, siempre haciendo primar los valores y decisiones de nuestras pacientes), desde la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y desde un cada vez más robusto compromiso de conciencia profesional, podemos colaborar inequívocamente a la construcción de una sociedad mejor. ←

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

FUSA AC. Asociación Miembro de IPPF, Buenos Aires. Argentina

Entre el 25 y el 28 de febrero una delegación de 9 profesionales representantes del Ministerio de Salud de la Nación Argentina y de la Asociación Miembro de IPPF en ese país FUSA AC, realizaron una visita oficial a la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México.

El objetivo de esta visita fue conocer la experiencia mexicana y visitar las clínicas de interrupción legal del embarazo con el fin de capitalizar dichas actividades en un aprendizaje para el contexto argentino que pueda contribuir a la implementación de políticas públicas referidas al aborto no punible. En este sentido la experiencia del DF con el manejo ambulatorio de la Interrupción Legal del Embarazo con medicamentos resulta fundamental.

Las instituciones anfitrionas que recibieron y acompañaron a la delegación argentina durante la visita fueron la Secretaría de Salud del DF, MEXFAM (Asociación Miembro de la IPPF en México) e IPAS.

En virtud de la experiencia técnica y política y la implementación práctica observada, es que se proponen objetivos a corto y mediano plazo con la finalidad de protocolizar la atención ambulatoria en los casos de interrupción legal de embarazos en la Argentina y aportar diferentes estrategias que colaboren en la disminución de la Mortalidad Materna por Aborto inseguro.

Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología (SOGV)

Gracias a la denodada labor de su presidente Dr. Rodrigo Alfonso Arias, la Junta directiva de la SOGV y Comité científico del evento, se realizó con gran éxito y masiva asistencia el XXIX Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología en la ciudad de Valencia, Estado de Carabobo.

Para este evento se designó como Presidente Honorario al reconocido profesional Dr. Luzardo Canache Campos.

Como invitados Internacionales asistieron:

- Canadá: Sohie Fletcher y Daa Rizk
- Chile: Luis Cuitiño y Hernán Muñoz
- Colombia: Andrés Velásquez, Mauricio Herrera, Edgar Iván Ortiz, Juan Diego Villegas y Pio Iván Gómez.

- España: Martín Ballarín y Manuel Fernández
- Estados Unidos: Katherine Moore, Bernardo Tavera y Jose Antonio Carugno
- Italia: Luca Mencaglia

Se realizaron los siguientes cursos precongreso:

- Piso Pélvico (International Continence Society)
- Ultrasonografía Fetal Avanzada (International Society Ultrasound Obstetrical and Gynecology)
- Medicina Perinatal
- Ginecología para Pediatras
- Actualización temas Ginecobstétricos para Enfermería
- Además de las conferencias Magistrales y Simposios durante el Congreso, se presentaron 80 carteles, 25 videos 41 trabajos libres en presentación oral.

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ XXIX CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA.

Valencia (Venezuela), del 12 al 15 de marzo de 2013

→ IX CURSO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Quito, (Ecuador) del 13 al 16 de marzo de 2013

→ II CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL CALLAO.

Lima, (Perú) del 11 al 13 de abril de 2013

→ FIGO REGIONAL MEETING

Cartagena (Colombia), 1 al 4 de Mayo de 2013

→ III SIMPOSIO DE IMAGENES EN LA MUJER.

Buenos Aires, (Argentina) del 8 al 10 de mayo de 2013

→ V CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

7MO CONGRESO ARGENTINO DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Buenos Aires, (Argentina) del 28 al 30 de agosto de 2013

→ V CONFERENCIA INTERAMERICANA DE ONCOLOGÍA:

"ESTADO ACTUAL Y FUTURO DE LAS TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS DIRIGIDAS.

Buenos Aires, (Argentina) del 10 al 11 de octubre de 2013



Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

→ **Febrero 28 de 2013**

Foro Nacional sobre Salud Sexual de las y los adolescentes en el marco de la sentencia del Tribunal Constitucional, llevado a cabo en Lima, Perú

El Colegio Médico del Perú, a través de su Comisión de Alto Nivel de Salud Sexual y Reproductiva, conjuntamente con la Dirección Ejecutiva de FLASOG e INPPARES llevó a cabo este Foro para discutir los alcances de la sentencia constitucional y los compromisos y roles que les toca desarrollar a los sectores involucrados.

Con la asistencia de 97 profesionales médicos, obstetras, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, abogados y periodistas procedentes de diferentes

instituciones profesionales, académicas, asistenciales y de la sociedad civil se desarrolló el Foro. La sentencia del Tribunal Constitucional devuelve a los/as adolescentes entre 14-18 años la libertad de decidir sobre su vida sexual y reproductiva; esto significa que las relaciones sexuales consentidas son decididas por ellas, debiendo revisarse y modificarse las leyes y dispositivos administrativos que se opongan a esa sentencia.

Esta evidente conquista ha sido fruto del trabajo compartido entre el Colegio Médico del Perú, INPPARES, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y las Organizaciones de jóvenes y adolescentes

→ **Marzo 6-7 de 2013**

Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia de El Salvador

Del 6 al 8 de marzo se llevó a cabo este Congreso en la ciudad de San Salvador con la asistencia de 230 médicos. El primer día se desarrolló dos cursos pre-congreso, uno de Climaterio y Menopausia y otro de Derechos Sexuales y Reproductivos. En este segundo actuaron como ponentes la Dra. Marina Padilla y el Dr. Luis Távara. Durante el Congreso, los días 7 y 8 ambos profesionales intervinieron en tres conferencias sobre temas de salud sexual y reproductiva.

TIPS SOBRE ARTÍCULOS

TIP 1

Aporte **Dr. Pedro Fancite Antique**
(Venezuela)

**Derivados del platino en
cáncer cervicouterino durante
el embarazo: una revisión
sistemática y metaanálisis**

**Platinum Derivatives During
Pregnancy in Cervical Cancer:
A Systematic Review and Meta-
Analysis**

Zagouri F, T Sergentanis,
Chrysikos, D, R. Bartsch. *Obstet
Gynecol* 2013; 121:337-343.

El cáncer de cuello uterino es el carcinoma sólido más común diagnosticado durante el embarazo, obviamente el embarazo aumenta la complejidad de las recomendaciones de tratamiento. Se sintetizaron todos los datos disponibles y se evaluó la eficacia y seguridad de la administración de derivados de platino durante el embarazo en el cáncer cervical.

→ **Fuentes de datos**

Los artículos elegibles se identificaron mediante una búsqueda en las bases de datos MEDLINE y ClinicalTrials.gov para el período del 7 de septiembre de 2012, el algoritmo utilizado fue compuesto por una combinación predefinida de los términos "cuello uterino", "cáncer", "cisplatino", carboplatino, y "embarazo".

→ **Métodos de selección de estudios**

Dos investigadores, que trabajaron de forma independiente, realizaron búsquedas en la literatura y extrajeron los datos de todos los

estudios, examinaron la eficacia y seguridad de los derivados del platino administrado durante el embarazo en el cáncer de cuello uterino. Todos los casos en que se haya programado el aborto terapéutico fueron excluidos. Además, se realizó la síntesis cuantitativa de los artículos publicados.

→ **Tabulación, integración
y resultados**

En general, 24 estudios fueron elegidos: 48 embarazos y 48 recién nacidos, incluyeron un embarazo gemelar y un aborto involuntario. En relación a cisplatino, 47 embarazos fueron identificados, mientras que con respecto a la administración de carboplatino, sólo un embarazo fue recuperado. El cisplatino se administra ya sea como monoterapia o en combinación con bleomicina, 5-fluorouracilo, paclitaxel, vincristina y bleomicina, mientras que el carboplatino se administra en combinación con paclitaxel. En la mayoría de los casos (67,4%), hubo recién nacidos completamente sanos, y todos ellos estaban normales con una media de seguimiento de 12,5 meses. El peso promedio al nacimiento de los neonatos fue 2.213 g. La respuesta completa y parcial al tratamiento de los pacientes con cáncer de cuello uterino en el grupo de casos alcanzó en 10% y 63,4% respectivamente, mientras que la estabilización y la progresión de la enfermedad se produjo en 23,3% y 3,3% de los casos. En la mayoría de las mujeres en el grupo de casos, la quimioterapia fue bien tolerada. La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 48,5 meses.

→ **Conclusión**

El cisplatino puede jugar un papel significativo en el tratamiento de pacientes con cáncer de cuello uterino durante el segundo y tercero.

→ **Comentarios**

Esta revisión sistemática y meta-análisis señala un hecho interesante, los derivados del platino, y especialmente cisplatino, puede ser utilizado con seguridad en el tratamiento de pacientes con cáncer de cuello uterino durante el segundo y tercero trimestres. Antes de esta revisión, el criterio que prevalecía era que incrementaba el riesgo de aborto o anomalías congénitas. Sin embargo, hay que subrayar que la decisión o droga terapéutica óptima de las mujeres embarazadas con cáncer de cuello uterino no está bien establecida, la preocupación principal es el efecto de los fármacos sobre el desarrollo del feto y sus implicaciones a largo plazo. Según la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), derivados del platino se clasifican como fármaco categoría D (es decir, que se puede administrar en el embarazo si es necesario). Sin embargo, se debe tener en cuenta que las opciones de tratamiento son limitadas, y se deben tomar en cuenta en la toma de decisiones multidisciplinarias otros aspectos tales como las consideraciones psicológicas, éticas, religiosas, e incluso jurídicas.

**EL CÁNCER DE CUELLO
UTERINO ES EL
CARCINOMA SÓLIDO MÁS
COMÚN DIAGNOSTICADO
DURANTE EL EMBARAZO,
OBIAMENTE EL
EMBARAZO AUMENTA LA
COMPLEJIDAD DE LAS
RECOMENDACIONES DE
TRATAMIENTO.**

TIP 2

Aporte **Dr. Pedro Fancite Antique**
(Venezuela)

**Calidad de vida después de
histerectomía laparoscópica y
abdominal.**

**Quality of life after laparoscopic
and abdominal hysterectomy.**

**Nieboer TE, Hendriks JC,
Bongers MY, Vierhout ME,
Kluivers KB. Obstet Gynecol.
2012 Jan; 119 (1):85-91.**

Department of Obstetrics
and Gynecology, Máxima
Medical Centre Veldhoven, The
Netherlands.

→ **Objetivo**

Demostrar diferencias a largo
plazo en la calidad de vida entre
la histerectomía abdominal y la
laparoscópica.

→ **Métodos**

Entre 2002-2005 se programaron
pacientes para histerectomía
por indicaciones benignas, a los
cuatro años de la cirugía recibieron
un cuestionario de 36 preguntas
repartidas en ocho dominios (variables
dependientes), por los cuales obtenían
una puntuación máxima de 100 puntos
por cada dominio. A mayor puntuación
correspondía a calidad de vida más
alta. El modelo fue utilizado para
estudiar las diferencias entre los dos
grupos a los cuatro años después de la
cirugía para cada uno de los dominios.

→ **Resultados**

Cincuenta y nueve pacientes con
patología benigna y en las que no

se podía realizar histerectomía
vaginal fueron aleatorizadas [27 a
histerectomía total laparoscópica y
32 a abdominales extra-fasciales].
El seguimiento medio fue de 243
semanas. La tasa de respuesta al
cuestionario tras los cuatro años
de seguimiento fue del 83%, de
los cuales se obtuvo un resultado
significativamente más alto en
las pacientes en las que se les
había realizado laparoscopia en
comparación con la vía abdominal con
una diferencia media de 50.4 puntos
(95% IC 1.00-99.7). Las puntuaciones
fueron superiores en los dominios
sobre el funcionamiento físico, social
y vitalidad.

→ **Conclusión**

Con un seguimiento a cuatro años,
las pacientes que se les habían
realizado histerectomía laparoscópica
presentaron una mejor calidad de
vida en comparación a las que se les
había realizado abdominal. Por tanto
en pacientes a las que no se les puede
realizar una histerectomía vaginal
se les debería poder realizar una
histerectomía laparoscópica siempre
que lo permita el tamaño uterino.

→ **Comentarios**

Esta es una segunda publicación
de seguimiento a largo plazo en
esta población, una primera a corto
plazo reveló beneficios a favor de la
laparoscopia. Usualmente en estudios
sobre procedimientos quirúrgicos se
enfatisa a menudo sobre medidas de
resultados como tiempo quirúrgico,
complicaciones quirúrgicas, la
permanencia en el hospital o la tasa
de recurrencia. Pero los aspectos
relativos a la paciente quedan
relegados a un segundo plano, nos
referimos a resultados como la
resolución del síntoma, la vuelta a la
actividad normal y la satisfacción son
tan importantes como los resultados

clásicos. En este trabajo estos
resultados pueden ser resumidos
midiendo de calidad de vida mediante
cuestionarios validados y sobretodo
en la cirugía de patología benigna,
la cual debería ser el resultado
más importante y debería utilizarse
sistemáticamente en los estudios.
Como conclusión de este estudio se
pudo observar que la histerectomía
laparoscópica ofrece ventajas sobre la
vía abdominal en términos de mejor
calidad de vida cuatro años después
de la cirugía.

**USUALMENTE EN
ESTUDIOS SOBRE
PROCEDIMIENTOS
QUIRÚRGICOS SE
ENFATIZA A MENUDO
SOBRE MEDIDAS DE
RESULTADOS COMO
TIEMPO QUIRÚRGICO,
COMPLICACIONES
QUIRÚRGICAS, LA
PERMANENCIA EN EL
HOSPITAL O LA TASA DE
RECURRENCIA. PERO LOS
ASPECTOS RELATIVOS A
LA PACIENTE QUEDAN
RELEGADOS A UN
SEGUNDO PLANO,
NOS REFERIMOS A
RESULTADOS COMO
LA RESOLUCIÓN DEL
SÍNTOMA, LA VUELTA A LA
ACTIVIDAD NORMAL Y LA
SATISFACCIÓN SON TAN
IMPORTANTES COMO LOS
RESULTADOS CLÁSICOS.**

TIP 3

Aporte **Dr. Pedro Fancite Antique**
(Venezuela)

Evaluación del uso clínico de sulfato de magnesio para la prevención de la parálisis cerebral

Evaluation of the Clinical Use of Magnesium Sulfate for Cerebral Palsy Prevention

Gibbins K, Browning, Karen R, A D. Lopes, Rouse

Obstet Gynecol 2013;121:337-443

Los ensayos clínicos respaldan la eficacia y seguridad del sulfato de magnesio para la prevención de la parálisis cerebral. Se evaluó la aplicación de un protocolo clínico para el uso de magnesio en la prevención de la parálisis cerebral en un hospital grande para embarazadas, centrándose en la captación, indicaciones, y la seguridad.

→ Métodos

Se realizó una revisión de gestantes seleccionadas con amenaza de parto o parto planificado antes de las 32 semanas de gestación, en el lapso de octubre 2007 a febrero de 2011.

El objetivo principal del estudio fue conocer el cambio de frecuencia y uso de la administración del sulfato de magnesio ante-parto en este período de tiempo.

→ Resultados

Trescientos setenta y tres pacientes fueron incluidos. En 2007, antes de la implementación de las guías, el 20% de gestantes elegibles recibieron magnesio antes del parto (IC 95%: 9,1-35,6%), en comparación con el 93,9% (IC9 5%: 79.8-99.3%) en los últimos 2 meses del período estudiado ($P < 0,001$). La dosificación no varió significativamente a lo largo de los 4 años de estudio: la mediana de número de tratamientos fue de uno, la dosis promedio total previa al parto fue de 15 a 48 g, y la duración media del tratamiento varió de 3 a 12 horas. Después de 3 años, la administración de magnesio es casi de uso universal entre pacientes con diagnóstico de preeclampsia, parto prematuro o ruptura prematura de membranas (95,4%), mientras que los nacidos prematuramente con restricción del crecimiento fetal tuvieron significativamente menos probabilidades de recibir magnesio pre-parto (44%, $P < 0,001$). Se señaló que no hubo morbilidad materna o perinatal atribuible al sulfato de magnesio. Los pacientes elegidos para el protocolo que recibieron magnesio, el 84,2% nacieron antes de las 32 semanas de gestación.

→ Conclusión

Es factible la implementación de un protocolo en la práctica clínica con sulfato de magnesio en la prevención parálisis cerebral.

→ Comentarios

Este trabajo prospectivo nos muestra que sí es posible cambiar hábitos, costumbres, e incluso implementar nuevos protocolos en el área clínica, cuestión que es bien difícil en nuestro medio. La importancia de los cambios lo vemos en las siguientes estadísticas: casi 800.000 estadounidenses, y muchos más en todo el mundo, padecen de parálisis cerebral. El parto prematuro aumenta enormemente el riesgo de parálisis cerebral, se estima que de un tercio a la mitad de los casos nuevos de la parálisis cerebral se asocia con la prematuridad. Existen suficientes ensayos aleatorios y meta-análisis que demuestran cómo el sulfato de magnesio por vía intravenosa administrado a las madres antes del parto prematuro disminuye significativamente el riesgo de parálisis cerebral, sin aumento en la mortalidad perinatal o infantil. Se estima que para prevenir un caso de parálisis cerebral incapacitante es necesario tratar de 30-60 gestantes dependiendo de la edad gestacional. Sin duda alguna, esta investigación nos señala una buena práctica a implementar.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA

COSTA RICA
CUBA
ECUADOR
SALVADOR
GUATEMALA

HONDURAS
HAITÍ
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ

PARAGUAY
PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org