



## BOLETÍN

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

#### ÍNDICE

<b>Editorial</b>	<b>1</b>
La necesidad de promover el acceso de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y salud Lic. Andrea Berra	
<b>Artículo Central</b>	
Atención integral de la mujer en la interrupción legal del embarazo Pío Iván Gómez Sánchez. MD, MsC	<b>6</b>
<b>Actividades destacadas en la región</b>	
Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC). Historia de la CIC	<b>10</b>
Avance histórico en Uruguay	<b>13</b>
Eventos Académicos	<b>13</b>
Actividades Regionales y de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y el Comité de Mortalidad Materna	<b>14</b>
<b>Tips sobre artículos</b>	<b>16</b>
TIP 1 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	
TIP 2 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	
TIP 3 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“Quiero creer que voy a mirar este nuevo año como si fuese la primera vez que desfilan 365 días ante mis ojos.”

**PAULO COELHO**

#### 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

# La necesidad de promover el acceso de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y salud

#### Lic. Andrea Berra

Diplomada en Género y Políticas Públicas.

Profesora de Salud Pública y Salud Mental en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Tutora en la Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina.



5Stockphoto@ ianank



**DIRECTOR DEL BOLETIN:**  
Pío Iván Gómez

**EDICION:**  
Luis Távara, Jorge Apolaya

**CORRECCIÓN DE ESTILO:**  
Soledad Arriagada

**DISEÑO y DIAGRAMACION:**  
Julissa Soriano

**PROGRAMACION:**  
Miguel Céspedes



La existencia de diferencias significativas entre la salud de las mujeres y los varones, de su asociación con las relaciones de género y los determinantes sociales de la salud, así como la preocupación por la necesidad de la ampliación de servicios de salud sexual y reproductiva hacia la incorporación de la perspectiva de género y masculinidades, son algunos de los debates que actualmente deben estar presentes en la programación de los servicios de salud sexual y reproductiva para contribuir a la reducción de la inequidad de género en el acceso a la salud.

Los interrogantes que guían este artículo problematizan cuestiones acerca de la oferta y demanda de los servicios de salud que posicionan de manera diferente a mujeres y varones, ya que habitualmente los programas de salud sexual y reproductiva se focalizan en la atención de la salud de las mujeres, dando por resultado en las consultas un mayor acceso de mujeres que de varones a los servicios y, en particular, de mujeres en edad fértil (aproximadamente entre 15 y 45 años).

Por un lado podemos pensar que, en general, los hombres consultan menos que las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva, pero esto ¿es el resultado de una dificultad inherente a los varones pues sus conductas y actitudes son acordes a las características de un modelo de masculinidad dominante o es que no existen servicios de salud que consideren en su programación a la población masculina como un actor social relevante a la par de las mujeres?

Una de las tensiones que pueden experimentar los varones con respecto al acceso a los servicios de salud es precisamente la adherencia al Modelo Hegemónico de Masculinidad o el reconocimiento de una Pluralidad de Masculinidades. Existe un amplio acuerdo en que la masculinidad no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones y que es una construcción cultural que se reproduce socialmente (Olavarría, José; 2012).

Esta idea de pensar en la masculinidad como una construcción cultural nos permite reconocer su íntima relación con la existencia de un sistema de sexo/género, pudiendo reflexionar que según cómo se construya al género se construirá la masculinidad. Como nos explica R. W. Connel (2003), el concepto de masculinidad es inherentemente relacional, por lo que la masculinidad no existe más que en oposición a la femineidad. A la vez, la masculinidad es “un lugar en las relaciones de género” en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio en el género (Connel, R; W; 2003).

Con respecto a la salud de los varones los estudios de género masculino muestran que los hombres tienen un particular estilo de vida que favorecen ciertos problemas de salud, siendo un factor de riesgo de primer nivel para su salud la existencia del Modelo Social de la Masculinidad Tradicional Hegemónica en el que son socializados y no el hecho de nacer con el sexo masculino (Bonino, L; 2001). Los valores que transmite este modelo (autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres, entre otros) hacen que sus modos de vida estén marcados por el control de sí y de los demás, el riesgo, la competitividad y el déficit de comportamientos de cuidado para su salud. Así mismo, las instituciones se configuran de maneras diferentes según las relaciones de género, es decir, que el género como determinante social interactúa con la etnia y la clase social, generándose diferentes configuraciones según las características de las instituciones, públicas o privadas, de educación, justicia, salud, etc. De esta forma, en diferentes contextos de clase y etnicidad, se presentan diferentes visiones de masculinidad que necesitan explorarse con cuidado (Seidler, V; 2006) para no engañarnos con visiones homogenizadoras y unificadoras de la masculinidad.

Al pensar cómo se configuran las instituciones de salud según las relaciones de género, nos encontramos también que las acciones y programas de salud sexual y reproductiva responden a una configuración femenina, siendo uno de los objetivos primordiales de la oferta de los servicios de salud reproductiva abordar las necesidades de anticoncepción de las mujeres en edad fértil; así mismo muchas de las acciones en comunidad demandan la participación de las mujeres como únicas referentes y responsables de la salud de la familia, dejando por fuera la importancia de la participación de los varones en la distribución del poder y en la toma de decisiones de la familia y en la sociedad. De otro lado, muchas veces las instituciones sanitarias se alían como una más de las instituciones patriarcales, afianzando el mandato masculino e impregnado con esa ideología a los profesionales y personal de salud (Bonino, L; 2001).

De esta forma, los servicios de salud sexual y reproductiva reafirman a los varones en calidad de proveedores de sus hijos e hijas y de observadores de la reproducción de las mujeres. Necesitamos sacar a los varones de un rol pasivo y expectante ante la procreación, embarazo, parto y/o aborto y lograr que asuman una responsabilidad consciente y compartida con las parejas y/o mujeres.

Por lo tanto, uno de los desafíos actuales en salud sexual y reproductiva debería ser desconstruir y transformar el modelo dominante del sujeto y generar que la influencia de la igualdad se extienda a todas las instancias de la vida social (Figuroa Perea, J; 2006) mediante programas que incorporen a los hombres y que

#### 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)  
secretario@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)

---

**PENSAR EN SISTEMAS DE SALUD ACCESIBLES PARA TODAS Y TODOS ES INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y/O ACCIONES Y DE ESTA FORMA CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LAS INEQUIDADES EN SALUD. LA EQUIDAD DE GÉNERO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EXIGE POLÍTICAS QUE GARANTICEN QUE LAS MUJERES Y VARONES SEAN TRATADOS POR IGUAL EN LOS CASOS QUE TENGAN NECESIDADES EN COMÚN Y EN LOS CASOS EN QUE SUS VULNERABILIDADES SEAN DIFERENTES SE LAS ABORDE EN FORMA EQUITATIVA.**

---

consideren no sólo la detección y tratamiento temprano del cáncer de próstata y testículo sino que también promuevan valores esenciales para la salud integral de mujeres y varones, la responsabilidad por el cuidado de los hijos e hijas y la promoción de la igualdad con las mujeres para enfrentar los mandatos y valores propios del Modelo Hegemónico de Masculinidad y propiciar la incorporación de la Pluralidad de Masculinidades en el abordaje de la salud sexual y reproductiva.

El Programa de Acción del Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) intentan de alguna manera involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres tratando de comprender las conductas y actitudes que ellos tienen con su propia salud sexual y reproductiva y promoviendo acciones para prevenir riesgos en la salud de los varones.

Pensar en sistemas de salud accesibles para todas y todos es incorporar la perspectiva de género en la planificación de los programas y/o acciones y de esta forma contribuir a la reducción de las inequidades en salud. La equidad de género en materia de salud sexual y reproductiva exige políticas que garanticen que las mujeres y varones sean tratados por igual en los casos que tengan necesidades en común y en los casos en que sus vulnerabilidades sean diferentes se las aborde en forma equitativa. La adopción de políticas de igualdad y equidad de género en salud, exige transformaciones que van desde cambiar el enfoque de la salud de mujeres y varones, incorporando la perspectiva de género y la conceptualización sobre las masculinidades, hasta el diseño de estrategias diferenciales de atención. Por lo tanto, necesitamos redefinir la forma en la cual se conciben los problemas de salud de hombres y mujeres, replantear los objetivos de las políticas y los servicios, concebir las soluciones y metas y fijar los alcances éticos de lo que significa el derecho humano a la salud (García Prince, E. 2005).

Desde la Salud Pública, el interés por las desigualdades de género existe porque esta situación de salud diferenciada se produce por la consistencia epidemiológica de que el género es un determinante de la salud (Peiró Pérez, R. et al, 2004). En muchas circunstancias las vulnerabilidades sociales son los factores determinantes primordiales de los resultados de morbi-mortalidad injustos. Asimismo la autonomía de las mujeres, su empoderamiento, no se lo puede analizar sin su interacción con el desarrollo de las identidades masculinas y su dominación, como así también sin considerar la potencialidad de la pluralidad de masculinidades.

Hasta el momento, los servicios de las organizaciones de salud pública han abordado principalmente los problemas de la infancia y de las mujeres, para ampliar el trabajo de género es indispensable comenzar a abordar las vulnerabilidades propias de las diversas masculinidades y abarcar las problemáticas y particularidades de los varones en interrelación con las problemáticas y particularidades de las mujeres.

Actualmente no podemos hablar de una sola masculinidad o una sola forma de ser hombre, por lo que es esencial que los equipos de salud estemos capacitados desde el abordaje de la perspectiva de género y masculinidades para reconocer las vulnerabilidades diferenciales tanto de mujeres y de varones, comprendiendo de esta manera a los determinantes sociales de la salud como componentes primordiales en la planificación de los planes, programas y/o proyectos sanitarios.

Una propuesta impostergable es propiciar investigaciones sobre estudios de género y masculinidades en salud y generar capacitaciones del equipo de salud para crear condiciones que propicien el acceso de los varones como usuarios asiduos de los servicios de salud a la par de las mujeres.

Para finalizar, como la masculinidad hegemónica afecta tanto a las mujeres como así también influye entre varones de todas las edades, etnias y clases sociales, es indispensable profundizar las posibles asociaciones entre la pluralidad de masculinidades y los diversos determinantes sociales de la salud para generar instituciones sanitarias inclusivas de todas las diversidades masculinas y femeninas capaces tanto de abordar sus riesgos como así también propiciar sus potencialidades y recursos y crear espacios de encuentro que involucren a la mujer y al varón en la promoción de la salud sexual y reproductiva. ←

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Bonino, L; (2001) “Salud, varones y masculinidad”, comp. Lozoya J; Bedoya, J; Voces de Hombres por la Igualdad, Madrid, Editado Chema Espada.
- 2.- Connell, R.W; (2003) Masculinidades. Capítulo 3. La organización social de la masculinidad. México. PUEG/UNAM.
- 3.- Figueroa Perea, J; (2006) “¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los varones?” en Careaga, Gloria y Salvador Cruz (2006) Debate sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México OUEG/UNAM. Pp 403-427.
- 4.- García Prince, E. (2005). Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud. Hernán Málaga (Ed.) Salud Pública. Enfoque Bioético. Caracas: Desinlimed.
- 5.- Olavarría, José (2012): “Masculinidades y Género”, Unidad Nro. 1, Seminario de Especialización PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- 6.- Peiró Pérez, R. Vives Caces, C. Alvarez Dardet, C. Más Pons, R. (2004). El análisis de políticas con enfoque de género y salud. Buenos Aires: Documentos PRIGEPP.
- 7.- Seidler, V; (2006) “Masculinidades, hegemonía y vida emocional”, en Careaga, Gloria y Salvador Cruz (2006) Debate sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México OUEG/UNAM. Pp 147-157.

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

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

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

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

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

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



ARTÍCULO CENTRAL

# Atención integral de la mujer en la interrupción legal del embarazo

**Pío Iván Gómez Sánchez. MD, MsC**

Ginecólogo, Epidemiólogo

Asesor Médico Senior IPPF/RHO

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia

Coordinador Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

El personal de los servicios gineco-obstétricos de emergencia es testigo de los principales problemas de salud de la mujer entre ellos: el embarazo no deseado, violencia sexual, mujeres en situación de aborto y sus complicaciones. En nuestra región de Latinoamérica y El Caribe (LAC) hay anualmente 9.200 Muertes maternas, de las cuales 1200 son causadas por abortos inseguros. Tenemos en LAC una razón de mortalidad materna de 85 x 100.000 nacidos vivos (nv), pero 8 países de nuestra región están por encima de 100 x 100.000 nv. Por cada muerte, hay un gran número de mujeres que sufren daños e incapacidad. Las cifras anteriores no tienen en cuenta el importante subregistro, ni las mujeres que no acceden a los servicios de salud.

Lo(as) profesionales de la salud hemos sido formados en un enfoque muy biologista y debemos recapacitar y entender que el abordaje para salud y enfermedad es Bio-psico-social y estos dos últimos componentes son tan, o más importantes que el primero. Dicho en otras palabras es hora de “humanizar” los servicios de salud brindando tratamiento integral no a las patologías sino a las personas. Oímos al estudiantado aún decir: “Llegó un aborto incompleto”, ¿es esto real?, ¿no será quizás que estamos ante una mujer que sufre complicaciones de un aborto incompleto?. La diferencia radica en que esta mujer tiene no solo un aborto incompleto, sino un proyecto de vida, expectativas, familia, problemas biológicos, pero también seguramente psico-sociales. Tiene riesgo de cáncer de seno, de cérvix, de ITS/VIH/SIDA, violencia, etc., y nosotros que nos denominamos proveedores(as) de salud, deberíamos dar eso: SALUD, es decir no solo la ausencia de enfermedades sino el completo bienestar bio-psico-social.

Que diferente es entonces hablar de “La mujer con aborto incompleto” a diferencia de “el aborto incompleto”.

Lo anterior es válido para cualquier consulta, trátase de una mujer con una gestación no deseada, un caso de violencia sexual, control prenatal, etc., siempre se debe brindar una atención integral. En lo anteriormente dicho se enmarca el concepto de ATENCION INTEGRAL que describiremos a continuación dentro en la interrupción legal del embarazo (ILE).

Podemos resumir la Atención Integral en cinco elementos básicos que son:

1. **Consejería-Orientación Integral**
2. **Apoyo emocional**
3. **Tratamiento adecuado de la mujer en la I.L.E.**
4. **Vínculos con otros Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y**
5. **Vínculos con la comunidad**

## CONSEJERÍA-ORIENTACION INTEGRAL Y APOYO EMOCIONAL

El objetivo de la asesoría inicial de cualquier consulta es identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas así como otras necesidades y preocupaciones de las mujeres. Se genera una instancia médica y psico-social de asesoramiento y apoyo para brindar toda la información necesaria para la toma de decisiones y nos debe permitir entre otras cosas, disminuir el número de abortos inseguros y sus complicaciones.

Algunos aspectos que debe incluir son:

- Legislación sobre el aborto
- Derechos y Confidencialidad
- Alternativas con el embarazo:
  - Abortar
  - Nacimiento indeseado
  - Nacimiento aceptado
  - Adopción

El enfoque debe ser en las necesidades en SSyR que la mujer pueda tener y siempre brindando apoyo emocional, antes, durante y después de la atención. Se deben evaluar las reacciones psicológicas de la paciente, proporcionar consuelo y usar el contacto físico adecuado de acuerdo a las normas socioculturales de cada mujer. Brindar consejería o referenciar a otro servicio. Si estamos ante un

caso de ILE por violación no debemos permitir que salga de la institución sin haberle explicado sobre su retorno de la fertilidad, opciones anticonceptivas y si es su deseo debe salir con un método anticonceptivo.

El período postaborto después del tratamiento de emergencia ofrece una importante oportunidad a profesionales de salud para ayudar a las mujeres resolviendo los problemas que contribuyen al embarazo indeseado. Se deben discutir los planes reproductivos de la mujer y asegurarse que ella reciba consejería y un método anticonceptivo o una referencia a donde lo reciba oportunamente. Como mínimo necesitamos asegurar que todas las mujeres reciban la siguiente información esencial:

- El pronto retorno de la ovulación puede llevar a la posibilidad de un embarazo indeseado poco después de un aborto (incluso antes de la primera menstruación postaborto). En abortos espontáneos o inducidos en el primer trimestre la ovulación usualmente sucede entre el día 9 a 11 postaborto.
- La disponibilidad, en la misma unidad o a través de referencia, de métodos anticonceptivos seguros y eficaces para evitar futuros embarazos indeseados.
- La disponibilidad y el lugar de recursos locales de servicios de anticoncepción para un reabastecimiento de los métodos, provisión de métodos a largo plazo y permanentes, y atención relacionada continua.

Es importante que el personal que interactúa con las mujeres se sienta cómodo con ellas y tenga compasión con respecto a las situaciones que enfrentan. Si muchas adolescentes son tratadas debido a complicaciones del aborto, el personal que les ofrece orientación debería poder hablar cómodamente sobre la sexualidad de los y las adolescentes y sobre las presiones y los riesgos que esta población joven enfrenta.

Todo el personal debe tener interacciones positivas con las mujeres y para lograrlo se debe:

- Demostrar conducta libre de prejuicios, seleccionar miembros del personal que sientan simpatía para tratar a las mujeres con aborto
- Informar al personal sobre el papel del aborto realizado bajo condiciones de riesgo en relación con la mortalidad materna y sobre la necesidad de ofrecer servicios de anticoncepción postaborto para evitar el embarazo indeseado

- Proveer oportunidades para que el personal pueda conversar sobre sus sentimientos con respecto al aborto
- Establecer como una prioridad interacciones respetuosas con las mujeres

El tratamiento de condiciones agudas y graves debe ser la primera prioridad de los(as) proveedores(as) que atienden a las mujeres con complicaciones del aborto. La orientación sobre las necesidades anticonceptivas puede ocurrir una vez que se haya establecido la condición médica de la mujer y debe, siempre y cuando sea posible, ocurrir antes de darle de alta. La gama completa de métodos anticonceptivos puede considerarse para uso después de un aborto, siempre y cuando la mujer sea examinada adecuadamente y esté apta para hacer una elección informada. Además de lo anotado anteriormente, no debemos olvidar que cualquier mujer que entre a nuestro consultorio debe ser instruida en autocuidado en general, autoexamen de seno, importancia de la citología cervicovaginal, sexo seguro, doble protección, y si es el caso identificar violencia intrafamiliar para poder intervenir.

## TRATAMIENTO ADECUADO DE LA MUJER EN LA I.L.E.

El servicio médico debe brindarse en un marco de derechos, garantizando la confidencialidad, privacidad y preservando la dignidad de las personas. La atención médica debe basarse siempre en las mejores evidencias disponibles sobre aspectos bio-psico-sociales.

Para el caso de ILE tenemos actualmente la segunda edición de las guías sobre aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicadas en 2012 y que tienen las mejores evidencias disponibles anotando la fuerza de la recomendación y la calidad de la evidencia. La guía completa puede obtenerse en la página Web de la OMS en la dirección: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en/index.html>

Algunas recomendaciones relevantes allí planteadas son:

- La aspiración al vacío es la técnica recomendada para aborto quirúrgico hasta las 12-14 semanas. El procedimiento no debe rutinariamente completarse con cureta. Donde aun se practique

curetaje (legrado instrumental) debe reemplazarse por aspiración al vacío.

- El método recomendado para aborto farmacológico es el uso de Mifepristona seguida de Misoprostol
- En los sitios donde aún no está disponible Mifepristona se puede utilizar Misoprostol solo. Para gestaciones hasta las 12 semanas (84 días) se recomiendan 800 mcg de Misoprostol vía vaginal o sublingual, hasta 3 dosis repetidas de 800 mcg, pueden ser administradas a intervalos de al menos 3 horas, pero no más de 12 horas. Para gestaciones mayores a 12 semanas (84 días) se recomiendan 400 mcg de Misoprostol vía vaginal o sublingual, repetidas cada 3 horas, hasta 5 dosis. Para gestaciones mayores a 24 semanas debe reducirse aún más la dosis pero no hay suficiente evidencia de ensayos clínicos para dar una recomendación específica.
- La dilatación y evacuación, así como los métodos farmacológicos (Mifepristona mas Misoprostol y solo Misoprostol) se recomiendan para gestaciones mayores a 12-14 semanas. Las instituciones deben proveer al menos una de estas opciones y preferiblemente las dos, dependiendo de la experiencia de proveedores(as) y la disponibilidad de capacitación.
- De rutina a toda mujer se debe ofrecer analgésicos ya sea un aborto farmacológico o quirúrgico. La anestesia general no se recomienda rutinariamente para dilatación y evacuación ni para aspiración al vacío. Los analgésicos además de ofrecerse deben brindarse oportunamente a la mujer que los desee. En la mayor parte de los casos la analgesia, anestesia local y/o sedación leve, suplementadas con apoyo verbal son suficientes para el control del dolor, pero debe tenerse en cuenta que la necesidad de control del dolor aumenta con la edad gestacional.

## VÍNCULOS CON OTROS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Preferiblemente todos los servicios se deben proporcionar en el mismo lugar y si no es posible se debe referenciar a otros servicios accesibles dentro de la red de servicios. Antes de dar de alta a la mujer se deben revisar si:

- Los signos vitales están en cifras normales para ella.
- El sangrado y los cólicos han disminuido.
- Está despierta, alerta y es capaz de caminar sin ayuda.



- Ella está de acuerdo en que está lista para salir de la institución.
- Programación de una cita posterior (conforme al estado físico de la mujer y sus necesidades).
- Obtención del consentimiento de la mujer para enviar su historia clínica al prestador de servicios de salud que proporcionará los cuidados de seguimiento (cuando aplique).

Infórmele en palabras comprensibles sobre:

- Características del sangrado (similar a una menstruación) y cólicos durante pocos días
- Uso de analgésicos, baños, compresas para aliviar los cólicos
- Retorno de la menstruación: 4 a 8 semanas después
- Riesgo de quedar embarazada casi inmediatamente
- Aspectos sobre las relaciones sexuales

De indicaciones en un lenguaje sencillo (de preferencia, escritas) sobre los síntomas por los cuales se debe consultar inmediatamente:

- Fiebre, escalofríos, desmayos, vómito
- Distensión y/o dolor abdominal
- Secreción vaginal de olor fétido
- Cólicos, sangrado mayor que una menstruación normal
- Demora en el retorno de la menstruación (más de ocho semanas)

La cita posterior es una oportunidad para brindar consejería personalizada, brindar los servicios de anticoncepción o controlar el uso de los mismos y para atender otros problemas de salud. Algunas recomendaciones para la cita posterior son:

- Ofrezca palabras reconfortantes
- Al examen, si es necesaria la especuloscopia, use un espéculo pequeño
- Evalúe tamaño y tono uterino, así como dolor a la palpación.
- Descartar retención de restos ovulares y/o infección
- Repita la evacuación endouterina si diagnostica un aborto incompleto.
- Descartar ITS.
- Las adolescentes y las mujeres que han pasado por una experiencia de violación necesitan atención especial.

Es importante que cuando se referencia a otros servicios accesibles dentro de la red, esta sea una red de servicios

eficiente y comprometida que brinde oportunidad en la atención y retroalimente a la institución referente sobre el servicio brindado a la mujer. Hay una amplia variedad de servicios que la mujer puede requerir, algunos son:

- Servicios para la atención de ITS/VIH/SIDA
- Servicios para la atención de mujeres sometidas a actos de violencia
- Servicios para el tratamiento de la infertilidad
- Nutrición
- Detección sistemática/referencia por cáncer
- Consejería y referencia a servicios amigables y de calidad para adolescentes

## VÍNCULOS CON LA COMUNIDAD

Los servicios de salud deben entender que su función debe ir más allá de las paredes de la institución. Si queremos realmente lograr un impacto en la salud y vida de la población debemos iniciar trabajos comunitarios. Por eso es necesario establecer alianzas entre la comunidad y proveedores(as) de servicios. En estas alianzas se deben buscar estrategias entre otras cosas para:

- Asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades
- Informar a la población de sus derechos
- Prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros
- Movilizar recursos tendientes para que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno para anticoncepción de emergencia, gestaciones no deseadas, violencia, complicaciones de abortos, etc.

Debemos entender que esta estrategia puede ayudar a mejorar la salud y salva vidas al abordar integralmente a la mujer y entender sus necesidades y expectativas en SSyR. No es permisible que una mujer simplemente salga de la institución con una fórmula de hemáticos sin conocer cuando retornará su fertilidad, sin saber qué opciones anticonceptivas tiene, cómo hacerse auto examen de seno, importancia de la citología cérvico-vaginal, cómo prevenir ITS/VIH/SIDA, etc. Este momento de crisis para la mujer podemos convertirlo en la oportunidad de recibir un trato humanizado y digno que realmente le brinde salud (bio-psico-social) y que no solamente reciba un manejo técnico consistente en evacuar su útero. ←

## ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

# Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC). Historia de la CIC

La historia de la Confederación Iberoamericana de Contracepción (CIC) empieza con un sueño. Un sueño que acaricia un número reducido de personas, capaces, por su entusiasmo con la idea, de contagiar a más y más personas como las ondas de un lago cuando cae algo en su interior. Vamos a citar a la Dra. Carmen Coll o a la Dra. Isabel Ramírez, entre otros y otras, gérmenes de este ilusionante y ambicioso proyecto.

¿El fundamento?. Globalizar la SSyR, especialmente en la faceta de la anticoncepción en comunidades unidas por historia, lengua, tradiciones e idiosincrasia. Unificar la buena asesoría y asistencia en anticoncepción a los hombres y las mujeres de toda la comunidad latinoamericana. Conseguir que el derecho a una información y asistencia anticonceptiva en los países hermanos a uno y otro lado del Atlántico alcancen sus máximas cuotas de desarrollo. Muchos proyectos unificadores, en las más variadas facetas del conocimiento y la actividad humana se han realizado entre comunidades latinas y americanas. La faceta de la anticoncepción, tan trascendente para toda la población por su carácter liberador, merecía el desarrollo de este sueño.

Poco a poco, no sin esfuerzos, se fueron tendiendo las redes de conexión con diferentes países. No pudieron ser todos (estábamos empezando) pero si una serie de países representativos de la comunidad latinoamericana: Argentina, Chile, México, Perú, Uruguay y Ecuador, además de España que actuó de organizadora y anfitriona, participaron en el IX Congreso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) celebrado en el Hotel Renacimiento de Sevilla, España en Marzo de 2008. La SEC actuó de anfitriona, tras aprobación en Asamblea del ambicioso proyecto de creación de la Confederación y Geyseco, agencia que actúa como Secretaría técnica de la SEC, dio la cobertura organizativa necesaria de forma muy generosa. Y Sevilla, ciudad clave en la historia del inicio de los lazos entre Europa y América, fue el “hada madrina” de este nacimiento histórico. Tal vez, la ciudad más emblemática a estos efectos.

En el seno de esta primera Reunión Iberoamericana, constitutiva de la CIC, se elaboraron los estatutos, que quedaron aprobados, y se constituyó la primera

Junta Directiva, presidida por la Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Gómez, de España, con el difícil cometido de poner en marcha la maquinaria.

El camino no ha sido sencillo hasta ahora, pero la ilusión permanece firme y el proyecto sigue teniendo vigencia y, lo que es más importante, sigue despertando ilusiones. Tras las reuniones celebradas en el Congreso de la SEC de Zaragoza, España, en Marzo de 2010, se saltó el Océano para celebrar la siguiente reunión en Buenos Aires, Argentina, en el mes de Septiembre de 2011. Y, por fin, recientemente, se celebró la última de sus reuniones, con la preceptiva renovación de la Junta Directiva el pasado mes de Septiembre en Bogotá, Colombia. En dicha reunión se han renovado votos para la ampliación a más países de la CIC, su consolidación y la realización concreta de proyectos comunes entre los distintos países y Sociedades integrantes de la CIC. Igualmente, en esta ocasión se tendieron lazos con la FLASOG (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología), con muchos objetivos comunes con la CIC, en la persona del Dr. Pío Iván Gómez. De esta colaboración han de surgir no pocas acciones de desarrollo de ambas federaciones.

Una breve, intensa y fructífera historia que, cuando menos, permite la amplitud de mirar

**Firmado: Ezequiel Pérez Campos. Primer secretario de la CIC**

## ¿QUÉ ES LA CONFEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE CONTRACEPCIÓN?

La CIC es una sociedad científica sin ánimo de lucro, conformada por sociedades científicas Europeas y Americanas de habla hispana y portuguesa que libremente se han adherido y cuya finalidad es la de facilitar la comunicación y la colaboración de los profesionales de los distintos países que la integran para poder mejorar de esta forma la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres a ambos lados del Atlántico.



**El Presidente de la SEC, Dr. Ezequiel Pérez Campos, firmando el Acta fundacional que constituye la Confederación Iberoamericana de Contracepción, acompañado de la Dra. Isabel Ramírez, Presidenta del 9º Congreso de la SEC.**

El Acta Fundacional fue firmada en Sevilla el día 13 de marzo de 2008 a las 13,00 h., por las personas que a continuación se detallan, en condición de Socios Fundadores:

EZEQUIEL PEREZ CAMPOS  
 M<sup>a</sup> ÁNGELES GÓMEZ MARTÍNEZ  
 ESTHER DE LA VIUDA GARCIA  
 ROBERTO LERTXUNDI BARAÑANO  
 MACARENA QUESADA MORENO  
 J.VICENTE GONZALEZ NAVARRO  
 M<sup>a</sup>JESUS ALONSO LLAMAZARES  
 EDUARDO YAÑEZ GONZALEZ  
 ISABEL RAMIREZ POLO  
 LILIANA CEVALLOS VERA  
 SILVIA OIZEROVICH  
 ANDREA SCHILLING  
 RENE BAILON URIZA  
 VALENTÍN JAIMES SERKOVIC  
 VERONICA FIOL  
 CARMEN COLL CAPDEVILLA  
 SAGRARIO MATEU SANCHIS

Este acto se llevó a cabo por iniciativa y amparo de la Sociedad Española de Contracepción y por la especial sensibilidad de su junta directiva, presidida en ese

---

**LA CIC PARTICIPÓ ACTIVAMENTE, MOSTRANDO LA REALIDAD DE VARIOS PAÍSES EN CUANTO A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SE REFIERE, DANDO A CONOCER LOS ESFUERZOS QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN CADA PAÍS, BUSCANDO ALIVIAR ESTOS INDICADORES TAN DRAMÁTICOS Y LO MÁS IMPORTANTE, EL CONTRIBUIR EN LA BÚSQUEDA DE ESTRATEGIAS EFECTIVAS QUE MARQUEN UNA GRAN DIFERENCIA A LA HORA DE EVALUAR.**

---

momento por el Dr. Ezequiel Pérez Campos y por la presencia con incondicional apoyo de los representantes de los distintos países participantes y la representante del Ministerio de Sanidad.

---

### COMENZAMOS A CAMINAR

Desde 2008 hemos realizado 4 reuniones conjuntas. En todas ellas se pudieron analizar las diferentes situaciones de los países de la región, colaborar en la medida de lo posible en la reivindicación de los derechos de salud reproductiva y compartir protocolos y proyectos. A su vez se ha mantenido una estrecha relación entre los países, permitiendo un fluido intercambio en diferentes situaciones de necesidad, ya sea en temas relacionados a la industria como a su vez ante vulneraciones de derechos de los ciudadanos/as.

En septiembre de este año, se realiza en la ciudad de Bogotá D.C., Colombia, la IV Reunión de la CIC, dentro del marco del 1er Congreso Internacional de Ginecología Infanto Juvenil de la Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FECOLSOG, la cual se llevó a cabo en el Centro Empresarial El Cubo. Esta reunión tuvo una vital importancia dado que se desarrolló dentro de un evento cuya prioridad fue la población adolescente, población vulnerable con una

problemática bio- psico-social muy difícil que afecta a toda la región, donde el embarazo no planeado se ha convertido en un problema de salud pública que día a día desgasta a nuestros países desde todo punto de vista. La CIC participó activamente, mostrando la realidad de varios países en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere, dando a conocer los esfuerzos que se están llevando a cabo en cada país, buscando aliviar estos indicadores tan dramáticos y lo más importante, el contribuir en la búsqueda de estrategias efectivas que marquen una gran diferencia a la hora de evaluar.

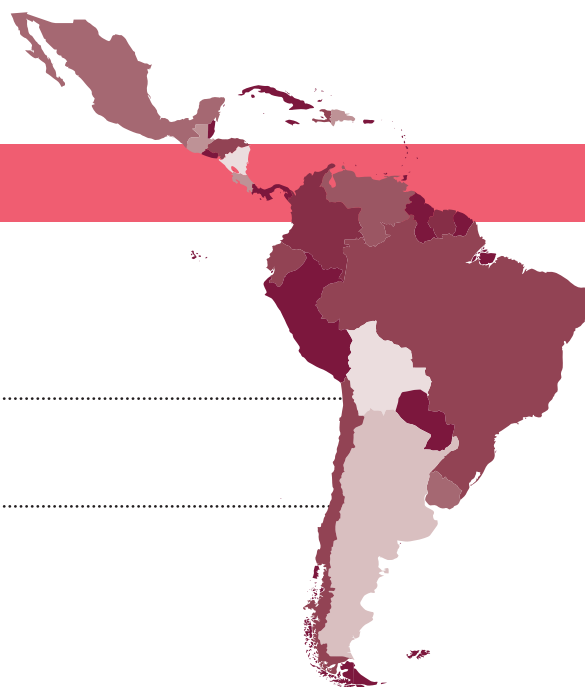
Objetivos tan nobles nos están llevando a buscar colaboración y financiación para nuestros proyectos y desde estas páginas animamos a los sociedades de países con objetivos comunes en Salud Sexual y Reproductiva, y que aún no formen parte de la CIC, que se unan a esta Confederación de Sociedades que tiene la finalidad de facilitar la comunicación y la colaboración de profesionales de los distintos países que la integran y de trabajar por los nobles y ambiciosos objetivos que siempre hemos perseguido con una enriquecedora visión multicultural, plurinacional, abierta y universalista, para que en un futuro próximo podamos ver los frutos del trabajo en común. ←

**Firmado: Isabel M Ramírez Polo.  
Presidenta de la CIC**

# Avance histórico en Uruguay

Anualmente en Uruguay se producen alrededor de 30 mil abortos ilegales, según cifras oficiales. La nueva ley deja sin efecto la legislación de 1938 que penaliza entre tres y nueve meses de prisión a la mujer que aborte y hasta dos años de cárcel para quien lo practique.

El 17 de Octubre el Senado uruguayo aprobó la ley de despenalización del aborto luego de varias horas de debate. Con 17 votos a favor, 16 del Frente Amplio y uno del senador Jorge Sarabia del opositor Partido Nacional, se aprobó la ley para despenalizar el aborto durante las primeras 12 semanas de gestación y bajo ciertas condiciones, tras una jornada de debate de más de cuatro horas. La ley establece que las mujeres que quieran interrumpir su embarazo tendrán que acudir a un(a) profesional de la medicina que las remitirá a una comisión formada por profesionales de psicología, ginecología y trabajo social que las asesorarán. Posteriormente, la mujer tiene cinco días para reflexionar y podrá iniciar el procedimiento en un centro de salud. Sin embargo, los abortos que se realicen fuera de esta normativa continuarán siendo ilegales. La norma estipula que “la interrupción del embarazo no será penalizada”, siempre y cuando la mujer cumpla voluntariamente con los requisitos establecidos, en casos de existir riesgos de salud para la madre, y mientras el procedimiento se realice en centros de salud y bajo supervisión de las autoridades. También establece que los profesionales de la salud que tengan objeción de conciencia deberán manifestarla en la institución en la que trabajan y dicha objeción será aplicable en todas las instituciones de salud donde se desempeñen. En tanto, a las instituciones que por su “ideario” sean contrarias al aborto, como el Círculo Católico y el Hospital Evangélico, no se las obligará a realizar los procedimientos, pero sí deberán derivar a la mujer a otra institución para que la interrupción sea realizada. ←



## EVENTOS ACADÉMICOS

→ 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

→ 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 Regionales y de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y el Comité de Mortalidad Materna

### → Octubre 25 y 26 de 2012.

**Reunión anual de Planificación del Grupo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) Antigua, Guatemala.** Este grupo fue constituido en 1998 para coordinar esfuerzos y unificar criterios para mejorar la salud materna en la región. El GTR es el mecanismo regional que aúna los esfuerzos de diversas agencias del Sistema de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales de cooperación, redes profesionales y organizaciones de la sociedad civil para impulsar programas y políticas de reducción de la morbilidad materna, creando sinergias para alcanzar las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 y contribuir al logro del ODM 4.  
**Por Flasog participaron: Douglas Jarquin, Pio Iván Gómez**

### → Octubre 7-12 de 2012

**XX Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología, FIGO, Roma-Italia.** Se tuvo una sesión oficial denominada: "FLASOG and the Latin American Woman" en la que se presentaron tres temas

1. Mortalidad Materna. Un reto para Flasog. José Douglas Jarquin Gonzalez, El Salvador. Coordinador del Comité de Mortalidad Materna de FLASOG
2. Salud Sexual y Reproductiva. Realidad Latinoamericana. Pio Iván Gómez Sánchez, Colombia. Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG,
3. Morbilidad Materna Extrema.

Edgar Iván Ortiz, Colombia.  
Presidente Electo de FLASOG

Además hubo un Symposium sobre Avances en el Manejo de la Violencia Sexual en América Latina y El Caribe. Este symposium fue coordinado por la Dra. Diana Galimberti, Argentina, en el que tomaron parte los siguientes colegas:

- Análisis del asalto sexual y de los programas de violencia de género en Latino América, Dr. Luis Távara, Director Ejecutivo de FLASOG
- La experiencia brasilera. Progresos y resultados en la última década. Dr. Cristiao Rosas, Brasil, Coordinador de los países del Cono Sur, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG.
- La experiencia en Bolivia. Dra. Desirée Mostajo, Bolivia. Ex-Coordinadora de los países andinos, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG
- Experiencia Argentina. Dra. Diana Galimberti, Argentina. Programa de Cuidados de la Salud de las Víctimas de Asalto Sexual en Hospitales Públicos de Buenos Aires. Ex coordinadora de los países del Cono Sur, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG.

### → Noviembre 2012

**Taller Pre Congreso para discutir la incorporación del misoprostol en la práctica obstétrica como estrategia para reducir la mortalidad materna. Lima, Perú**

Asistieron como invitados la Dra. Sandra Vázquez, Argentina,

el Dr. Cristiao Rosas, Brasil, el Dr. Andrés Calle, Ecuador, quienes conjuntamente con dos profesionales peruanos, el Dr. Enrique Guevara y el Dr. Luis Távara facilitaron el desarrollo de la actividad a la que asistieron 19 personas.

### Taller Nacional para fortalecer la vacunación contra el VPH en niñas, realizado en Lima, Noviembre 2012 a petición de UNFPA-Perú

Se convocó un grupo de especialistas peruanos para que faciliten el Taller. Asistieron 57 profesionales peruanos/as entre médicos, obstetras, enfermeras y otras profesiones afines. El taller se desarrolló exitosamente y los/as participantes consensuaron finalmente una Declaración para que se restituya la vacunación en el Perú. Por FLASOG asistieron el Dr. Miguel Gutierrez y el Dr. Luis Távara

### Taller Nacional de Emergencia Obstétricas, realizado en Lima, Noviembre 2012, a petición de UNFPA-Perú

Para esta actividad se seleccionó el Hospital Nacional DA Carrión, Callao, Perú a fin de que concurren 10 profesionales de la Región Ayacucho para fortalecer sus competencias en emergencias obstétricas. Fue realizado durante una semana, en la que se hicieron actividades teóricas, prácticas en el laboratorio humanístico y prácticas clínicas. Al final se evaluó a todos los participantes, los que obtuvieron calificación aprobatoria. Por FLASOG asistieron el Dr. Julio Aguilar y el Dr. Luis Távara

→ **Noviembre 16 de 2012.****Salud Sexual y Reproductiva, Un reto a Vencer. Celebración de los 60 años de IPPF, PLAFAM, FLASOG. Caracas, Venezuela.**

Por Flasog participaron: Rogelio Pérez D´Gregorio, Judith Toro Merlo, Pio Iván Gómez

→ **Noviembre 17 de 2012.****II Jornada de la Sociedad Venezolana de Ginecología Infante Juvenil: "Bestalia Sanchez de La Cruz". Caracas, Venezuela.**

Por Flasog participaron: Rogelio Pérez D´Gregorio, Pio Iván Gómez

→ **Noviembre 2012****El Comité de Mortalidad Materna, expertos de FLASOG y expertos invitados, elaboraron, discutieron y consensaron el Módulo de Capacitación en Preeclampsia-eclampsia. Panamá.**

Dentro del Plan de Trabajo en la cooperación entre FLASOG y UNFPA/LACRO para el año 2012 se incluyó esta actividad, la misma que fue descompuesta en varias etapas:

- Solicitar la participación de un consultor, experto en el tema de Preeclampsia-eclampsia y para ello se tomó los servicios del Dr. Paulino Vigil De Gracia
- Entregar al Dr. Vigil De Gracia la responsabilidad de elaborar un Primer Draft de un Módulo de Capacitación en Preeclampsia-Eclampsia
- Solicitar al Comité de Mortalidad Materna de FLASOG, designe un Grupo de Expertos que revisen el primer draft y hagan los aportes que correspondan
- Solicitar a un grupo de expertos de fuera de FLASOG que contribuyan con el

cometido anterior

- Revisión del primer draft, la misma que fue realizada en el mes de septiembre 2012
- Envío de los aporte realizados por los expertos, al Dr. Vigil De Gracia
- Elaboración de un segundo draft, en el que fueron considerados todos los aportes provenientes de los expertos.
- Este segundo draft fue enviado nuevamente a todos los expertos y se convocó a una reunión presencial tipo taller en la que se discutió en detalle cada uno de los componentes del Módulo y dejarlo listo para una versión cuasi final
- Realización del Taller presencial en la ciudad de Panamá, el mismo que fue llevado a cabo los días 12 y 13 de Noviembre 2012

Terminada la discusión del documento se aprobó la inclusión de 5 secciones:

- Manual de Referencia
- Guía de Aprendizaje
- Lista de Verificación
- Pre test
- Pos test

Así mismo se aprobaron recomendaciones para realizar la difusión en los países, la capacitación regional y subregional y la metodología para la capacitación. Participaron de esta actividad:

- Dr. José De Gracia, Presidente de FLASOG
- Dra. Sara Campana, Vice Presidenta de FLASOG
- Dr. Iván Ortiz, Presidente Electo de FLASOG
- Dr. Luis Távara, Director Ejecutivo de FLASOG
- Dr. Paulino Vigil De Gracia, experto de FLASOG
- Dr. Douglas Jarquín, Coordinador General del Comité de Mortalidad

Materna, FLASOG

- Dr. Antonio Peralta, Comité de Mortalidad Materna, FLASOG
- Dr. Pedro Faneite, Comité de Mortalidad Materna, FLASOG
- Dr. Jesús Vallecillo, Comité de Mortalidad Materna, FLASOG
- Dra. Virginia Camacho, UNFPA/LACRO
- Dra. Gladis Velez. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
- Dr. Guillermo Carroli, Director del CREP, Rosario, Argentina
- Dr. Joaquín Gómez, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

→ **Diciembre 2012****Foro Nacional sobre Anticoncepción de Emergencia, Cochabamba, Bolivia.**

La Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología llevó a cabo esta actividad con la participación del Dr. Horacio Croxato, de Chile y de representantes de todas las filiales.

→ **Diciembre 2012****Foro Nacional sobre Anticoncepción de Emergencia, Tegucigalpa, Honduras.**

Esta actividad fue llevada a cabo a iniciativa de la Universidad Autónoma de Honduras y de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras en el auditorio de la Universidad. Concurrió la Ministra de Salud, autoridades de la Universidad, médicos, profesionales vinculados a la salud y medios de comunicación; en total hubo 80 personas.

Asistió la Dra. Gabriela Noé de Chile y el Dr. Luis Távara, de FLASOG.

## TIPS SOBRE ARTÍCULOS

## TIP 1

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

**Consecuencias imprevistas de la creciente tasa de cesárea: placenta previa acreta y embarazo en la cicatriz de cesárea. Una revisión.**

**Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy. A review.**

Ilan E. Timor-Tritsch, Ana Monteagudo. Am J Obstet Gynecol. 2012 Jul;207(1):14-29

→ **Objetivo:**

Revisar las consecuencias de la placenta acreta en el primer e inicios del segundo trimestre (hasta 16 sem), haciendo énfasis en la posibilidad de rotura uterina espontánea o sangrado abundante debido a la implantación del embarazo en la cicatriz de la histerotomía.

→ **Material y métodos:**

Se realizaron búsquedas en PubMed/Medline electronic databases, Embase, Web of Science, BIOSIS y Scholar Google, con la finalidad de obtener evidencias de la posible relación fisiopatológica entre placenta acreta y cicatriz de cesárea

anterior, así como las presentaciones clínicas, manejo y complicaciones de la placenta acreta. Se encontraron 204 publicaciones entre 1972 y 2011 con 49 artículos relacionados con las complicaciones tempranas de la placenta acreta y 176 con embarazo en la cicatriz de la cesárea.

→ **Resultados:**

En 42 artículos se describen 47 casos de placenta acreta detectados y tratados en el primer y segundo trimestre: 9 sin historia de cesárea (19%), 31 pacientes habían tenido una cesárea previa (66%), 6 pacientes 2 cesáreas previas (12.7%) y una paciente 3 cesáreas previas. En el 32% de los casos hubo rotura uterina seguida de sangrado genital, hemoperitoneo y embolización arterial uterina o histerectomía; la edad media gestacional fue a las 18,1 semanas. En 10 artículos se muestra que las descripciones clínicas de aquellas mujeres con rotura uterina en el primer trimestre y con cicatriz uterina previa son idénticas para la placenta acreta y para la gestación en la cicatriz de la cesárea, siendo una razón para creer en la hipótesis de su patogenia común, al menos en aquellas pacientes con cicatriz uterina previa. La intervención temprana puede mejorar el resultado. Aunque no se ha llegado a sacar una conclusión

clara acerca de cuál es el protocolo terapéutico más efectivo. Hasta ahora el que da menos complicaciones es el tratamiento directo con histeroscopia y metrotexate local.

→ **Comentario:**

En el mundo la tasa de cesáreas se ha visto incrementada en los últimos años. Son múltiples las publicaciones haciendo un alerta ante las graves consecuencias. Los clásicos efectos de una cesárea a largo plazo como rotura uterina, placenta previa, inserción patológica de la placenta en un embarazo sucesivo, embarazo ectópico, infertilidad y adherencias intra-abdominales han sido descritas debidamente en la literatura. Mas reciente se ha descrito la incidencia de inserción patológica de la placenta (acreta, increta y percreta) que aumenta con el incremento en el número de cesáreas, y la gestación en la cicatriz de la cesárea es una entidad iatrogénica. La inyección intragestacional de Metotrexate es mínimamente invasiva y conduce a una rápida resolución con menores complicaciones. Esta es la primera publicación donde se hace un amplio análisis de estas nuevas entidades riesgosas producto del uso de la cesárea liberal.

## TIP 2

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

**Hemodinamia materna en la gestación de 11-13 semanas y riesgo de preeclampsia**

**Maternal hemodynamics at 11-13 weeks' gestation and risk of pre-eclampsia.**

A. Khalil, R. Akolekar, A. Syngelaki, M. Elkhoul And K. H. Nicolaidis. Ultrasound Obstet Gynecol 2012; 40: 28-34.

Las mujeres que desarrollan preeclampsia durante la gestación tienen un riesgo elevado de presentar enfermedades cardiovasculares e infartos de miocardio en los años

posteriores. Las pacientes afectas de enfermedades cardiovasculares presentan elevadas la presión sistólica a nivel de la aorta central (SBPao) y la rigidez arterial, definida por la onda de velocidad de pulso (PWV) y el Augmentation index (Alx).

→ **Objetivo:**

Evaluar si estos índices (SBPao, PWV, Alx) se alteran en el primer trimestre de gestación en mujeres que desarrollan pre-eclampsia.

→ **Metodología:**

Estudio de cribado para diagnóstico de pre-eclampsia para gestaciones únicas de 11 a 13,6 semanas. Las variables de estudio fueron los índices PWV, Alx (ajustado para una frecuencia cardiaca de 75 ppm) y SBPao, además

de la historia clínica general de cada gestante. Se compararon estos índices entre las mujeres que desarrollaron pre-eclampsia (n=181) y aquellas con gestación de curso normal (n=6766), y se valoró la eficacia de los mismos como diagnóstico de cribado de pre-eclampsia.

→ **Resultados:**

En el grupo de gestantes que desarrollaron preeclampsia, comparado con el grupo control, existió un incremento del Alx-75 (1.13 vs 1.00 MoM;  $P < 0.0001$ ) y del PWV (1.06 vs 1.00 MoM;  $P < 0.0001$ ). Estudiando estos índices en combinación con las variables clínicas maternas, la sensibilidad fue del 56,9% para una tasa de falsos positivos del 10%.

**→ Conclusiones:**

Las mujeres que desarrollaron pre-eclampsia presentaron valores más altos de SBPao y de rigidez arterial comparado con las mujeres que permanecieron normotensas. Además estas diferencias fueron evidenciadas desde el primer trimestre de la gestación.

**→ Comentarios:**

La pre-eclampsia es causa importante de morbimortalidad materna en el mundo, en particular en países como Venezuela y Colombia. A pesar de ser llamada la patología de las hipótesis, su etiopatogenia permanece desconocida pero se han hecho avances en su conocimiento. Las investigaciones se han

trasladado al inicio de la gestación y ya se perfilan biomarcadores moleculares. Este interesante trabajo realizado por prestigiosos investigadores ingleses ponen en el tapete la posibilidad de identificar durante el primer trimestre gestantes con riesgo de pre-eclampsia, y de esta manera poder iniciar precozmente profilaxis con aspirina.

**TIP 3**

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

**Valoración de la función ovárica en la histerectomía con preservación ovárica**
**Effect of hysterectomy with ovarian preservation an ovarian function.**

Patricia G. Moorman, Evan R. Myers, Joellen M. Schildkraut, Edwin S. Iversen, Frances Wang and Nicolette Warren. *Obstet Gynecol.* 2011 Dec;118(6):1271-9

**→ Objetivo:**

Estimar de forma prospectiva el riesgo de falla ovárica precoz en las pacientes sometidas a histerectomía con preservación ovárica, comparando con mujeres de similar edad sin cirugía uterina.

**→ Material y método:**

Estudio prospectivo de cohortes en mujeres entre 30 y 47 años de edad, en las que se les realiza una histerectomía (abdominal/vaginal/laparoscópica) sin anexectomía bilateral (n=406) y mujeres con preservación uterina (n=465). Los datos se obtuvieron al inicio del estudio y anualmente durante los siguientes 5 años. Valoración del estudio: muestra de sangre para el cálculo del cociente de riesgo (HR) de fallo ovárico, que se definía como niveles hormonales de 40 unidades/L o superiores en el folículo funcional. El riesgo proporcional de fallo ovárico se

calculó utilizando regresión de Cox con intervalo de confianza (CI) del 95%.

**→ Resultados:**

Se observó falla ovárica en 60 de las mujeres a las que se les realizó histerectomía, y en 46 de las pacientes del grupo control, ambos grupos ajustado por edad, raza, índice de masa corporal, tabaquismo y paridad. Las mujeres histerectomizadas presentaron casi el doble de riesgo de falla ovárica precoz comparado con las pacientes con útero intacto (HR 1.92, 95% IC 1.29-2.86). El 14,8% [95% IC 8.6%-20.7%] de las mujeres intervenidas, experimentaron falla ovárica a los cuatro años de seguimiento, en comparación con el 8% [95% IC 4.4%-11.6%] del grupo control. Los factores de riesgo para falla ovárica, se ven agravados en aquellas pacientes en las que aparte de la histerectomía, se les realizó ooforectomía unilateral (HR 2.93, 95% IC 1.57-5.49), y el riesgo fue estadísticamente significativo en las mujeres con ooforectomía bilateral (HR 1.74, 95% IC 1.14-2.65).

Otros predictores estadísticamente significativos fueron la edad, con un incremento del riesgo de 1,36 por año [95% IC 0.39-0.90] y la raza, observándose mayor riesgo en las mujeres de origen no afroamericano en comparación con las mujeres afroamericanas (0.59, 95% IC 0.39-0.90). De tal forma, que se estima que las mujeres histerectomizadas presentan una diferencia de 1,88 años en

el tiempo de falla ovárica respecto a las mujeres no histerectomizadas.

**→ Conclusión:**

La falla ovárica precoz se puede ver incrementada en aquellas mujeres en las que se realiza histerectomía previa a la menopausia. A pesar de esto, aún está por resolver si estos efectos son consecuencia de la histerectomía o de la condición previa que llevó a realizar la cirugía. Por estos motivos, se tendrían que considerar las posibles secuelas cuando se indica una histerectomía como tratamiento de patología benigna de útero.

**→ Comentarios:**

Una de las dudas clásicas hasta ahora sin respuesta, es el riesgo de la histerectomía respecto a la menopausia precoz. Es conocida la importancia de la preservación ovárica en las pacientes histerectomizadas premenopáusicas para preservar la función ovárica. A pesar de esto, y según recientes estudios, se sospecha que las mujeres histerectomizadas pueden incrementar el riesgo de falla ovárica precoz. El presente trabajo ahonda en este problema y nos revela de manera cierta el riesgo de una nueva condición en el paciente, la cual hay que diagnosticar y tratar de manera precoz y adecuada para evitar las afectaciones pertinentes. Las conclusiones de este trabajo tienen la fortaleza de ser respaldada por metodología prospectiva, con grupo control, y un adecuado tamaño muestral.

**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](http://www.flasog.org)