



BOLETIN

DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA Y COMITES DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

ÍNDICE

Editorial	1
Pío Iván Gómez Sánchez	
Artículo central	4
Consenso Latinoamericano sobre usos del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología Cartagena de Indias Hoover O. Canaval Erazo Edgar Iván Ortiz Lizcano	
Actividades destacadas en la región	8
Reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro Sandra Vázquez Nina Zamberlin	
Actividades de apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	10
Actividades a nivel de países	10
Próximos Eventos Académicos	11
Tips sobre artículos científicos	12
Aportes del Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“Pensar es el trabajo más difícil que existe. Quizá esa sea la razón por la que haya tan pocas personas que lo practiquen”

HENRY FORD (1863-1947)
Industrial estadounidense

EDITORIAL

Pío Iván Gómez Sánchez

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia

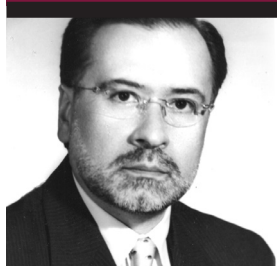
Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG

Este es el primer boletín electrónico de la Dirección Ejecutiva y de los Comités Técnicos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), que usted recibirá cada dos meses, como un medio de contacto con los(as) profesionales de la región que estamos comprometidos con la Salud Sexual y Reproductiva de la población. La FLASOG fue fundada en el año 1952, siendo fundadores las asociaciones, sociedades y federaciones de Ginecología y Obstetricia de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

Actualmente la integran México, Cuba, Republica Dominicana, Haití, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Los objetivos de FLASOG son:

- Integrar en una sola institución todas las agrupaciones médicas de la región dedicadas a la Obstetricia y Ginecología.
- Promover de manera integral la salud de la mujer, su bienestar y sus derechos.
- Apoyar el progreso científico, académico docente, ético, gremial y jurídico social de la Obstetricia y Ginecología.
- Brindar asistencia técnica en cada país, para el diseño, formulación e implementación de políticas de salud de la mujer a los organismos gubernamentales y no gubernamentales



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes

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)

© Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos
PROMSEX

Avenida José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: (511) 447-8668
Fax: (511) 243-0460
www.promsex.org

Para fines organizativos está dividida en zona norte y zona sur:

La Zona Norte se divide en:

- Región México y Caribe (Cuba, Haití, México y República Dominicana)
- Región Centroamericana (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá)

La Zona Sur se divide en:

- Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela)
- Región Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay)

Tenemos varios Comités: Científico, Organizador del Congreso, Nominaciones, Técnicos Científicos y otros de carácter temporal. Actualmente existen tres comités Técnicos Científicos encargados de desarrollar las estrategias necesarias para resolver los problemas de mayor impacto en el área de Obstetricia y Ginecología a saber: 1. Derechos Sexuales y Reproductivos. 2. Mortalidad Materna y Perinatal 3. Cáncer ginecológico, que han liderado acciones importantes en la región.

La deficiente salud sexual y reproductiva sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil en el ámbito mundial, especialmente de aquellas que viven en países emergentes, como los de nuestra región. Las mujeres sufren las consecuencias de embarazos no deseados, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y otros problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Estos problemas se profundizan por la falta de información y atención adecuada especialmente para la población de adolescentes.

Por lo anterior desde el año 2002 el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos se ha comprometido con la defensa de los derechos de las mujeres, principalmente:

- El derecho a una maternidad saludable y segura
- El derecho a una vida sexual libre de violencia, de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados
- El derecho a regular la fertilidad a través del acceso a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en la anticoncepción de emergencia
- El derecho a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país
- El derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

En el mundo hay 980 muertes maternas diarias, es decir que al año morirán como consecuencias de complicaciones del embarazo, parto o puerperio cerca de 360.000 mujeres; mas de 50 millones sufren complicaciones, muchas sobreviven pero con algún tipo de incapacidad. De estas muertes cerca del 99% suceden en nuestros países emergentes. En Latinoamérica y El Caribe (LAC) cada año hay alrededor de 9200 muertes maternas y más de la mitad (5000) corresponden a complicaciones de abortos. La razón de mortalidad materna para nuestra región es de 85 por 100000 nacidos vivos, pero ocho países de LAC superan la cifra de 100 x 100000 nacidos vivos.



La mortalidad materna es un indicador del grado de desarrollo de un país. Por ello, en la Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada en Nueva York del 20 al 22 de septiembre de 2000, se ratificó el compromiso de disminuir en tres cuartas partes el número de muertes maternas. Para la región es una prioridad cumplir con esta meta, razón por la cual los países se han comprometido a ello en sus políticas públicas. La gran mayoría de estas muertes podrían ser relativamente fáciles de evitar si todos los actores del sistema tuviéramos la voluntad de aprovechar las oportunidades perdidas en todo contacto que se tuviera con las usuarias.

Para hacerlo debemos preocuparnos más por las mujeres y demostrar nuestro interés por entender sus necesidades y exigir que reciban atención de alta calidad. Al suministrar servicios básicos costo-efectivos, podemos salvar las vidas de las mujeres, pero para poder lograr los objetivos que nosotros mismos nos hemos fijado en Cairo y Beijín, debemos hacer mucho más para ayudar a las mujeres a conocer sus derechos sexuales y reproductivos. Quienes llevamos muchos años trabajando en Salud Sexual y Reproductiva, hemos asistido a innumerables congresos, foros, comités, etc., tendientes a reducir la mortalidad materna y hoy día si contrastamos con la realidad del momento nos embarga una sensación de impotencia, nos angustia la inequidad, la negligencia e injusticia social.

La mortalidad materna es apenas la punta visible de un gran iceberg que representa una problemática mucho más compleja. Como profesionales de la salud nos ha tomado mucho tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y la muerte dentro de un contexto mucho más amplio de derechos humanos y cambio social. De cierta forma, estamos comprometidos en dar una batalla contra las actitudes injustas y desiguales acerca del valor de las vidas humanas, particularmente, las vidas de las mujeres. Es difícil priorizar sobre cuáles necesidades merecen recursos en medio de tantas que nos afligen. Es una lucha en la cual las mujeres son las víctimas pero también pueden ser protagonistas para hacer el cambio.

Ahora entendemos mejor el tema de la morbi-mortalidad materna en este contexto más global, y hemos comprendido que somos parte de una lucha más amplia, que necesita perspectivas nuevas para los problemas que nos aquejan hace mucho tiempo, como la mortalidad materna. Estos viejos problemas son y seguirán siendo el centro de nuestros esfuerzos. ¿Cómo lograr que los servicios donde atendemos las complicaciones del parto o aborto sean accesibles y aceptables para las mujeres? ¿Cómo hacer para que las administradoras permitan brindar atención integral a las mujeres gestantes? ¿Por qué no brindar servicios integrales a la gestación y no fragmentados? ¿Cómo lograr que los servicios funcionen de manera que las mujeres sean tratadas con dignidad y reciban atención médica segura y de calidad? Estos son algunos de las interrogantes que deben estar en las agendas de los hacedores de política, administradores y prestadores de servicios. ←

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

- Dr. Pió 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 (Bolivariana) rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristiao 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. Cesar Reyes (Centroamérica) drcareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira Delgado (Cono Sur) drgustavoferreira@gmail.com

ARTÍCULO CENTRAL

Consenso Latinoamericano sobre usos del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología

Cartagena de Indias – Colombia. Enero 27-28 de 2012

Hoover O. Canaval Erazo

Profesor del Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad del Valle– Colombia

Edgar Iván Ortiz Lizcano

Presidente Electo FLASOG (Colombia)

Profesor Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad del Valle - Colombia



TEMAS:

- Perfil Epidemiológico de la Muerte Materna por Hemorragia Obstétrica
- Misoprostol: Indicaciones en Prevención del Aborto Inseguro
- Misoprostol en la Inducción del Trabajo de Parto
- Misoprostol en el Manejo de la Hemorragia Postparto
- Nuevas Indicaciones del Misoprostol en la Práctica Ginecológica
- Misoprostol: Nuevos Campos de Investigación en la Región

PARTICIPANTES:

Néstor César Garello (Argentina)
Carlos Fuchtner (Bolivia)
Nilson Roberto de Melo (Brasil)
Olimpo Barbosa (Brasil)
Andrés Calle (Ecuador)
José Douglas Jarquín (El Salvador)
José de Gracia (Panamá)
José de Jesús Montoya (México)
Pedro Faneite Antique (Venezuela)
María Fernanda Escobar (Colombia)
Gustavo A. Vásquez (Colombia)

Andrés Sarmiento (Colombia)
Pio Iván Gómez (Colombia)
María Cecilia Arturo (Colombia)
Jorge A. Rubio (Colombia)
Catalina Valencia González (Colombia)
Mike Jimmy Castañeda (Colombia)
Rafael Padrón Burgos (Colombia)
Arturo Cardona Ospina (Colombia)
Edgar Iván Ortiz (Colombia)
Hoover Canaval Erazo (Colombia)

Misoprostol en el manejo de la hemorragia postparto

PREVENCIÓN:

- Se define la importancia de usar profilácticamente el Misoprostol intra-rectal cuando la Oxitocina no esté disponible, la recomendación está en suministrar una dosis única de 600-800 mcg.
- En pacientes con alto riesgo para desarrollar una Hemorragia Postparto, se recomienda el uso combinado de uterotónicos, donde el Misoprostol rectal proporciona una acción tónica de sostenimiento por varias horas.
- Se considera que la opción de disponer Misoprostol debe extenderse a Instituciones Hospitalarias de Baja Complejidad de Atención en Salud.
- Los grupos médicos y los administradores en Salud Pública deben analizar la alternativa de capacitar y lograr se pueda disponer de Misoprostol para ser empleado por “Parteras” o “Comadronas”, al igual que el personal no médico que trabaja en salud.

TRATAMIENTO:

- El impacto del tratamiento se direcciona hacia poder efectuar esquemas farmacológicos combinados (Multimodal); si bien el Misoprostol no siempre reemplaza la Oxitocina como opción terapéutica de primera línea deberá considerarse su asociación al uso de oxitócicos.
- Cuando la Oxitocina no esté disponible se deberán administrar 800 mcg sublingual de Misoprostol como opción de primera línea.
- Si la gestante con Hemorragia Postparto tuvo manejo activo en el parto o alumbramiento con Oxitocina intravenosa, el uso de Misoprostol es equivalente a Oxitocina en el manejo agudo de la Atonía Uterina, su empleo se recomienda sea sublingual dada su mejor y más rápida absorción.

EPIDEMIOLOGIA:

- Las muertes por Hemorragia Postparto ocurren en una proporción importante en mujeres con partos atendidos por fuera de las instituciones hospitalarias.
- Las muertes por Hemorragia Postparto son en su gran mayoría debidas a demoras relacionadas

con la oportunidad de la referencia y en buena proporción por limitaciones en el transporte.

- La atención del Parto en la región, donde en general es atendido por personal con pobres competencias profesionales en obstetricia, mantiene cifras aún altas.

Misoprostol: indicaciones en la prevención del aborto inseguro

- En Colombia se han registrado algo más de 1000 casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el marco legal permitido gracias a la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional.
- Cerca de una tercera parte de las mujeres que tienen un aborto inseguro sufren complicaciones que requieren tratamiento en una institución de salud. Pero 1 de cada 5 mujeres no recibe la atención profesional, y en el área rural esto sucede en 1 de cada 2 mujeres.
- La Interrupción Voluntaria del Embarazo antes de las 9 semanas de amenorrea, se efectúa empleando Mifepristona 200 mg en asociación con Misoprostol 800 mcg.
- En los casos donde no se dispone de Mifepristona, el uso solo de Misoprostol vaginal o sublingual debe considerarse como una opción terapéutica importante.
- Antes del procedimiento de evacuación uterina en una Interrupción Voluntaria del Embarazo, se debe ofrecer en la fase de preparación, el uso de una dosis única de Misoprostol con 400 mcg intravaginal 4 horas previas o 400 mcg sublingual 1 hora antes.
- En las gestaciones entre las 10 a 22 semanas, se recomienda emplear el Misoprostol a una dosis de 800 mcg intravaginal cada 12 horas. Esta dosis puede reducirse de 600 a 200 mcg intravaginal entre mayor sea la edad gestacional que se tenga, dado que su acción contráctil se incrementa en la medida que el tamaño uterino es mayor, de ahí la importancia de titular la dosis acorde a la edad gestacional.
- Se sugiere que su uso no indicado, y mayormente cuando se administra en gestaciones muy

tempranas (menor de 6 semanas) puede generarse un aumento del riesgo de presentar malformaciones embrio-fetales.

- Debe ofrecerse Consejería Genética a las mujeres quienes hayan recibido Misoprostol en la primera mitad del embarazo y continúa la gestación.
- Existe un mosaico de situaciones particulares en relación a la terminación temprana de la gestación, y deberá considerarse la legislación vigente de cada país, para definir la atención médica más indicada.

Misoprostol en inducción del trabajo de parto

Cada vez se encuentra mejor soporte científico del uso de Misoprostol en la inducción del Trabajo de Parto con feto vivo. Su empleo debe contemplarse bajo las mejores consideraciones técnicas y profesionales del control del Trabajo de Parto, siempre en pacientes ya internadas en una institución hospitalaria habilitada para la atención de eventos obstétricos, y sobre la consideración de elaborar el respectivo “Consentimiento Informado” una vez se determine la indicación materna o fetal para aplicar esta medicación.

- La administración de Misoprostol vía vaginal en la Inducción del Trabajo de Parto es la indicación recomendada, gracias a la curva de biodisponibilidad farmacológica dada por la absorción en la mucosa vaginal.
- La dosis inicial de Misoprostol vía vaginal es de 25 mcg cada 4 horas; dosis de 50 mcg se aconsejan en gestaciones iniciando el tercer trimestre o en aquellos casos de pobre respuesta a dosis previas de 25 mcg.
- La administración de Misoprostol por cualquier vía, en los casos de presentarse una cesárea previa o antecedente de cirugía uterina, está contraindicada en Inducción del Trabajo de Parto con feto vivo o muerto.
- El uso de Misoprostol debe considerarse como la medicación de primera línea en los casos de haberse indicado la inducción farmacológica para embarazos donde la evaluación cervical revele un *Puntaje de Bishop* menor de 6.
- Se enfatiza que la recomendación científica evidencial determina se deberá iniciar la infusión

de Oxitocina complementaria, posterior a 4 horas después de la última dosis del Misoprostol suministrada vía vaginal.

- En la inducción farmacológica del Trabajo de Parto con Misoprostol, procurar no exceder más de tres dosis diarias, y si las condiciones maternas y fetales son adecuadas, se reiniciará la inducción la mañana siguiente.
- El Misoprostol es un muy buen medicamento para ser empleado en la Inducción del Trabajo de Parto, pero se deberá tener conocimiento y capacitación para el mejor y correcto uso en obstetricia.
- En importante enfatizar que aquellas instituciones hospitalarias que usan Misoprostol en la inducción del Trabajo de Parto, deberán incluirlo en sus Protocolos Médicos, dando amplia claridad sobre sus indicaciones y contraindicaciones de uso. Los mismos deberán estar ajustados a las consideraciones propias definidas por la legislación en salud de cada país.
- En la actualidad la mayoría de los países de la región no tiene avalado el uso oficial del Misoprostol en la inducción del Trabajo de Parto. FLASOG apoyará a las Asociaciones Científicas que extiendan solicitud a los Ministerios de Salud en cada país para la aprobación de uso en gestaciones con feto vivo.
- Se recuerda que toda inducción del Trabajo de Parto con métodos farmacológicos requiere de monitorización fetal durante su desarrollo, así mismo la evaluación clínica materna aplica a las normas definidas en el control médico de todo trabajo (labor) de parto.

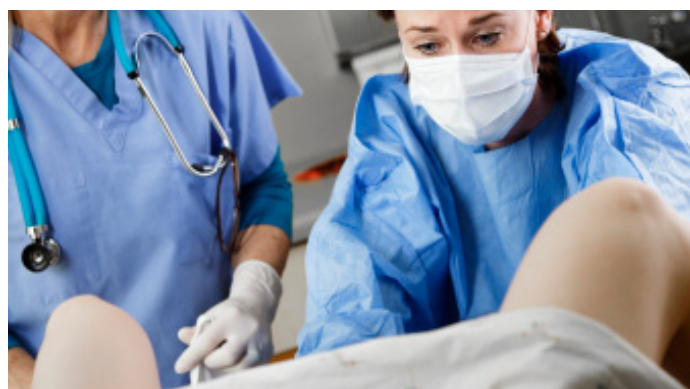
Inducción del Trabajo de Parto con Feto Muerto

- Se tendrán las mismas consideraciones clínicas y terapéuticas definidas para la Inducción del Trabajo de Parto en los casos de gestaciones con feto vivo.
- En la inducción farmacológica del Trabajo de Parto con Feto Muerto con Misoprostol y bajo condiciones clínicas maternas adecuadas, se podrán espaciar las dosis intravaginales a intervalos de entre 6 a 12 horas, acorde a la actividad uterina obtenida o evidenciada.

Nuevas indicaciones en Ginecología

Gracias a la acción farmacológica del Misoprostol a nivel del cérvix uterino, su indicación de uso se ha extendido para lograr el reblandecimiento o la maduración cervical en mujeres no embarazadas. El uso de Misoprostol ofrece mejores ventajas en comparación a los dilatadores osmóticos, otras prostaglandinas o la mifepristona. Hay limitada evidencia científica que soporta el uso de Misoprostol en la maduración cérvico-uterina.

- La maduración y el reblandecimiento cervical con Misoprostol es útil principalmente en la reducción del dolor y puede ser usado en combinación o en lugar de la anestesia local (Bloqueo paracervical).
- Las indicaciones de uso del Misoprostol previo a procedimientos ginecológicos incluye:
 - ✓ Inserción del DIU
 - ✓ Histeroscopia
 - ✓ Toma de Biopsia Endometrial
 - ✓ Dilatación y Curetaje uterino
- Las contraindicaciones de uso del Misoprostol previo a la ejecución de procedimientos ginecológicos, incluye:
 - ✓ Alergia conocida al Misoprostol
 - ✓ Embarazo deseado (ej. Biopsia Transcervical de Vellosidad Corial)
 - ✓ Deberá tenerse precaución de uso en mujeres con gestaciones en el primer trimestre y cesárea previa.
- Estudios recientes dan soporte de uso con resultados favorables en la Miomectomía vía vaginal (Resección de mioma submucoso) con el uso previo de Misoprostol.
- No hay evidencia suficiente para recomendar su uso regular en pacientes post menopáusicas, para maduración cervical con fines quirúrgicos (Biopsia endometrial, Histeroscopia).
- La dosificación contempla usar 400 mcg intravaginal 3-4 horas antes o vía sublingual 1-3 horas previo al procedimiento.



Nuevos campos de investigación

Se reconoce la contundencia en investigación que se ha desarrollado en los últimos 20 años con el Misoprostol, pero aún hay varios escenarios que deben soportarse sobre la base de investigaciones futuras. Este tópico debe incluir:

- Investigación en mujeres postmenopáusicas.
- Investigación sobre la efectividad e impacto en la reducción de la morbi-mortalidad materna con el Manejo multimodal (polimedicación) en la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto.
- Deberán desarrollarse protocolos de usos del Misoprostol en la paciente ambulatoria, incluida la consideración del manejo mediato del Tercer Período del Parto.
- Se propone crear líneas de investigación con un orden de prioridades en Hemorragia Postparto y la Evacuación del Feto Muerto en gestaciones mayores a 22 semanas.
- Se plantea la importancia de elaborar un “Instrumento” que permita construir una base de datos en la región asociada al manejo de la Hemorragia Postparto.
- Se propone considerar un estudio colaborativo para determinar en la región las causas y complicaciones obstétricas más frecuentes, al igual que las consideraciones terapéuticas más apropiadas.
- Toda la investigación a desarrollar debe aprovechar la experiencia previa de FLASOG en relación al diagnóstico, manejo y análisis en Morbilidad Materna Extrema. ←

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Reducción de riesgos y daños asociados al aborto inseguro

Fundación para la Salud Adolescente (FUSA) Argentina

Sandra Vázquez

Directora Ejecutiva de FUSA

Nina Zamberlin

Coordinadora del Área de Proyectos. FUSA



En Argentina el aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública y de inequidad social que conlleva riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Partiendo del reconocimiento de que la restricción legal del aborto no lo impide sino que lo vuelve inseguro, especialmente para las mujeres pobres, y en vista de que los tiempos del proceso de reforma legal para la despenalización y legalización del aborto son inciertos, urge la necesidad de intervenir con estrategias de alto impacto para disminuir los abortos inseguros.

En los contextos como la Argentina, donde el aborto está legalmente restringido, históricamente los servicios de salud han sido expulsivos y castigadores con las mujeres que expresan su voluntad de no proseguir con un embarazo no planificado, dejando que la mujer resuelva su situación sola. “Ya no se puede hacer nada”, “ya es tarde” o “lo hubieras pensado antes” han sido las respuestas típicas de los profesionales de la salud ante estas situaciones. Así, la clandestinidad, la falta de información, y la carencia de espacios de acompañamiento y contención se combinan para conformar riesgos que serán diferentes según los recursos cognitivos, sociales y materiales de cada mujer. Históricamente también, los servicios de salud han recibido mujeres que presentan complicaciones después de practicarse abortos en condiciones inseguras. Seguramente no existe un solo profesional del campo de la tocoginecología que no haya visto cómo el aborto inseguro daña la salud de las mujeres, y en muchos casos les cuesta la vida.

En la última década comenzó a debatirse el rol de los equipos de salud en la prevención de los abortos inseguros y sus consecuencias. Un grupo de profesionales uruguayos fue pionero en adoptar una postura activa y conformaron “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo”¹ con el objetivo de disminuir la posibilidad

¹ <http://www.iniciativas.org.uy/>

de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo lo hagan en condiciones de riesgo. El abordaje de reducción de riesgos y daños (RRyD) no fomenta la práctica del aborto ya que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de éste en los contextos de ilegalidad. Se inscribe dentro del conjunto de elementos que conforman el abordaje preventivo y que se complementan entre sí. A la vez que se actúa en la prevención del embarazo no deseado, se actúa también en las situaciones en las que éste es un hecho concreto.

Desde 1990 FUSA trabaja en asistencia, docencia e investigación relacionadas con la atención integral de salud de adolescentes, incluyendo el diseño y puesta en marcha de dispositivos específicos de trabajo en salud sexual y reproductiva². Gran parte de sus actividades se han realizado y se realizan actualmente en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, donde se atienden 15.000 consultas de adolescentes al año. En 2010 FUSA se constituyó como Asociación Miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y se encuentra actualmente en proceso de instalar un centro de atención de adolescentes en un espacio no gubernamental.

Desde el año 2004, inspirados en la experiencia de Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, FUSA comenzó a trabajar en el modelo de RRyD. En 2009, con apoyo de IPPF, se inició una línea de trabajo específica en RRyD para fortalecer esa práctica en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich y capacitar otros efectores de la red pública de salud. Asimismo, FUSA fue convocada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación como organización colaboradora para la capacitación de efectores de distintas provincias en el modelo de reducción de riesgos y daños.

Asimismo, se publicó una “Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado”³ que incluye los pasos básicos para la consulta en RRyD y un análisis jurídico del modelo de RRyD desde el punto de vista penal, administrativo y laboral con el objetivo de ofrecer seguridad a los equipos de salud acerca de los aspectos legales relevantes.

Los logros alcanzados nos enorgullecen y nos gratifica profundamente ver que cada vez sean más los profesionales de la salud comprometidos con la salud mujeres que asumen con responsabilidad y pasión su tarea para que las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, los desafíos son aun enormes, especialmente en lo que respecta a la implementación efectiva y sostenida de políticas públicas que aborden la cuestión de los embarazos no planificados, el aborto inseguro y la violencia de género,

A LA FECHA SE HAN REALIZADO CERCA DE 400 CONSEJERÍAS EN RRYD EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL ARGERICH, SE CAPACITARON MÁS DE 200 PROFESIONALES DE EQUIPOS DE SALUD DE LA CIUDAD Y LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES QUE SE INTEGRARON EN UNA RED COORDINADA POR FUSA.

² En el 2009 FUSA publicó con el apoyo de IPPF una guía para servicios amigables para la atención integral de la salud de adolescentes con una mirada particular sobre los aspectos de salud sexual y reproductiva (<http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Libro%20Adolescencia%20FUSA%202000-09.pdf>). Por otro lado, en el marco del “III Concurso de Buenas Prácticas que incorporan la perspectiva de igualdad de género en salud de adolescentes y jóvenes” de la Organización Panamericana de la Salud, FUSA resultó ganadora del premio a las mejores prácticas del año 2010 por el trabajo “Atención Integral de la Salud en la Adolescencia. Reducción de Riesgos y Daños en Salud Reproductiva con Igualdad de Género y Promoción de Derechos”.

³ www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/269/Guia%20RRyD_Feb_2012.pdf?sequence=1

así como el cumplimiento de las situaciones de aborto no punible tal como lo dispone el Código Penal Argentino. Por otro lado, nos preocupa también la regulación, disponibilidad, y acceso al misoprostol, eje fundamental del modelo de RRYD. Por último, resta señalar nuestro apoyo y satisfacción por los avances de la Campaña Nacional por el Aborto, Legal Seguro y Gratuito cuyo proyecto de ley de interrupción legal del embarazo ha sido presentado nuevamente en el Congreso Nacional con el aval de más de 50 legisladores/as. ←

Actividades de apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivas

Con el patrocinio técnico y financiero de UNFPA/LACRO se han llevado a cabo las siguientes actividades:

→ Marzo 2012.

Taller FIGO-FLASOG Mortalidad Materna y Perinatal y Taller Salud Sexual y Reproductiva, realizados dentro del XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

Caracas, Venezuela. Participaron como ponentes: Dr. Luis Cabero Roura, Dra. Rafaella Schiavon, Dr. Eghon Guzman, Dr. Edgar Iván Ortiz, Dr. Luis Távara, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, Dr. Pedro Faneite y Dra. Judith Toro

→ Abril 2012.

Curso FLASOG de Salud Sexual y Reproductiva, conjuntamente con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.

Caracas, Venezuela. Local Maternidad Concepción Palacios. Asistencia 200 médicos y médicas, procedentes de todos los Estados de Venezuela y múltiples instituciones públicas y privadas del país. Participaron como Ponentes: Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, Dra. Judith Toro, Dr. Humberto Acosta, Dr. Patricio Jacome, Dr. Miguel Gutierrez, Dr. Luis Távara.

→ Abril 2012.

Taller sobre Marco Bioético y Clarificación de Valores en la Prestación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, conjuntamente con la Asociación de Obstetricia y Ginecología de El Salvador y la oficina de UNFPA/El Salvador. Asistieron 19 médicos/as de la Asociación Salvadoreña. Participaron como facilitadores: Dra. Judith Toro, Dra. Marina Padilla, Dra. Elisa Menjivar, Dr. Carlos Silva y Dr. Luis Távara.

Actividades a nivel de países

→ Noviembre 2011.

Cambio de Directivos en la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología (SBOG). El actual Presidente es el Dr. Elbio Fernández Estrada

→ Diciembre 2011.

Cambio de Directivos en la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). El actual Presidente es el Dr. Nestor Garello

→ Abril 2012.

Cambio de Directivos en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV). El actual Presidente es el Dr. Alfonso Arias

→ Abril 2012.

Cambio de Directivos en la Sociedad Ginecotológica de Uruguay (SGU). El actual Presidente es el Dr. Gustavo Ferreira Delgado

→ Abril 2012.

Cambio de Directivos en la Asociación de Obstetricia y Ginecología de El Salvador (ASOGOES). El actual Presidente es el Dr. Miguel Antonio Guidos.

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ **IX CONGRESO INTERNACIONAL SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES.**

23, 24 y 25 de Agosto en el Colegio Médico del Perú.

→ **XXX CONGRESO INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA - SOGIBA 2012.**

Buenos Aires, (Argentina) del 31 de mayo al 02 de junio de 2012.

→ **XII SIMPOSIO REGIONAL DE GINECOLOGIA, OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA BASADAS EN LAS EVIDENCIAS.**

Santiago de Cali Colombia, Junio 1 y 2 de 2012. Email: colmedvalle@gmail.com

→ **CONGRESO CENTRO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, FECASOG.**

San José, Costa Rica, Junio 2012.

→ **XIII CONGRESO PARAGUAYO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA X CONGRESO**

PARAGUAYO DE PERINATOLOGÍA. Asunción, (Paraguay) del 10 al 13 de junio de 2012.

→ **XXXIX CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Guatemala, (Guatemala) del 06 al 10 de agosto de 2012.

→ **VII CONFERENCIA DE MASTOLOGÍA CECLINES.**

Caracas, (Venezuela) del 22 al 23 de junio de 2012.

→ **JORNADA DE OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA "ASFIXIA FETAL DESDE LA FISIOPATOLOGÍA AL TRATAMIENTO"**

Montevideo, (Uruguay) del 26 al 27 de julio de 2012

→ **XII JORNADAS NACIONALES DE MASTOLOGÍA.**

Córdoba, (Argentina) del 30 de agosto al 1 de septiembre de 2012

→ **III CONGRESO DE NEONATOLOGIA Y I CONGRESO DE MEDICINA REPRODUCTIVA.**

Ciudad de Panamá, (Panamá) del 19 al 21 de septiembre de 2012

→ **XXVI JORNADA NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

Península de Paraganá, Punto Fijo, Estado Falcón. Venezuela.
26 al 28 de septiembre 2012.

→ **SEGUNDO CONGRESO LATINOAMERICANO ALMER ALEG 2012.**

Viña del Mar, (Chile) del 4 al 6 de octubre de 2012

→ **CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ALIANZA PANAMERICANA DE MÉDICAS.**

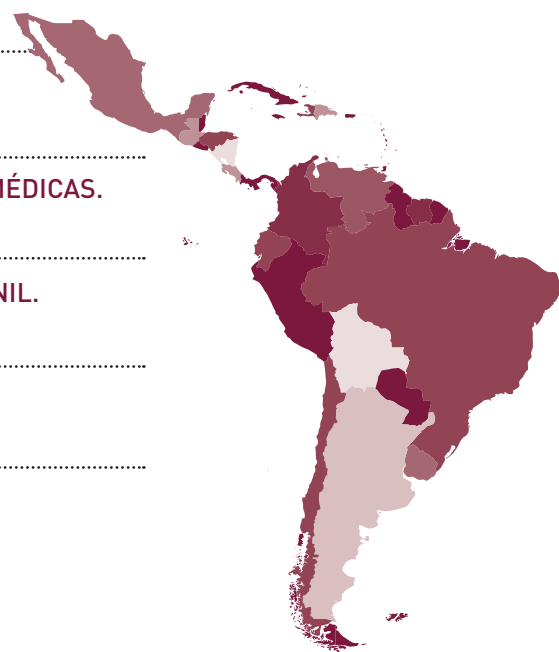
Guadalajara, (México) del 17 al 20 de octubre de 2012

→ **XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL.**

Buenos Aires, (Argentina) del 22 al 23 de noviembre de 2012

→ **XIX CONGRESO PERUANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.**

Lima (Perú) del 27 al 30 de Noviembre de 2012



TIPS SOBRE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Aportes del **Dr. Pedro Faneite Antique** (Venezuela)

TIP 1

Pesario cervical en mujeres embarazadas con cérvix corto: ensayo clínico aleatorizado controlado.

Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial

Goya M, Pratorcorona L, Merced C, Rodó C, Valle L, Romero A, Juan M, y colaboradores. Rodríguez A, Muñoz B, Santacruz B, Bello-Muñoz J, Llurba E, Higuera T., Cabero L., Carreras E.; on behalf of the Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group. Lancet. 2012 Apr 2. April 3, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(12)60030-0

→ **Objetivo:**

Evaluar si con la colocación de un pesario cervical en mujeres con cuello corto (identificadas en la ecografía transvaginal a las 18-22 semanas) se reduce la tasa de parto pretérmino.

→ **Conclusión:**

El uso del pesario podría prevenir el parto prematuro en una población apropiadamente seleccionada en situación de riesgo, en particular gestantes que han realizado ecografía para evaluar la longitud cervical durante el II trimestre de embarazo.

TIP 2

Niveles séricos de HE4 se encuentran frecuentemente menos elevados que los de CA125 en mujeres con trastornos ginecológicos benignos.

Serum HE4 levels are less frequently elevated than CA125 in women with benign gynecologic disorders

Moore R, Craig M, Steinhoff M, Skates S, Lu K, Lambert-Messerlian G, Bast R. Am J Obstet Gynecol. 2012 Apr;206(4):351.e1-8

→ **Objetivo:**

La proteína epidídimo humana 4 (HE4) es un nuevo marcador biológico para el cáncer de ovario. Este estudio mide los niveles de HE4 y CA125 en mujeres con trastornos ginecológicos benignos.

→ **Conclusiones:**

HE4 se eleva con menos frecuencia que CA125 en casos de enfermedad benigna, especialmente en mujeres premenopáusicas. Ha demostrado ser un marcador prometedor para el cáncer epitelial de ovario con mayor especificidad sobre CA125 y sensibilidad mejorada para distinguir masas pélvicas malignas de benignas.

TIP 3

Intervalo de dosificación de la Betametasona: 12 o 24 horas de separación. Estudio abierto aleatorizado

Betamethasone dosing interval: 12 or 24 hours apart? A randomized, noninferiority open trial.

Khandelwal M, Chang E, Hansen C, Hunter K, Milcarek B. Am J Obstet Gynecol. 2012 Mar;206(3):201.e1-201

→ **Objetivo:**

Determinar si la incidencia de síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) es similar con betametasona administrada en un intervalo de 12 horas versus 24 horas.

→ **Conclusiones:**

El intervalo de 12 horas de corticoides es equivalente al de 24 horas para la prevención del SDR en los neonatos de aquellas madres con amenaza de parto prematuro. Aunque sería necesario un estudio multicéntrico mayor para confirmar estos hallazgos.



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