

## EDITORIAL VISIÓN Y PERFIL DEL DIRECTIVO

Dr. Néstor César Garello
Coordinador Comité Desarrollo Directivo
Presidente Electo FLASOG 2020-2023

Sin lugar a dudas la evolución de las instituciones está directamente relacionada con la planificación y la capacidad de sus conducciones.

Para nosotros los médicos, que estamos por años vinculados a las sociedades que nuclean los intereses científicos, académicos y gremiales en las distintas especialidades, esta realidad nos plantea un gran desafío.

Hasta no hace mucho tiempo, transformarse en conducción de dichas instituciones, no significaba nada más que gozar de cierto prestigio académico, acompañado de algunas cualidades de liderazgo, asociado mucho a vínculos amistosos y cronología, marcados generalmente por el "ya es tiempo y por lo tanto ya me toca ocupar determinada posición"...., no significa esto para nada, que bajo estas circunstancias no hayan surgido destacados dirigentes,

que fueron considerados pioneros para nuestras Sociedades o Federaciones.

Sin embargo, hoy los tiempos han cambiado y la tendencia apunta a la profesionalización y a la búsqueda de la excelencia en la gestión directiva; hay que sumarle a los requisitos antes mencionados, la preparación que permita desarrollar las habilidades y competencias, que le aseguren a nuestras instituciones la elaboración de proyectos que las dinamicen y potencien en el tiempo, como verdaderas entidades que desempeñen el liderazgo en su sector, generando alianzas estratégicas que amplíen su campo de acción.

Todo esto conlleva esfuerzo y dedicación, donde imbuidos de un espíritu societario, estemos dispuestos a privilegiar por encima de los intereses personales, los requerimientos institucio-

#### **COMITÉ EJECUTIVO**



Dr. Samuel Karchmer K. Presidente

Dr. Jorge Méndez Trujeque Vicepresidente

Dr. Luis R. Hernández G. Secretario

Dr. Alfonso Arias Tesorero

Dr. Néstor C. Garello Presidente Electo

Dr. Edgar Iván Ortíz L. Past President

Dr. Miguel A. Mancera R. Director Científico

Dr. José F. De Gracia Director Administrativo

> Dr. Ricardo Fescina Director Ejecutivo



nales y a partir de esos principios irrenunciables, emprendamos una preparación rigurosa que nos permita acceder a los cargos directivos, con proyectos metodológicamente desarrollados, los que con el consenso de los pares que conformen los equipos de trabajo, sin lugar a dudas redundarán en el bien general.

La FLASOG desde hace un tiempo ha emprendido este camino, a través de una Planeación Estratégica llevada adelante y compartida con todas las Sociedades y Federaciones que la componen, en la idea de que haciendo grandes a nuestras instituciones, seremos capaces de distinguir y destacar a sus integrantes. Para ello dentro de la estructura de la Federación, vienen funcionando distintas Áreas Funcionales (Académica y Científica; Prevención de la Salud de la Mujer; Desarrollo Profesional y Desarrollo Organizacional); es precisamente en el Área de Desarrollo Organizacional que se ha creado el Comité de Desarrollo Directivo, el cual está abocado a proveer las herramientas necesarias para dotar a todos aquellos que aspiren a ser conducción en las Sociedades Federadas y por ende a futuro de la FLASOG, para tener todas las competencias que le permitan ejercer sus funciones con idoneidad.

En esa dirección en el año 2017 se ha dictado a través de *FLASOG*, el Primer Diplomado de Desarrollo de Habilidades Directivas y en el presente año se está desarrollando un segundo diplomado, destinado específicamente a los aspectos vinculados con las funciones de Presidente, Secretario y Tesorero.

Consideramos que éste es el camino y aspiramos a que con el tiempo, todas y cada una de nuestras Sociedades, incorporen esta filosofía de trabajo, que sin ninguna duda las hará más fuertes y esto potenciará a toda Latinoamérica, en el objetivo de velar por la salud de nuestras mujeres y el ejercicio profesional de todos los colegas.

## 1° CUMBRE IBEROAMERICANA

DE CONTRACEPCIÓN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS





Ciudad de México, agosto 2019

## UNA PÍLDORA EMULA LOS EFECTOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA DIABETES TIPO 2

**Estudio Preclínico** 



"Una sustancia que recubre temporalmente la pared del intestino evitaría el contacto con los nutrientes, reduciendo la respuesta de glucosa en sangre después de una comida", según revela un estudio preclínico publicado en la revista digital Diario Médico el pasado 11 de junio.

#### UNA PÍLDORA EMULA EL EFECTO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. RECUBRE LA PARED INTESTINAL.

En la última década, los cirujanos bariátricos han constatado que la cirugía bariátrica no solo contribuye a revertir la obesidad, sino que también puede resolver la diabetes tipo 2 en pacientes con ambos cuadros clínicos. Un equipo de investigadores del Hospital Brigham and Women's (BWH), en Boston, estudiaron si ese efecto podría alcanzarse de una forma no invasiva. Esta semana, publican en Nature Materials, los resultados de esa indagación: un agente oral que en ratas recubre temporalmente el intestino para evitar el contacto de nutrientes con la pared del intestino delgado y evitar los picos de azúcar en la sangre después de la comida.

"Partimos de la idea de una píldora que un paciente puede tomar antes de una comida que cubre transitoriamente el intestino para replicar los efectos de la cirugía", explica el coautor principal de la investigación Jeff Karp, bioingeniero en el BWH. "En los últimos años, hemos estado

**trabajando con nuestros colegas cirujanos en esta idea** y hemos desarrollado un material que cumpliría con una importante necesidad clínica".

Los miembros de este equipo multidisciplinar buscaron un material que tuviera las propiedades necesarias para adherirse al intestino delgado y luego se disolviera en cuestión de horas. Seleccionaron el sucralfato, un medicamento aprobado por la agencia reguladora FDA que se usa para tratar las úlceras gastrointestinales. Además, diseñaron un material novedoso que puede recubrir el revestimiento del intestino sin requerir la activación del ácido gástrico. El compuesto, conocido como LuCI (recubrimiento luminal del intestino delgado), se puede hacer en forma de polvo seco que se puede encapsular como una píldora.





"Lo que hemos desarrollado aquí es esencialmente cirugía en una píldora", dice el coautor principal Yuhan Lee científico de materiales en la División de Ingeniería en Medicina del BWH. "Hemos utilizado un enfoque de bioingeniería para formular una píldora que tiene buenas propiedades de adhesión y puede unirse muy bien al intestino en un modelo preclínico. Y después de un par de horas, sus efectos se disipan".

El equipo descubrió que una vez en el intestino de las ratas, LuCI puede recubrir el intestino, formando una delgada barrera que altera el contacto de nutrientes y reduce la respuesta de glucosa en sangre después de una comida. Después de una comida, los niveles de azúcar en la sangre aumentan y pueden mantenerse elevados con el tiempo. Sin embargo, una hora después de que se administró LuCl a las ratas, la respuesta a la glucosa se redujo en un 47 por ciento. El equipo comprobó que la respuesta fue temporal, y pasadas tres horas, el efecto desapareció.

Estos investigadores están probando ahora el efecto del uso de LuCI a corto y largo plazo en modelos murinos de obesidad y diabetes. También planean avanzar algunos de sus estudios piloto que muestran que LuCI puede usarse para administrar medicamentos, incluidas proteínas, directamente en el tracto gastrointestinal.

"El bypass gástrico es una de las cirugías mejor estudiadas en el mundo, y sabemos que puede brindar muchos beneficios, incluidos sobre la presión arterial, apnea del sueño y ciertas formas de cáncer, y una mejora notablemente rápida e independiente del peso en la diabetes", afirma Tavakkoli, co-autor principal del estudio. "Tener un recubrimiento transitorio que podría imitar esos efectos de la cirugía".

### LA MORBILIDAD POR CÁNCER ESTÁ AUMENTANDO EN GRAN PARTE DEL MUNDO

Pam Harrison | Medscape



Medscape reprodujo el resultado del estudio Global Burden of Disease, publicado el 2 de junio en la versión electrónica de JAMA Oncology

"La incidencia de cáncer ha aumentado en todo el mundo durante la última década, pero al menos parte de este incremento corresponde a cánceres de pulmón, colorrectales, y de la piel, que son potencialmente prevenibles, indica el estudio *Global Burden of Disease* (GBD).[1]

"Aunque es preocupante el incremento de este tipo de cánceres, el potencial para la prevención es considerable", dijo en una declaración la Dra. Christina Fitzmaurice, maestra en salud pública, profesora asistente de salud global, en el Institute for Health Metrics and Evaluation, de la University of Washington, en Seattle, Estados Unidos.

"Los esfuerzos de prevención como control del tabaco, intervenciones alimentarias y campañas de promoción de la salud más amplias deben aumentarse en respuesta a este incremento en los cánceres relacionados con el estilo de vida", añadió.

El análisis sistemático del estudio *Global Burden of Disease* incluyó 29 grupos de cánceres de los cuales se evaluó incidencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para 195 países y territorios, entre 2006 y 2016.

"Los casos de cáncer aumentaron 28% entre 2006 y 2016", informan los investigadores, añadiendo que los incrementos más considerables ocurrieron en los países menos desarrollados.

En 2016, a 17,2 millones de personas en todo el mundo se les diagnosticó alguna forma de cáncer y 8,9 millones murieron por cáncer en el mismo año.

El cáncer también produjo 213,2 millones de años de vida ajustados por discapacidad en el mismo año, prácticamente todos ellos por años de vida perdidos".



# MIFEPRISTONA-MISOPROSTOL MÁS EFICAZ QUE SOLO MISOPROSTOL en el manejo médico de la pérdida gestacional temprana



En junio de este año, la revista digital Medscape publicó un interesante artículo de Troy Brown, donde expone la experiencia con una mayor eficacia del tratamiento médico combinado en la pérdida gestacional temprana. A continuación lo reproducimos.

#### 12 de junio de 2018

El pretratamiento con mifepristona seguido de la terapia con misoprostol tuvo más probabilidades de provocar la expulsión del saco gestacional en pacientes que experimentaron una pérdida gestacional durante el primer trimestre, en comparación con solo misoprostol, según un nuevo estudio.[1]

El tratamiento médico de la pérdida gestacional temprana es una alternativa a la aspiración uterina, pero el tratamiento médico estándar con misoprostol generalmente es insuficiente, explican la Dra. Courtney A. Schreiber, maestra en salud pública, de la División de Planificación Familiar, en el Pregnancy Early Access Center y el Departamento de Obstetricia y Ginecología, de la University of Pennsylvania, en Filadelfia, Estados Unidos, y sus colaboradores.

Por lo tanto, decidieron comparar la eficacia y la seguridad del pretratamiento con mifepristona seguido del misoprostol frente al uso de misoprostol solo para el tratamiento del aborto espontáneo. El trabajo se publicó en versión electrónica el 6 de junio en The New England Journal of Medicine.

"Para muchas pacientes, el tratamiento basado en misoprostol solo lleva a la frustración. He visto a mis pacientes sufrir el insulto por el fracaso del tratamiento agregado al traumatis-





mo de la pérdida inicial", dijo la Dra. Schreiber en un comunicado de prensa de su institución. "Como médicos, debemos mejorar los tratamientos para estas pacientes, y nuestro nuevo estudio demuestra que al combinar mifepristona con misoprostol, lo podemos hacer".

La Dra. Carolyn L. Westhoff, autora de un editorial acompañante, del Columbia University Medical Center, en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, está de acuerdo.[2]

"Estos resultados proporcionan una fuerte evidencia de que el régimen secuencial de mifepristona seguido de misoprostol es seguro y superior al misoprostol solo para lograr el éxito del tratamiento rápido y evitar un procedimiento de aspiración", afirma.

"Estos resultados respaldan el uso del régimen secuencial como el estándar de atención", agrega.

Sin embargo, señala que el requisito de la Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS) de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos para mifepristona limita innecesariamente la disponibilidad del medicamento, al impedir que las farmacias minoristas lo vendan. Por lo tanto, las pacientes que experimentan un aborto espontáneo "deben buscar un médico que almacene mifepristona en la oficina" y, por lo tanto, la disponibilidad oportuna del

tratamiento secuencial con mifepristona y misoprostol no es "tan simple como debería ser", señala.

El número necesario a tratar con mifepristona para ser exitoso fue de 6.

El estudio incluyó a 300 pacientes de 18 años o más diagnosticadas mediante ecografía con un embarazo intrauterino no viable dentro de las 5 y 12 semanas de gestación. Los investigadores aleatorizaron a las participantes para recibir 200 mg de mifepristona por vía oral en la oficina, seguido de 800 μg de misoprostol, administrado por vía vaginal 24 horas después (n = 149) u 800 μg de misoprostol solo (n = 151). Las pacientes de ambos grupos se autoadministraron el misoprostol en casa.

Mifepristona-misoprostol más eficaz que solo misoprostol en el manejo médico de la pérdida gestacional temprana.

Las pacientes del estudio regresaron para una visita de seguimiento inicial entre 24 horas y 4 días después del uso de misoprostol (día 3 de la prueba), momento en el que se les realizó una ecografía endovaginal y una evaluación por un investigador que desconocía las asignaciones del grupo de tratamiento.

En promedio 3 días después del tratamiento con misoprostol, la tasa de éxito del tratamiento (definida como expulsión del saco gestacional en la primera visita de seguimiento con una dosis de misoprostol y sin interven-



ción quirúrgica o médica adicional dentro de los 30 días posteriores al tratamiento) fue del 67,1% con misoprostol solo (100 de 149 pacientes) comparado con 83,8% (124 de 148) en pacientes con pretratamiento de mifepristona seguido de misoprostol.

A las pacientes que no expulsaron el saco gestacional se les ofreció la opción de una segunda dosis de misoprostol, manejo expectante o tratamiento quirúrgico. De éstas, el 41% deseaba manejo expectante, el 27% prefería una segunda dosis de misoprostol y el 31% se sometió a una aspiración uterina.

Las pacientes que eligieron el manejo expectante o una segunda dosis con misoprostol regresaron para otra visita de seguimiento aproximadamente 8 días después de la aleatorización.

El número de dosis de mifepristona necesarias para un éxito de tratamiento (es decir, el número necesario a tratar) fue de 6.

A los 30 días, el 8,8% de las pacientes que habían recibido pretratamiento de mifepristona se sometieron a aspiración uterina en comparación con el 23,5% de las pacientes que habían recibido misoprostol solo (riesgo relativo: 0,37).

Pacientes satisfechas, utilizarían nuevamente el manejo médico.

Los investigadores llamaron por teléfono a todas las participantes aproximadamente 30 días después de la aleatorización para preguntar sobre tratamientos adicionales o eventos adversos.

Utilizando una escala de 1 a 3, los puntajes promedio para la intensidad del sangrado (1,8 en ambos grupos) y el dolor (2,7 en ambos grupos) no difirieron significativamente entre los grupos.

Raramente ocurrieron eventos adversos graves y los otros efectos secundarios fueron similares en los dos grupos de tratamiento, con la excepción de la mayor emesis reportada por las pacientes que recibieron pretratamiento con mifepristona que aquellas que recibieron misoprostol solo (27% frente a 15%).

Al final del estudio, cerca del 90% de las pacientes en ambos grupos dijeron que su ex-



periencia general había sido "buena" o "neutral"; el 87.0% del grupo de pretratamiento con mifepristona dijeron que recomendarían su método de tratamiento a una amiga, en comparación con el 89,6% de las pacientes en el grupo de misoprostol solo.

La mayoría de las pacientes (> 65% en ambos casos) dijeron que utilizarían el tratamiento médico si experimentaran otra pérdida del embarazo.

Los investigadores dicen que sus resultados son generalizables porque la población de estudio fue diversa en términos de estado sociodemográfico y diagnóstico de embarazo; además, el investigador evaluador no conocía las asignaciones de los grupos de tratamiento, por lo que no cree que la falta de un grupo placebo haya introducido un sesgo.

El manejo médico nunca debe ser el único tratamiento para las pacientes con abortos espontáneos, escribe la Dra. Westhoff en su editorial. Las pacientes con sangrados abundantes y que prefieren el tratamiento quirúrgico deben tener acceso rápido a la aspiración, puntualiza, ya sea en el departamento de urgencias para pacientes sintomáticas o en la clínica para pacientes asintomáticas.

Pero para las pacientes que lo prefieren, este estudio "respalda un mejor enfoque para las pacientes que desean un tratamiento médico por aborto espontáneo", observa. Sin embargo, el requisito de la Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos sobre la mifepristona coloca "una carga sobre las pacientes y los médicos, que retrasaría la atención y seguramente disminuiría el uso de este régimen de tratamiento más seguro y efectivo", notó, señalando que el requisito de la Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos está destinado a los fármacos que muestran efectos adversos graves.

"Pero la amplia experiencia clínica con mifepristona indica que no hay necesidad de tales requisitos", sostiene.

Un coautor informa haber recibido honorarios personales de Danco Laboratories, fuera del trabajo presentado. Los coautores restantes han declarado no tener ningún conflicto de interés económico pertinente. La Dra. Westhoff informa haber recibido honorarios personales de Planned Parenthood, honorarios personales y apoyo no financiero de Merck, honorarios personales de Bayer, Agile Therapeutics, Cooper Surgical, Allergan y Elsevier, fuera del trabajo presentado. La Dra. Westhoff también informa que Columbia University recibe y administra los fondos de investigación de Leon Farma, Mithra, Medicines 360 y ContraMed para ensayos de fase 3 y dice que ninguna de estas compañías tiene productos relacionados con los medicamentos en este estudio.

Los sistemas de salud deben hacer más por atender las necesidades de anticoncepción postaborto de las mujeres jóvenes, dice un estudio.



La anticoncepción postaborto es una parte esencial de los servicios de atención integral del aborto. Cuando el/la prestador/a de servicios le ofrece a la mujer consejería y métodos anticonceptivos en el momento de efectuar el aborto en una unidad de salud, es probable que ella elija un método, según un nuevo estudio de Ipas.

Pero el estudio encontró que las adolescentes, que corren mayor riesgo de tener embarazos no intencionales y abortos inseguros, son menos propensas a dejar la unidad de salud con un método, comparadas con las mujeres de 25 años o más. Publicado en la revista Global Health: Science and Practice, el estudio a gran escala analizó datos de las experiencias de casi un millón de mujeres en 4,881 unidades de salud, en 10 países en Asia y África subsahariana.

Janie Benson, autora principal del estudio y antigua directora del programa de investigación de Ipas, dice que para poder atender mejor a las jóvenes y adolescentes es necesario fortalecer las políticas, los protocolos, la capacitación de prestadores de servicios y los servicios: "Cuando se brinda apoyo programático a los sistemas de salud

—tal como capacitación para quienes proporcionan consejería y servicios de anticoncepción postaborto— existe un gran potencial de llegar a las jóvenes y adolescentes".

Como parte del estudio, Ipas brindó apoyo programático a sistemas de salud en 10 países (Ghana, Nigeria, Sierra Leona, Uganda, Zambia, Bangladesh, India, Myanmar, Nepal y Pakistán), con el objetivo de mejorar los servicios de anticoncepción proporcionados a las mujeres que buscan un aborto inducido o tratamiento postaborto. El apoyo incluyó capacitación del personal de salud; mejoramiento del registro de datos, de la logística relacionada con los insumos y de las unidades de salud; y seguimiento de cada prestador/a de servicios y unidad de salud post-capacitación para resolver problemas y mejorar el desempeño/rendimiento.

Después de la capacitación del personal de salud y la implementación de los servicios, el equipo de investigación analizó los datos del libro de registros, que incluía las edades de las mujeres, el tipo de servicio prestado y el método anticonceptivo proporcionado. Un aspecto significativo del estudio, dice



Benson, es que abarcó una gran variedad de servicios prestados, entornos legales y culturales, y también incluyó a mujeres que buscaban aborto inducido y atención postaborto.

## ENTRE LOS HALLAZGOS CLAVE FIGURAN:

- La aceptación de métodos anticonceptivos fue alta entre todos los grupos de edad, pero las adolescentes (de 15 a 19 años) eran menos propensas a elegir un método que las mujeres de 25 años o más;
- Las adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años también se mostraron significativamente menos propensas a elegir un método anticonceptivo reversible de acción prolongada, comparadas con las mujeres de 25 años o más;
- Las usuarias cuyo/a prestador/a de servicios había recibido capacitación apoyada por Ipas en la prestación de consejería y servicios de anticoncepción eran significativamente más propensas a recibir anticoncepción, comparadas con las mujeres cuyo/a prestador/a de servicios no había recibido la capacitación.





### ENTRE LAS RECOMENDACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD FIGURAN:

- Actualizar las políticas y los protocolos para eliminar barreras tales como los requisitos de que las mujeres y adolescentes tienen que estar casadas o tener el consentimiento de su madre/padre o cónyuge para poder obtener servicios de anticoncepción;
- Garantizar que una gran variedad de métodos anticonceptivos estén disponibles en los lugares donde se ofrecen servicios de aborto;
- Capacitar a prestadores de servicios, geren es y demás personal de la unidad de salud para mejorar la consejería y provisión de métodos anticonceptivos en el momento de proporcionar el servicio de aborto;
- Mejorar las unidades de salud para asegurar privacidad, especialmente para las adolescentes, y garantizar la confidencialidad de las interacciones con las usuarias y de sus expedientes;

- Reducir o eliminar los gastos de las usuarias, especialmente de las adolescentes, para todos los métodos anticonceptivos;
- Realizar entrevistas frecuentes con las usuarias y la comunidad para determinar las preferencias de las jóvenes y adolescentes, y para evaluar la calidad de los servicios que reciben. Se han logrado avances significativos para lograr que la información y los métodos anticonceptivos estén disponibles para las mujeres que buscan servicios de aborto, como demuestra este importante estudio. Pero con demasiada frecuencia, dice Benson, las mujeres, especialmente las adolescentes y jóvenes, dejan las unidades de salud sin los medios para evitar un embarazo no intencional: "Los dirigentes del sistema de salud, profesionales clínicos, financiadores internacionales y organizaciones comunitarias deben dar prioridad a las necesidades anticonceptivas de las mujeres, en particular las adolescentes, que buscan servicios de aborto. A ninguna mujer se le debe negar la op<mark>ortunidad de to</mark>mar sus propias decisiones sobre la anticoncepción".

## ARGENTINA AVANZA EL ABORTO LEGAL: CÁMARA DE DIPUTADOS APROBÓ DESPENALIZAR LA INTERVENCIÓN

Matías A. Loewy | 15 de junio de 2018 Extracto del artículo publicado en Medscape



BUENOS AIRES, ARG. En una jornada maratónica que se prolongó a lo largo de 23 horas, y por un margen muy estrecho (129 a 125), la Cámara de Diputados en Argentina aprobó una ley que despenaliza el aborto hasta la semana catorce de gestación. Si la sanción se ratifica en el Senado, algo que se estima podría darse en el curso de los próximos dos meses, se espera que la medida contribuya a reducir las decenas de muertes maternas y miles de internaciones anuales derivadas de los procedimientos que hasta ahora se realizan de manera clandestina.

El debate fue calificado de "histórico" por el propio presidente de la Nación, Mauricio Macri, y el resultado fue recibido con entusiasmo por decenas de miles de personas en las calles, sobre todo mujeres y jóvenes. También hubo celebraciones en otros ámbitos.

El texto de la norma votada "garantiza el derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo con el solo requerimiento de la mujer o persona gestante hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional". Fuera del plazo dispuesto, se garantiza el derecho en los siguientes casos: a) si el embarazo fuera producto de una violación, con el solo requerimiento y la declaración jurada de la mujer o persona gestante ante el/la profesional de la salud interviniente; b) si estuviera en riesgo la vida o la salud de la mujer o persona gestante, considerada como derecho humano; c) si se diagnosticara la inviabilidad de vida extrauterina del feto.[2]

Desde el momento en que requiera la interrupción del embarazo, la mujer tiene derecho a acceder a la intervención en el sistema de salud en un plazo máximo de cinco días corridos. Asimismo, los establecimientos deben asegurarse de garantizar que la paciente también reciba información, atención previa y posterior al procedimiento, y acompañamiento en el cuidado de la salud, e información adecuada y confiable sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos.



El artículo 9 de la ley aprobada obliga a los establecimientos de salud a realizar el procedimiento sin demoras. "La interrupción voluntaria del embarazo establecida en la presente ley se debe efectivizar sin ninguna autorización judicial previa. No pueden imponerse requisitos de ningún tipo que dificulten el acceso a las prestaciones vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo, debiendo garantizarse a la mujer o persona gestante una atención ágil e inmediata que respete su privacidad durante todo el proceso, y garantice la reserva de la información aportada", señala el texto.

La interrupción del embarazo deberá ser "realizada o supervisada" por un profesional de la salud, quien "tiene la obligación de garantizar el acceso a la práctica, y no puede negarse a su realización". Sin embargo, el profesional puede eximirse "cuando manifestare su objeción previamente, de manera individual y por escrito, y la comunicare a la máxima autoridad del establecimiento de salud al que

pertenece". De cualquier forma, los establecimientos siempre deberán contar con al menos un profesional dispuesto a efectuar la intervención.

Según las modificaciones votadas de un artículo del Código Penal, la sanción para aquellos profesionales que realicen el aborto fuera del plazo estipulado, y sin que existan las causas de no punibilidad (como embarazo fruto de una violación, o riesgo para la salud de la madre) será de tres meses a un año de prisión. La misma pena (más inhabilitación especial por el doble de tiempo) regirá para las autoridades de establecimientos y profesionales que dilataran, obstaculizaran, o se negaran a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.





#### QUÉ VOTARON LOS MÉDICOS DIPUTADOS

El debate en el parlamento, que fue antecedido por audiencias públicas de las que participaron más de 160 médicos, tuvo 152 oradores. De los seis médicos que integran la Cámara de Diputados, cuatro votaron a favor y dos en contra. Cuatro de ellos manifestaron su posición durante el debate. El Dr. Sergio Wiski, médico clínico que fue director del Hospital de El Bolsón, en el sur del país, sostuvo que el aborto es un tema "estructural", y que diariamente, entre 300 y 1200 mujeres argentinas interrumpen su embarazo, haya o no una ley que las ampare. "Esta ley es para que las mujeres sean libres y autónomas con su cuerpo, para terminar con las complicaciones de un aborto legal y protegerlas con un Estado presente", expresó.

El Dr. Gonzalo Del Cerro, psiquiatra de Córdoba, en el centro del país, coincidió en esa perspectiva: "Si 44.000 mujeres que se internan por interrupciones del embarazo mal realizado nos parecen poco, ¿cuántas muertes o internaciones más tenemos que esperar?", preguntó.

Por el lado del rechazo a la legalización o despenalización del aborto, expusieron otros dos médicos que son diputados. El Dr. Julián Dindart, exministro de Salud de Corrientes, señaló haber presenciado complicaciones maternas del aborto, pero advirtió que "hay uno que pierde siempre. Como pediatra, no puedo negar que el niño es el que pierde siempre". En tanto, el Dr. Horacio Goicoechea, médico especializado en diagnóstico por imágenes de Córdoba, cerró la larga lista de oradores con un discurso encendido en el que denunció una supremacía de base ideológica "que vamos a establecer también médicamente cuando a través de una ecografía empecemos a seleccionar niños que hoy nacen perfectamente".



#### LO QUE VIENE

Para que la ley entre efectivamente en vigencia, requiere de su aprobación por la Cámara de Senadores. Algunos vaticinan que se pueda tratar antes del receso de mediados de julio, aunque otros consideran que se puede demorar hasta septiembre. Los impulsores del proyecto se muestran optimistas respecto del resultado.

En diálogo con Medscape en Español, el Dr. Leonardo Caruana, secretario de Salud Pública de la Ciudad de Rosario, uno de los dos distritos argentinos que instrumentó con mayor eficacia el protocolo de aborto no punible (hasta hoy vigente), y logró bajar a cero la mortalidad materna por esa causa, consideró que es un "hecho satisfactorio" que se haya incluido esta problemática dentro del marco de la salud pública y de la perspectiva de derecho.

También alertó sobre la necesidad de medidas que acompañen la eventual sanción de la norma. "Las leyes son un paso fundamental, pero la ley sola sin decisiones políticas de transformaciones de los servicios de salud (para que construyan un vínculo y acompañen a la mujer) no va a generar el impacto adecuado", destacó.

Por su parte, el ginecólogo chileno Aníbal Faundes, expresidente del grupo de trabajo de prevención del aborto inseguro de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y fundador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la *Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)*, señaló a Medscape en Español que la sanción del parlamento argentino se encuadra en una "onda reformista" que está avanzando en distintos países del mundo, desde Irlanda hasta Malawi.





El Dr. Faundes agregó que en Latinoamérica hay una tendencia a considerar el argumento de que la penalización solo castiga a las mujeres, en especial a las que no tienen dinero, y que además no cumple el objetivo de reducir el número de abortos. "El cambio legal en Uruguay de 2012 fue seguido por una ley igualmente liberal aprobada recientemente en Bolivia, que debe entrar en aplicación en julio próximo; una ley menos prohibitiva en Chile, el año pasado; el llamado a una audiencia pública por la Corte Suprema de Brasil para discutir la liberalización del aborto en agosto próximo, etcétera. Solo en Nicaragua hubo un retroceso que no debe durar mucho tiempo más", enumeró el expresidente del Centro de Investigaciones de Salud Reproductivas de Campiñas, Brasil (CEMICAMP).

"Mi impresión es que continuará una onda de resoluciones políticas basadas en las evidencias, lo que llevará a una liberalización progresiva de las leyes sobre aborto, contribuyendo de esa forma a reducir los abortos, al contrario de lo que muchos se imaginan, y sobre todo, a reducir sus consecuencias para la mujer de menos recursos en toda la región", concluyó el Dr. Faundes.

Vale la pena recordar que el Dr. Pío Iván Gómez, representante del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG tuvo una importante participación en el Congreso Argentino.



## LOS CURIOSOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL ANTIGUO EGIPTO

Eugenia Miras | abc



En esta civilización se elaboraron los primeros tratados médicos en el campo de la ginecología y pediatría.

Sin importar la civilización o la época, un embarazo siempre ha sido la máxima expresión del amor entre un hombre y una mujer. Además al tener descendencia, las parejas aseguraban la continuidad de las costumbres a través de la siguiente generación; lo que ha permitido forjar una cultura.

De la misma manera que lo hicieron sus padres, los hijos se encargarían de cuidarlos y guiarlos una vez que alcanzaban la ancianidad. No obstante como no todas las parejas podían tener bebés, adoptaban a otros niños huérfanos para proteger la estructura familiar y su camino a la vejez.

### LOS PRIMEROS TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD

A diferencia de otras civilizaciones en el Antiguo Egipto se veía la infertilidad como una enfermedad y no una pestilente maldición. Y gracias a esa mentalidad, se permitieron investigar y así crear los primeros estudios médicos. Aunque la condición estéril únicamente se le atribuía a la mujer, en ningún momento se le infravaloró, sino que se le atendió con el merecido respeto.

Los egipcios descubrieron que a partir de la orina podían saber si una mujer estaba o no embarazada.

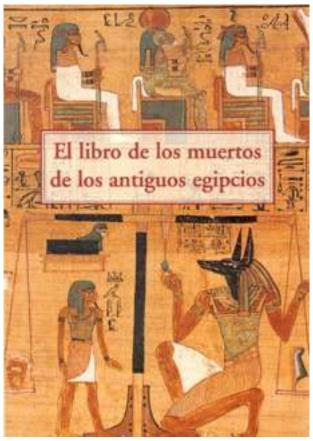
De esta manera se comenzarían a practicar los primeros tratamientos apoyados en una medicina intuitiva, conjuros y rituales para combatir a los males en la reproducción.

Gracias a la observación, surgían los inicios de la ginecología en el Antiguo Egipto, y con ello sembraron los cimientos de las pruebas de embarazo como también de la anticoncepción.



El descubrimiento estaba en la orina, a través de la cual habían notado la presencia de una hormona que delataba si una mujer estaba encinta o no.

También podían saber el sexo del bebé a través de este método. La guardaban en un recipiente al que le echaban dos tipos de semillas: cebada y trigo, dependiendo de si brotaba una u otra, sería niño o niña.



El Libro de los Muertos consistía en una colección de hechizos diseñados para guiar al fallecido en la otra vida. - C.C

Estos conocimientos fueron recogidos en diferentes documentos que se conocen como papiros; los cuales fueron escritos por los sabios, tras la repetición de patrones médicos. A partir de ese momento surgen los primeros estudios sobre la sexualidad y la reproducción. Los egiptólogos hallaron y descifraron algunos como: "Papiro Kahoun" (1.900 a.C) y el Papiro Ebers, (descubierto en 1.800 a.C durante el siglo XIX).

#### **EL "TEST"**

Al igual que en la actualidad- también se daban diferentes escenarios en los que un nacimiento podía implicar bien un sinfín de bendiciones para unos; o bien una serie de catastróficos infortunios -entre los que la madre y el niño podían perder la vida durante el embarazo- y sin contar las numerosas complicaciones sociales que se daban por causa de las relaciones extraconyugales.

«El periodo de lactancia, que podía prolongarse durante un periodo de tres años, reducía la posibilidad de un nuevo embarazo».

«En Egipto existían varios tipos de pruebas de embarazo como la exploración del cuerpo femenino –observar el cambio de color de la piel, la hinchazón de pechos, etc.-, que verificaban hasta cierto punto el embarazo», escribió Clara Ramos Bullón en su libro "Breve Historia de la vida cotidiana del Antiguo Egipto: costumbres, cultura, tradiciones".

Los "Papiros de Berlín" conforman la primera documentación que recoge las primeras pruebas de embarazo, el tratado de pediatría más antiguo, así como los peculiares métodos anticonceptivos.



#### INSTRUMENTOS MÉDICOS DEL ANTIGUO EGIPTO- C.C

Sin embargo por las razones que fueran, no todas las mujeres estaban dispuestas a recibir la maternidad y buscarían por todas las formas evitar ese estado. Entre los métodos preventivos más extraños destacó: el uso de tampones bañados en miel, la inserción de heces de cocodrilo en la vagina o también una masa pastosa que resultaba de triturar espinas de acacia, pues al parecer contenía goma arábiga, la cual actuaba como un potente espermicida.

Clara Ramos Bullón recogió estos hechos curiosos en su obra, donde asimismo relata: "El periodo de lactancia, que podía prolongarse durante un periodo de tres años, reducía la posibilidad de un nuevo embarazo".

#### EMBARAZOS PROBLEMÁTICOS

El camino a la vida entre la concepción y el nacimiento nunca fue ajeno al peligro, tanto para la madre como para el nonato.

Los abortos involuntarios eran uno de los mayores miedos de las mujeres encinta; en los que además de perder al bebé, ellas quedaban expuestas a la muerte por incontrolables hemorragias. Por esta razón se colgaban amuletos y se encomendaban a ciertas deidades como: Isis (protectora de la madre y el nonato), y Taweret (diosa de la fertilidad).

#### LA IMPORTANCIA DE LA DESCENDENCIA

En la actualidad, muchos mayores son víctimas del abandono y otros son atendidos por cuidadoras. Sin embargo, en el Antiguo Egipto como en otras civilizaciones los ancianos eran un pilar fundamental para la familia y la sociedad.

Para los egipcios, uno de los ritos más importantes y que le daba algún sentido a la inevitable muerte era la "maat" -un ritual funerario-; el cual tenían que llevar a cabo sus descendientes.

De esta manera, las siguientes generaciones permitieron no solo que los ancianos heredaran a la humanidad su sabiduría; sino que las costumbres que crearon identidades colectivas continuaran vivas a través de los siglos.

## FLASOG en la reunión anual del GRUPO DE TRABAJO INTERAGENCIAL (GTR)

Reunión anual del Grupo de Trabajo Interagencial (GTR) para la reducción de la Mortalidad Materna. Panamá

**GTR** fue fundado en 1998. Su misión es promover la colaboración interagencial para implementar políticas y programas de RMM en América Latina y el Caribe.

#### Sus funciones son:

- Fomentar la cooperación Interagencial.
- Promover estrategias y consensos regionales en relación a la muerte materna.
- Impulsar el desarrollo de capacidades y la diseminación del conocimiento.
- Movilizar compromisos de alto nivel.

La reunión anual se realizó en Panamá los días 21 y 22 de junio del 2018.



#### ASISTIERON REPRESENTANTES DE:

**UNFPA** United Nations Population Found

**PAHO** Panamerican Health Organization

UNICEF United Nations International Children's Emergency Found

**IPPF** International Planed Partnerhood Federation

**ICF** International Confederation of Midwives

**USAID** US Agency for International Development

MSH Management Sciences for Health

**DIB** Development International Bank

**INPHOJH** International non-profit Health Organization join to Johns Hopkins University

FLASOG Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

En representación de FLASOG el Dr. Paulo Meade, Coordinador del Comité de Salud Materna hizo una exposición de la iniciativa de taller interactivo en línea "Venciendo a la Preeclampsia". Una estrategia innovadora en el proceso de mejora de competencias para el manejo de una de las primeras causas de muerte materna en los países Latinoamericanos y del Caribe.







FLASOG estuvo presente en el congreso de COMEGO de la Federación Mexicana de Colegios Obstetricia y Ginecología (FEMECOG).

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) invitó al Dr. Samuel Karchmer, Presidente de FLASOG, a participar con una Conferencia Magistral y a los Dres. Miguel Ángel Mancera (Director Científico), Roger Molinas (Paraguay), Lionel Leroy y Claudio Serviere (México), a participar el Simposio FLASOG de Manejo de Endometriosis.

El XXIII Congreso COMEGO se llevó a cabo en el World Trade Center (WTC) de la Ciudad de México del 26 al 29 de junio pasado, con un programa científico de gran interés, donde participaron 60 profesores mexicanos y

30 extranjeros, teniendo una asistencia de más de 2,800 congresistas.

La cercana relación FLASOG - FEMECOG está siendo un vínculo muy importante para el intercambio científico en beneficio para todas las partes; de ahí surge que la participación institucional de FLASOG en el 68 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, en la ciudad de Mazatlán del 11 al 15 de noviembre de este año, será muy activa, ya que fuimos invitados al "Taller Precongreso FLASOG" de Manejo de Hemorragia la Obstétrica, a una Conferencia Magistral, Foro de Discusión de Anticoncepción y a varios simposios. En este importante congreso, que espera cerca de 3,500 congresistas, FLASOG tendrá un stand en el área de la Exposición Científica para la divulgación de su producción académica y congresos latinoamericanos próximos a realizarse.





Del 6 al 10 de septiembre

## Paraguay es el destino.

XXIII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia

www.flasog.org



## **IMANTENTE ACTUALIZADO!**

## SIGUE NUESTRAS REDES

Y VISITA NUESTRO SITIO WEB

www.flasog.org

