



BOLETIN

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

ÍNDICE

Editorial

Julia Evelyn Martínez 1

Artículo central 7

del Boletín N° 1, mayo 2012
Aclaración sobre el Consenso Latinoamericano sobre usos del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología

Artículo Central 8

Un mensaje de la OMS a ginecólogos y obstetras relacionado con las Guías sobre aborto seguro
Anibal Faundes

Actividades destacadas en la región 10

Socialización de las Guías basadas en Evidencia sobre Embarazo y parto y abordaje sintromico de las infecciones de transmisión sexual en Colombia
Raúl Sastre Cifuentes

Actividades de la Dirección Ejecutiva y del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de apoyo a los países 14

Próximos Eventos Académicos 17

Tips sobre artículos 18

TIP 1 Aporte Dr. Pio Iván Gómez S. (Colombia)

TIP 2 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)

TIP 3 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)

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

Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.
Telefono: [511] 447-8668
Fax: [511] 243-0460
www.promsex.org

“Los errores suelen ser el puente que media entre la inexperiencia y la sabiduría”

PHYLLIS THEROUX

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 un debate sobre la salud sexual y reproductiva

Julia Evelyn Martínez

Economista feminista

Profesora de la escuela de economía de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA) de El Salvador

En el año 1633 Galileo Galilei fue condenado por el Santo Oficio de la Iglesia Católica por la publicación de su obra “Diálogo acerca de los dos sistemas principales del mundo: el tolemaico y el copernicano”, en la que se adhirió a la teoría heliocéntrica de Nicolás Copérnico, que había sido declarada en 1616 como herejía. Treinta y tres años antes, el Santo Oficio había condenado a Giordano Bruno a ser quemado en la hoguera por afirmar que el Universo era infinito y que el sol era apenas una estrella entre millones.



istockphoto.com



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



En el acta de acusación de Galileo se lee el siguiente párrafo: “La doctrina de que la Tierra no se halla en el centro del universo ni está inmóvil sino que gira, incluso en una rotación diaria, es absurda; es falsa desde el punto de vista psicológico y teológico y constituye, cuando menos, una ofensa a la fe”.

En un primer momento, el talante científico de Galileo se sobrepuso al miedo a la inquisición y escribió un discurso de defensa en el que coloca a la ciencia y la razón por encima de los dogmas y la superstición. En un párrafo de este discurso se lee: “Se condena la doctrina que postula que la Tierra se mueve y el Sol está fijo, porque las Escrituras mencionan en muchos pasajes que el Sol se mueve y la Tierra permanece fija... Afirman los piadosos que las Escrituras no pueden mentir. Pero nadie negará que con frecuencia son abstrusas y su verdadero significado difícil de comprender; su importancia va más allá de las meras palabras. Opino que, en la discusión de los problemas naturales, no deberíamos empezar por las Escrituras, sino por los experimentos y las demostraciones”.

Sin embargo, meses después, cuando la hoguera se perfilaba como el posible desenlace de su enfrentamiento con el Vaticano, el pragmatismo se impuso al espíritu científico de Galileo. Se retractó públicamente y admitió que “habiendo sido amonestado por el Sagrado Oficio para que abandone por completo la falsa opinión de que el Sol se halla en el centro del universo y está inmóvil y de que la Tierra no ocupa el centro del mismo sino que se mueve... he sido... sospechoso de herejía, es decir, de haber manifestado y creído que el Sol es el centro del universo y está fijo, y que la Tierra no ocupa el centro del mismo sino que gira... Yo abjuro con toda sinceridad y con genuina fe, execro y detesto los mismos pecados y herejías y, en general, todas y cada una de las ofensas y sectas contrarias a la Santa Iglesia católica.”

Ciertamente Galileo corrió mejor suerte que Giordano Bruno, pero a cambio debió aceptar un deshonesto exilio en Florencia, que si bien le permitió seguir investigando y desarrollando sus teorías, le condenó a vivir hasta el final de sus días con la certeza que la teoría heliocéntrica no estaba equivocada pero que tenía que mantener la boca cerrada para “no hacer olas”, ni cuestionar públicamente la posición de la iglesia.

Trescientos cincuenta años después, el Papa Juan Pablo II informó al mundo que después de una investigación minuciosa se había tomado la decisión de rehabilitar históricamente la vida y obra científica de Galileo, poniendo así

punto final a este penoso pasaje de la historia de la relación entre religión y ciencia, que quedó así relegado a un simple “malentendido que pertenece al pasado”.

En el dictamen de la Comisión del Vaticano que recomendó la rehabilitación de Galileo se señala que «la abjuración del sistema copernicano por parte de Galileo se debió esencialmente a su personalidad religiosa, que pretendía obedecer a la Iglesia aunque ésta estuviera en el error. Galileo no quería ser un hereje, no quería exponerse a la condenación eterna, y por tanto aceptó la abjuración para no pecar.» Es decir, que para la Comisión del Vaticano, la gran enseñanza de Galileo consistió en su decisión de abjurar de su teoría, no por creer que estaba equivocado, sino para no desobedecer a la Santa Madre Iglesia.

Muchas veces creemos que con la llegada de la Ilustración o del postmodernismo, historias como las de Galileo Galilei pertenecen a un oscuro pasado, al cual la humanidad no podrá retroceder jamás. Otras veces, confiamos que los avances científicos y la masificación de los medios de información y de comunicación en la era de la globalización representan la mejor garantía de que las sociedades no sucumban al influjo de la superstición y los mitos.

Sin embargo, en pleno siglo XXI se puede aún constatar en nuestro país (El Salvador) cómo grupos de fanáticos/as religiosos/as imponen sus dogmas de fe como normas jurídicas, sociales y/o políticas a la cuales debe ajustarse la sociedad y la comunidad científica. Estos grupos tienen el poder de enviar a la hoguera del desprestigio y del aislamiento social a cualquiera que intente cuestionar estos dogmas y/o sustituirlos por verdades científicas. Por eso, los partidos políticos, el Presidente de la República, los Magistrados de la Corte Suprema de Justicia, los medios de comunicación, los tanques de pensamiento y hasta las universidades, les temen, y están dispuestos a evitar a toda costa entrar en una abierta confrontación con ellos, aunque esto signifique renegar de la ciencia y/o de los derechos humanos.

Se dice que para muestra un botón. Tomemos como botón de muestra de este retorno al oscurantismo, la postura de la Jerarquía de la Iglesia Católica en torno a la prohibición del uso de los métodos anticonceptivos de emergencia, cuyo uso podría evitar embarazos forzados en mujeres que han sido víctimas de violación o que han sido obligadas por sus parejas a mantener relaciones sexuales sin protección.

El uso de métodos anticonceptivos es una constante a lo largo de la historia de la humanidad y su uso está documentado en las grandes civilizaciones y culturas (Egipto, Grecia, Roma, China, etc.). Es decir, estos métodos no aparecen con el advenimiento de la “revolución sexual” de los años sesenta ni tampoco con la aprobación de instrumentos jurídicos relacionados con los derechos humanos de las mujeres. Se trata de un campo de investigación y desarrollo de la ciencia en constante innovación, que ha permitido mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de millones de mujeres y hombres en todo el mundo, y que hasta el advenimiento del neoconservadurismo y del

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG



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

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

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

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

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

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



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

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

→ Dr. Nilson Roberto de Melo (Brasil)

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

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



LO ÚNICO QUE PUEDEN HACER LAS PAE PARA IMPEDIR EL EMBARAZO ES RETARDAR O INHIBIR LA OVULACIÓN. UNA VEZ QUE LA OVULACIÓN HA OCURRIDO, LAS PAE NO TIENEN NINGÚN EFECTO. DE ALLÍ LA IMPORTANCIA DE USARLAS LO ANTES POSIBLE DESPUÉS DE UNA RELACIÓN SEXUAL Y NO ESPERAR “HASTA EL DÍA DESPUÉS”

neo integrismo en los años ochenta, no contaba con una oposición significativa de parte de sectores religiosos.

De acuerdo al Doctor Horacio Bruno Croxatto, considerado la máxima autoridad científica en materia de investigación y desarrollo de anticoncepción de emergencia en el mundo, las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) son solo compuestos hormonales que actúan en la fase pre-ovulatoria, es decir, antes de la fecundación de un óvulo y de implantación de un embrión en el útero, que es cuando científicamente se reconoce la existencia de un embarazo. Lo único que pueden hacer las PAE para impedir el embarazo es retardar o inhibir la ovulación. Una vez que la ovulación ha ocurrido, las PAE no tienen ningún efecto. De allí la importancia de usarlas lo antes posible después de una relación sexual y no esperar “hasta el día después”.

Curiosamente, una gran parte de los cincuenta años de investigaciones del doctor Croxatto se realizaron en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Por orden del Vaticano fue separado en 1998 de su cátedra en dicha universidad, debido a sus investigaciones sobre las PAE y por su postura a favor del derecho de las mujeres a la interrupción de un embarazo, y se optó por recluirlo en el laboratorio relegado a la posición de Investigador Asociado. Esto le brindó la oportunidad de profundizar en sus estudios sobre los posibles efectos abortivos de las PAE, tanto en animales como en mujeres. Finalmente fue despedido en el año 2006 por su defensa pública de la anticoncepción de emergencia y por haber declarado que las PAE que utilizan el levonorgestrel como principio activo no son abortivas.

A diferencia de Galileo, el doctor Croxatto optó por aferrarse a la ciencia, abjurar de su fe (renunció al Opus Dei y al catolicismo) y dedicar su vida y sus conocimientos a promover la salud reproductiva de las mujeres en el mundo.

Gracias a científicos como Horacio Croxatto es posible el uso las PAE en países con leyes restrictivas a todas las formas de interrupción del embarazo (como El Salvador), en donde se ha convertido en una medida fundamental para el mantenimiento de la salud de las mujeres, en especial de aquellas que han sido abusadas sexualmente y que se les niega el derecho a decidir libremente respecto a su maternidad. Muchos embarazos por violación o por sexo forzado pueden evitarse de esta manera, y con ello se puede prevenir abortos en condiciones inseguras, suicidios de mujeres con embarazos forzados y hasta asesinatos y/o el abandono de recién nacidos/as. De allí la importancia que el personal médico que atiende a una mujer en este tipo de situaciones, suministre estos AE como parte del protocolo obligatorio de atención.

Sin embargo, pese a esto, ciertos sectores oscurantistas y sexofóbicos de la sociedad salvadoreña que cuentan con supremos poderes ideológicos, políticos, económicos y mediáticos, insisten en acallar y condenar estas verdades científicas (como lo hicieron en el pasado con la teoría heliocéntrica) y se afanan en sustituirlas por las enseñanzas de la Santa Madre Iglesia, según la cual “la píldora del día después es abortiva”, para lo cual se basan en la doctrina de la Academia Pontificia para la Vida, según la cual las PAE impiden la anidación del óvulo fecundado en el útero, y con ello truncan la posibilidad de un embarazo”.

A partir de esta doctrina, la Academia Pontificia para la Vida ha hecho un llamado a médicos y farmacéuticos a que «apliquen con firmeza la objeción de conciencia moral» y que testimonien «con valentía y con los hechos el valor inalienable de la vida humana, especialmente frente a nuevas formas subrepticias de agresión a los individuos más débiles e indefensos, como es el caso del embrión humano». Este llamamiento significa que se nieguen a proporcionar PAE a mujeres que lo necesiten aún cuando las leyes del país les ordenen hacerlo y peor aún, que se nieguen a proporcionarlas a sabiendas que la salud y la vida de una mujer se pondrán en peligro por la no prevención de un embarazo. Los miembros del Opus Dei y de la Fundación Sí a la Vida en nuestro país funcionan como caja de resonancia de esta doctrina de fe, y se encargan de divulgar mediante diversos medios y ante distintos públicos (especialmente adolescentes y jóvenes) la doctrina según la cual las PAE son abortivas y que no deben ser utilizadas, ni siquiera cuando una mujer ha sido víctima de una violación sexual.

Mientras esto sucede ante la indiferencia de la comunidad científica salvadoreña, un reciente estudio elaborado por investigadores/as de la OMS y del Instituto Guttmacher, publicado por la revista científica The Lancet el 19 de enero de este año, advierte que pese a la disminución en la tasa de abortos experimentada en los últimos años a nivel mundial, en América Latina los abortos están aumentando, especialmente los practicados en condiciones peligrosas para la salud y la vida de las mujeres: 32 por cada 1,000 mujeres.

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

- Dr. Pió Iván Gómez (Coordinador General)
pigomezsi@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



SE NECESITA QUE EN EL SALVADOR SE ABRA UN DEBATE SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES, QUE SEA CIENTÍFICO Y ÉTICO AL MISMO TIEMPO. DE LO CONTRARIO, MILES DE MUJERES SEGUIRÁN PAGANDO CON SU SALUD Y SUS VIDAS, EL COSTO DE NO HACER NADA FRENTE A LA INFLUENCIA DE LOS FUNDAMENTALISMOS RELIGIOSOS SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

De acuerdo a este estudio, la tendencia al aumento en la tasa de abortos en la región coincide con la aprobación de reformas legales para prohibir todas las formas de interrupción voluntaria del embarazo, que a su vez han estado acompañadas de mayores obstáculos para el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos, en especial de las PAE.

Según esta investigación, la tendencia en América Latina contrasta con lo ocurrido en otras regiones y países en donde se ha despenalizado la interrupción del embarazo y se ha facilitado el acceso a métodos anticonceptivos, incluyendo las PAE. En Sudáfrica por ejemplo, que despenalizó el aborto desde 1997, tiene la tasa de abortos más baja de todo el continente africano y ha logrado reducir la mortalidad materna relacionada con abortos inseguros en un 91%. Otro caso es España, en donde a partir de la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en 2010, se observó una leve reducción en el número de mujeres que decidieron terminar voluntariamente un embarazo.

Frente a esta evidencia, se necesita que en El Salvador se abra un debate sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que sea científico y ético al mismo tiempo. De lo contrario, miles de mujeres seguirán pagando con su salud y sus vidas, el costo de no hacer nada frente a la influencia de los fundamentalismos religiosos sobre las políticas públicas. Por eso es urgente que la comunidad científica salvadoreña salga del cómodo refugio en el que se encuentra e ilumine las mentes y el conocimiento de quiénes tienen en sus manos garantizar el derecho a la salud de las mujeres, y en particular, el de aquellas mujeres que necesitan al menos prevenir un embarazo forzado.

En octubre de 2011 la Comisión Nacional de Bioética de El Salvador dio a conocer un comunicado público en el cual hizo un llamado al debate abierto y pluralista de los problemas nacionales en diversos ámbitos relacionados con la bioética, incluyendo un “debate amplio, abierto e informado con respecto a la garantía de salud sexual y reproductiva y las políticas actuales de penalización del aborto”. Han transcurrido más de tres meses desde este comunicado, y las mujeres salvadoreñas siguen enfermando y muriendo por el irrespeto a su derecho a la salud y a la vida.

¿Podemos esperar que la comunidad científica salvadoreña se decida a participar en este debate o es que como Galileo Galilei también optarán por callar para no terminar en la hoguera de los inquisidores del siglo XXI? ←

Aclaración sobre el Consenso Latinoamericano sobre usos del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología

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



istockphoto.com/melgursky

En el Boletín pasado (**Volumen 1. Número 1, mayo, 2012**) se publicó el borrador del Consenso Latinoamericano sobre usos del misoprostol en Obstetricia y Ginecología, realizado en Cartagena de Indias – Colombia, a comienzos de año. Es de aclarar, que su difusión se hizo para recibir observaciones de la comunidad científica y ya hemos recibido valiosos aportes del Dr. Aníbal Faúndes y Clara White de la Organización Mundial de la Salud quienes con la debida evidencia acompañante nos sugieren para hemorragia postparto las siguientes dosis y vías de administración:

Profilaxis 600 microgramos vía oral dosis única.

Tratamiento 800 microgramos sublinguales dosis única.

Ver Guía completa de FIGO para prevención y tratamiento de hemorragia postparto en:

http://www.figo.org/files/figo-corp/IJGO_2012%20PPH%20Guidelines.pdf

Hasta el 31 de Agosto esperamos nuevas observaciones, recordando que deben venir acompañadas de la bibliografía que las sustenten y deben ser enviadas al Dr. Edgar Iván Ortiz al e-mail: ivort55@yahoo.com

Un mensaje de la OMS a ginecólogos y obstetras relacionado con las Guías sobre aborto seguro

Anibal Faundes

Profesor Emérito de Obstetricia, Universidad Estadual de Campinas
Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Prevención del Aborto Inseguro, FIGO



La OMS ha lanzado en los últimos días la segunda edición revisada y actualizada de su publicación: **Aborto seguro, guía técnica y de políticas para sistemas de salud**. La importancia de esta publicación no se limita a la actualización de los protocolos clínicos y organización de servicios de aborto seguro, sino también a los fundamentos legales y de derechos humanos internacionales que justifican el esfuerzo que representó la revisión de estas Guías. Ellas contiene mensajes que deben ser escuchados y considerados con particular atención por todos los que trabajamos como ginecólogos y obstetras, sobre todo si tenemos funciones que orientan las políticas de atención a la salud de las mujeres, sea a nivel local en un servicios o a nivel regional o nacional.

Las Guías tienen cuatro capítulos: El primero es sobre servicios de aborto seguro y sus fundamentos de salud pública y derechos humanos; el segundo es esencialmente técnico y describe los procedimientos para realizar un aborto y los cuidados antes y después del procedimiento; el tercero describe los pasos necesarios para la instalación de servicios de aborto seguro, y el cuarto discute la consideraciones políticas y legales que justifican estos servicios.

Los capítulos 2 y 3 son muy útiles en los países donde hay acceso a aborto legal porque aclaran todas las dudas sobre los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo, utilizando tanto intervención quirúrgica como por medio de medicamentos, así como todos los detalles sobre la organización de estos servicios. Como esta no es la situación de la mayoría de los países de la

región, tal vez más importantes son las consideraciones del primero y del último capítulo, que describen la situación y nos colocan las obligaciones que tenemos si deseamos defender la salud y los derechos humanos de las poblaciones a nuestro cuidado.

La Guía reconoce que mejorar la accesibilidad a servicios de aborto seguros es un enorme desafío y que por eso mismo, diferentes capítulos de la Guía están destinados a dar orientaciones - basadas en la evidencia y en conformidad con los derechos humanos internacionales - sobre cómo proceder para vencer ese desafío.

CAPÍTULO 1

Servicios de aborto seguro: su justificación de salud pública y derechos humanos

En su primer capítulo las guías nos informan que ha habido un gran aumento en el uso de métodos de anticoncepción, lo que ha llevado a una reducción en la tasa de aborto inducido de 35 por 1000 mujeres de 15-45 años en 1995 para 26/1000 en 2008 (*Singh et al, 2009*). Sin embargo, esta reducción se observó solamente en los abortos seguros, mientras que la tasa de abortos inseguros se mantuvo alrededor de 14 abortos por 1000 mujeres de 15 a 44 años. Además, como el número de mujeres ha aumentado, el número absoluto de abortos inseguros subió de 20 para 22 millones entre 2003 y 2008 (*Sedgh et al, 2012.*). Por eso mismo, el porcentaje de abortos inseguros sobre el total de abortos inducidos subió de 44% en 1995 para 47% en 2003 y 49% en 2008 (*Sedgh et al, 2012*). Cerca de 95% de los abortos inseguros ocurre en países en vías de desarrollo, donde el acceso a aborto seguro es limitado y la mortalidad materna es elevada.

Más importante, la Guía destaca que:

“La situación legal del aborto no tiene efecto sobre la necesidad de la mujeres de abortar, pero tiene un efecto dramático sobre el acceso a servicios de aborto seguro”.

En otras palabras, la tasa de abortos inducidos no depende de si el aborto es legalmente restringido o permitido a solicitud de la mujer. El efecto de las leyes restrictivas es que sólo las mujeres con dinero consiguen

abortos seguros en el sector privado y las que no lo tienen se someten a abortos inseguros con consecuencias devastadoras para su salud.

Los avances en la medicina y el descubrimiento de nuevos procedimientos seguros y eficaces para interrumpir un embarazo podrían eliminar totalmente los abortos inseguros y sus consecuencias, si estos procedimientos fueran accesibles a todas las mujeres en todos los países. La situación actual sin embargo, es que el aborto inseguro continúa siendo responsable de cerca del 13% de las muertes maternas o aproximadamente 47.000 muertes anuales, y de que 5 millones de mujeres sufran secuelas de las complicaciones del aborto inseguro (*WHO, 2011*).

En casi todos los países, la ley permite el aborto por alguna causa, por lo menos para salvar la vida de la mujer y, por lo tanto, todos los países deberían tener servicios seguros y accesibles para realizar un aborto donde la ley lo permita. Infelizmente, esta no es la situación de la mayor parte de los países en desarrollo, particularmente los de nuestro continente, en que las mujeres legalmente autorizadas para tener un aborto no disponen de servicios seguros para interrumpir el embarazo. La Guía menciona las posibles razones para que esto ocurra: falta de acceso a información; la exigencia de autorización de una tercera persona; restricciones en cuanto al profesional o las facilidades en que pueden realizar abortos; costo elevado de los servicios que restringen el acceso; falta de confidencialidad o privacidad, objeción de conciencia colectiva o institucional.

Para vencer estas barreras hace recomendaciones relacionadas a las consideraciones políticas, reguladoras y de derechos humanos que tenemos que considerar con mucha atención:

- Las leyes y políticas sobre aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres.
- Las barreras políticas, reguladoras y programáticas que impiden al acceso oportuno a servicios de aborto seguro deben ser eliminadas.
- Se requiere de un ambiente solidario y respetuoso para asegurar que las mujeres que cumplen con las condiciones legales tenga fácil acceso a servicios de aborto seguro.

En general, la guía señala que las políticas de salud deben ser orientadas hacia el respeto, la protección y aplicación de los derechos humanos de las mujeres, para



alcanzar resultados positivos para su salud, ofreciendo información y servicios de buena calidad y atendiendo las necesidades específicas de las mujeres pobres, las adolescentes, las que sufrieron violencia sexual y las mujeres viviendo con VIH.

CAPÍTULO 2

Cuidados clínicos de las mujeres que tienen aborto

Los países en que la ley es más permisiva o hay servicios que atienden las solicitudes de aborto legal en los casos permitidos por leyes restrictivas, van a encontrar todas las informaciones relevantes, basadas en evidencia sobre los procedimientos a seguir para la interrupción del embarazo.

MÉTODOS RECOMENDADOS PARA ABORTO QUIRÚRGICO

La aspiración al vacío es la técnica recomendada para aborto quirúrgico en embarazos de hasta 12 a 14 semanas de gestación. Este procedimiento NO debe ser completado por curetaje (raspado o legrado) como rutina. Donde todavía se usa la dilatación y curetaje debe ser sustituido por aspiración al vacío.

MÉTODOS RECOMENDADOS PARA ABORTO MÉDICO

*El método recomendado para aborto con medicamentos es la **mifepristona seguida de misoprostol**.*

Para embarazos de hasta 9 semanas de edad gestacional (63 días)

Mifepristona 200 mg siempre administrada por vía oral, seguida 24 a 48 horas después de misoprostol 800 µg por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos de 9 a 12 semanas (63-84 días)

Mifepristona 200 mg administrada por vía oral, seguida 36 a 48 horas después de 800 µg misoprostol por vía vaginal administrados en una unidad de salud. Dosis subsecuentes de misoprostol 400 µg por vía vaginal o sublingual pueden administrarse cada 3 horas por cuatro veces hasta la expulsión del contenido uterino.

Para embarazos de más de 12 semanas (84 días)

Mifepristona 200 µg administrada por vía oral, seguida 36 a 48 horas después de 400 µg misoprostol oral o 800 µg vaginal, seguido de 400 µg de misoprostol vaginal o sublingual cada 3 horas por un máximo de 5 dosis, administradas en una unidad de salud.

Para embarazos de más de 24 semanas la dosis de misoprostol debe ser reducida por la mayor sensibilidad del útero a medida que aumenta la edad gestacional,

pero no se puede recomendar una dosis específica por falta de estudios al respecto.

Misoprostol solo

La efectividad del misoprostol solo es menor, el tiempo hasta completar el aborto es más prolongado y el proceso es más doloroso y con más efectos gastrointestinales que cuando se usa la mifepristona antes del misoprostol (Kulier et al, 2011, Bugalho et al, 2000). A pesar de esas desventajas el uso del misoprostol solo se ha difundido donde no hay mifepristona, debido a su mayor disponibilidad y menor costo. Las dosis y rutas de administración recomendadas son las siguientes:

Para embarazos de hasta 12 semanas de edad gestacional (84 días)

La dosis recomendada de misoprostol es 800 µg por vía vaginal o sublingual, repetida a intervalos de no menos de 3 horas, pero no más de 12 horas, hasta 3 dosis. La vía sublingual es menos eficiente que la vaginal si se administra a intervalos de más de 3 horas, pero en ese caso hay alta frecuencia de trastornos gastrointestinales (Faundes et al, 2007).

Para embarazos de más de 12 semanas (84 días)

La dosis recomendada de misoprostol es de 400 µg por vía vaginal o sublingual, cada 3 horas, hasta 3 dosis (Wildschut H et al, 2010; Ho et al, 2007). Para embarazos de más de 24 semanas la dosis de misoprostol debe ser reducida por la mayor sensibilidad del útero a medida que aumenta la edad gestacional, pero no se puede recomendar una dosis específica por falta de estudios al respecto.

Las guías posteriormente discuten las posibles complicaciones, tales como continuación del embarazo, aborto incompleto, hemorragia, infección, perforación uterina (aspiración), complicaciones anestésicas, rotura uterina y secuelas a largo plazo, la mayoría de muy baja frecuencia.

Sigue un análisis detallado de los procedimientos recomendados para la prevención de infecciones y termina con los cuidados post aborto. En ese sentido, entre otras recomendaciones, se coloca claramente que no se recomienda el uso de ultrasonido para decidir si es necesario completar un aborto después de tratamiento con medicamentos (Reeves et al, 2009)

CAPÍTULO 3

Planificación y organización de servicios de aborto seguro

En la Introducción de este capítulo las Guías dicen textualmente:

“Dirigentes y administradores de salud que actúan en el área de salud reproductiva deben asegurar que los servicios de aborto seguro estén siempre fácilmente disponibles y accesibles en toda la extensión de la ley. En todos los países las mujeres tienen abortos inducidos. Donde los servicios de aborto legal están accesibles y disponibles, esos abortos son seguros; donde el acceso y la disponibilidad del aborto legal es muy restrictivo, los abortos tienden a ser inseguros (WHO, 2009; Myers & Seif, 2010). Las leyes y servicios sobre aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de las mujeres, incluyendo las adolescentes. No deben crear situaciones que llevan a mujeres y adolescentes a recurrir a abortos inseguros”. “Es un hecho que en la mayoría de los países la ley permite el aborto seguro en una o más situaciones. Sin embargo, en los países con leyes sobre aborto muy restrictivas, los servicios se limitan al tratamiento de las complicaciones de los abortos inseguros”.

Luego se describen en detalle los principales elementos que deben tomarse en cuenta en la planificación y organización de servicios de aborto seguro, principalmente los siguientes:

Establecimiento de normas y estándares nacionales que faciliten el acceso y la entrega de servicios de aborto seguro en la más amplia extensión de la ley.

Las normas y guías deben establecer el tipo de aborto, donde y quien puede ofrecerlos; los equipos y materiales esenciales, instrumentos, medicamentos y facilidades necesarias, mecanismos de referencia, respeto por la autonomía, confidencialidad y privacidad, necesidades especiales de las adolescentes, de las mujeres que sufrieron violación y disposiciones sobre objeción de conciencia.

Asegurará las habilidades y capacidades de los proveedores de servicio por medio de entrenamiento, una supervisión que brinde apoyo, monitoreo y evaluación. La guía da una descripción detallada de cómo debe ser realizado y cuales los contenidos de este entrenamiento, incluyendo cuestiones sobre la actitud y ética en la prestación de estos servicios.



©Stockphoto.com/ulmetov

Cuestiones presupuestarias y financieras que incluyan el costo de personal, programas de entrenamiento, equipo, medicamentos y otros materiales. En este ítem, se recuerda que el costo adicional de agregar servicios de aborto seguro a los que ya existen es relativamente bajo, en relación al costo mucho mayor de atender complicaciones de los mismos abortos si fueran realizados de forma insegura en la clandestinidad. Se insiste, además, en la necesidad de que el costo para el aborto seguro no puede ser un obstáculo para que las mujeres pobres tengan acceso a estos servicios.

Desarrollar las políticas y programas de salud de una manera sistemática. O sea, teniendo siempre en mente el objetivo final de promover la salud y los derechos humanos de las mujeres.

Las guías entran en cada detalle de la planificación y organización de servicios de aborto, siempre basados en las mejores evidencias disponibles. Explican, por ejemplo, los tipos de servicios que se deben prestar en cada nivel del sistema de salud, desde la comunidad hasta el hospital de referencia; las listas de drogas, materiales y equipos necesarios para servicios de aborto seguro; un minucioso detalle de los contenidos recomendados del entrenamiento de proveedores de servicios de aborto (dejando claro que no necesariamente deben ser médicos); como hacer una correcta monitorización para

asegurar la calidad de los servicios, proponiendo una serie de indicadores de aborto seguro; y colocando una larga lista de cuestiones y asuntos que deben ser considerados en la evaluación de los servicios de aborto seguro.

El capítulo termina explicando cómo debe ser el proceso de planificar y administrar servicios de aborto seguro.

CAPÍTULO 4

Consideraciones políticas y legales

Este capítulo destaca las relaciones estrechas entre salud de la mujer y derechos humanos, así como la necesidad que leyes y políticas de salud promuevan y protejan a ambas.

Organizaciones internacionales y regionales de derechos humanos cada vez más, recomiendan la descriminalización y la prestación de servicios de aborto seguro para proteger la salud y la vida de las mujeres o en caso de violación, basado en la denuncia de la mujer. Es esencial asegurarse que las leyes, aunque sean restrictivas, sean interpretadas de manera que protejan la salud de la mujer.

La mayor parte de los gobiernos han ratificado tratados y convenciones internacionales que los obligan legalmente a proteger los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, a la no-discriminación, el derecho a la vida, el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas, el derecho a estar libre de trato inhumano o degradante, el derecho a la educación y a la información. Fue en consideración a estos derechos humanos que los gobiernos acordaron en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo +5 que “*en circunstancias en que el aborto no está contra la ley, los sistemas de salud deben entrenar y equipar los proveedores de servicios y tomar otras medidas que aseguren que tales abortos sean seguros y accesibles*”.

El capítulo analiza cada uno de los causales de aborto y cómo deben interpretarse en la práctica. Describe las barreras al acceso del aborto seguro desde el punto de vista de los derechos humanos y termina con un llamado a los países:

“*Aunque los países difieren cuanto a las condiciones del sistema de salud que prevalece y las limitaciones en recursos disponibles, todos los países deben tomar medidas inmediatas con metas definidas para elaborar políticas comprensivas que expandan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan servicios de aborto seguro*”

Es importante destacar, además, que el contenido de estas Guías está fundamentado en amplia bibliografía que acompaña cada capítulo, incluyendo, cuando corresponde, una evaluación de la fuerza de la evidencia disponible. Tiene siete Anexos, entre los cuales se destacan por su utilidad práctica el Anexo 6, que tienen los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos y de la esterilización quirúrgica femenina en el postaborto, y el Anexo 7 que lista los tratados y convenciones internacionales y regionales de derechos humanos y el organismo responsable de monitorizar el cumplimiento de cada uno de ellos. ←

REFERENCIAS

1. Bugalho A et al. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 2000, 61:47–50.
2. Faúndes A et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
3. Ho PC et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S178–S181
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Myers JE, Seif MW. Global perspective of legal abortion – trends, analysis and accessibility. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2010, 24:457–466.
6. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
7. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632
8. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
9. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD005216.
10. World Health Organization. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, 2009.
11. World Health Organization, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, 2011

Para acceder a la Guía completa entrar al link:

http://extranet.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Socialización de las Guías basadas en Evidencia sobre Embarazo y parto y abordaje sindrómico de las infecciones de transmisión sexual en Colombia

Raúl Sastre Cifuentes

Profesor Asociado y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

El viernes 22 de junio se presentaron al país las Guías basadas en Evidencia sobre Embarazo y parto, y abordaje sindrómico de las infecciones de transmisión sexual en Colombia como fruto de un esfuerzo sostenido y solidario de algunos de los grupos universitarios más importantes de Colombia: la Universidad de Antioquia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad Nacional de Colombia reunidas en torno de un proyecto común, el Centro de Investigaciones en Evaluaciones de Tecnologías en Salud, que pretende brindarle al país un análisis serio, riguroso y académico de las más recientes tecnologías disponibles en salud, desde la perspectiva de su eficacia y la racionalidad de su costo mediante análisis económicos de costo efectividad o costo utilidad. Ello ha sido posible gracias a la decisión conjunta de las Universidades de incluir en sus agendas de investigación y extensión los más sentidos problemas de salud para la población colombiana y abordarlos desde una perspectiva crítica, libre de sesgos y presiones externas para adelantar estudios técnicos que contribuyan a un mejor actuar por parte de los responsables de las decisiones en Salud.



Las guías presentadas fueron:

1. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo.
2. Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo.
3. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.
4. Ruptura prematura de membranas
5. Toxoplasmosis
6. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo
7. Abordaje sindrómico de las infecciones de transmisión sexual

Los propósitos de estas guías son:

- a. Mejorar la calidad de la atención en salud y la utilización racional de los recursos en el cuidado clínico para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio e ITS
- b. Disminuir la variabilidad injustificada en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio e ITS
- c. Generar modelos de evaluación de resultados en investigación (investigación integrativa: guías de práctica clínica) que permitan de manera pragmática medir e interpretar indicadores de impacto sencillos, válidos y útiles como base para el aseguramiento de la calidad de atención basada en evidencia, alentando la investigación y el desarrollo de indicadores complejos tanto clínicos como económicos para la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio e ITS.

La disponibilidad de guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio e ITS implica entre otras, estandarizar para Colombia

EN EL SECTOR DE LA SALUD, ESTOS AVANCES Y SUS ENORMES POSIBILIDADES CORREN PARALELOS CON RIESGOS IMPORTANTES QUE AMENAZAN LOS PRINCIPIOS ENUNCIADOS, COMO SON LOS INTERESES ECONÓMICOS DE GRUPOS MONOPÓLICOS, LA INTRODUCCIÓN INCONSULTA DE TECNOLOGÍAS SIN LA SATISFACCIÓN PLENA DE LOS REQUISITOS DE UTILIDAD Y RACIONALIDAD ECONÓMICA Y FUNDAMENTALMENTE LAS CONSIDERACIONES DE COSTO OPORTUNIDAD.

el cuidado prenatal, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbimortalidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.

Las guías clínicas del Ministerio de Salud y Protección Social, una vez publicadas, serán la referencia para la aplicación de procesos asistenciales en instituciones de primer, segundo y tercer nivel de atención. Las declaraciones contenidas para cada proceso reflejan la evidencia científica utilizada al tiempo que eran preparadas.

El vertiginoso avance de la ciencia, la explosión tecnológica, la globalización del conocimiento y las nuevas tendencias que ofrecen los tratados de libre comercio, deben convertirse en instrumentos de desarrollo, de progreso social y de mejoramiento

continuo de las condiciones de bienestar de las comunidades, dentro de los principios de equidad, respeto, justicia y calidad. En el sector de la Salud, estos avances y sus enormes posibilidades corren paralelos con riesgos importantes que amenazan los principios enunciados, como son los intereses económicos de grupos monopólicos, la introducción inconsulta de tecnologías sin la satisfacción plena de los requisitos de utilidad y racionalidad económica y fundamentalmente las consideraciones de costo oportunidad.

Este trabajo es una magnífica oportunidad para reivindicar el papel de la academia, de los grupos profesionales, de las sociedades científicas reunidas en torno de las Universidades, como gestores de conocimiento, de cambio social, de bienestar con respeto total por los derechos que asisten a las personas enfermas de cualquier sociedad moderna para acceder a servicios oportunos, eficaces y de alta calidad para la promoción, el sostenimiento o la recuperación de la salud en condiciones igualitarias.

Las guías en práctica clínica son tan solo una herramienta del sistema de garantía de la calidad pero su adecuado desarrollo permite colocar a disposición de pacientes, independientemente de su rango social, ubicación geográfica, condición económica u otras variables, una atención pronta, eficiente y dentro de los más altos estándares de calidad, de conformidad con el mejor conocimiento disponible derivado tanto de la investigación de punta como de la experiencia recogida por la tradición médica en el ejercicio de las buenas prácticas. ←

El proceso y la versión actual de las guías puede consultarse en:
<http://www.quiascolcienciasminproteccionsocialalianzacinets.org/>

Actividades de la Dirección Ejecutiva y del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de apoyo a los países

→ Marzo 2012.

Taller sobre Clarificación de valores para la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva, llevado a cabo por la Dirección Ejecutiva de FLASOG, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador. San Salvador Abril 2012, participaron 20 médicos. Apoyo de UNFPA/El Salvador

→ Junio 2012.

Taller de Capacitación de Capacitadores en Aclaración de Valores para la Transformación

de actitudes, llevado a cabo por la Dirección Ejecutiva de FLASOG, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y la Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador. San Salvador Junio 2012, participaron 20 médicos. Apoyo de UNFPA/El Salvador

→ Junio 2012.

Primer Simposio Internacional de Anticoncepción en Situaciones Especiales. Participaron como ponentes: Dr. Guillermo Galán, Dra. Sandra Vásquez, Dr. Álvaro Monterrosa, Dr. Pio Iván Gómez, Dr. Carlos Arturo Buitrago,

Dr. Mauricio Lema, Dr. Carlos Jaime Velásquez, Dr. Juan David Castañeda. Medellín, Colombia, Junio 2012

→ Julio 2012.

Curso Taller de Prevención del Aborto Inseguro y Reducción de Riesgos y Daños llevado a cabo por la Dirección Ejecutiva de FLASOG, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y la Federación de Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO). Quito, Ecuador, Julio 2012. Apoyo de UNFPA/LACRO

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

- JORNADA DE OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA "ASFIXIA FETAL DESDE LA FISIOPATOLOGÍA AL TRATAMIENTO"
Montevideo, (Uruguay) del 26 al 27 de julio de 2012
-
- XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE COLPOSCOPIA.
Boca del Rio Veracruz, (México) del 26 al 29 de julio de 2012
-
- XXXIX CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
Guatemala, (Guatemala) del 06 al 10 de agosto de 2012
-
- IX CONGRESO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CORDOBA JORNADAS 78º ANIVERSARIO.
Córdoba, (Argentina) del 13 al 14 de agosto de 2012
-
- PRIMER CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGÍA VULVOVAGINAL.
Buenos Aires, (Argentina) del 24 al 25 de agosto de 2012
-
- III CONFERENCIA REGIONAL DE CLACAI,
Bogotá D.C., Colombia el 24 y 25 de Agosto de 2012
-
- JORNADA INTERNACIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Organizan: Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia Filial Cochabamba y CIES.
Cochabamba, (Bolivia). 20,21 y 22 de agosto
-
- IX CONGRESO INTERNACIONAL SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
23, 24 y 25 de Agosto en el Colegio Médico del Perú.
-
- 29 REUNIÓN ANUAL Y 3ER CONGRESO DE MEDICINA PERINATAL.
Ciudad de Mexico, (México) del 29 al 31 de agosto 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
26 al 28 de septiembre 2012, en la Península de Paraguaná, Punto Fijo, Estado Falcón. Hotel
Villa Caribe Convention Center. Información: www.sogvzla.org
-
- 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
-
- XLIII REUNIÓN NACIONAL ANUAL FASGO 2012.
Mendoza, (Argentina) del 24 al 26 de octubre de 2012
-
- SUGIA 2012: VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE GINECOLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.
Montevideo, (Uruguay) del 8 al 9 de noviembre 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 GINECOLOGÍA.
Lima, (Perú) del 27 al 30 de noviembre de 2012
-
- PROFUNDIZAR EN LA ENDOMETRIOSIS.
Bilbao, (Ecuador) el 30 de noviembre de 2012



TIPS SOBRE ARTÍCULOS

TIP 1

Aporte **Dr. Pio Iván Gómez S.**
(Colombia)

Información brindada en las farmacias a adolescentes y médicos sobre el acceso a la anticoncepción de emergencia.

Pharmacy communication to adolescents and their physicians regarding access to emergency contraception.

Wilkinson TA; Fahey N; Shields C; Suther E; Cabral HJ; Silverstein M- Fellow, Division of General Pediatrics, Boston University School of Medicine, Boston Medical Center. tracey.wilkinson@bmc.org Pediatrics. 2012; 129(4):624-9

→ Objetivo:

La anticoncepción de emergencia (AE) es una estrategia de prevención del embarazo eficaz. Donde se hizo el estudio, la AE está disponible sin receta médica para personas de 17 años o más. El objetivo de este estudio fue evaluar la exactitud de la información proporcionada telefónicamente a adolescentes y médicos por las farmacias sobre AE.

→ Conclusiones:

La mayoría de las farmacias informan que tienen de AE disponible. Sin embargo, la desinformación con respecto a quién puede tomarla y a qué edad se encuentra disponible sin prescripción médica es común. Esta falta de información puede crear barreras a un acceso oportuno.

TIP 2

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

Efecto de la episiotomía mediolateral durante parto vaginal operativo y el riesgo de desarrollar lesiones obstétricas del esfínter anal.

The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries

Joey de Vogel, Anneke van der Leeuw-van Beek, MD; Dirk Gietelink, Marijana Vujkovic, Jan Willem de Leeuw, Jeroen van Bavel, Dimitri Papatsonis. Am J Obstet Gynecol. 2012; 206(5):404.e1-5.

→ Objetivo:

El objetivo del estudio es evaluar la frecuencia de lesiones obstétricas del esfínter anal en mujeres sometidas a partos vaginales instrumentados y evaluar si una episiotomía mediolateral tiene un efecto protector para el desarrollo de estas lesiones en estos partos.

→ Conclusiones:

El riesgo de lesión obstétrica del esfínter anal en mujeres sometidas a un parto vaginal instrumentado cuando se realiza episiotomía mediolateral es 6 veces menor, que cuando no se realiza. Por lo tanto, se recomienda el uso de una episiotomía mediolateral en los partos vaginales instrumentados para reducir la incidencia de estas lesiones.

TIP 3

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

Detección de aneuploidia fetal con el genoma total mediante secuenciación de ADN en plasma materno.

Genome-Wide Fetal Aneuploidy Detection by Maternal Plasma DNA Sequencing

Diana Bianchi, Lawrence Platt, James Goldberg, Alfred Abuhamad, Amy Sehnert, y Richard P. Rava, on behalf of the Maternal BLOOD IS Source to Accurately Diagnose Fetal Aneuploidy (MELISSA) Study Group. Obstet Gynecol. 2012, 119(5): 890-900

→ Objetivo:

Determinar en forma prospectiva la exactitud diagnóstica de la secuenciación masiva en paralelo para detectar aneuploidía del cromosoma fetal total en plasma materno.

→ Conclusiones:

Este estudio prospectivo demuestra la eficacia de la secuenciación masiva en paralelo del ADN en plasma materno para detectar aneuploidías fetales de múltiples cromosomas a través del genoma. La alta sensibilidad y especificidad en la detección de trisomías 21, 18, 13, y la monosomía X sugieren que la secuenciación masiva en paralelo se puede incorporar a los algoritmos existentes para la detección de aneuploidía y así reducir innecesarios procedimientos invasivos.



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