

BOLETÍN

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



DIRECTOR DEL BOLETÍN:

Pío Iván Gómez

COMITÉ EDITORIAL:

Desiree Mostajo Flórez, Angélica Vargas, José Figueroa,
René Castro.

DISEÑO Y DIAGRAMACION:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

COMITÉ EJECUTIVO

Édgar Iván Ortiz Lizcano. Presidente
Rafael Padrón Burgos. Vicepresidente
Néstor César Garello. Secretario
Rodrigo Alfonso Arias Álvarez. Tesorero
Samuel Karchmer K. Presidente Electo
José Fernando De Gracia S. Past Presidente

DIRECTORES

Dr. Ricardo Fescina. Director Ejecutivo
Dr. Rubén Darío Mora. Director Administrativo
Dr. Paulino Vigil. Coordinador Científico

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

PERIODO 2014-2017

Dr. Pío Iván Gómez (Coordinador General)
Dr. José Figueroa (México y Caribe)
Dra. Angélica Vargas (Centroamérica)
Dra. Desiree Mostajo Flórez (Andina)
Dr. René Castro (Cono Sur)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL

PERIODO 2014-2017

Dr. José Douglas Jarquín (Coordinador General)
Dr. Paulo Meade (México y Caribe)
Dra. Wendy Cárcamo (Centroamérica)
Dr. Juan Trelles (Andina)
Dr. Héctor Bolatti (Cono Sur)

MIEMBROS DEL COMITÉ DE CÁNCER GINECOLÓGICO

PERIODO 2014-2017

Dr. Agnaldo López Da Silva Filho (Coordinador General)
Dra. Agueda Santana Martínez (México y Caribe)
Dr. Erick J. Álvarez R. (Centroamérica)
Dra. Lina María Trujillo (Andina)

*“Deberíamos vivir tantas veces como los
árboles, que pasado un año malo echan
nuevas hojas y vuelven a empezar”.*

JOSÉ LUIS SAMPEDRO

(1917-2013) Escritor y economista español.

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 o perjuicios derivados de su uso.*

Índice

Nota del Presidente de la FLASOG.....	2
Editorial FLASOG, comprometida por los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	3
Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria	5
Actividades destacadas de FIGO	10
Actividades destacadas en la región.....	11
Próximos eventos académicos.....	13
Tips sobre artículos.....	16

Nota del Presidente de la FLASOG

FLASOG REDEFINE SU HORIZONTE EN PANAMÁ DEL 5 AL 7 DE MARZO DE 2015

Estimados colegas, miembros y amigos de la FLASOG.

Para nuestro Comité Ejecutivo y para mí es un gusto y un honor dirigir unas breves palabras en este primer número del Boletín correspondiente al 2015.

La conducción de la FLASOG es un gran reto por lo que ha significado en el desarrollo de las Asociaciones y Sociedades de Latinoamérica, pero lo es más aún por lo que visualizamos pudiera representar para beneficio de nuestros colegas y, obviamente, de las mujeres de la región de las Américas.

En ese sentido y dando respuesta a un sentimiento compartido por todos en la Asamblea General Ordinaria realizada en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, es que hemos iniciado con este Comité Ejecutivo el desarrollo de un Plan Estratégico 2014 – 2017, que pretendemos pueda trascender hasta por lo menos el 2020.

Apoyados en profesionales en la materia hemos encarado un trabajo de cuatro meses que presentaremos a consideración de los presidentes en nuestra Asamblea Extraordinaria que se llevará a cabo en la Ciudad de Panamá del 4 al 7 de marzo de 2015.

En este plan, además de haber recogido la experiencia de Colegas y Comités Ejecutivos anteriores, nos hemos trazado como meta el consolidar un proceso de mejoramiento continuo de nuestra organización mediante planes de acción de corto, mediano y largo plazos.

Para ello, en una primera instancia nos abocamos a definir nuestra Misión que consiste en “ofrecerles a las Sociedades Federadas de Obstetricia y Ginecología de Latinoamérica un modelo de gestión que sirva de apoyo para la ejecución de proyectos que atiendan las necesidades de la salud femenina, el desarrollo del ejercicio profesional, la educación médica continua y la investigación; con ética, transparencia, creatividad y con una perspectiva global que se apoye en nuestra cultura y en el trabajo en equipo”.

Así mismo, hemos definido nuestra Visión que apunta a posicionar a la FLASOG, en el 2020, como la organización líder en Latinoamérica reconocida por su profesionalismo y excelencia en el apoyo a las Sociedades Federadas de Obstetricia y Ginecología, que redunde en el desarrollo de los especialistas en su formación y en el ejercicio profesional para beneficio de la salud de la mujer.

Adicionalmente realizamos –a través de nuestra página Web– un cuestionario de Diagnóstico Situacional que pudieron completar todas las Sociedades y Asociaciones que integran la FLASOG para reforzar fortalezas, pero, sobre todo, detectar nuestras debilidades, que son las que realmente nos ayudarán a mejorar.

Como resultado de este ejercicio diseñamos un nuevo organigrama de la FLASOG en el que hemos definido cinco áreas funcionales: Área Académica y Científica, Área Gremial, Área de Promoción de Salud de la Mujer, Área de Desarrollo Profesional y Área de Desarrollo Organizacional.

Área Académica y Científica. Nos proponemos, entre otros aspectos, contribuir a la disminución de patologías cuya prevalencia compromete la salud sexual y reproductiva, la promoción de investigación científica y la difusión de los contenidos académicos que permitan la actualización de la especialidad.

Área Gremial. Aquí planteamos incidir en la definición de políticas de la salud femenina de Latinoamérica, así como el fortalecimiento del trabajo articulado entre las sociedades nacionales con los actores del sector público y privado en cada país y la promoción de la defensa del trabajo digno del especialista de GO de Latinoamérica.

Promoción de la Salud de la Mujer. En este punto queremos promover el autocuidado de la salud de la mujer a través de programas educativos en Latinoamérica, así como la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Creemos que si bien nuestra organización agrupa asociaciones y sociedades y nuestro papel fundamental es el apoyo de las mismas, también debemos procurar el desarrollo profesional de los especialistas. En este sentido, en el Área de Desarrollo Profesional promoveremos la certificación de especialistas de Ginecología y Obstetricia en Latinoamérica y fomentaremos las mejores prácticas de formación clínica y de desarrollo del ejercicio profesional.

Hoy tenemos el convencimiento de que nada de esto podría ser posible de ejecutar sin una estructura administrativa y médica fuerte. Para ello crearemos el Área de Desarrollo Organizacional donde esperamos diseñar unos estatutos y reglamentos que permitan avanzar en la modernización y profesionalización de la organización para que esta sea eficaz. Además buscamos el fortalecimiento de la estructura administrativa de la FLASOG, de tal manera que se convierta en un medio para las concreciones de los objetivos, las metas, las estrategias y los proyectos que se plantean. Así mismo, y como uno de los aspectos centrales de este plan, trabajaremos en la mejora de la comunicación entre el Comité Ejecutivo y las Sociedades Filiales.

Finalmente, nos hemos propuesto metas concretas, estrategias y planes de acción para llevar a cabo estos objetivos.

La responsabilidad de los mismos estará a cargo de los comités permanentes y temporales, quienes han elaborado programas de trabajo, los cuales contarán con un presupuesto, un plan de seguimiento y control, que nos asegure que la mayor cantidad de actividades que se planteen lleguen a feliz término.

Finalmente, somos conscientes del desafío que esto implica, pero estamos convencidos que con el compromiso y trabajo de todos ustedes lograremos sacar adelante este plan que redundará en beneficio de cada una de las Sociedades que integran la FLASOG y de las mujeres de Latinoamérica.

Reciban un afectuoso saludo.

Dr. ÉDGAR IVÁN ORTIZ
PRESIDENTE
FLASOG

FLASOG, comprometida por los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Pío Iván Gómez Sánchez, MD, MSc, FACOG

*Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia
Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG*

Iniciamos 2015 con este primer boletín electrónico de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), que usted recibirá cada tres meses, como un medio de contacto con los(as) profesionales de la región que estamos comprometidos con la Salud Sexual y Reproductiva de la población.

La FLASOG fue creada en 1952, siendo fundadores las asociaciones, sociedades y federaciones de Ginecología y Obstetricia de los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

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

Los objetivos de la FLASOG son:

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

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

Zona Norte:

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

Zona Sur:

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

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

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

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

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

En el mundo ocurren 980 muertes maternas diarias, es decir, que al año morirán, como producto de complicaciones del embarazo, parto o puerperio cerca de 360 mil mujeres. más de 50 millones sufren complicaciones, muchas sobreviven, pero con algún tipo de incapacidad. De estas muertes, cerca del 99% suceden en nuestros países emergentes. En Latinoamérica y el Caribe (LAC) cada año hay alrededor de 9200 muertes maternas y más de la mitad (5000) corresponden a complicaciones de abortos. La razón de mortalidad materna para nuestra región es de 85 por 100000 nacidos vivos, pero ocho países de LAC superan la cifra de 100 x 100000 nacidos vivos.

La mortalidad materna es un indicador del grado de desarrollo de un país. Por ello, en la Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada en Nueva York del 20 al 22 de septiembre de 2010, se ratificó el compromiso de disminuir en tres cuartas partes el número de muertes maternas. Para la región es una prioridad cumplir con esta meta, razón por la cual los países se han comprometido en sus políticas públicas.

La mayoría de estas muertes podrían ser relativamente fáciles de evitar si todos los actores del Sistema tuviéramos la voluntad de aprovechar las oportunidades perdidas en los contactos con las usuarias.

Para lograrlo debemos preocuparnos más por las mujeres y demostrar nuestro interés por entender sus necesidades

y exigir que reciban atención de alta calidad. Al suministrar servicios básicos costo-efectivos, podemos salvar sus vidas, pero para poder alcanzar los objetivos que nosotros mismos nos hemos propuesto en El Cairo (Egipto) y Beijing (China), debemos hacer mucho para ayudarlas a conocer sus derechos sexuales y reproductivos.

Quienes llevamos varios años trabajando en Salud Sexual y Reproductiva, hemos asistido a innumerables congresos, foros, comités, entre otros, tendientes a reducir la mortalidad materna y hoy, si contrastamos con la realidad del momento, nos embarga una sensación de impotencia, nos angustia la inequidad, la negligencia e injusticia social.

La mortalidad materna es apenas la punta del Iceberg que representa una problemática mucho más compleja. Como profesionales de la salud nos ha tomado tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y la muerte –así como grabarnos las fallas en la presencia de los servicios de salud– dentro de un contexto más amplio de derechos humanos y cambio social.

De cierta manera, nos sentimos comprometidos en librar una batalla contra las actitudes injustas y desiguales acerca del valor de las vidas humanas, particularmente, las de las mujeres. Es difícil priorizar cuáles necesidades merecen recursos en medio de tantas que nos afligen. Es una lucha en donde ellas son las víctimas, pero también pueden convertirse en protagonistas para hacer el cambio.

En este contexto global, ahora entendemos mejor el tema de la morbi-mortalidad materna. Además, hemos comprendido que formamos parte de una lucha más amplia, que necesita perspectivas nuevas para los problemas que nos aquejan, como la mortalidad materna.

Estos viejos problemas son y seguirán siendo el centro de nuestros esfuerzos. Entonces, ¿cómo lograr que los servicios donde atendemos las complicaciones del parto o aborto sean accesibles y aceptables para las mujeres? ¿Cómo hacer para que las administradoras permitan brindar atención integral a las mujeres gestantes? ¿Por qué no ofrecer servicios integrales a la gestación y no fragmentados? ¿Cómo lograr que los servicios funcionen de manera que las mujeres sean tratadas con dignidad y reciban atención médica segura y de calidad?

Los anteriores interrogantes, son algunos de los que deben estar en las agendas de hacedores de política, administradores y prestadores de servicios.

Tu derecho a decidir, mi deber de informar: aborto con misoprostol en atención primaria

Chiarelli, Julieta; Echegaray, Carolina; Felder, María Agustina; Lerace, Luciana Grisel; Legarreta, Patricia Nora; Pistani, María Laura; Rynkiewicz, María Cecilia; Silvi, Virginia Alejandra; Stablun, Gisela Soledad¹

INTRODUCCIÓN

El marco de los derechos humanos y la bioética definen que las mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto deben recibir atención digna, humanizada y de alta calidad, aun en países con contextos legales restrictivos.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo (1994) es considerada un hito ya que por primera vez se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. En referencia a la problemática del aborto y el acceso a la salud sexual de las mujeres se plantea que “mediante el sistema de atención primaria, todos los países se deben esforzar para que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas”. “La atención de la salud reproductiva debería abarcar: asesoramiento, información, educación, comunicación”².

Así mismo, se reconoce el aborto inseguro como “un importante problema de salud pública...” e insta a los gobiernos a reducir su incidencia. Se afirma que “las mujeres con embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo”³.

En Argentina, desde el 2010, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSyR) propone el dispositivo de consejerías integrales⁴ en salud sexual como parte de la estrategia de reducción de la mortalidad materna. Las consejerías son un espacio de escucha y orientación donde se promueve la toma de decisiones, consciente, autónoma e informada. En estos espacios se abordan diversas situaciones en relación con la sexualidad de las personas, una de las cuales es la atención pre y postaborto basada en el modelo de reducción de riesgos y daños.

Los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación (2010) muestran, en Argentina, una tasa de mortalidad materna de 4,4 por cada 10.000 nacidos vivos, cifra que no se redujo de manera considerable ni sostenible en las últimas dos décadas. Las complicaciones derivadas de abortos inseguros representan la primera causa de muerte materna, correspondiendo a más del 24% del total de las mismas.

Se define al aborto en condiciones de riesgo o inseguro como el procedimiento destinado a interrumpir un embarazo no deseado, realizado por personas que carecen de las calificaciones necesarias o en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médica. Las estimaciones recientes indican que suceden 460.000 abortos inducidos por año.

La problemática del aborto inseguro y la mortalidad en mujeres gestantes son expresión de la inequidad social y de género en nuestra sociedad; son muertes injustas, evitables, que expresan la ausencia del Estado por estar estrechamente relacionadas con el acceso desigual a servicios de salud de calidad.

1 Esta investigación fue realizada por un grupo de médicas residentes y ex residentes de medicina general y comunitaria, que llevamos a cabo nuestra formación en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ubicado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Nos propusimos dar a conocer el análisis de los datos de tres años de trabajo con mujeres que demandaron atención en el contexto embarazos no deseados/aceptados.

2 V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo. Pág. 38.

3 V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo. Pág. 56.

4 Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño. Organización e implementación. Ministerio de Salud. Año 2010.

En Argentina, según lo establecido por Guías Nacionales⁵, frente a las personas con la decisión firme de interrumpir una gestación, los equipos de salud deben informar y orientar a la mujer/pareja. El objetivo es ofrecer opciones, brindar apoyo mediante un equipo interdisciplinario y desalentar prácticas inseguras (usos de sondas, perejil, agujas, entre otros) para evitar o minimizar riesgos o posibles daños. Este asesoramiento, que se enmarca en la ley vigente, se basa en el acompañamiento en la toma de decisiones de las personas y en ofrecerles información científicamente validada, incluyendo la correspondiente al aborto farmacológico.

La OMS reconoce el uso del misoprostol como un método seguro y efectivo para reducir abortos inseguros y lo incluye en la lista de medicamentos esenciales.

La efectividad para la interrupción de gestaciones de menos de doce semanas oscila entre el 65 y el 90%, según la vía de administración, el esquema de la dosis y la edad gestacional⁶.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir el perfil epidemiológico de las mujeres que consultaron por embarazo no deseado, entre el primero de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2012, en un centro de atención primaria de la zona Sur de CABA.
- Conocer el uso y la efectividad del misoprostol en las mujeres que decidieron interrumpir voluntariamente su embarazo, entre el primero de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2012, en un centro de atención primaria de la zona Sur de CABA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el perfil socio-demográfico de las mujeres que consultan por embarazo no deseado en el primer nivel de atención.
- Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres que consultan por embarazo no deseado en el primer nivel de atención.
- Conocer las características del uso del misoprostol en el primer nivel de atención para la interrupción voluntaria del embarazo.
- Evaluar la efectividad del misoprostol en el primer nivel de atención para la interrupción voluntaria del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La recolección de datos fue continua en el tiempo. Esta se obtuvo mediante una historia clínica de elaboración propia para ese tipo de consultas. En el período de tres años se analizaron 144 historias clínicas.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que consultan con embarazo no deseado
- Mujeres que deseen interrumpir voluntariamente su embarazo
- Mujeres que consultaron en un Centro de Salud de zona sur de CABA, entre el primero de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2012.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con más de 20 semanas de gestación
- Mujeres con contraindicación para uso de misoprostol/diclofenac^{7, 8}

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se elaboró una base de datos sistematizada utilizando el programa SPSS versión 17.0.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Durante tres años (2009-2012) se registraron 144 historias clínicas que representan a igual número de mujeres que demandaron atención por embarazos no deseados. La mayoría era de nacionalidad boliviana (58,5%), coincidiendo con la población que concurre al centro de salud, en mayor parte migrante de países limítrofes. El 58,5% residía en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dentro del área programática del centro de salud, el 27,7% fuera del área programática y el 12,3% del Gran Buenos Aires (GBA).

El 65,5% de ellas consultaban, por primera vez, al consultorio de residentes de medicina general. El 33,7% fueron referenciadas por su entorno (familia, amigos, vecinos, entre otros), el 19,3% fueron derivadas de otros centros de salud del área programática del hospital, el 16,9% referenciadas por otros trabajadores de nuestro centro de salud y en igual porcentaje por la línea telefónica “más información menos riesgos”, perteneciente a una ONG.

El 74% de las mujeres tenía pareja en el momento de la consulta, el 63% incluyó a la misma en la decisión de no continuar con el embarazo, lo que no implicó estar acompañadas por su pareja durante todo el proceso.

5 Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, Organización e implementación. Ministerio de Salud. Año 2010.

6 Flasog. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 3ª Ed. 2013.

7 Esta mezcla es la única presentación comercial en Argentina.

8 Coagulopatías, alergia conocida al diclofenac o al misoprostol, cesárea anterior menor a seis meses, DIU y embarazo.

En cuanto a las edades, el 52% tenía entre 20 y 30 años y el 20% eran adolescentes. El promedio de hijos fue 1,6, sin abortos previos en el 67,6% de los casos.

Estos resultados permitirían deconstruir ciertos estereotipos en torno de las mujeres que abortan: solteras, adolescentes, con muchos hijos y con abortos previos.

Con respecto del uso de métodos anticonceptivos, el 46,7% refirió estar utilizando algún método; el más usado fue el preservativo (67%), el cual requiere de motivación para su uso correcto y negociación con la pareja en muchos casos. Estos datos podrían mostrar que la mera entrega de métodos no garantiza la accesibilidad a los mismos, como tampoco su uso correcto. En la utilización de métodos anticonceptivos interfieren muchos factores (socioculturales, económicos, barreras de las instituciones, violencia de género) que los equipos de salud deberíamos considerar al momento de trabajar la problemática del embarazo no deseado con las comunidades.

En relación con la edad gestacional de la primera consulta, el 88% de las mujeres presentaba una edad gestacional menor o igual 12 semanas. Con respecto de la interrupción, el 81% lo hizo durante el primer trimestre.

Lo anterior refleja el alto porcentaje de mujeres que consultó y recibió información tempranamente e interrumpió durante el primer trimestre de gestación, coincidiendo con el período de menor riesgo y complicaciones.

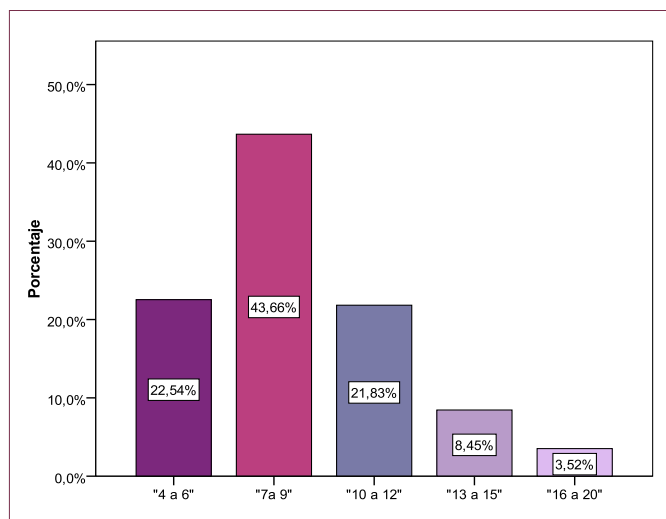


Gráfico N° 1: Rango de edad gestacional en la primera consulta. CABA. Julio 2012

Fuente: Elaboración propia en base historias clínicas.

El 70% (101) de las mujeres concurren a una consulta posterior y el 83,2% de las mismas utilizó misoprostol de forma autoadministrada, siendo la efectividad del 89,3%

(75)⁹. Basándonos en la definición del Ministerio de Salud consideramos la efectividad como la expulsión del producto de la concepción. Esta cifra es similar a la evidencia disponible sobre efectividad de misoprostol, en países donde el uso del mismo es legal para la interrupción del embarazo¹⁰.

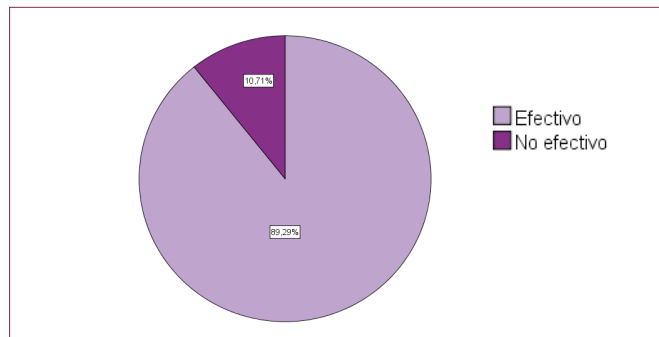


Gráfico N° 2: Efectividad del misoprostol. CABA. Julio 2012

Fuente: Elaboración propia en base historias clínicas.

De las 81 mujeres en las que se constató en la historia clínica la vía utilizada, el 71,6% usó la vaginal. Cabe mencionar que esta era la vía sugerida en las diferentes bibliografías consultadas¹¹ y fue, por tanto, la vía informada en la mayoría de las consultas.

En cuanto a la cantidad de series de misoprostol¹² utilizadas en las mujeres que interrumpieron la gestación, 78,3% (65) empleó una sola serie. Requiritieron dos series el 19,3% (16) y solo dos mujeres utilizaron tres o más series.

En relación con las complicaciones presentadas, fueron en orden de frecuencia: aborto incompleto (11), hemorragia excesiva referida (8), HMR (5) y aborto infectado (1). Sin embargo, 52 mujeres (67,53%) no presentaron complicaciones.

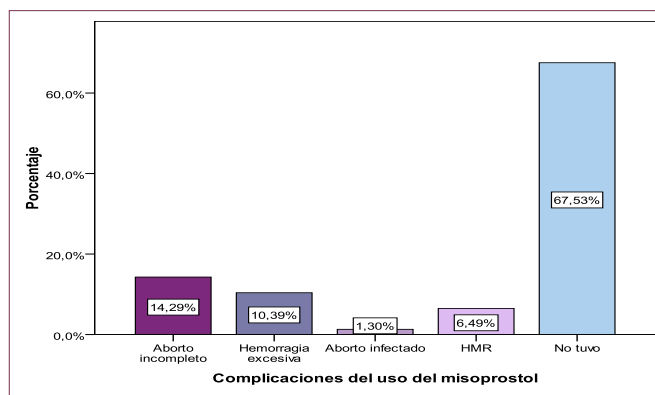


Gráfico N° 3: Complicaciones luego del uso de misoprostol. CABA. Julio 2012.

Fuente: Elaboración propia en base historias clínicas

9 Efectividad: Grado en que una determinada intervención origina un resultado beneficioso en las condiciones de la práctica habitual, sobre una población determinada (Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos A.N.M.A.T. 2009).

10 Flasog. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 3ª Ed. 2013.

11 Flasog. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 3ª Ed. 2013.

12 Una serie de pastillas corresponden a 4 pastillas cada 12 horas, repetir hasta 3 veces, utilizando un total de 12 pastillas. Se considera una serie si utilizó desde 1 pastilla hasta 12 pastillas. El intervalo interserie sugerido fue de 1 semana.

Concurrieron a la guardia 25 mujeres, a 10 se les efectuó raspado uterino evacuador por diferentes motivos (HMR, abortos incompletos, entre otros); en ninguno de estos casos se pudo evaluar si era necesaria la realización del mismo. El requerimiento del RUE podría tener relación con las consultas tempranas a la guardia, ya que muchas lo hicieron en las primeras 24 horas de sangrado, lo cual disminuiría la frecuencia de abortos completos.

A pesar de las recomendaciones de prácticas menos invasivas y más económicas, como el AMEU¹³ o el uso de misoprostol, se priorizó el RUE en los servicios de emergencias. Estimamos que muchas de estas complicaciones se podrían resolver en el primer nivel de atención con personal capacitado y acceso al misoprostol.

En conclusión, para la mayoría de las mujeres atendidas en el primer nivel de atención en el contexto de consejerías por embarazos no deseados, el uso autoadministrado de misoprostol resultó seguro, efectivo y accesible representando una herramienta esencial para dar respuesta a la problemática del aborto inseguro.

CONCLUSIONES

En el marco de las consejerías pre y postaborto reciben orientación, acompañamiento e información científicamente validada, personas que pertenecen a sectores sociales en los que históricamente recurrieron a prácticas de aborto inseguro poniendo en riesgo su vida.

Este trabajo, así como otros¹³, demuestra que el uso de manera adecuada del misoprostol por parte de las mujeres tiene alta efectividad para la interrupción voluntaria del embarazo no aceptado, disminuyendo la frecuencia de complicaciones y hospitalizaciones y, por tanto, la principal causa de muerte materna.

La consejería pre y postaborto permanece oculta en muchas instituciones a pesar de estar avalada por las normativas vigentes; lo anterior hace imposible el acceso oportuno a la información de muchas mujeres lo cual induce a que sus derechos sigan siendo vulnerados. El abordaje de mujeres en situación de embarazo no deseado debería ser considerado un eje más dentro de la atención integral en salud sexual por parte de los equipos de salud. En diferentes guías se plantea al espacio de la consejería como un abordaje interdisciplinario, sin embargo, creemos que es necesario tener en cuenta los contextos de cada lugar para formar los dispositivos en relación con los recursos disponibles.

Nuestro compromiso, como profesionales del primer nivel de atención, es encarar las necesidades y demandas de la población de manera eficiente y con calidad, contribuyendo,

junto con otros sectores, a mejorar la salud y la calidad de vida, desde una perspectiva de género y derechos humanos, respetando las elecciones y la autonomía de las personas.

Sostenemos que el acceso a la salud favorece la equidad y el acceso a la información, permitiendo la participación activa de las mujeres en la toma libre de decisiones. Los/as efectores/as del Estado tenemos la obligación de garantizar este derecho.

En relación con las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y a pesar de los avances en los últimos años para garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual, es indispensable la sensibilización y capacitación de los equipos necesarios para transformar posturas ideológicas, discursos y prácticas establecidas que funcionan como barreras.

Finalmente, creemos fundamental el abordaje intersectorial de la problemática del aborto inseguro para comenzar a pensar en nuevas respuestas a viejos problemas y superar los modelos actuales que resultan deficientes.

“Desde los servicios de salud debemos dejar de contemplar pasivamente el problema del aborto de riesgo, para comenzar a ser parte de las posibles soluciones...”¹⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrade, L. Olmedo, C. (1995). *Educación y anticoncepción: una aproximación al estudio de su relación*. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, XIV, N° 1:15-23.
2. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. (2009). Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Ministerio de Salud. *Guía de buenas prácticas de farmacovigilancia*. Argentina.
3. Bant Haver, A. (2001). *Salud, Cultura y Género. ¿Cómo mejorar la salud sexual y reproductiva en un país multicultural?* Perú: Reprodsalud.
4. Bonder, G. (2011). *La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad*. Cátedra Regional UNESCO. Mujer Ciencia y Tecnología: FLACSO.
5. Briozzo, L. (2002). *Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Sindicato Médico del Uruguay. Uruguay.
6. Carbajal, M. (2012, 13 de agosto). *Una violación del secreto profesional*. Página/12.

13 AMEU:Aspiración Manual Endouterina

14 Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. Septiembre 2010.

7. Cerrutti, M. (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Centro de Estudios de Población. Argentina.
8. Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (2008). *Causal Salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*.
9. Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (2013). *Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología*. 3ª Ed.
10. Hauser, I. (2012, 13 de marzo). *Un derecho que ahora alcanza el supremo respaldo*. Página/12.
11. International Planned Parenthood Federation (IPPF/ WHR). (2011). *Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Iniciativas Sanitarias. Uruguay.
12. IPAS. (2009). *Asegurando el acceso de las mujeres latinoamericanas a los servicios de aborto seguro: Una estrategia clave para lograr los objetivos de la CIPD y Beijing, así como los objetivos de desarrollo del milenio*. Estados Unidos.
13. Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Consejerías en salud sexual y reproductiva, propuesta de diseño, organización e implementación*. Argentina.
14. Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Guía para el mejoramiento de la atención postaborto*. Argentina.
15. Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles*. Argentina.
16. Ministerio de Salud de la Nación (2010). Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Subsecretaría de Salud Comunitaria. *Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. Argentina.
17. Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Avances y Desafíos. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Balance 2003-2011*. Argentina.
18. Mujeres al oeste. *Mitos y realidades sobre el aborto*. Disponible en: http://www.mujeresaloeste.org.ar/aborto/2004/mitos_aborto.html
19. Onocko Campos, R. *Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria*. En: Spinelli H, compilador. *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones, Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 103-119.
20. Organización Mundial de la Salud (2003). *Aborto sin riesgo, Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra.
21. Organización Mundial de la Salud (2002). *Definición sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra.
22. Organización Mundial de la Salud (2005). *Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS*. (14ava ed). Ginebra.
23. Organización de la Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo.
24. Ramos, S. Bergallo, P. Arias Feijoo, J. (2009) *El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de los derechos humanos en Argentina*. En: *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
25. Romero, M. Zamberlin, N. Gianni, MC (2010). *La calidad de la atención postaborto: Un desafío para la salud pública y los derechos humanos*. *Salud Colectiva*, 6 (1), 21-34.
26. Singh, S., et al. (2009) *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York: Guttmacher Institute.
27. Yanos, M. (2004) *Aborto en Argentina: Síntesis de su historia legislativa*. Argentina.

Páginas de internet:

1. Dirección de estadísticas e información de salud www.deis.com.ar.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos www.indec.com.ar

Actividades destacadas de FIGO

La Biblioteca Mundial de Medicina de la Mujer - una nueva iniciativa para apoyar la práctica médica

La Biblioteca Mundial de Medicina de la Mujer tiene como objetivo contribuir a la mejora de la salud de las mujeres en el planeta, proporcionándoles a los profesionales de la salud una guía amplia e integral para la atención clínica de las mujeres. Además, está disponible, GRATIS, en todo el mundo y a esta puede acceder cualquier persona en la página Web: www.glowm.com La Biblioteca Mundial es la plataforma educativa oficial de la FIGO. No contiene publicidad, ni acepta patrocinios ni objetivos comerciales (se apoya, exclusivamente, en donaciones personales y algunas subvenciones menores).

La biblioteca global cuenta con una vasta fuente de información clínica sometida a revisión por pares proporcionada por más de 900 ginecoobstetras –quienes contribuyen, sin ninguna remuneración–. Además es supervisada por un consejo editorial internacional y por su editor en jefe, el profesor Sir Sabaratnam Arulkumaran, presidente de la FIGO.

Entre los muchos recursos que tiene disponibles, hoy cuenta con 446 capítulos sobre medicina de la mujer, una amplia gama de importantes guías clínicas relacionadas con maternidad segura, reconocidos libros de texto, más de 20 horas de películas educativas y clínicas, conferencias magistrales, videos, tutoriales para parteras y afiches, entre otros.

El contenido de la biblioteca está en constante renovación y ampliación. Actualmente ha alcanzado un amplio número de lectores en todo el mundo. Cada mes recibe alrededor de 6 millones de visitas de más de 160 países, con cerca de 250.000 visitantes que han accedido o descargado más de 450.000 páginas. Así mismo, existen dos nuevas iniciativas con un enfoque especial en los lugares de menos recursos.

En primer lugar, para todos aquellos sitios que no cuentan con una conexión a Internet –o donde la conexión es lenta o insatisfactoria–, el conjunto de todos los recursos de la Biblioteca Mundial se encuentra disponible en una memoria USB de 16GB.

El año pasado se distribuyeron cerca de 750 memorias USB en el mundo para que los recursos de la biblioteca global puedan ser descargados por las escuelas de medicina, hospitales y clínicas que por la ausencia de Internet no pueden acceder a ellos.

En segundo lugar, se inició recientemente un estudio en África Subsahariana utilizando teléfonos móviles de pantalla grande, vinculados a un programa informático basado en la nube, para permitirles a las parteras rastrear pacientes durante todo el embarazo, nacimiento y primera infancia. Este programa, no solo mantiene todos los registros de cada paciente para el acceso inmediato, sino que le recuerda a la partera sobre las fechas de los controles, incluso si la paciente tiene un celular, le recordará automáticamente también a ella.

Esta iniciativa, llamada MADRE permite que el programa guarde en el celular guías, tutoriales, videos y películas clínicas para proporcionarles a las parteras orientación clínica inmediata cuando se encuentren solas y requieran de ayuda.

El hospital que supervisa a la partera puede acceder a todos los registros de las pacientes de cada partera en cualquier momento (a través del programa de computación en la nube) y así los datos se pueden almacenar y analizar.

La Biblioteca Mundial de Medicina de la Mujer fue inicialmente financiada y dirigida por Paula y David Bloomer (ambos editores médicos de gran experiencia) en memoria de su hija, Abigail, que murió muy joven de cáncer de mama. Paula y David continúan desde su base en Londres gerenciando la Biblioteca Global en estrecha colaboración con la FIGO.

Actividades destacadas en la región

PLAFAM VENEZUELA

Existen dos actividades a destacar de Plafam: la Unidad de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para la población Transgénero y Radio Web.

I. Unidad de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva para la población Transgénero. UNIDAD TRANS DE PLAFAM

Plafam, consciente del vacío existente en los servicios de salud sexual y salud reproductiva para las personas transexuales, inicia en noviembre de 2014 el PROYECTO TRANS, financiado por el Fondo Canadiense de Iniciativas Locales y liderado, entre otras personas, por la doctora Támara Adrian, abogada, especializada en Derechos Humanos y activista por la promoción y defensa de los Derechos y la no discriminación a la población LGBTI, miembro de la Junta Directiva de Plafam.

Este proyecto, enmarcado en los protocolos de la WPATH (World Professional Association Transgender Health) y los protocolos de atención internacional de la OPS y la OMS (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud), abarca en forma integral la prestación de servicios de salud con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva a las personas en proceso de transición de género en cualquiera de sus etapas, siendo un modelo de prestación de servicios integrales, inclusivo, con equidad, y justicia, no discriminatorio y apegado a los componentes médicos / clínicos más avanzados en el tema.

La licenciada Susana Medina, gerente de Proyectos de la Asociación, con su esfuerzo dio nacimiento a este proyecto, el cual, desarrollado bajo la Gerencia Programática y la Dirección Médica, la Unidad de Atención Psicológica y los servicios médicos de Plafam, articula el proyecto conjuntamente con alianzas multidisciplinarias individuales e

institucionales para poder dar respuesta a las necesidades que afectan a este grupo de la población nacional. El proyecto, rápidamente se desarrolla y evoluciona diversificándose en forma acelerada, día a día, y como expresión de las debilidades del sistema de salud para este grupo que empezó a fluir y a visibilizarse. De tal forma que se transforma en un programa institucionalizado en Plafam, en todas sus sedes. Hoy no es el proyecto piloto, sino un programa de la Asociación a la par de todos nuestros programas, con identidad propia.

Son muchas las personas que han colaborado para darle forma a nuestra Unidad Trans, entre otros se destacan: Francisco Alfaro (FCIL), la doctora Judith Toro (reconocida activista de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos), Melissa McPeck (psicóloga consultora del Proyecto Trans), Liza López (psicóloga coordinadora de la Unidad de Atención Psicológica de Plafam) y Yarimar Quintero (coordinadora Clínica Altagracia donde nace el proyecto como modelo piloto). Igualmente, la unidad funcional Programática de Plafam con todas sus integrantes logrando el resguardo y transversalización del componente programático medular de la Institución en los servicios integrales médico-clínicos, la Unidad de Comunicaciones de Plafam, haciendo posible la expansión y promoción del programa mediante la estrategia de Cineforos sensibilizadores en el tema con la estrategia Plafam Educa, por supuesto, todo el personal proveedor de salud médico/psicológico y de orientación en todas nuestras clínicas y muchas otras personas externas que en forma individual o institucional nos han acompañado, así mismo, el reconocimiento mayor a nuestros usuarios y usuarias de la Unidad Tran.

Por tanto, seguimos avanzando, evolucionando, cambiando, y creciendo. Hoy nos preparamos para el primer Operativo de adecuación genital Trans que se haya estructurado a manera Institucional en Venezuela. Obedecemos en nuestro avance al sinnúmero de requerimientos urgentes de

esta población. De igual manera, agradecemos a nuestras alianzas internas y externas e invitamos a todas aquellas personas, que quieran de alguna forma colaborar con Plafam, a transitar juntos el camino de plantar un NO a la discriminación.

Actualmente, el programa cuenta con tres componentes principales en su desarrollo:

1. El componente psicoemocional, complejo y amplio, donde es imprescindible el manejo adecuado de los términos y la diferenciación más fidedigna y real sobre las situaciones trans, el conocimiento sobre la identificación de las disforias de género y las herramientas en esta área para apoyar y orientar tanto a usuarios/as trans como a sus grupos familiares.
2. Uno médico/clínico que articula diferentes especialidades versadas en los temas de transgénero: ginecología, urología, endocrinología, medicina interna, cardiología, nutrición, laboratorio especializado, entre otras especialidades de la medicina que complementan la prestación de servicios integrales directamente en el área de la sexualidad y en el contexto global médico.
3. El componente de la decisión por el usuario trans de acceder a servicios de adecuación genital, antes conocido como reasignación quirúrgica de sexo. Obviamente, no todas las personas trans desean o deben llegar a procesos de adecuación genital. Entre estos componentes es vital el manejo como equipo multidisciplinario e integral.

Por tanto, invitamos a toda la comunidad médica a sensibilizarse en el manejo de las necesidades de la población trans, a manejarla con una visión no solo biológica, sino con una mirada completamente amplia, humanística y

social, tendiendo siempre una mano amiga a la comunidad trans.

NO A LA DISCRIMINACIÓN

2. RADIO WEB PLAFAM

Ratificando su constante trabajo de difundir toda la información que abarque el tema de los derechos a la salud sexual y salud reproductiva, Plafam hace realidad el proyecto de llevar todos sus temas tratados cotidianamente, paralelos al ofrecimiento de servicios médicos a través de medios masivos.

Radio Web Plafam nace para hacer valer el derecho a la información y promover la toma de decisiones informadas relacionadas con la sexualidad, lo que permitirá empoderar a la población para ejercer sus decisiones en cuanto a la vida sexual y reproductiva y a la vez lograr el más alto estándar de salud.

Este será un espacio en vivo, divulgativo de todos los temas y objetivos de la Institución transmitidos con un lenguaje sencillo, directo, dentro de un horario accesible a toda la población convirtiéndose en un instrumento interactivo para despejar todo tipo de dudas a través de nuestras redes sociales y chat.

Todos los miércoles de las 14:00 a las 15:00 horas se emite este programa radial en la web con fines educativos e informativos a través de la dirección www.plafam.org.ve.

Para interactuar y aclarar dudas se pueden comunicar a través de Twitter: @PLAFAMong, Facebook: Plafam Asociación Civil, así como el correo y chat de la dirección: info@plafam.org.ve

Próximos eventos académicos

Curso Intensivo de Actualización en Medicina Materno-Fetal
Barcelona (España), del 1 al 6 de marzo de 2015

Birth Clinical Challenges in Labor and Delivery
Fortaleza (Brasil), del 5 al 7 de marzo de 2015

III Jornada de Salud Ósea de la Mujer
Madrid (España), del 5 al 6 de marzo de 2015

XV Jornada Médica Biental
México D.F. (México), del 9 al 13 de marzo de 2015

Advanced Skills in Breast Disease Management
Londres (Reino Unido), del 9 al 12 de marzo de 2015

Successful Tendering for Sexual Health Services
London (Reino Unido), 11 de marzo de 2015

25th Annual Interdisciplinary Breast Center Conference
Las Vegas (Estados Unidos), del 14 al 18 de marzo de 2015

2nd Vienna Breast Surgery Day Viena (Austria)
17 de marzo de 2015

16th World Congress on Human Reproduction
Berlin (Alemania), del 18 al 21 de marzo de 2015

XI Congreso Colombiano de Menopausia
Cartagena de Indias (Colombia), del 19 al 22 de marzo de 2015

ESSO Advanced Course on the Management of Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC) after Cytoreductive Surgery (CRS)
Hamburgo (Alemania), del 19 al 21 de marzo de 2015

Annual Meeting on Women's Cancer® 2015
Chicago (Estados Unidos), del 28 al 31 de marzo de 2015

Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging and Doppler 2015
Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), del 30 de marzo al 2 de abril de 2015

Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging & Doppler 2015
Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), 3 de abril de 2015

Hands-On Breast Ultrasound Imaging & Doppler 2015
Irving (Dallas), TX, (Estados Unidos), 4 de abril de 2015

XVII Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia
Montevideo (Uruguay), del 8 al 10 de abril de 2015

XI Curso Internacional de Climaterio y Menopausia
Lima (Perú), del 9 al 11 de abril de 2015

XV Congreso Biental de Obstetricia y Ginecología
Bogotá (Colombia), del 15 al 18 de abril de 2015

8th International DIP Symposium on Diabetes, Hypertension, Metabolic Syndrome & Pregnancy
Berlín (Alemania), del 15 al 18 de abril de 2015

XXII Congreso Nacional de Ginecología, Avances en la Salud Integral de la Mujer
Bávaro (República Dominicana), del 16 al 20 de abril de 2015

10th Medela International Breastfeeding and Lactation Symposium
Warsaw (Polonia), del 17 al 18 de abril de 2015

XXX Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología
Ciudad de México (México), del 20 al 24 de abril de 2015

6th IVI International Congress - Reproductive Medicine and Beyond
Alicante (España), del 23 al 25 de abril de 2015

Developing your Gynaecology Outpatient Services
Manchester (Reino Unido), 29 de abril de 2015

21st World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI)
Guilin (China), del 7 al 10 de mayo de 2015

Simposio de Imágenes en la Mujer - SIIM 2015
Buenos Aires (Argentina), del 13 al 15 de mayo de 2015

II Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería
Cali (Colombia), mayo 15 y 16 de 2015

10th European Congress on Menopause and Andropause
Madrid (España), del 20 al 22 de mayo de 2015

2nd European Congress on Intrapartum Care. Making Birth Safer
Porto (Portugal), del 21 al 23 de mayo de 2015

XIV Congreso Latinoamericano de Ginecología Infanto Juvenil Alogia 2015
Escazú, San José (Costa Rica), del 25 al 29 de mayo de 2015

19th Ain Shams Obstetrics and Gynecology International Conference Asogic
El Cairo (Egipto), del 27 al 28 de mayo de 2015

XXV Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia y VII Curso de Enfermería en Ginecología y Obstetricia
Guadalajara Jalisco (México), del 3 al 6 de junio de 2015

XIV Congreso Colombiano de Medicina Perinatal
Bucaramanga (Colombia), del 4 al 6 de junio de 2015

31st Edition Fetus as a Patient
Saint Petersburg (Rusia), del 11 al 13 de junio de 2015

I Jornada Internacional Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
Lima (Perú), del 18 al 20 de junio de 2015

Summer Conference on Neonatology in Provence
Avignone (Italia), del 25 al 26 de junio de 2015

V Congreso de Ginecología y Obstetricia para Medicina General
Bogotá (Colombia), julio 3 al 5 de 2015

Expomedical Care 2015
Cali (Colombia), del 15 al 17 de julio de 2015

Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging and Doppler 2015
Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), del 27 al 30 de julio de 2015

Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging & Doppler 2015
Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), 31 de julio de 2015

Hands-On Breast Ultrasound Imaging & Doppler 2015
Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), primero de agosto de 2015

3rd Annual International Conference on Advances in Medical Research (CAMR 2015)
Singapore (Singapur), del 17 al 18 de agosto de 2015

12th Seminar of the European Society of Contraception and Reproductive Health
Tel Aviv (Israel), del 2 al 4 de septiembre de 2015

V Congreso Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad

Alcalá de Henares, Madrid (España), del 3 al 4 de septiembre de 2015

IV Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica

Pereira (Colombia), 9 al 12 de septiembre de 2015

II Congreso Latino de Endocrinología Ginecológica

Buenos Aires (Argentina), del 10 al 12 de septiembre de 2015

European Congenital Cytomegalovirus Initiative

Venice (Italia), del 13 al 15 de septiembre de 2015

VII Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual - I Evento Iberoamericano sobre Educación Integral de la Sexualidad

La Habana (Cuba), del 15 al 18 de septiembre de 2015

XXII World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility

Budapest (Hungría), del 17 al 20 de septiembre de 2015

CoGEN: Controversies in preconception, preimplantation and prenatal genetic diagnosis: How will genetics technology drive the future?

París (Francia), del 25 al 27 de septiembre de 2015

XXI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics

Vancouver (Canadá), del 4 al 9 de octubre de 2015

World Congress on Controversies in Breast Cancer (CoBRA)

East Melbourne (Australia), del 22 al 24 de octubre de 2015

19th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology

Nice (Francia), del 24 al 27 de octubre de 2015

Hands-On Obstetric & Pelvic Ultrasound Imaging and Doppler 2015

Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), del 26 al 29 de octubre de 2015

Hands-On Transvaginal Pelvic Ultrasound Imaging & Doppler 2015

Irving (Dallas), TX (Estados Unidos), 30 de octubre de 2015

V Simposio de Medicina Fetal y Diagnóstico Ginecológico de Córdoba, Argentina. VII Jornada de Investigación de Sociedad Argentina de Diagnóstico Prenatal y Tratamiento

Córdoba (Argentina), del 19 al 21 de noviembre de 2015

Tips sobre artículos

Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)

faneitep@cantv.net

I. Bajas tasas de detección de tumores malignos adicionales con resonancia magnética en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama por mamografía y ecografía

Jisun Kim, Wonshik Han, Hyeong-Gon Moon, Soo Kyung Ahn, Hee-Chul Shin, Jee-Man You, Jung Min Chang, Nariya Cho, Woo Kyung Moon, In-Ae Park, Dong-Young Noh. Low Rates of Additional Cancer Detection by Magnetic Resonance Imaging in Newly Diagnosed Breast Cancer Patients Who Undergo Preoperative Mammography and Ultrasonography. *J Breast Cancer* 2014 June; 17(2): 167-173.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la Resonancia Magnética de mama para detectar tumores malignos adicionales en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticado por ultrasonografía mamaria y mamografía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre agosto de 2007 y diciembre de 2010 se revisaron retrospectivamente los registros de 1.038 pacientes con cáncer de mama que se realizaron mamografía y ecografía mamaria bilateral y la posterior RM de mama. Las lesiones adicionales detectadas por RM se definieron como aquellas lesiones detectadas por resonancia magnética de mama que no se habían detectado previamente por la mamografía y la ecografía y que de otra manera no habían sido identificadas.

RESULTADOS

Entre los 1.038 casos, con la RM de mama fueron encontradas 228 lesiones adicionales (22%) y 30 neoplasias

adicionales (2,9%). De estas 228 lesiones, 109 eran sospechosas de ser malignas (BIRADS 4 o 5) y 30 se confirmaron como malignas (13,2%). De estas 30 lesiones, 21 eran ipsilaterales a la lesión principal y 9 eran contralaterales. 14 lesiones eran carcinomas in situ y 16 fueron carcinomas invasivos. El valor predictivo positivo de la RM fue del 27,5%.

CONCLUSIONES

La RM de mama ha sido útil en la detección de tumores malignos adicionales solo en un pequeño número de pacientes, por lo que el uso rutinario de la RM de mama no está recomendado cuando se dispone de una buena calidad en la ecografía bilateral y esta se realiza por personal experimentado.

COMENTARIO

En el curso de toda la vida, se estima que a una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama. En aquellas con un cáncer de mama recién diagnosticado, se cree que entre un 20 a un 60% pueden albergar focos malignos adicionales ipsilaterales distintos al tumor inicial detectado por examen clínico o por imágenes convencionales. Teniendo en cuenta la importante tasa de recurrencia del tumor ipsilateral, después de la cirugía conservadora de la mama y la importancia pronóstica del cáncer de mama contralateral, se ha planteado que el uso de la Resonancia Magnética (RM) puede mejorar la evolución y el tratamiento de estas pacientes. El presente trabajo ha mostrado solo un leve efecto diagnóstico beneficioso adicional. Es conveniente acumular más experiencia o un mayor número de casos para precisar su real utilidad.

2. Impacto entre el genotipo de VPH y hallazgos colposcópicos: análisis transversal

Sharayu Gaikwad, Nicolas Garrido, Ana Cobo, Antonio Pellicer and Jose Remohi. The impact of human papillomavirus genotype on colposcopic appearance: a cross-sectional analysis. *BJOG* 2014;121:1117–1126.

OBJETIVO

Casi todos los carcinomas invasores de cérvix son causados por infecciones persistentes de VPH de Alto Riesgo (AR). La citología cervical ha mejorado la detección de lesiones precursoras, por lo que ha disminuido la incidencia de carcinoma invasor. La colposcopia presenta una sensibilidad de 50-70% en la detección de NIC-2 y superiores. Se obtiene mejoría en la sensibilidad de la colposcopia aumentando el número de biopsias; en un estudio en el que se llevaron a cabo biopsias sin presencia de lesión, el 23-37% de todos los NIC-2+ se encontraba solo en estas biopsias. El VPH-16 es el genotipo que presenta el potencial oncogénico más alto. También se han encontrado casos en pacientes jóvenes de NIC-2+ asociado a VPH-16. Se sugiere que el VPH-16 causa más anomalías visuales en la colposcopia. El objetivo es evaluar los hallazgos visuales en la colposcopia combinada con la detección del genotipo de VPH para predecir la presencia de NIC2+.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio EVAH es un estudio multicéntrico (Reinier de Graaf Groep de Países Bajos y Hospital Clínic de Barcelona) llevado a cabo entre agosto de 2010 y octubre de 2012. 610 mujeres mayores de 17 años con diagnóstico de Ascus o lesiones mayores fueron remitidas a colposcopia. Se excluyeron aquellas que habían tenido previamente alguna otra lesión cervical, las que no entendían el idioma, embarazadas o en periodo de lactancia. Antes de la colposcopia, se llevó a cabo la toma de una citología en medio líquido. Se usó ácido acético al 5%. Se tomó información sobre: márgenes de la lesión, color, punteado, mosaico, vasos, extensión y tiempo de aparición, la impresión fue codificada como normal, bajo grado, alto grado (NIC2+). Se realizaban más de cuatro biopsias de la lesión, si en algún caso se hacían menos, entonces se tomaba biopsia de tejido aparentemente sano. Si la unión escamo-columnar no se veía correctamente, se realizaba Legrado Endocervical (LEC). Las muestras de biopsia se analizaron de forma separada –al menos por dos patólogos–, los cuales desconocían el estado de infección por VPH de la paciente. El diagnóstico final sería el peor de todas las muestras de cada paciente. Las pruebas de VPH se llevaron a cabo en laboratorios de referencia para cada hospital; para comparar la fiabilidad de estos, las primeras 60 citologías fueron evaluadas por ambos laboratorios. De las 32 que fueron positivas por los dos métodos, 20 tuvieron genotipos idénticos, 10 genoti-

pos concordantes y 2 discordantes. El análisis fue llevado a cabo con SPSS versión 20.0. T-test y Chi2 se usó para datos como edad, inicio de Relaciones Sexuales (RS), resultado de citología y VPH. Así mismo, se calculó la S, E, VVP y VPN para los hallazgos colposcópicos. Se usaron tablas de contingencia para analizar la asociación entre las características colposcópicas, los hallazgos de CIN2/CIN3 y el estado VPH.

RESULTADOS

La media de edad de las pacientes incluidas fue 36,5 años, con inicio de las RS a los 18 años. Los resultados de las citologías de referencia fueron: ASC-US 11,6%, LSIL 32,8%, HSIL 52,3%, ASC-H 3%, AGUS 0,2% y AdenoCa 0,2%. 36,2% tuvieron histología negativa, 20,2% NIC-I, 23,6% NIC-II, 20% NIC3+. 75,6% de las pacientes presentaron VPH+. Se demostró que las pacientes con NIC2+ y VPH16 eran más jóvenes que aquellas con VPH-. También hubo asociación significativa al ajustarlo por el tamaño de la lesión. 87,9% de los NIC2+ y 88,5% de los NIC3+ presentaron anomalías en la colposcopia. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la sensibilidad en la detección de NIC-3 con VPH16+ vs. VPH16-; así como tampoco la hubo en NIC-2. Sin embargo, el VVP de la colposcopia en la detección de NIC-2 y NIC-3 fue estadísticamente significativo en pacientes con VPH16+ vs. VPH16-, para cualquier grado de anomalía. Los NIC2+ presentaron márgenes más distinguidos, mayor cambio acetoblanco, mayor punteado, mosaico y más rápida aparición que los NIC-I ($p < 0.001$). Los NIC3+ presentaron con más frecuencia vasos atípicos ($p < 0.001$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el status VPH 16 y las características colposcópicas.

CONCLUSIÓN

En esta población europea, tras la pesquisa realizada, se detectaron lesiones NIC2+ relacionadas con VPH16- en personas jóvenes, las imágenes colposcópicas fueron similares a las que no tenían genotipo VPH16 para lesiones de alto grado. No hubo relación entre cualquiera de las características colposcópicas y el estado de VPH16.

COMENTARIOS

El estudio revela que los hallazgos colposcópicos no presentan diferencia en función del status VPH. No obstante, se confirma que las pacientes VPH16+ presentan una edad más joven al diagnóstico de NIC3, así como un inicio más precoz de las RS en pacientes con NIC2 y una aparición más rápida de la lesión, sin diferencias significativas en cuanto al número de parejas sexuales. Estos hallazgos confirman la importancia de la etiología del VPH16 en el desarrollo de un carcinoma invasor, aunque no existan diferencias en los hallazgos colposcópicos. La colposcopia presenta una sensibilidad del 50-70% en la detección de lesiones de alto grado, pudiendo mejorar este dato aumentando el número de biopsias realizadas (como se ha llevado a cabo en este estudio).



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

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

www.flasog.org