



BOLETÍN

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

ÍNDICE

Editorial	1
La atención de la patología genital femenina. Aspectos psicológicos Enrique P. Spandau. MD	
Artículo Central	8
Atención de la Violencia Sexual desde los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Susana Medina. MSc., Edward Romero. MD,	
Actividades destacadas en la región	13
Congreso Regional Figo, Cartagena	
Curso virtual en anticoncepción	13
Estudio de Intervención en Salud Materna y Perinatal, Guatemala 2013	14
Implementar y Reivindicar la Investigación Aplicada para Mejorar Sistemas de Salud Dr. Edgar Kestler	
Próximos Eventos Académicos	16
Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	16
Tips sobre artículos	17
TIP 1 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	
TIP 2 Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“La violencia es el miedo a los ideales de los demás”

MAHATMA GANDHI

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 atención de la patología genital femenina. Aspectos psicológicos

Enrique P. Spandau. MD

Especialista en Ginecología y Obstetricia (Colegio Médico Provincia de Buenos Aires).

Docente Autorizado (Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires)

Miembro fundador de AASSER (Asociación Argentina para la Salud Sexual y Reproductiva).

Psicoterapeuta (Asociación Argentina Psicoterapia para Graduados)

Entre Ríos 1165 - Bella Vista (1661) Buenos Aires – ARGENTINA
54) (11) 4666 1931 - (54) (11) 15 4427 8571

espandau@intramed.net

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

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



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



«...hay tres profesiones imposibles:
educar, curar y gobernar.»

Sigmund Freud

«El paciente debería contar con un médico
que fuera capaz de escuchar con atención,
de observar cuidadosamente, de comunicarse
con comprensión y que también fuera
un clínico efectivo...»

**Declaración de Edimburgo 1988, Preámbulo.
Conferencia Mundial sobre Educación Médica.**

«¿Que es un buen médico?
¿Un científico, un técnico, un filósofo,
un cura o un actor?»

Richard Smith, Director BJM, El País, 1-10-2002

Las citas que preceden son una buena síntesis para reflejar las dificultades y la gran complejidad que entraña el ejercicio de la medicina, en particular por las expectativas puestas en el médico por parte de aquellos que ponen en sus manos el cuidado de su salud.

En esta editorial me propongo reflexionar sobre esta complejidad, y en especial contribuir a la comprensión de los fenómenos emocionales y psicológicos siempre presentes durante la atención médica en particular aquellos que existen en las mujeres que solicitan ayuda a su ginecólogo. El

aspecto emocional a menudo suele verse como un obstáculo; sin embargo, su inclusión enriquece la adecuada atención de la paciente.

Deseo señalar que estas consideraciones se originan a partir de mi larga experiencia como ginecólogo, así como también desde mi formación y trabajo como psicoterapeuta.

Un Caso

A mi juicio, analizar los aspectos de un caso ayuda a observar algunas de las cuestiones que se plantean. H.B. vino a la consulta por tener flujo vaginal, sin otras molestias que su presencia y eventual mal olor. Había visitado a varios ginecólogos, realizado bacteriología y cultivos negativos siempre, y diversos tratamientos por vía vaginal e incluso oral, sin éxito. La evaluación del síntoma y el examen vaginal establecieron que el flujo del cual la paciente se queja y que tanto le preocupa no son más que los cambios habituales, fisiológicos y con el olor característico del ciclo vaginal. Este diagnóstico la tranquilizó un poco, pero ¿qué es lo que sucedía entonces? En varios encuentros posteriores para control, se realizaron «entrevistas prolongadas».¹

HB estaba separada desde hacía mucho tiempo, con hijos a cargo, y con dificultades económicas. Ya hacía algún tiempo que tenía una pareja con la que no convivía, que se ocupaba de ella lo mejor posible, incluso con ayuda financiera. Esto la hacía tener un intenso sentimiento de que se estaba prostituyendo, que sus secreciones vaginales y su supuesto mal olor eran signos de una importante infección debida a ese comportamiento. Su padre, persona muy autoritaria, tradicionalista, médico anestesista, solía volver del Hospital con juicios muy severos acerca de las mujeres con abortos provocados, con infecciones ginecológicas.

Poder compartir esta situación emocional, recibir la comprensión del médico le permitió a esta paciente no seguir padeciendo la angustia de pensar que tenía una patología severa del aparato genital debida a un castigo por su conducta que ella sentía como inmoral.

Por supuesto que no siempre hay tiempo, deseo o entrenamiento para un abordaje como el que aquí se muestra, pero las características del caso permiten algunas reflexiones.

Los síntomas suelen tener un significado que va más allá de lo meramente físico: esto sucede siempre, sea la persona consciente de ello o no, lo pueda decir o no. Por ello es que aparecen preocupaciones y ansiedad ante algo que parece menor, en particular cuando se trata de la integridad anatómica y funcional del aparato genital femenino.

¹ M. Balint, psicoanalista de la Clínica Tavistock, Londres acuñó esta denominación. Lo hizo a partir del trabajo grupal que realizaba con médicos generalistas que intentaban ayudar a los pacientes a su cargo comprendiendo mejor las angustias y preocupaciones que les generaban sus síntomas. (A)

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)

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

- Dr. Pío Iván Gómez
(Coordinador General)
pigomez@unal.edu.co
- Dr. José Figueroa
(México y Caribe)
jfigueroa@codetel.net.do
- Dra. Ruth Graciela De León
(Centroamérica)
ruthgdeleon@hotmail.com
- Dr. Rogelio Pérez De Gregorio
(Países Andinos)
rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristiano 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. César Reyes
(Centroamérica)
drcareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira
Delgado (Cono Sur)
drgustavoferreira@gmail.com

**UNA DE LAS ESPECIALIDADES BÁSICAS
QUE EXISTE EN LA MEDICINA, JUNTO CON
PEDIATRÍA, CLÍNICA MÉDICA Y CIRUGÍA,
ES AQUELLA DEDICADA A LA PATOLOGÍA
GENITAL FEMENINA. NO EXISTE NADA
POR EL ESTILO PARA LOS HOMBRES.
¿SERÁ PORQUE QUIZÁS HAY MENOS
PATOLOGÍA O PORQUE NO SE CULTIVA
UNA ACTITUD PREVENTIVA? ¿O SERÁ
QUE LAS MUJERES LE DAN UNA GRAN
TRASCENDENCIA A LO QUE OCURRE CON
SU APARATO GENITAL?**

Por otra parte, el médico no sólo ayuda prescribiendo, puede hacerlo también con sus palabras, ayudando a modular la ansiedad.² En lo que sigue trataré de exponer estos aspectos.

Identidad Femenina

Una de las especialidades básicas que existe en la Medicina, junto con pediatría, clínica médica y cirugía, es aquella dedicada a la patología genital femenina. No existe nada por el estilo para los hombres. ¿Será porque quizás hay menos patología o porque no se cultiva una actitud preventiva? ¿O será que las mujeres le dan una gran trascendencia a lo que ocurre con su aparato genital?

Además también sucede que la sociedad humana desde siempre, en todas las culturas, le da primordial importancia al cuidado de la fertilidad, y con ello a las depositarias principales de la procreación. De lo que no hay duda es que las mujeres en general dedican más tiempo, se preocupan más que los varones por su cuerpo, ya sea por su aspecto, por su integridad, por su salud. Los mensajes vinculados a la prevención, en particular de su aparato genital, llegan con mucho más intensidad que a los varones.

A la Sra. E. F. se le efectuó un histerectomía a los 44 años debido a voluminosos miomas. Años más tarde, conversando con su ginecólogo de siempre, le confesó lo mal que se sentía con él en los días del postoperatorio en que la visitaba para control y para explicarle cómo había ido todo. Lo «odiaba» por

² M. Balint explicaba su trabajo con los médicos generalistas con el hecho que la formación médica enseñaba a tratar con los medicamentos adecuados, pero que es importante también “saber administrar la droga médico”. (A)



haber extirpado su útero, aunque en forma consciente no deseaba tener más hijos y también sabía que la cirugía había sido lo más apropiado.

Esta anécdota puede ser útil para comprender aspectos centrales de la cuestión. Para los médicos el útero es un órgano muscular con características anatómicas y fisiológicas cuya importancia básica es que allí se desarrolla un embarazo y el ulterior parto. Este saber es muy importante, nos dice para qué sirve, nos dice cómo tratar la patología, pero no dice nada acerca de qué representa como órgano que le brinda identidad, qué significa el embarazo para la mujer.

Para Freud el embarazo es la básica y fundamental gratificación narcisista (de la autoestima) de la mujer, un instinto que debe ser satisfecho. (B). Para Melanie Klein (Escuela Inglesa de Psicoanálisis) representa la confirmación de la integridad de su aparato reproductor. Para otros autores, el embarazo sería la etapa final de la identificación de género con la propia madre; es decir que, al fin, puede ser como ella.

A partir de este ejemplo acerca del embarazo - se tome el punto de vista que se prefiera - se infiere que el sentimiento de integridad del aparato genital es sustancial para el desarrollo y el sostén de la identidad de la mujer. Manifestaciones como el flujo, las alteraciones del ritmo menstrual o la menopausia casi siempre son significadas en forma más o menos consciente como condiciones que afectan este núcleo de la identidad.

La teoría psicoanalítica que incluye la visión de género sostiene que la niña construye su «yo» a partir de las actitudes y las expectativas de los padres, que también transmiten el modelo social del que son parte.

Esta construcción hace que las formas finales de la femineidad, los pilares narcisistas del «yo» femenino³, sean:

- La habilidad de atraer al hombre sexualmente.
- La capacidad de procrear.

Es evidente que el logro de estos ideales femeninos básicos del «yo» -inconscientes- se basan en el cuerpo y de su integridad: de él depende la capacidad de atraer al varón y la de procrear. (C)

Esto lleva a otros aspectos que no cabe desarrollar aquí, pero que vale la pena señalar. Estos ideales están articulados entre sí: la atracción del sexo opuesto es para procrear, sólo debe ser madre. El ejercicio de la sexualidad por sí misma, sin el fin de procrear, debe ser prohibido, es peligroso para la exigencia de esos ideales. Esto puede llevar a conflictos intrapsíquicos como la histeria o conductas que parecen inexplicables como sucede con la anticoncepción que, en forma clara, separa el sexo de la reproducción.⁴

Relación Médico-Paciente

El otro tema importante a considerar es qué sucede desde el punto de vista psicodinámico entre la/el paciente y el médico.

³ Narcisismo se entiende aquí como parte central de la estructura de una persona, de la construcción de su self, de su «sí mismo».

⁴ Es interesante señalar, además que los anticonceptivos modernos, como lo son los hormonales y el DIU, que se introducen el cuerpo, son los que mayores preocupaciones suelen producir.

EN LA ACTUALIDAD LOS MÉDICOS SE NOS DESIGNA TRABAJADORES DE LA SALUD, PRESTADORES DE SERVICIOS, QUE ENTONCES BRINDAN ATENCIÓN A USUARIOS, CLIENTES. SIN EMBARGO, A PESAR DE ELLO, SEGUIMOS SIENDO HEREDEROS DEL (MÉDICO) HECHICERO DE LA TRIBU, DEL SUMO SACERDOTE, EN CUYAS MANOS ESTABA MÁGICAMENTE LA SALUD O LA ENFERMEDAD. Y LAS PERSONAS QUE BUSCAN NUESTRA AYUDA SON PACIENTES, PERSONAS QUE PADECEN, PREOCUPADAS POR LO QUE SIENTEN, QUE CONFÍAN Y CREEN EN NOSOTROS.

La/el paciente, la persona que se siente o ya definió que está enferma tiene un sector lógico – racional que lo lleva a pedir ayuda adecuada. Pero junto a él hay otro sector (inconsciente) ilógico, irracional, donde predomina el pensamiento mágico y primitivo como en los niños: “.....el paciente no es un adulto racional y razonador sino un ser atemorizado que regresa a niveles propios de etapas evolutivas a menudo superadas por él”. (C)

Dependerá de su nivel de ansiedad y preocupación, de su madurez y de la estructura de su personalidad, qué intensidad, qué manifestaciones y qué predominio tendrán estos dos componentes que siempre coexisten.

Estos temores primitivos y los deseos de curación asociados tienden a buscar en quién depositarse: la vecina que “sabe”, el curandero, el hechicero de la tribu, el médico, la enfermera, el farmacéutico, trabajador/a social, etcétera.

Usualmente, en nuestra cultura lo hace en el personal de salud, en particular el médico. Este depósito de expectativas y sentimientos, denominada «transferencia», es uno de los principales descubrimientos de Freud. (E) (F) Existe en todo tipo de relación interpersonal, pero se vuelve mucho más evidente en las situaciones que ocurren entre los que tienen una necesidad y aquellos que pueden satisfacerla, como sucede en la Medicina.

Este mecanismo universal es el que en realidad permite la atención médica, el tratamiento de la persona enferma. Es el que nos hace creíbles y confiables: desde que se cumpla con nuestra más simple receta hasta que se acepte poner el propio cuerpo en nuestras manos para una cirugía.

En síntesis, «toda persona que se hace cargo de una tarea humana donde contacta con otro ser humano se hace cargo simultáneamente, quiéralo o no, de las expectativas que el otro pone sobre él. Es imposible escapar a la transferencia del paciente». (D)

Por otra parte la práctica de la atención médica se realiza separando al «enfermo» de la «enfermedad». Se jerarquiza la acción físico natural y las herramientas técnicas.

Los aspectos emocionales que hemos visto quedan usualmente librados a la intuición, a la buena voluntad, al modo de pensar del médico, del personal de salud: cada uno tiene su estilo personal para enfrentar esta situación.

Justamente por la índole de su tarea, el médico al establecer contacto con un ser humano que padece, que lo hace depositario de sus expectativas, moviliza sus propias emociones y ansiedades, y él también reacciona como cualquier ser humano ante el sufrimiento con su

aspecto irracional y primitivo, en mayor o menor grado inconsciente.

Para poder realizar el trabajo médico se efectúa una operación psíquica que se denomina «disociación operativa»; en general se afianza el tratamiento biomédico de la enfermedad y se trata de evitar los aspectos emocionales.

Se erigen defensas que son legítimas y necesarias; pero interesa la forma, la magnitud y el precio que a veces se paga por ellas. Si son excesivas se observa, por ejemplo, la «frialidad», la así llamada deshumanización en la atención médica. Por otro lado, si por alguna razón estas defensas no funcionan bien, puede haber una identificación total con los aspectos emocionales e irracionales del paciente: es decir, ponerse en su lugar y sufrir con él.

Ninguna de estas situaciones extremas permite una acción médica eficaz. La identificación empática sería la más adecuada, es transitoria, pero sin duda difícil de definir y de alcanzar. Con esto quiero señalar que la acción biomédica (físico-natural-técnica) siempre se encuentra impregnada de los aspectos pasionales-emotivos que están presentes y subyacen a la vocación de ayudar y reparar.

Si bien en la práctica se separa lo físico de lo psíquico, en forma subterránea corren, de ambos lados, médico y paciente, fuerzas emocionales conscientes e inconscientes que influyen y condicionan el proceso terapéutico. No tener en cuenta o no reconocer esta situación a menudo lleva a situaciones conflictivas, frustrantes e insatisfactorias para ambas partes en la atención médica. (D)

Conclusiones

El entrenamiento médico nos hace poner en primer lugar lo que en términos de enfermedad física se considera más grave como por ejemplo cáncer, y con frecuencia, sin darnos cuenta, nos hace dar poca importancia a lo que no se considera así, como el flujo vaginal, la disfunción menstrual, las algias en abdomen inferior (por meteorismo o distensión muscular).

Sin embargo, la angustia y la preocupación no dependen de nuestra clasificación de gravedad: un síntoma, con o sin signos, vinculado en forma real o imaginaria al aparato genital tiene siempre un significado – se lo exprese o no – que hace temer por su integridad, por su buen funcionamiento.

La acción que los profesionales podemos ejercer a menudo no se limita a la prescripción de un medicamento. A mi juicio, es importante tener en cuenta – sin necesidad de conocer todos los vericuetos – que hay algo más allá del hecho biológico.

En la actualidad los médicos se nos designa trabajadores de la salud, prestadores de servicios, que entonces brindan atención a usuarios, clientes. Sin embargo, a pesar de ello, **seguimos siendo herederos del (médico) hechicero de la tribu, del sumo sacerdote, en cuyas manos estaba mágicamente la salud o la enfermedad.** Y las personas que buscan nuestra ayuda son pacientes, personas que padecen, preocupadas por lo que sienten, que confían y creen en nosotros. ←

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (A) Balint, Michael – El médico, el paciente y la enfermedad. Libros Básicos, Bs. As. 1961
- (B) Freud, Sigmund - Introducción del Narcisismo. (1914)
- (C) Dio - Bleichmar, Emilce – Del Sexo al género. Revista de la Asoc. Arg. de Psicoterapia para Graduados de Buenos Aires, 1992; 18: 127 – 151
- (D) Ferrari, Héctor; Luchina, Isaac y Luchina, Noemí.- “La interconsulta médico -psicológica en el marco hospitalario”, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1980.
- (E) Fromm, Erich - Amor a la Vida, cap. Psicología para no psicólogos, Paidós, 1985
- (F) Freud, Sigmund - “Dinámica de la transferencia”, (1912).

ARTÍCULO CENTRAL

Atención de la Violencia Sexual desde los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Susana Medina. MSc.,

Investigadora en Violencia contra las Mujeres.

Edward Romero. MD,

Director Ejecutivo PLAFAM

Venezuela

Este artículo surge de la sistematización de la experiencia de la Asociación Civil de Planificación Familiar PLAFAM, ubicada en Caracas, Venezuela, donde desde hace más de 13 años contamos con un Servicio de Atención Integral a la Violencia contra la Mujer. PLAFAM.Tel.:+58(0212)693-52-62/83-23/60-32. Facebook: PLAFAM Asociación Civil
Twitter: @PLAFAMong

La violencia sexual es una violación a los derechos humanos que afecta principalmente a las mujeres. La violencia sexual es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha (Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia, 2007).

La violencia sexual no es un concepto monolítico, sino que por el contrario, tiene múltiples expresiones, entre las que se pueden mencionar: (a) el abuso sexual infantil e incesto; (b) la violación y asalto sexual; (c) el hostigamiento sexual en el trabajo /escuela /calle; (d) el abuso en las relaciones de noviazgo/ pareja; (e) la exposición a pornografía o prácticas sexuales forzadas y (f) la explotación sexual comercial de niño/as, adolescentes y adulto/as, entre otras.

PARTICULARIDADES DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Estudios en el tema refieren que la mayor frecuencia de eventos de violencia sexual sucede en contra de mujeres con edades entre 12 y 25 años, siendo



en general la juventud y extensivamente la edad reproductiva los periodos de vida de mayor riesgo. No obstante, no se trata de criterios exclusivos, pues también niñas y mujeres de la tercera edad son víctimas de este delito (Heise, L, Ellsberg, M., Gottemoeller, M., 1999; Bott, S, Guedes, A., Goodwin, M., Adams, J., 2013).

La violencia sexual se caracteriza porque generalmente es ejercida por una persona de confianza para la mujer y para su familia, ocurriendo generalmente dentro de los propios hogares, que en lugar de ser lugares seguros, pasan a ser lugares de alto riesgo para las mujeres. Quienes abusan sexualmente de las mujeres suelen ser personas que merecen la confianza de la mujer; esto es muy importante porque constituye un elemento que agrava el daño y el efecto de abuso, pues en muchas ocasiones esa confianza está basada en la responsabilidad de protección o de cuidado.

Adicionalmente, la violencia sexual sucede sin testigos, lo que hace de este delito un hecho que por su naturaleza es difícil de comprobar ante la justicia, cuyo principal aval para la penalización suele ser la testificación. En este sentido, la mujer muchas veces debe ser quien demuestre ser “víctima” ante las autoridades y en ocasiones ante su propia familia, razón por la cual suele darse la revictimización, es decir, el proceso en que la víctima reiteradamente pasa y vuelve a vivenciar eventos traumáticos de la violencia sexual. La revictimización hace que el proceso de recuperación de la mujer sea mucho más lento, agravándose las consecuencias sobre todo psicológicas.

En el caso del abuso sexual infantil o incesto hay que destacar algunas particularidades. En principio no es

un hecho aislado, sino una experiencia progresiva y generalmente prolongada que suele tener sus primeras consecuencias visibles en la adolescencia temprana con un embarazo. Este tipo de violencia sexual implica una marcada asimetría de poder, por lo cual el ofensor culpa y responsabiliza a la víctima, lo que le permite al agresor en muchos casos sostener el abuso a lo largo del tiempo. Suele ser además una experiencia cargada de violencia emocional y mantenida por amenazas, en la cual el ofensor lo ejerce como un acto planificado, con estrategias manipulativas hacia la víctima, el entorno familiar y las circunstancias con respecto al lugar y momento del abuso (AVESA, 2012).

La violación, una de las más crueles manifestaciones de la violencia sexual se refiere al uso de la coerción emocional, económica y/o física o la amenaza de utilizarla para penetrar a una mujer en forma vaginal, oral o anal contra su voluntad. En estos casos al ser en su mayoría personas cercanas, se puede tratar de padres, padrastros, tíos, primos, hermanos, parientes, vecinos, parejas o ex parejas y por supuesto, aunque en menor proporción, personas desconocidas.

CONSECUENCIAS E IMPACTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN LA SALUD

Todas las expresiones de la violencia sexual son devastadoras y generan graves consecuencias en la vida y salud de las mujeres. A nivel físico se identifican los traumas vaginales o anales incluyendo contusiones, laceraciones, perforaciones, las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH, las infecciones urinarias, los embarazos resultados del abuso y con ello indirectamente la interrupción de embarazos que sucede en condiciones de riesgo. Entre las consecuencias

EL SECTOR SALUD ES GENERALMENTE AQUEL CON EL CUAL LAS MUJERES TIENEN ACCESO POR PRIMERA VEZ LUEGO DE UN EVENTO DE VIOLENCIA SEXUAL O SI NO ES UNA SOLICITUD DIRECTA, ES EN EL ESPACIO DE SALUD DONDE EL PRESTADOR DE SERVICIOS PUEDE DETECTAR LA VIOLENCIA Y BRINDAR LOS PRIMEROS Y MÁS IMPORTANTES NIVELES DE ATENCIÓN.

psicológicas, se reportan depresión, ansiedad y miedo, vergüenza, culpa, disociación, desorden de estrés postraumático (DSPT), intento suicida y suicidio, patrones compulsivos de adicción, problemas sexuales y en las relaciones interpersonales, entre otros. También a nivel somático se identifican efectos tales como desordenes de sueño, problemas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, colitis), tensión muscular, dolor de cabeza, palpitaciones, hiperventilación, sensaciones de ahogo y dolor pélvico crónico, entre muchos otros (Sagot y Carcedo, 2000).

La salud sexual y la salud reproductiva son quizás, las áreas más vulneradas con la violencia sexual y las más invisibles. La violencia sexual lleva al comportamiento sexual de alto riesgo y con ello los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. La violencia también compromete la protección pues reduce la posibilidad de acceso a anticonceptivos, negociación acerca de los condones, la orientación y pruebas voluntarias, así como reduce la transmisión perinatal. La violencia sexual que resulta en un embarazo está asociada con embarazos de alto riesgo, con desenlaces adversos incluyendo más violencia e incluso la muerte. Finalmente la violencia sexual en general aumenta los riesgos de otros problemas ginecológicos (Heise citado en Medina, 2003).

Finalmente, la mujer afectada por la violencia sexual tiene otras consecuencias a largo plazo tales como la pérdida de confianza que genera inestabilidad e inseguridad, la pérdida de autoestima y con ello riesgo de aceptar ser tratadas como objetos el resto de vida.

Se estima que la violencia sexual provoca pérdida de 9 años de vida saludable (OPS citado en UNFPA/Bolivia, 2005).

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA SEXUAL DESDE EL SECTOR SALUD

La complejidad de la violencia contra las mujeres y puntualmente de la violencia sexual, hace de esta un asunto de salud pública en tanto es una causa importante de muerte e incapacidad de mujeres en edad reproductiva, tiene un impacto directo en la maternidad, planificación familiar, salud mental, salud sexual y reproductiva y además la prevalencia se estima entre 17.0% y 53.3% de las mujeres de América Latina y El Caribe, reportan haber vivido alguna vez situaciones de violencia (Bott, S, Guedes, A., Goodwin, M., Adams, J., 2013). Evidentemente, esto exige un abordaje interdisciplinario que pasa por las intervenciones del sector educativo para la prevención, de la justicia para la protección y la sanción, del apoyo psicosocial para el abordaje colectivo y desde los recursos sociales e institucionales y como uno de los sectores estratégicos el sector salud.

El sector salud es generalmente aquel con el cual las mujeres tienen acceso por primera vez luego de un evento de violencia sexual o si no es una solicitud directa, es en el espacio de salud donde el prestador de servicios puede detectar la violencia y brindar los primeros y más importantes niveles de atención. En

este sentido, es crucial que el personal de salud cuenta con la sensibilización y además la capacitación técnica para abordar la violencia sexual desde sus espacios de incidencia (PLAFAM, 2012).

Las acciones del sector salud deben ser enfocadas desde algunos supuestos fundamentales: (a) reconocer la violencia contra las mujeres y en especial la violencia sexual como un delito, es un delito; (b) implica una asimetría de poder, por lo cual por ejemplo la atención en pareja no siempre es un espacio seguro si se va a abordar este tema con las mujeres; (c) la violencia debe ser abordado con equidad, no igualdad, es decir, concentrando los mayores esfuerzos en los grupos vulnerables; (d) la violencia en general, incluyendo la violencia sexual no se concilia y (e) finalmente, es responsabilidad del servicio de salud y de los/as prestadores/as de servicio garantizar la seguridad, confidencialidad y privacidad en la atención de mujeres afectadas por la violencia.

Son varias las posibilidades de abordar el tema de la violencia sexual desde los servicios de salud. A continuación se describen las cuatro grandes estrategias que se recomiendan mínimamente como indispensables, estas son: (a) Prevención, (b) Detección, (c) Atención y (d) Referencias.

La **prevención** incluye acciones de información, educación comunicación que estén dirigidas a evidenciar que la violencia contra las mujeres es un delito y que en este centro de salud se aborda abiertamente el tema de la violencia. Algunas ideas pueden ser:

- Disponer materiales de información en las puertas internas de los baños, en las carteleras, en video e incluso como chapas en las batas del personal que desee comunicar a las mujeres que están listos para conversar con ellas sobre violencia.
- Es importante que el mensaje esté orientado por grupos, es decir, discriminar entre materiales para población en general, poblaciones de riesgo como adolescentes y mujeres jóvenes y como otro grupo para mujeres ya afectadas que pueden estar en situaciones de riesgo. No debe haber material disponible para que las mujeres lleven consigo, puede ponerlas en riesgo.
- Como prevención, el personal deben promover actitudes de rechazo a la violencia en general y a la violencia sexual en particular.
- Integración de las comunidades.

- Es indispensable conocer la Ley, que en el caso de Venezuela es la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y difundirla.

La **detección** es la fase más importante del proceso de abordaje y consiste en hacer a manera de rutina preguntas específicas a las mujeres sobre sus antecedentes de violencia, incluyendo la violencia sexual. Debe ser parte del levantamiento de la historia clínica, pues además de apoyar en la comprensión médica del motivo de consulta, permite a la mujer tomar consciencia inmediatamente que se trata de un aspecto que afecta su salud. La respuesta debe ser registrada en la historia clínica, bajo la consideración de que este es un documento legal y debe contener todo lo que la mujer reporte como parte de su historia médica. Algunas preguntas que pueden recomendarse son: *¿usted ha sido emocionalmente maltratada por su pareja o alguien significativo en su vida? ¿ha sido agredida físicamente por alguien importante para usted?, ¿usted ha tenido contacto o relaciones sexual en contra de su voluntad con su pareja u otra persona?* e incluso se puede explorar el abuso sexual en la infancia como un antecedentes preguntando, *Cuando usted era niña ¿recuerda haber sido tocada de manera inapropiada por alguien?.* Estas preguntas están validadas en la experiencia de PLAFAM y en la experiencia regional de la IPPF/RHO en sus programas de integración de la detección de violencia en los servicios de salud sexual y reproductiva (PLAFAM, 2002; PLAFAM, 2012).

La **atención** de la violencia sexual, hay que especificarla de acuerdo al momento en que consulta la mujer. En este sentido, si el evento de violencia sexual ha sucedido dentro de las primeras 72 horas, se debe indicar anticoncepción de emergencia (puede ser hormonal o por la colocación de un DIU), proceder con protocolo de prevención de ITS, VIH/Sida y Hepatitis B, hacer el tratamiento de traumatismos extragenitales, paragenitales y genitales, brindar contención emocional y finalmente hacer la recolección de evidencia médico legal (con requerimiento judicial). Si han pasado más de 72 horas, se recomienda indicar anticoncepción de emergencia (puede ser hormonal aunque con menos efectividad o la colocación de un DIU), proceder al tratamiento de ITS, hacer profilaxis VIH, indicar laboratorio de VIH/Sida para confirmar infección (seguimiento hasta 12 meses), hacer la recolección de evidencia médico legal (con requerimiento judicial) y

hacer las referencias a otros servicios requeridos tales como asistencia psicológica, social o legal.

Las **referencias** son parte esencial de una atención integral e implica conocer recursos institucionales y tener un directorio de ellos a la disposición. Hay que considerar que hay que referir a centros de recepción de denuncia en caso de que la mujer lo solicite.

TOMANDO POSTURAS ANTE LA VIOLENCIA SEXUAL

Finalmente, ante el tema de la violencia sexual, no se puede ser neutral, o se está del lado de la víctima o

se está del lado del agresor. En este sentido, podemos ser parte del problema si ignoramos la necesidad de seguridad de la mujer, vemos la victimización como natural, no respetamos su autonomía, culpabilizamos a la víctima, trivializamos y minimizamos el abuso y también si violamos la confidencialidad. Por el contrario, somos parte de la solución si reconocemos la injusticia, ayudamos a elaborar un plan de seguridad, promovemos el acceso a servicios, respetamos la confidencialidad, creemos y validamos las experiencias de las mujeres y respetamos su autonomía en la toma de decisiones. ←

REFERENCIAS

AVESA (2012). Guía del Participante del Taller “Atención en situaciones de abuso sexual”. Caracas: AVESA/UNICEF.

Bott, S, Guedes, A., Goodwin, M., Adams, J. (2013) , Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC : OPS.

Heise, L, Ellsberg, M., Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L. No. 11. Baltimore,

Lodmvlv (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Asamblea Nacional, 2007. Gaceta Oficial N° 38.668 del 23 de abril de 2007.

Medina, S. (2003). Voces de mujeres: Significado de la Violencia, la Victimización y la Sobrevivencia en usuarias de un Servicio de Atención a la Violencia Basada en Género. Tesis de Maestría no publicada. Caracas: Venezuela.

Nuñez, A., Tolero, Y., Verschuur A., Camacaro, M., Mendoz, S. (2008). Violencia sexual: Un fenómeno oculto en la experticia médico legal. Rev Obstet Ginecol Venezuela.68, (4) pp. 233-239. Recuperado en http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000400005&lng=es&nrm=iso

PLAFAM (2002) Informe Final del Programa de Violencia Basada en Genero de PLAFAM como parte del proyecto regional de la IPPF/RHO. Trabajo no publicado. Caracas: PLAFAM.

PLAFAM (2012) Protocolo de integración de la violencia sexual y del embarazo no planeado en los servicios de salud sexual y reproductiva. Trabajo no publicado. Caracas: PLAFAM.

Sagot, M., & Carcedo, A. (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudio de casos en diez países). OPS/OMS.

UNFPA/Bolivia, (2005). Normas, protocolos y procedimientos para la atención integral de violencia sexual. Fiscalía General de la Republica / INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Congreso Regional Figo, Cartagena

Una alianza estratégica construida entre FIGO, FLASOG y FECOLSOG (Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) llevó adelante con éxito el Congreso Regional FIGO en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia los días 1 a 4 de Mayo 2013. El Congreso estuvo presidido por los Doctores Sabarnam Arulkumaran (FIGO), José De Gracia (FLASOG) y Rafael Padrón (FECOLSOG), el Comité organizador general estuvo presidido por el Dr. Luis Cabero (España), el Comité científico por el Dr. Arnaldo Acosta (Paraguay) y el Comité local por el Dr. Juan Diego Villegas (Presidente de FECOLSOG). Participaron en calidad de ponentes 154 profesores y en total asistieron al Congreso 1250 participantes.

El Congreso fue precedido de tres Cursos Pre Congreso:

- Hemorragia uterina disfuncional
- Evidencia actual del uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología
- Hemorragia posparto. Nuevas perspectivas de manejo

Los tres cursos contaron con una nutrida asistencia de participantes

Durante el Congreso se desarrollaron 37 Simposios y 6 Conferencias cuyos temas estuvieron a cargo de destacados profesores invitados.

Tanto los cursos pre-congreso como las actividades del Congreso fueron cumplidas en su totalidad, en concordancia con la programación. ←

Curso virtual en anticoncepción



El grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Colombia, pone a disposición de profesionales de la Región, el Curso Virtual de “*Anticoncepción basada en evidencias*”. Está dirigido a profesionales de medicina general, especialistas y a estudiantes de pre y posgrado del área de salud. Contiene 3 módulos, para acceder al curso, ingresar secuencialmente a cada uno los siguientes vínculos:

Módulo 1:

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/anticoncepcion/und-1/>

Módulo 2:

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/anticoncepcion/und-2/>

Módulo 3:

<http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/anticoncepcion/und-3/>

Estudio de Intervención en Salud Materna y Perinatal, Guatemala 2013

Implementar y Reivindicar la Investigación Aplicada para Mejorar Sistemas de Salud



Dr. Edgar Kestler

En mayo 2010 la *Alliance for Health Policy and Systems Research*, con sede en Ginebra, Suiza y con el apoyo económico del Gobierno de Noruega (NORAD), la Agencia Sueca para la Cooperación del Desarrollo Internacional (SIDA) y el Departamento Británico de Desarrollo Internacional (DFID) convocaron a nivel mundial a optimizar la implementación de las intervenciones que han sido científicamente probadas y han provocado cambios en indicadores de salud materna. Mayor información puede encontrarse en el sitio (www.who.int/alliancehpsr/projects/implementationresearch/en/index1.html). La investigación aplicada es el estudio científico de métodos para promover sistemáticamente los hallazgos de la investigación clínica y otras prácticas basadas en evidencia en el manejo clínico rutinario, y por ende mejora la calidad (efectividad, fiabilidad, seguridad, conveniencia, equidad, eficiencia) del cuidado de la salud. Esto incluye el estudio de la influencia en los profesionales de la salud y el comportamiento de los sistemas de salud.

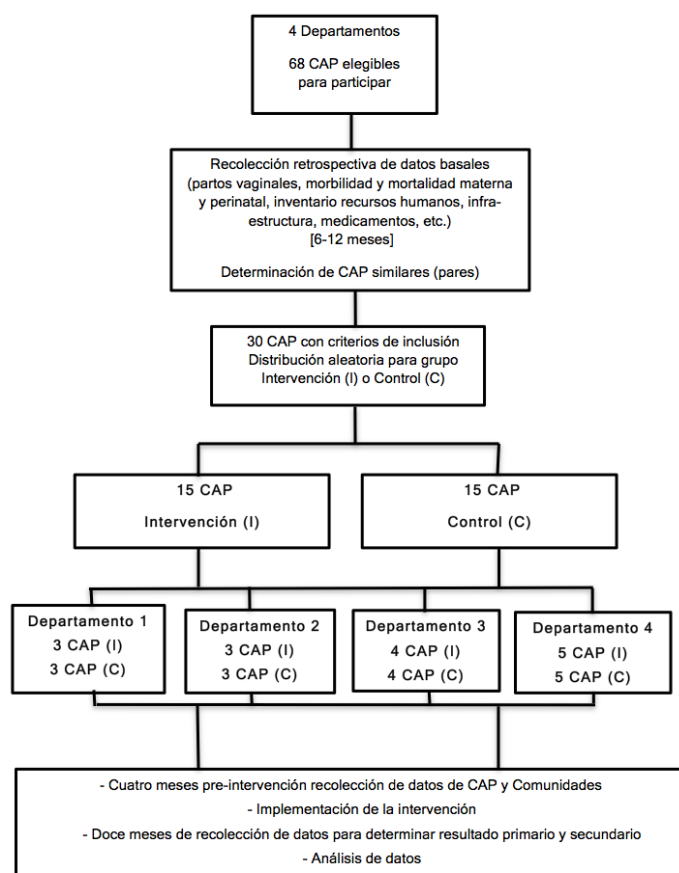
Dentro de las siete propuestas aprobadas, Guatemala fue seleccionada para realizar la propuesta titulada: *Estudio Aleatorizado de comparación de pares para medir la eficacia de un paquete de intervenciones para incrementar el parto vaginal institucional y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal*

en población indígena de Guatemala (Protocolo completo publicado en BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:73) y la cual se realiza en coordinación entre instituciones nacionales e internacionales.

Antecedentes: La muerte materna y perinatal continúa siendo un problema de alta prioridad en las agendas de salud de los países menos desarrollados. A pesar del progreso hecho en las últimas décadas para cuantificar la magnitud de la mortalidad materna, pocas intervenciones han sido implementadas con la intención de medir el impacto directo que las intervenciones tienen en disminuir la muerte materna y perinatal. Algunas de las intervenciones implementadas en países menos desarrollados para reducir la mortalidad materna son cuestionadas, en términos de que se mantiene una perspectiva más clínica y con un enfoque puramente de atención médica, separadas de situaciones comunitarias que se relacionan con aspectos culturales y sociales que también contribuyen con la muerte materna y perinatal. Nuestra propuesta es innovadora ya que utiliza perspectivas clínicas y comunitarias; además reportará el peso que cada una de las estrategias implementadas pueda tener en la reducción de la mortalidad perinatal y el incremento de partos vaginales institucionales.

UNA CARACTERÍSTICA ÚNICA DE ESTE PROTOCOLO ES QUE NO ESTAMOS PROPONIENDO UNA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL, SINO MÁS BIEN UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES, QUE ESTÁ DISEÑADA PARA DARLE DIRECCIÓN A LO COMPLEJO Y REAL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO.

Método/Diseño: Este es un estudio aleatorizado de comparación de pares, que estará implementado en Centros de Atención Permanente (CAP), que atienden únicamente parto vaginal no complicado, en los cuatro departamentos que tienen la razón más alta de mortalidad materna y perinatal en Guatemala. Los CAP son la unidad de asignación al azar, con 15 CAP de intervención y 15 CAP control que componen la muestra final, en forma pareada. La siguiente figura muestra el diseño y la metodología que sigue este estudio:



La intervención: Tres intervenciones serán implementadas en población indígena, rural y pobre:

un programa de capacitación que simula en forma real la atención de la emergencia obstétrica y perinatal dirigido al personal de salud médicos y enfermeras; la participación de parteras profesionales que trabajaran hombro a hombro con las comadronas tradicionales y fortalecen el vínculo de estas con los CAP y finalmente una campaña de mercadeo social, que promociona a través de material impreso y audio visual en español y el idioma maya del departamento el parto institucional en lugar del parto en el hogar. Ninguna intervención está programada para los CAP control, a no ser las propias del sistema de salud. Personal contratado desarrollará la supervisión, vigilancia y recolección de datos durante todo el estudio y en todos los CAP de los cuatro departamentos participantes. Se analizarán todos los eventos obstétricos y perinatales que ocurran durante los 18 meses del proyecto en los departamentos y CAP participantes, el cual incluirá el periodo de implementación de la estrategia, además se efectuará un análisis del grupo de variables fuertemente relacionadas entre los sub-grupos del diseño (cluster design). Los resultados a evaluar finalmente en esta primera fase del estudio serán el aumento de los partos institucionales y la disminución de la mortalidad perinatal.

Conclusión: Una característica única de este protocolo es que no estamos proponiendo una intervención individual, sino más bien un conjunto de intervenciones, que está diseñada para darle dirección a lo complejo y real de la mortalidad materna y perinatal de los países en desarrollo. Hasta la fecha muchos países, han enfocado sus esfuerzos en disminuir la mortalidad materna indirectamente implementando infraestructura y sistemas de recolección de datos, y no sobre la aplicación de intervenciones específicas para directamente mejorar los resultados. Sugerimos al lector revisar el protocolo completo publicado (*BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13:73) o solicitar una copia a ciesar@ciesar.org.gt

Registro del estudio: [ClinicalTrial.gov.NCT01653626](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01653626)

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ III SIMPOSIO DE IMAGENES EN LA MUJER.

Buenos Aires, (Argentina) del 8 al 10 de mayo de 2013

→ IV JORNADAS REGIONALES DE LA SOGV SECCIONAL SUR OCCIDENTAL.

Mérida, (Venezuela) del 16 al 18 de mayo de 2013

→ 23º CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 5º CONGRESO DE ENFERMERÍA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Guadalajara, (México) del 12 al 15 de junio de 2013

→ 2º CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGÍA 8º JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO 2º JORNADA NACIONAL DE PERINATOLOGÍA 2º JORNADAS ARGENTINAS DE ENFERMERÍA NEONATAL.

Buenos Aires, (Argentina) del 26 al 29 de junio de 2013

→ XL CONGRESO NACIONAL - UNA NUEVA ERA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Guatemala (Guatemala) del 15 al 19 de julio de 2013

→ XI CONGRESO ARGENTINO E INTERNACIONAL DE MASTOLOGÍA.

Buenos Aires, (Argentina) del 25 al 27 de agosto de 2013

→ V CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

7MO CONGRESO ARGENTINO DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

Buenos Aires, (Argentina) del 28 al 30 de agosto de 2013

→ V CONFERENCIA INTERAMERICANA DE ONCOLOGÍA:

“ESTADO ACTUAL Y FUTURO DE LAS TERAPIAS ANTINEOPLÁSICAS DIRIGIDAS.

Buenos Aires, (Argentina) del 10 al 11 de octubre de 2013

→ 64º CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología.

Ciudad de México, 27 al 31 de Octubre de 2013. www.comego.org.mx/congreso

→ VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE PATOLOGÍA DEL TRACTO INFERIOR Y COLPOSCOPIA.

Buenos Aires, (Argentina) del 13 al 15 de noviembre de 2013



Actividades de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

→

Edición del Boletín de FLASOG.

Con el patrocinio de UNFPA/LACRO, la Dirección del Boletín y el equipo de edición vienen cumpliendo con esta actividad, y este es el Boletín N° 2 del presente año.

→

Curso-Taller “Uso obstétrico del Misoprostol para la reducción de la mortalidad materna”.

Llevado a cabo, con el patrocinio de UNFPA/LACRO en la ciudad

de Quito, Ecuador el día 5 de Abril 2013. Asistieron en total 47 profesionales médicos, procedentes de Perú y en su mayoría de Ecuador.

→

Participación del Presidente y Vice Presidenta de FLASOG y de los Presidentes de las Sociedades y Federaciones de los países, de los representantes de los Ministerios de Salud y de los puntos focales de las sociedades científicas en los Talleres Regionales FIGO.

Estos talleres fueron organizados por la Iniciativa FIGO “Prevención del Aborto Inseguro” y se llevaron a cabo para los países de Centro América y El Caribe en la ciudad de Panamá y para los países de América del Sur en la ciudad de Lima. El objetivo fue discutir el grado de progreso de cada uno de los países en el logro de sus objetivos. Se ha evidenciado que en América Latina existen avances importantes, pero es necesario aún cumplir en profundidad con actividades en los dos años venideros.

TIPS SOBRE ARTÍCULOS

TIP 1

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

Eficacia de la pesquisa en primer trimestre de preeclampsia en pacientes de bajo riesgo.

Performance of a first-trimester screening of preeclampsia in a routine care low-risk setting.

Scazzocchio E, Figueras F, Crispi F, Meler E, Masoller N, Mula R, Gratacos E. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;208:203.e1-10.

→ Objetivo:

Evaluar la eficacia de una pesquisa integrada en la visita de rutina del primer trimestre como predictor de preeclampsia (PE), temprana y tardía, en población Europea Mediterránea no seleccionada. Se incluye antecedentes y características basales maternas, presión arterial media, Índice de pulsatilidad media en ambas arterias uterinas, y dos marcadores bioquímicos medidos en suero materno: B-HCG y PAPP-A.

→ Métodos:

Diseño del estudio

Estudio longitudinal prospectivo. Se estudia una cohorte de pacientes no seleccionadas que acuden a su visita de Primer trimestre habitual. Los criterios de inclusión establecidos son: gestación única, edad gestacional 11-13.6 semanas, y firma de consentimiento informado. Como criterios de exclusión: defectos

fetales mayores o cromosopatías, aborto o muerte fetal antes de la semana 24 en interrupción de la gestación en ausencia de indicación médica. Las variables estudiadas son: 1. Características maternas, 2. Presión arterial media materna en primera visita, 3. Índice de pulsatilidad media de ambas arterias uterinas, medido mediante ecografía transvaginal, 4. B-HCG y PAPP-A en suero materno entre la semana 8 y 12 de gestación. El principal evento analizado es el desarrollo de PE. Se define PE como Presión sistólica ≥ 140 mmHg y/o Presión diastólica ≥ 90 con Proteinuria $\rightarrow 300$ mg en orina de 24 horas, desarrollada partir de la semana 20 (PE temprana si aparece $\leftarrow 34$ semanas).

→ Resultados:

Se estudian un total de 5170 pacientes. De ellas 136 (2.6%) desarrollan PE (PE temprana: 110 [2.1%]; PE tardía: 26 [0.5%]). Para un 5% y un 10% de falsos positivos, las tasas de detección del cribado combinado en primer trimestre para PE temprana son 69.2% y 80.8% (Área bajo la curva, 0.95; IC 95%: 0.94-0.98), y para PE tardía 29.4% y 39.6% (Área bajo la curva, 0.71; IC 95%: 0.66-0.76). Las variables que presentaron significación estadística para el desarrollo de PE fueron: Índice de masa corporal elevado, antecedente de HTA crónica, preeclampsia, diabetes mellitus o trastorno de la coagulación. El Índice de pulsatilidad medio de las arterias uterinas fue significativamente superior en el grupo de las pacientes con desarrollo de PE temprana, respecto

a las que desarrollaron PE tardía ($p < 0.001$) y a las que no desarrollaron PE ($p < 0.001$).

→ Conclusión:

la pesquisa en el primer trimestre que combina factores maternos con Doppler de arteria uterina, la presión arterial y proteína-A plasmática asociada al embarazo es útil para predecir la PE en un cuidado de rutina.

→ Comentarios

La preeclampsia (PE) se produce en aproximadamente 2-8% de los embarazos. En el área obstétrica, es el principal motivo de ingreso derivada de la maternidad a unidades de cuidados intensivos, y es la primera o segunda causa de todas las muertes, dependiendo de región u país. Además, PE está asociado con un aumento del riesgo de mortalidad perinatal, aparte de partos prematuros. 4 y 15% de prematuro. En los últimos años, los resultados de varios estudios indican que una combinación de antecedentes maternos, marcadores bioquímicos, y marcadores biofísicos predicen eficazmente la PE. El presente trabajo apoya estas afirmaciones. En consecuencia estamos en un período en el cual estrategias profilácticas con aspirina y calcio han sido demostrado ser efectivas. Hay más, las predicciones precoces y sus tratamientos respectivos han demostrado que contribuyen más a evitar efectos adversos que los diagnósticos y tratamientos tardíos. Estamos ante nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos.

TIP 2

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

Malformaciones congénitas posterior a tecnología de reproducción asistida

Congenital anomalies after assisted reproductive technology.

Anja Pinborg, Anna-Karina Aaris Henningsen, Sara Sofie Malchau, Anne Loft. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Oct;208:482.e1-18.

→ Objetivo:

Valorar y resumir la literatura publicada respecto a la asociación de TRA y malformaciones congénitas, respecto a la subfertilidad, tratamiento y los métodos de reproducción asistida, incluyendo criotécnicas.

→ Métodos:

Diseño del estudio

Meta-análisis, realizando una revisión de la literatura, centrada en los defectos congénitos al nacimiento en gestaciones únicas tras TRA, y en la población de TRA general.

→ Resultados:

La subfertilidad y las características paternas intrínsecas juegan un papel significativo en la asociación entre TRA y anomalías congénitas, aumentado el riesgo de aparición de las mismas. Basado en la cohorte nacional de nacimientos en Dinamarca se ha objetivado que los niños nacidos de parejas subfértiles que concibieron espontáneamente presentaban un riesgo mayor de malformaciones congénitas que aquellos procedentes de parejas fértiles con búsqueda gestacional menor de 1 año (OR 1.2,

95% CI, 1.07-1.35). La literatura disponible parece indicar también que los niños obtenidos tras tratamientos de inducción de la ovulación (IO) e inseminación artificial (IAC) parecen presentar un riesgo más elevado de presentar anomalías congénitas y ese riesgo se incrementa a medida que la intensidad del tratamiento aumenta. Un estudio de base poblacional finlandesa muestra una prevalencia mayor de malformaciones congénitas severas en 4.467 niños nacidos tras IO/IAC (3.52%) respecto a niños control (2.85%). El OR de IO/IAC versus controles fue de 1.21 (95% CI, 1.02-1.44). No se hallan conclusiones firmes, en cambio, que muestren una relación entre el uso de citrato de clomifeno (CC) y un incremento en la prevalencia de defectos congénitos respecto a la población general. Diversos meta-análisis han reportado una mayor prevalencia de malformaciones congénitas en niños obtenidos tras fecundación in vitro (FIV), con un exceso de riesgo del 30-40%. En uno de los estudios publicados se observó hasta un 67% más de riesgo en dicha población. En aquellos casos en que se requiera la realización de microinyección espermática (ICSI) se añade un riesgo mayor respecto a los niños de FIV, aunque no está claro el valor de dicho incremento. Un estudio australiano con una amplia cohorte de 6.163 niños obtenidos tras FIV (4.713 tras FIV y 1407 tras ICSI) mostró una tasa cruda de malformaciones en estos niños de 8.3% vs 5.8% en población control, con un incremento del riesgo de 1.28 (95% CI, 1.16-1.41). Únicamente dos artículos han valorado el riesgo de anomalías congénitas en gestaciones únicas tras cultivo embrionario a

blastocisto, sin diferenciar si provenían de embriones en fresco o congelados. En el estudio de 1311 gestaciones únicas obtenidas tras transferencia embrionaria se objetivaron también un riesgo incrementado de malformaciones congénitas (OR 1.43, 95% CI 1.14-1.81). Se debe seguir monitorizando la prevalencia de malformaciones congénitas dada la poca información todavía disponible.

→ **Conclusión:**

Los niños (gestaciones únicas) procedentes de TRA presentan un ligero incremento en el riesgo de presentar anomalías congénitas, de entre un 15-40% respecto a los concebidos espontáneamente, después de ajustar por factores de confusión.

→ **Comentarios**

En todo el mundo más de 5 millones de niños han nacido, luego de la realización de técnicas de reproducción asistida (TRA), y en muchos países representa más del 1% de los nacimientos. Es conocido que los niños procedentes de TRA tienen un mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas, incluso después de ajustar el riesgo por factores de confusión como la edad materna. La proporción de niños procedentes de TRA no es despreciable, y el conocimiento de las causas de este aumento de riesgo es crucial para desarrollar estrategias de prevención. En base a esta revisión metaanalítica de la literatura disponible no podemos distinguir el efecto de la subfertilidad, el efecto de la estimulación ovárica y el efecto de las técnicas de laboratorio en el riesgo de presentar malformaciones congénitas, pero parece claro que las

parejas subfértiles parecen presentar un riesgo de base incrementado. Se requieren más estudios que valoren los mecanismos de asociación entre TRA y anomalías congénitas, necesitando registros nacionales entre otros, de cara a tener la información disponible para la completa valoración de la cuestión.

EN TODO EL MUNDO MÁS DE 5 MILLONES DE NIÑOS HAN NACIDO, LUEGO DE LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA), Y EN MUCHOS PAÍSES REPRESENTA MÁS DEL 1% DE LOS NACIMIENTOS. ES CONOCIDO QUE LOS NIÑOS PROCEDENTES DE TRA TIENEN UN MAYOR RIESGO DE PRESENTAR MALFORMACIONES CONGÉNITAS, INCLUSO DESPUÉS DE AJUSTAR EL RIESGO POR FACTORES DE CONFUSIÓN COMO LA EDAD MATERNA. LA PROPORCIÓN DE NIÑOS PROCEDENTES DE TRA NO ES DESPRECIABLE, Y EL CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE ESTE AUMENTO DE RIESGO ES CRUCIAL PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.



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



La Dirección Ejecutiva de FLASOG deja expresa constancia de su agradecimiento a UNFPA/LACRO por el apoyo técnico y financiero recibido.

Las opiniones vertidas en este documento no, necesariamente, reflejan el punto de vista del Fondo de Población de Naciones Unidas.