

# BOLETÍN

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



*"Yo no deseo que las mujeres tengan poder sobre los hombres, sino sobre ellas mismas"*

**MARY WOLLSTONECRAFT (1759-1797)**

*Filósofa y escritora inglesa*

## **DIRECTOR DEL BOLETIN:**

Pío Iván Gómez Sánchez.

## **COMITÉ EDITORIAL:**

René Castro, José Figueroa, Desiree Mostajo, Angélica Vargas

## **DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:**

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas  
-JAVEGRAF-

## **Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG**

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer piso, ofc Nro.26. Panamá, República de Panamá

Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

## **COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Edgar Ivan Ortiz Lizcano. Presidente  
Dr. Rafael Padrón Burgos. Vice-Presidente  
Dr. Néstor César Garello. Secretario  
Dr. Rodrigo Alfonso Arias Alvarez. Tesorero  
Dr. Samuel Karchmer K. Presidente Electo  
Dr. José Fernando De Gracia S. Past Presidente

## **DIRECTORES**

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

## **COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017 Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017**

Dr. Paulino Vigil De Gracia (Coordinador)  
Dr. Javier Gómez Pedroso  
Dr. Kristian Navarro  
Dr. Miguel Ruoti  
Dr. William Sánchez

## **Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)  
Dr. René Castro  
Dr. José Cender Figueroa  
Dra. Desiree Mostajo Flores  
Dra. Angelica Vargas

## **Comité Medicina Reproductiva**

Dra. Ivonne Díaz (Coordinadora)  
Dr. Jorge Alberto Campos Cañas  
Dr. Roberto Epifanio Malpasi  
Dr. Alfredo Celis  
Dr. Ricardo Agustin Hernan

## **Comité de Climaterio**

Dr. Jose de Jesús Montoya (Coordinador)  
Dra. María Cecilia Arturo Rojas  
Dr. Néstor Siseles  
Dr. Julio Pozuelos  
Dr. Alejandro Paradas Caba  
Dr. Julio Morfin Marín

## **Comité de Mortalidad Materna**

Dr. José Douglas Jarquin (Coordinador)  
Dr. Paulo Meade  
Dra. Wendy Carcamo  
Dr. Juan Trelles  
Dr. Héctor Bolatti  
Dra. María Fernanda Escobar Vidarte  
Dr. Mario Pérez  
Dr. Eghon Guzmán

## **Comité de Endoscopia Ginecológica**

Dr. Jimmy Castañeda (Coordinador)  
Dr. Jorge Sarrouf  
Dr. Guillermo Campuzano  
Dr. Milciades Albert  
Dr. Miguel Cáceres

## **Comité Científico y de Congresos**

Dr. Paulino Vigil de Gracia (Coordinador)  
Dr. William Sánchez  
Dr. Christian Navarro  
Dr. Miguel Ruoti Cosp  
Dr. Javier Gómez Pedroso  
Dr. Germán Thevenet

## **Comité de Desarrollo Organizacional**

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)  
Dr. Nestor Garello  
Dr. Alfonso Arias  
Ing. Diana Cuintaco  
Dr. Alvaro Erramusepe

## **Comité de Cáncer Ginecológico**

Dr. Gustavo Ferreiro (Coordinador)  
Dr. Agnaldo Lopes Da Silva Filho  
Dra. Lina Maria Trujillo  
Dr. Erick Jacobo Alvarez Rodas  
Dra. Agueda Santana Martinez  
Dr. Valentín Jaimes  
Dr. Antonio Villavicencio

## **Comité de Perinatología**

Dr. Eduardo Valerio Fonseca (Coordinador)  
Dr. Rogerio Cruz  
Dr. Alcibiades Sales  
Dra. Catalina Valencia  
Dra. Ana Bianchi

## **Comité de Infancia Adolescencia**

Dra. Margarita Castro (Coordinadora)  
Dr. Jorge Peláez  
Dra. Marisa Labovsky  
Dr. Raúl Bermúdez  
Dr. Mercedes Pérez  
Dra. Ricel Valerio

## **Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional**

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

## **Comité de Nominaciones**

Dr. José De Gracia  
Dr. Roberto Nilson De Melo  
Dr. Angel Terrero  
Dr. Carlos Fuchtnet

## **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.*

# Índice

|  |    |
|--|----|
| Comunicación asertiva mamá - papá y ginecobstetra .....  | 3  |
| Declaración del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología sobre la emergencia por el virus del Zika..... | 5  |
| Resultados Convocatoria FLASOG para apoyar Investigación regional o local sobre violencia.....   | 7  |
| Consideraciones sobre zika y embarazo<br>Comité de salud materna y perinatal<br>Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología<br>FECOLSOG.....                                    | 8  |
| Cirugía Mínimamente Invasiva y Seguridad para Latinoamérica.....   | 13 |
| La geografía del deseo.....  | 15 |
| Próximos Eventos Académicos.....   | 16 |
| Nuevos Libros.....   | 17 |
| Cursos en línea y Posgrados .....  | 18 |
| Resúmenes de artículos.....  | 20 |

## COMUNICACIÓN ASERTIVA MAMÁ - PAPÁ Y GINECOBSTETRA

Dr. Paulo Meade Treviño

*Ginecólogo y Obstetra*

*Miembro del Comité de Mortalidad Materna FLASOG*

*Miembro del Comité de Actividades Científicas*

*Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología*

Por siglos el nacimiento de los seres humanos se dio en su lugar de vivienda o cerca de ella; generalmente asistida por alguna mujer de la familia o por alguna mujer de su entorno con experiencia para atenderla, llamadas matronas o parteras.

El nacimiento en instituciones de salud en la historia de la humanidad es muy reciente; no más de setenta años; es probable que muchas mamás y la mayor parte de las abuelas de las embarazadas que están leyendo este artículo, hayan nacido en sus casas.

En la llamada institucionalización del nacimiento y la aparición formal de la especialidad de la ginecología y obstetricia hubo una transformación de cómo naceríamos; empezando por que los partos serían atendidos por los obstetras, entonces siendo mayoría varones.

No fue sino hasta 1948, dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se dispuso que las etapas de maternidad e infancia debieran tener derecho a cuidados y asistencia especiales. De esta forma, la salud materno-infantil cobró importancia a nivel internacional y generó un progreso con relación a las preocupaciones políticas y económicas que dominaron hace casi 70 años; de hecho, en ese mismo año la Organización Mundial de la Salud en su Constitución estableció el objetivo de promover la salud y asistencia materna e infantil.

La preocupación por hacer valer los derechos de la mujer y del niño se transformó en una estrategia acordada por varias naciones en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto (1994). Se esta-

bleció que en un plazo no mayor de 20 años debería haber una cobertura universal a los servicios de salud reproductiva, con un acceso basado en decisiones y derechos individuales, lo que trajo consigo la participación de otros campos de acción, como las ciencias sociales adicionales a las biológicas, con el fin de intervenir positivamente en la salud de la madre y el niño para lograr un estado de salud óptimo. Esto resultó, en cierto modo, difícil de realizar, sobre todo si se consideran las desigualdades de gran parte de la población latinoamericana, en las mujeres y menores de edad, en especial en lo referente a equidad en salud y género.

Sin duda, hubo una reducción sumamente importante en las complicaciones y muertes tanto de las mamás como de los bebés; esto gracias al advenimiento de mayores conocimientos, el control prenatal, nuevos medicamentos, posibilidades de transfusión sanguínea, antibióticos, equipos de diagnóstico como el ultrasonido y los monitores cardiotocográficos, importantes avances en anestesiología, unidades de cuidados intensivos; así como la posibilidad de hacer con alta seguridad el nacimiento mediante la cesárea.

La obstetricia actual, ha tomado un enfoque muy importante al ver en el embarazo el cuidado dos individuos; Madre y Bebé.

Actualmente también existe un mayor acceso y deseo de conocimiento, capacidad de decisión, actitud proactiva y preparación de ambos padres, así como participación paterna ante el proceso del embarazo y parto.

Los tiempos en que en el proceso del cuidado de madre e hijo era el médico quien tomaba todas las decisiones y estas no eran cuestionables; terminó hace muchos años.

El advenimiento como un derecho del consentimiento informado entendido como un acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los beneficios y riesgos que le pueden ocasionar.

La libre elección “descansa sobre una información comprensible”. La información que brinde el facultativo debe adecuarse a las condiciones culturales y sociales, edad, estado físico; y ser proporcionada de manera inteligible con un mínimo de términos técnicos.

Es un hecho práctico que la firma de un consentimiento por parte del paciente no da total libertad de actuar ni libera a los profesionales de la salud de su responsabilidad del ejercer no solo con la mejor intención, sin con las mejores prácticas probadas en un entorno de respeto, dignidad y no discriminación.

Ahora nuestra comunicación debe ser asertiva, lo que significa abierta, clara, sincera, en el marco del mutuo respeto y la confianza.

Los Médicos tendremos principios básicos:

- La mujer es la protagonista durante el nacimiento.

- Es fundamental respetar los procesos naturales y las decisiones de ambos padres.
- Utilizar medicamentos, monitoreo e intervenciones cuando estén validadas y con indicación precisa que redunde en la salud del binomio Madre - Bebé; y que previamente hay sido entendida y consentida por la Madre.
- En la atención integral se involucra después del nacimiento entre otros aspectos, apego inmediato, alojamiento conjunto y la lactancia materna.
- Se reconoce la autonomía de decisión de cada mujer embarazada pero debe quedar claro que en quienes han puesto su confianza son expertos en la obstetricia.
- Existen protocolos de seguridad clínica y el hecho de no seguirlos implica posibles complicaciones. Todo embarazo y nacimiento conlleva riesgos biológicos inherentes al proceso de reproducción.

Es preciso reflexionar que en Medicina no todo es biología, fisiología, tecnología, modernidad y novedad, sino que es imprescindible considerar sus raíces humanitarias, muy especialmente en el proceso del nacimiento en donde el personal de salud juega un papel fundamental ya que facilita y promueve la facultad de la mujer para el ejercicio libre de sus derechos sexuales y reproductivos.

***La llegada de un humano es un hecho único e irrepentible y es responsabilidad de todos el que se de en las mejores condiciones.***

# DECLARACIÓN DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA SOBRE LA EMERGENCIA POR EL VIRUS DEL ZIKA

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), es una institución científica afiliada a la FIGO, Federación Mundial de Ginecología y Obstetricia con sede en Londres. La FLASOG está constituida por médicos y médicas Gineco-obstetras de todos los países de América Latina y El Caribe, que vela por la salud de las mujeres y tiene un Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos que ha asumido la defensa de los siguientes derechos sexuales y reproductivos de las mujeres latinoamericanas:

- Derecho a una maternidad saludable y segura
- Derecho a una vida sexual libre de violencia
- Derecho a regular libremente su propia fecundidad, que incluye la anticoncepción de emergencia
- Derecho a interrumpir el embarazo por razones establecidas en la ley de cada país
- Derecho a recibir información sobre salud sexual y reproductiva y sobre sus derechos sexuales y reproductivos
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

Nuestro Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, se adhiere a la Declaración de emergencia por el Virus del Zika de la Organización Mundial de la Salud, pero manifiesta gran preocupación ante las declaratorias de varios gobiernos de la región que han aconsejado a las mujeres evitar quedar embarazadas hasta que se comprenda y con-

trole mejor el virus (por ejemplo, Colombia: posponer el embarazo de 6 a 8 meses, El Salvador: posponerlo hasta el año 2018, Jamaica: posponerlo de 6 a 12 meses).

Teniendo en cuenta que en nuestra región más de la mitad de las gestaciones no son deseadas/buscadas y hay un alto índice de violencia/abuso sexual, las recomendaciones de los gobiernos para posponer los embarazos sin ampliar el acceso a la anticoncepción y al aborto seguro no son razonables.

Se estima que en nuestra región más de 20 millones de mujeres tienen demanda insatisfecha en anticoncepción y el 95% de los abortos son inseguros teniendo algunas de las leyes más restrictivas sobre aborto en el mundo.

Las mujeres más pobres y vulnerables de nuestra región tienen más posibilidad de infectarse por las condiciones de inequidad en que viven y es menos probable que tengan acceso a educación sexual, métodos anticonceptivos y servicios de aborto seguro.

Exhortamos a los gobiernos de nuestra región para que esta crisis global sea la oportunidad para reducir la desigualdad en y entre los países (Objetivo 10 de Desarrollo Sostenible), pues sin la eliminación de las desigualdades, no se avanzará en el desarrollo sostenible y para esto se requiere:

- Asegurar que las mujeres y las adolescentes tengan acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos asequibles, incluyendo la anticoncepción de

emergencia, especialmente para aquellas que viven en condiciones de pobreza, en zonas rurales y áreas periurbanas. Solicitar a las mujeres retrasar su embarazo sin proporcionarles las herramientas para hacerlo es inconcebible.

- Ampliar el acceso a servicios de aborto seguro. En una región con una de las legislaciones más restrictivas a nivel global en materia de aborto, las mujeres tienen el derecho de decidir, acorde a las legislaciones de cada país, la interrupción voluntaria del embarazo y cuándo hacerlo. No sólo durante esta crisis de salud pública, sino siempre.
- Implementar campañas de sensibilización para que las mujeres y las jóvenes accedan a información sobre el virus del Zika que les permita prevenir la presencia de la enfermedad y estar conscientes de los riesgos en que incurren si deciden tener hijos/as.

- Mayor apoyo para las mujeres que deciden continuar con su embarazo y para aquellas que pudiesen tener hijos/as nacidos/as con microcefalia.
- Acceso universal a las pruebas para detectar el virus del Zika en etapas tempranas del embarazo y a las tecnologías diagnósticas para la evaluación fetal.
- Liderar una respuesta coordinada al virus del Zika, a través del involucramiento de actores de diferentes sectores, incluyendo a la sociedad civil.

Firmado por:

EDGAR IVÁN ORTÍZ L. MD, MSc  
Presidente de FLASOG

PIO IVÁN GÓMEZ S. MD, MSc  
Coordinador Comité de Derechos Sexuales y  
Reproductivos de FLASOG

# RESULTADOS CONVOCATORIA FLASOG PARA APOYAR INVESTIGACIÓN REGIONAL O LOCAL SOBRE VIOLENCIA

Teniendo en cuenta que La deficiente salud sexual y reproductiva sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil en el ámbito mundial, especialmente de aquellas que viven en países emergentes, como los de nuestra región. Las mujeres sufren las consecuencias de embarazos no deseados, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y otros problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Estos problemas se profundizan por la falta de información y atención adecuada especialmente para la población de adolescentes. Por lo anterior el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG se ha comprometido con la defensa de los derechos de las mujeres, principalmente:

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

- El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Con base en este compromiso y sabiendo que la violencia es un importante problema de salud pública que afecta a gran número de mujeres de la región, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de su plan de acción 2014-2017 incluyó una convocatoria regional para apoyar una investigación en Violencia.

## Objetivo de la Convocatoria:

Apoyar con recursos propios de FLASOG (US 10000) una iniciativa de investigación innovadora en la región de América Latina y El Caribe en el campo de la Violencia contra la mujer.

## Participantes:

Se recibieron 38 propuestas bajo pseudónimo que fueron enviadas a un grupo de expertas(os) de Flasog quienes revisaron y evaluaron las propuestas de manera independiente. Los resultados se tabularon y se seleccionó la propuesta que alcanzó mayor puntaje.

La Propuesta ganadora fue: ***Inicio de las relaciones sexuales en menores de 15 años. ¿Coerción? ¿Decisión?***, recibida bajo el pseudónimo de Grupo Esperanza.

## CONSIDERACIONES SOBRE ZIKA Y EMBARAZO

### COMITÉ DE SALUD MATERNA Y PERINATAL FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA - FECOLSOG

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por el virus Zika es una infección del flavovirus Zika transmitido al humano por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*, vector que se encuentra en regiones por debajo de los 2.200 metros de altura que se reproduce en tanques, floreros, fuentes de agua, pozos, piscinas, vasijas, toneles, latas, bloques para construcción, depósitos de agua para uso doméstico y casi cualquier objeto que pueda retener agua.

Existe incremento progresivo de casos reportados en Sur América desde mayo de 2015, razón por la cual la Organización Panamericana de la Salud ha reportado tres alertas epidemiológicas (Mayo, Noviembre y Diciembre 2015) (1, 6, 10) y dos actualizaciones epidemiológicas (Octubre 2015 y Enero 2016).

El periodo de incubación del virus es de 3 a 12 días, con posterior desarrollo de síntomas no específicos que incluyen fiebre, exantema maculopapular pruriginoso (rash), artralgias, conjuntivitis, astenia y cefalea. Los síntomas menos frecuentes incluyen dolor retro-orbitario, anorexia, vómito, diarrea y dolor abdominal. Se considera que 1 de cada 5 personas infectadas presenta los síntomas y la mayoría de los casos son asintomáticos. El tiempo de duración de la enfermedad es de 4 a 7 días y suelen ser un cuadro clínico auto limitado.

Los criterios diagnósticos para Zika fueron definidos en la actualización epidemiológica de OPS del 16 de octubre de 2015, en población general y en gestantes.

- Diagnóstico clínico por la aparición de uno o más de los síntomas descritos previamente, con el antecedente de haber permanecido en los días previos en un área donde se encuentra el vector (siempre por debajo de los 2200 metros sobre el nivel del mar).

- Diagnóstico clínico diferencial con infecciones virales que causen exantema y fiebre como dengue y chikunguya.
- Diagnóstico de confirmación en un laboratorio de referencia que pueda hacer las siguientes pruebas:
  - Diagnóstico virológico consiste en la identificación del ácido nucleico viral por la prueba de la transcriptasa reversa por la reacción de cadena de la polimerasa (RT-PCR). El ARN del virus se puede encontrar en suero hasta 10 días de inicio de la sintomatología y en orina se encuentra positivo en forma más prolongada. Las muestras en líquido amniótico deben ser utilizadas en situaciones excepcionales o dentro de protocolos de investigación.
  - Diagnóstico serológico, detecta anticuerpos anti IgM específicos para virus Zika por técnica de Elisa o por inmunofluorescencia a partir de los 5 días de iniciados los síntomas. Existen reportes en la literatura médica respecto a la posibilidad de reacciones cruzadas de anticuerpos IgM en individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue y chikunguya). Muestras de saliva u orina recogidas durante los primeros 3 a 5 días desde la aparición de los síntomas, o suero recogido en los primeros 1 a 3 días son apropiados para la detección del virus Zika por estos métodos. Al igual que para el caso del diagnóstico virológico, muestras de líquido amniótico o de tejidos fetales podrían ser de utilidad en proyectos de investigación.

A continuación se presentan las definiciones de caso actuales para la vigilancia de enfermedad por virus Zika en Colombia de acuerdo a los lineamientos del Instituto Nacional de Salud:



**Tabla No. 3. Definiciones de caso, enfermedad por virus Zika, Colombia, 2016**

| TIPO DE CASO                           | CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACION   |
|--|---|
| <b>Caso sospechoso</b>                 | <b>Población a riesgo (neonatos, menores de 1 año, gestantes en cualquier trimestre, personas con 65 años y más y/o con co-morbilidades):</b> persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general; y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm, y/o en países con o sin circulación confirmada de este virus. Estas personas ameritan la toma de muestra de suero en los tiempos establecidos para confirmación o descarte por laboratorio del virus Zika sin excepción. |
|  | <b>Población general procedente del extranjero:</b> persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, artralgias o mialgias y cefalea o malestar general y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm, y/o en países con o sin circulación confirmada de este virus. Estas personas ameritan la toma de muestra de suero para confirmación por laboratorio del virus Zika sin excepción.   |
|  | <b>Población general procedente de municipios sin transmisión de ZIKV confirmada:</b> persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, prurito, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general, y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm. Se tomaran muestras para confirmación diagnóstica según cálculo de muestra en áreas sin confirmación de circulación viral.  |
| <b>Caso confirmado por clínica</b>     | <b>Población general y población a riesgo (neonatos, menores de 1 año, gestantes en cualquier trimestre, personas con 65 años y más y/o con co-morbilidades) procedente de municipios con transmisión de ZIKV confirmada:</b> Persona que haya estado en los últimos 15 días antes del inicio de síntomas en lugares a menos de 2200 msnm, con confirmación de circulación autóctona del virus Zika, y que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, prurito, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general.                   |
| <b>Caso confirmado por laboratorio</b> | Caso sospechoso con resultado positivo para ZIKV mediante RT-PCR ZIKV, realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia de Virología de la Red Nacional de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud, o centros colaboradores designados por el INS (ver algoritmo diagnóstico).   |
| <b>Caso descartado</b>                 | Caso sospechoso al que se le tomó muestra para laboratorio dentro de los tiempos establecidos para la detección del virus, y presentó resultados negativos para ZIKV (ver algoritmo diagnóstico).   |

**Tabla No. 4. Definiciones de caso, muerte asociada a enfermedad por virus Zika, Colombia, 2016**

| TIPO DE CASO                     | CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACION   |
|----------------------------------|---|
| <b>Caso sospechoso de muerte</b> | Toda persona que fallece y cumple con alguna de las definiciones de caso de enfermedad por ZIKV (caso sospechoso, caso confirmado por clínica o caso confirmado por laboratorio). Este caso <b>amerita obligatoriamente</b> la toma de muestra de tejidos para estudios histopatológicos y virológicos.   |
| <b>Caso confirmado</b>           | Caso sospechoso de muerte a quien por métodos de laboratorio se le confirma la presencia del ZIKV o hallazgos histopatológicos compatibles con lesiones por <i>Arbovirus</i> , y que mediante la realización de una unidad de análisis por el nivel Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social e INS) con la participación del nivel territorial, se concluye que la enfermedad por ZIKV fue la causa básica de la muerte.   |
| <b>Caso descartado</b>           | Caso sospechoso de muerte a quien por métodos de laboratorio se le descarta la presencia del virus y/o hallazgos histopatológicos compatibles con la infección por el virus, y que mediante la realización de una unidad de análisis por el nivel Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social e INS) con la participación del nivel territorial, se concluye que el ZIKV no fue la causa básica de la muerte. Este caso deberá ser ajustado en el SIVIGILA como clasificación final descartado. |

## PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN EL EMBARAZO

- Evitar la exposición es la mejor estrategia de prevención. Gestantes que viven a más de 2.200 metros de altura deben evitar viajar a regiones por debajo de esta elevación.
- Gestantes que viven a menos de 2.200 metros deben tener las siguientes precauciones
  - Utilizar ropa con manga y pantalones largos.
  - Eliminar los criaderos de mosquitos en casa. En aquellos casos en los cuales se requiera mantener depósitos de agua, se recomienda lavar las superficies al menos cada 5 días.
  - Uso tópico de repelentes que contengan DEET (N-Dietil-meta-toluamida), picaridin o IR3535 .
  - Asistir tempranamente al control prenatal y ante la presentación de síntomas acudir de inmediato al médico.

## Manejo de paciente con infección en el embarazo

- Diagnóstico
- Los lineamientos del Instituto Nacional de Salud para el Diagnóstico por laboratorio de enfermedad por ZIKV en gestantes en Colombia determinan en la Circular Conjunta MSPS-INS No. 061 de diciembre de 2105 lo siguiente:
- Que se debe realizar envío de muestra de suero de todas las gestantes notificadas con sospecha de enfermedad por ZIKV al Laboratorio Nacional de Referencia de Virología del INS (a través de los Laboratorios Departamentales de Salud Pública -LDSP-), independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad clínica. Aquellas muestras de suero que cumplan con las características para procesamiento de aislamiento viral (numeral 3.1.1 Recolección) se les realizará PCR-RT para detección de ZIKV.
- Las muestra de suero que no cumpla con las condiciones para aislamiento viral, serán custodiadas en una seroteca administrada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS, lo anterior para garantizar el diagnóstico diferencial con otros eventos de interés en salud pública cuando se requiera, las causas de no procesamiento de las muestras serán informadas a la IPS por parte de los LDSP.
- Los resultados de laboratorio de las muestras que cumplan con las condiciones para procesamiento y aislamiento viral, serán entregados a las IPS y a las coordinaciones de vigilancia de las entidades territo-

riales a través de los LDSP, esto para conocimiento de las pacientes y sus médicos tratantes y para realizar la clasificación final del caso.

- La toma de muestra de líquido amniótico está indicada para garantizar el diagnóstico por laboratorio de la enfermedad por ZIKV (dada la persistencia del virus en líquido amniótico hasta por 60 días posterior a la primo-infección). La realización de este procedimiento es decisión del médico especialista tratante y se tomará de acuerdo a las condiciones clínicas de la gestante y de evolución del embarazo.

## Manejo médico

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser autolimitada, habitualmente no requerirá tratamiento. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika y el manejo es paliativo y enfocado al control de los síntomas.

- Debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género Aedes, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de toldillos que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos.
- Disminuir la fiebre de la gestante con medios físicos (pañuelos húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). El acetaminofén o paracetamol es el medicamento de primera línea para el manejo. La dosis recomendada 500 mg vía oral cada 6 u 8 horas sin sobrepasar los 4000 mg por día ya que puede asociarse con daño hepático.
- El manejo de la cefalea puede realizarse con acetaminofén en las dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre.
- No usar aspirina ni AINES por sus efectos en caso que la infección sea por dengue o chikungunya.
- Mantener la hidratación con ingesta abundante de líquidos.

## Evaluación fetal

- Las guías de atención integral para el embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud recomiendan la evaluación anatómica fetal entre las 18 y 24 semanas de gestación. Los hallazgos que con mayor frecuencia han sido asociados a la infección por virus Zika son la microcefalia y las calcificaciones intracraneales, las cuales se pueden detectar en este tipo de ecografía de rutina.
- Los hallazgos anormales en ecografías hechas a mujeres que recientemente hayan viajado a un área con

transmisión del virus del Zika pueden proveer una oportunidad para identificar hallazgos que concuerden con una infección fetal por el virus del Zika y ofrecer a las mujeres embarazadas la opción de hacer una amniocentesis para detectar el ARN del virus del Zika. Además, una ecografía normal puede proporcionarles tranquilidad a las mujeres embarazadas que hayan viajado a un área de transmisión del virus del Zika y que estén preocupadas acerca de la microcefalia fetal.

- Se desconoce la gama total de hallazgos ultrasonográficos que podrían estar asociados a la infección por el virus del Zika durante el embarazo.
- Si una mujer embarazada tiene síntomas que sugieran la posibilidad de enfermedad por el virus del Zika o dentro de las 2 semanas posterior a la probable exposición, debe recibir atención médica. Aquellas pacientes con casos de sospecha o casos confirmados, se recomienda la evaluación mediante ecografía cada 3 o 4 semanas. No se sabe cuál es el momento óptimo para hacer una ecografía de detección de microcefalia fetal y de otras anomalías neurológicas las cuales se han descrito durante el segundo y tercer trimestre.
- Se les debe ofrecer una amniocentesis a las mujeres embarazadas que hayan viajado recientemente a un área con transmisión del virus del Zika y que hayan tenido un resultado positivo en una prueba de suero materno. También se debe considerar la amniocentesis para las mujeres embarazadas que hayan viajado recientemente a un área con transmisión del virus del Zika y cuyas ecografías muestren hallazgos de microcefalia o calcificaciones intracraneales en el feto. Se debe considerar hacer una consulta con un especialista en medicina materno-fetal en estos casos.
- Un resultado positivo en la prueba RT-PCR en líquido amniótico podría sugerir una infección intrauterina y ser potencialmente útil en la orientación de las gestantes respecto a las decisiones acerca del momento del parto y el nivel de cuidados neonatales.

## Otras recomendaciones

- Con referencia a la recomendación de posponer el embarazo, la OPS considera: "Conscientes que la decisión sobre el momento oportuno para asumir una gestación es un derecho individual, y que además, no se tiene conocimiento de cuánto tiempo podrían durar los brotes de Zika, la Organización Panamericana de la Salud insiste en que se debe informar a las mujeres sobre las medidas de protección personal y los eventuales riesgos a los que se exponen"
- En cuanto a la posibilidad de solicitud de interrupción del embarazo en Colombia, debe estar amparado en la sentencia C355 de 2006 de la corte constitucional: "...no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad

de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: **(i)** Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; **(ii)** Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, **(iii)** Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto...

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=&gid=30076&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=&gid=30076&lang=es)
2. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas, 1° de diciembre de 2015 [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32404&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32404&lang=es)
3. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil, 17 de noviembre de 2015. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32286&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32286&lang=es)
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Infección por virus Zika 16 de octubre de 2015 [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32023&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32023&lang=es)
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. 17 de enero de 2016 [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=32876&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32876&lang=es)
6. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de virus Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio. 29 de Junio de 2015. [http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=&gid=30177&lang=es](http://www2.paho.org/Hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=30177&lang=es)
7. Miller MW, Church CC Arrhenius thermodynamics and birth defects: chemical teratogen synergy. Untested, testable, and projected relevance. Birth Defects Res C Embryo Today. 2013 Mar;99(1):50- 60. doi: 10.1002/bdrc.21025

8. World Health Organization, Western Pacific region. [http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs\\_05182015\\_zika/en/](http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_05182015_zika/en/)
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – 24 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-microcephaly-Brazilrapid-risk-assessment-Nov-2015.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577)
11. Specific Zika virus information is available at: American College of Obstetricians and Gynecologists. Zika virus updates. Available at: <http://immunizationforwomen.org/providers/Zika-Virus-Updates>. Retrieved January 20, 2016.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Recognizing, managing, and reporting Zika virus infections in travelers returning from Central America, South America, the Caribbean, and Mexico. CDC Health Advisory. Atlanta (GA): CDC; 2016. Available at: <http://emergency.cdc.gov/han/han00385.asp>. Retrieved January 20, 2016.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Updated diagnostic testing for Zika, chikungunya, and dengue viruses in US Public Health Laboratories. Memorandum. Atlanta (GA): CDC; 2016. Available at: <http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrels/r011916.pdf#search=zika>. Retrieved January 20, 2016.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Effects of disasters on pregnant women: environmental exposures. Available at: <http://www.cdc.gov/ncbddd/disasters/environmental.html>. Retrieved January 20, 2016.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Insect repellent use and safety. Available at: <http://www.cdc.gov/westnile/faq/repellent.html>. Retrieved January 20, 2016.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Travel health notices. Available at: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices>. Retrieved January 20, 2016.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Zika virus. Available at: <http://www.cdc.gov/zika>. Retrieved January 20, 2016.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Zika virus: transmission. Available at: <http://www.cdc.gov/zika/transmission/index.html>. Retrieved January 20, 2016.
19. Nasci RS, Wirtz RA, Brogdon WG. Protection against mosquitoes, ticks, and other arthropods. In: Centers for Disease Control and Prevention. CDC health information for international travel 2016. New York (NY): Oxford University Press; 2016. Available at: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/the-pre-travel-consultation/protection>
20. Petersen EE, Staples JE, Meaney-Delman D, Fischer M, Ellington SR, Callaghan WM, et al. Interim guidelines for pregnant women during a Zika virus outbreak - United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65(Early Release):1-4. Available at: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6502e1er.pdf>. Retrieved January 20, 2016.

# Cirugía Mínimamente Invasiva y Seguridad para Latinoamérica

Jimmy Castañeda, MD, FACOG

Coordinador Comité Cirugía Mínimamente Invasiva FLASOG

Durante las últimas cuatro décadas, el enfoque de la cirugía y los tratamientos quirúrgicos ha venido cambiando de manera vertiginosa. El progreso inicial se encaminó al desarrollo de nuevos conceptos en las técnicas y a nuevo instrumental, cada vez más pequeño y versátil. Además de esto, en la última década, se han sumado, a este desarrollo, los conceptos de seguridad quirúrgica.

La Cirugía Mínimamente Invasiva (CMI), en inglés Minimally Invasive Surgery (MIS), es el término que enmarca el desarrollo en técnicas e instrumental, donde el enfoque va encaminado a la utilización de pequeñas incisiones para desarrollar los procedimientos, al igual que realizar cirugías por orificios naturales, que, en el caso nuestro, corresponde a la vagina.

En este sentido, hoy en día la Laparoscopia, la Histeroscopia y la vagina, son las vías de acceso preferenciales al momento de decidir un procedimiento quirúrgico. Esta preferencia está basada en la evidencia numerosa y contundente respecto a las ventajas de estas vías: menor mortalidad y morbilidad, menor estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, menor sangrado intraquirúrgico, menor tiempo para incorporarse a la actividad productiva, y hoy ya es claro que la posibilidad de complicaciones es menor, de manera general, comparado con la tradicional vía abdominal.

De esta manera, hoy es poco aceptado, realizar procedimientos quirúrgicos por vía abierta (abdominal), para patologías como la endometriosis, por dar un ejemplo.

Es por esto que ya hay Declaraciones de Sociedades Científicas de alta credibilidad como son el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide (AAGL), para que la vía abdominal abierta sea la última opción luego de la vaginal y la laparoscópica, para realizar uno de los procedimientos ginecológicos de mayor prevalencia en el mundo, como es la Histerectomía.

Sin embargo, la realidad de nuestra región, donde las barreras a la Capacitación en el postgrado y posteriormente, los costos iniciales de inversión en equipos -donde el inmediatez en las soluciones predomina-, y el acceso a la salud, especialmente en poblaciones rurales y dispersas, hacen que las ventajas de la CMI no sean ofrecidas a la mayoría de las mujeres que en ella habitan.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), comienza a utilizar estrategias para sensibilizar respecto a la importancia de mejorar la seguridad del paciente, por lo que se lanza la Alianza para la Seguridad del Paciente (Resolución 55-18). La evidencia es contundente en mostrar, el riesgo para la población al acceder a los servicios de salud, donde gran parte de éste resulta prevenible con la implementación de acciones de seguridad.

En una segunda fase, específica para los servicios quirúrgicos, en el año 2009 la OMS lanza la estrategia: **“La cirugía Segura salva vidas”**. Según la OMS, se realizan cerca de 234 millones de Cirugías mayores por año en el mundo, aproximadamente, 1 por cada 25 habitantes del mundo. La tendencia es al aumento, no solo por el desarrollo demográfico, sino porque las condiciones que generan estos procedimientos, se vuelven cada vez más prevalentes, como son la mayor expectativa de sobrevivida, las lesiones traumáticas y las neoplásicas.

Características derivadas de los estudios, muestran lo siguiente:

- Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias
- La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5–5%
- En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica
- Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después
- El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos

Entonces, desarrollar estrategias de Seguridad en Cirugía, donde el inicio es la aplicación efectiva de la lista de Chequeo, resulta trascendental para cumplir el principal objetivo que es disminuir

el 50% de las complicaciones quirúrgicas, mediante prevención.

Resulta un acierto del Comité Directivo de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, FLASOG, atender a la solicitud realizada por un grupo de Ginecólogos preocupados por esta situación, y aceptar la conformación del Comité de Cirugía Mínimamente Invasiva en el año 2014, y la posterior ratificación y apoyo decidido por parte del Comité Directivo actual, dirigido por el Dr. Edgar Iván Ortiz.

De esta manera el Comité, ha venido trabajando en estrategias encaminadas a disminuir los dos problemas esenciales

- La implementación de la Cirugía Mínimamente Invasiva en la práctica usual de la especialidad
- La implementación de estrategias de seguridad quirúrgica en los servicios de salud de la región

El Comité considera que la Educación continuada y la capacitación del recurso humano, son los factores más importantes para llegar a cumplir estos objetivos, y para esto, la participación de las Sociedades Científicas de la región, especialmente las afiliadas a FLASOG, resulta trascendental.

El Comité, como los demás de la FLASOG, está conformado para permitir la interrelación con las sociedades, de la siguiente manera:

- Jimmy Castañeda (Colombia) – Coordinador General
- Jorge Sarrouf (Argentina) – Coordinador Región Cono sur

- Guillermo Campuzano (Ecuador) – Coordinador Región Andina
- Miguel Cáceres (Panamá)– Coordinador Centroamérica
- Milciades Albert (República Dominicana) – Coordinador México y Caribe

El permitir que las mujeres de nuestra región tengan oportunidades y acceso a la Cirugía Mínimamente Invasiva y a estrategias de seguridad quirúrgicas efectivas, resulta ser un **Derecho Sexual y Reproductivo**, tan válido, y tal vez más impactante que otros en los que se viene trabajando de manera incesante y con mayores recursos, por parte de la Organizaciones que lideran los derechos de la mujer.

## Referencias:

1. Programa de Seguridad Segura OMS <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/> -
2. AAGL position statement: rote of hysterectomy to treat benign uterine disease. J Minim Invasive Gynecol 2011; 18 (1): 1 – 3
3. ACOG Comitte opinion Number 444 – November 2009 (reaffirmed 2011): Choosing route of hysterec-tomy for benign disease. Obstet Gynecol 2009; 114: 1156 - 8

## LA GEOGRAFIA DEL DESEO

Dr. Carlos Pol Bravo

Medico Psiquiatra U. de Barcelona – España.  
Magister en Sexología. U. de Valencia. – España

*“Recorreremos valles y montañas, para llegar a la cumbre y mirar el sol con deseo”.*

Es increíble ver como los humanos en gran parte, desconocemos la geografía de nuestros cuerpos, la cual según los derechos sexuales humanos debería ser motivo de preocupación y educación en la cultura de los pueblos.

La Piel, órgano sensual y sexual más grande y extenso del ser humano, al estar formado por zonas altamente sensitivas a causa de la presión, calor y roce y sus terminaciones nerviosas reaccionando a cualquier estímulo táctil.

En ambos sexos la receptividad es óptima, pero ante factores principalmente transculturales y equivocada información impuesta especialmente en la mujer; se ponen barreras para su receptividad y estimulación, impidiendo así una gratificación necesaria.

Estas principales zonas están ubicadas en la piel y solo en la piel.

Algunas como mitos conocidos, en ocasiones no responden tan adecuadamente, pues no olvidemos que cada persona tiene un universo en su sexualidad. Me refiero en concreto a los pechos, y pezones en la mujer; y en los genitales en ambos sexos. Ya que hay otros lugares misteriosos y desconocidos que mucha gente no valora suficientemente:

El rostro, las cejas, las mejillas, la propia frente y el área alrededor de la boca, que guarda una relación directa con los órganos genitales.

El tronco, los hombros, los costados y las propias nalgas, lugar más sensible a la caricia y la presión de lo que bastante gente

supone, por ser zona muy “castigada” especialmente en quienes vivimos más sentados que de pie.

Hay otros lugares que además de para dormirse, pueden despertar la sexualidad; como el cuero cabelludo, el cuello y los muslos, especialmente en la parte interna de los mismos.

Por eso una vez más la transculturalidad negativa sobre todo en América Latina y una vez más por el machismo, castigan ese concepto de explorar la geografía de nuestros “cueros”; la Geografía del Deseo.

Genital o genitalísimo. Acariciar estas zonas de forma rápida, habitual para llegar al placer, usando una vez más mi expresión de pereza sexual, es una manera pobre de rebajar el juego erótico casi hasta el desprecio.

Por contra en la edad madura y concretamente en el tema que nos trae, es importante saber que el centrarse más en caricias genitales, permite una mayor excitación en ambos sexos, que unido al deseo, potencia la relación de esa pareja, ya que con los años como las modas ha de cambiarse el recorrido de esa geografía en nuestros cuerpos.

Y no es ir cuesta arriba o cuesta abajo, es en la edad, caminar y disfrutarlo lento

No es bueno que la geografía del deseo no sea recorrida ampliamente por nuestros ojos, nuestras manos, nuestra imaginación, o nuestro sentimiento

## Próximos Eventos Académicos

- 1er Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico 3 al 5 de marzo de 2016. Bogotá, Colombia
- Congreso Ginefiv. Temas Actuales en Reproduccion Asistida del 10 al 11 de marzo de 2016, Madrid, España
- Immunohematology and pregnancy del 11 al 13 de marzo de 2016. Barcelona, España
- XXIII World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility 21 al 23 de marzo de 2016. Melbourne, Australia
- 23rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility del 21 al 23 de marzo de 2016. Melbourne, Australia
- El poder de la Medicina Regenerativa del 14 al 17 de abril de 2016. Quintana Roo, México
- XXXIII Jornades Citològiques Catalanes 20 de abril de 2016. Barcelona, España
- 14th Congress - 2nd Global Conference of the European Society of Contraception and Reproductive Health. 4 al 7 de mayo de 2016. Basilea, Suiza
- 19th SIS World Congress on Breast Healthcare 5 al 8 de mayo de 2016. Varsovia, Polonia
- XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad. 6º Congreso Nacional de Enfermería de la Reproducción. 19 al 21 de mayo de 2016. Málaga, España
- XXX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. 25 al 28 de mayo de 2016. Cali, Colombia
- 32nd Annual Meeting ESHRE 2016. 3 al 6 de julio de 2016. Helsinki, Finlandia
- VI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología para Medicina General 29 al 31 de julio de 2016. Medellín, Colombia
- III Simposio Nacional de Obstetricia y Ginecología para Enfermería 23 y 24 de septiembre de 2016, Bogotá, Colombia
- XVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 4 al 7 de octubre de 2016. La Habana, Cuba
- XIII Congreso Internacional de Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva 22 al 24 de Febrero de 2017. Cartagena, Colombia



# Nuevos Libros

## INVESTIGACION SOBRE ABORTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Compiladora: **Silvina Ramos**



Esta publicación es un estado del arte que reúne el conocimiento disponible, producido en América Latina en el período 2009 a 2014. Aborda diversos aspectos de los temas más relevantes de la investigación sobre aborto inducido, desde una revisión crítica de resultados y metodologías, que apunta a identificar tendencias y resultados notables en cada temática, así como a reseñar sugerencias que podrían fortalecer el enfoque o el abordaje del tema, a identificar los vacíos o las lagunas de conocimiento en cada temática y, sobre todo, a ofrecer insumos para la elaboración de una agenda de investigación en la región, la cual oriente el trabajo de la comunidad de investigadores/as y activistas y responda a la demanda de producción de información confiable basada en evidencias, lo cual fortalecerá acciones de incidencia informada.

## SUJETO MUJER

Por: **Anna Arnaiz Kompanietz**



Este libro es el primero de una serie de libros que versarán sobre la mujer, sujeto existente, sexuado y sexual, corpóreo y real. Trataremos de comprender lo que somos y buscaremos nuevas significaciones de ser mujeres, tarea sustancial y trascendente, puesto que los significados ordenan nuestro mundo simbólico, aportan sentido y demarcan nuestra experiencia de vivir; nuevas significaciones que nos permitan caminar más libres y plenas por la vida, con el orgullo de ser mujeres. La posibilidad de elegir y de trascender lo dado está en nosotras. Podemos construir un orden de cosas diferente desde la reflexión y el cuestionamiento, un orden más justo y digno humanamente. ¿Qué pasaría si las mujeres no consintiéramos la insolidaridad con nosotras en la existencia cotidiana ni las muestras de falta de respeto por parte de otros? ¿Qué pasaría si dejáramos de colaborar en nuestra sostenida reducción como sujetos existentes? Construirnos como sujetos mujeres es el gran tema de la libertad de ser. Para ser sujetos en igualdad de valor tenemos que cambiar también nosotras, cambiar comprendiéndonos, respetándonos, aceptándonos en nuestra real y palpante condición sexuada y sexual. La consciencia es un poderoso resorte para la transformación en el existir carnal. La consciencia de ser mujer se entrelaza con la consciencia de una libertad existente. ¡Transformemos nuestra realidad transformándonos a nosotras mismas como sujetos existentes! Anna Arnaiz Kompanietz es médica y sexóloga. Cursó sus estudios de Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid y trabaja como médica de la Atención Primaria. Los estudios de Sexología los realizó en el Instituto de Ciencias Sexológicas, obteniendo el título de Experta en Sexología por la Universidad de Alcalá de Henares en el año 2001. Es autora de la trilogía “El Ser Humano Sexual”, publicada por la Editorial Biblioteca Nueva, en 2010-2011.

Portada: “Mujer reinventando el mundo”, técnica mixta de la médica y pintora, María Luisa González Gutiérrez.

# Cursos en línea y Posgrados

## PROGRAMAS Y CURSOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL



**SAGIJ**  
Sociedad Argentina de  
Ginecología Infanto Juvenil

Miembro integrante de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ)

Miembro integrante de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (ALOGIA)

Miembro integrante de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO)

### CURSO DE ESPECIALIZACIÓN ONLINE EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL - NIVEL I

Curso Universitario.

Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Director: Prof. Dr. José María Mendez Ribas

Coordinadora: Lic. Hilda Santos

Secretaria: Dra. Miriam Salvo

Dinámica: A distancia - Modalidad e-learning-Teórico-Práctico de 200 hs con Evaluación Final *El curso es teórico y con discusión de casos clínicos*

Dirigido a: Médicos Tocoginecólogos, Generalistas, Pediatras, Obstétricas, etc.

Siete módulos que abarcan los principales temas de la Ginecología Infanto Juvenil



RE LANZAMIENTO !!!!!!!!!!!

### CURSO DE ESPECIALIZACIÓN ONLINE EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL - NIVEL II

Curso Universitario.

Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Dinámica: A distancia - Modalidad e-learning-Teórico-Práctico

de 200 hs con Evaluación Final *El curso es teórico y con discusión de casos clínicos*

Dirigido a: Médicos Tocoginecólogos, Generalistas, Pediatras, Obstétricas, etc.

Siete módulos que abarcan los principales temas de la Ginecología Infanto Juvenil



### PROGRAMA DE FORMACIÓN EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL. Avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata.

Director Científico: Prof. Dr. José María Mendez Ribas

Directora: Dra. Gabriela Kosoy

Coordinadora: Dra. Lucía Katabian

Secretaria: Dra. Marisa Labovsky

Dinámica: Presencial - Anual - Curso Integral Intensivo Teórico Práctico  
Duración 1 año lectivo.

Rotación por los siguientes hospitales:

- Programa de Adolescencia - Hospital de Clínicas.
- Sección Adolescencia - Hospital Rivadavia
- Servicio de Obstetricia - Hospital Nacional Posadas
- Servicio de Cirugía General - Hospital Pediátrico Juan Garrahan
- Sección Ginecología - Hospital de Pediatría Pedro Elizalde
- División Endocrinología Infantil - Hospital de Pediatría Pedro Elizalde
- Servicio Adolescencia - Hospital Cosme Argerich
- Sector Ginecología de la División de Endocrinología Infantil Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
- Servicio de Cirugía - Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
- Unidad de Endocrinología Infantil - Hospital Teodoro Alvarez

Dirigido a: Médicos Tocoginecólogos, Pediatras, Clínicos Generalistas y de Atención Primaria.

Con la aprobación el profesional queda Certificado como Ginecólogo Infanto Juvenil o Pediatra con orientación en Ginecología Infanto Juvenil



Informes e Inscripción: SAGIJ Tel: (54) 11-4-373-2002 - [sagij@sagij.org.ar](mailto:sagij@sagij.org.ar) - [www.sagij.org.ar](http://www.sagij.org.ar)

**Dinámica:** Presencial – Anual -Curso Integral Intensivo Teórico Práctico – Duración 1 año lectivo.

**Rotación por los siguientes hospitales:**

Programa de Adolescencia - Hospital de Clínicas.

Sección Adolescencia – Hospital Rivadavia

Servicio de Obstetricia- Hospital Nacional Posadas

Servicio de Cirugía General- Hospital Pediátrico Juan Garrahan

Sección Ginecología- Hospital de Pediatría Pedro Elizalde

División Endocrinología Infantil - Hospital de Pediatría Pedro Elizalde

Servicio Adolescencia- Hospital Cosme Argerich

Sector Ginecología de la División de Endocrinología Infantil – Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Servicio de Cirugía- Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

Unidad de Endocrinología Infantil –Hospital Teodoro Alvarez

**Dirigido a:** Médicos(as) Tocoginecólogos(as), Pediatras, Clínicos(as) Generalistas y de Atención Primaria.

**Con la aprobación se certificará como Ginecólogo(a) Infante Juvenil o Pediatra con orientación en Ginecología Infante Juvenil**

**Informes e Inscripción:**

**SAGIJ Tel: (54) 11-4-373-2002 - [sagij@sagij.org.ar](mailto:sagij@sagij.org.ar)  
[www.sagij.org.ar](http://www.sagij.org.ar)**

# Resúmenes de artículos

## Efecto de la inserción inmediata de implantes de etonogestrel comparada con inserción diferida sobre la eficacia del Aborto con medicamentos y la repetición del embarazo: Ensayo clínico controlado

### Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial

Raymond, Elizabeth G. MD, MPH; Weaver, Mark A. PhD; Tan, Yi-Ling MPH; Louie, Karmen S.; Bousiéguéz, Manuel MBA; Lugo-Hernández, Elba M. MD; Aranguré-Peraza, Ana Gabriela MD; Sanhueza, Patricio MD; Kaplan, Clair MSN, APRN; Sonalkar, Sarita MD, MPH; Goldberg, Alisa B. MD, MPH; Culwell, Kelly R. MD, MPH; Memmel, Lisa MD, MS; Jamshidi, Roxanne MD, MPH; Winikoff, Beverly MD, MPH. *Obstetrics & Gynecology*: February 2016 - Volume 127 - Issue 2 - p 306–312

**OBJETIVOS:** Evaluar el efecto de la inserción de los implantes de etonogestrel postaborto con mifepristona de manera inmediata o inserción diferida, comparando en ambos grupos el riesgo de fracaso del aborto con medicamentos y repetición del embarazo durante los siguientes 6 meses.

**MÉTODOS:** Se trata de un ensayo clínico controlado en el que se asignaron aleatoriamente las pacientes a quienes se les practicó un aborto médico para recibir implantes de etonogestrel, ya fuera con mifepristona (grupo de inicio rápido) o después del aborto (grupo diferido). Se hizo seguimiento durante 7 meses

para determinar el resultado del aborto, embarazos y el uso de anticonceptivos.

**RESULTADOS:** Entre septiembre de 2013 y agosto de 2014, se incluyeron 236 participantes en el grupo de inicio rápido y 240 en el grupo diferido. Para examinar el fracaso del aborto, se realizó un análisis de no inferioridad del cual se excluyeron nueve participantes en las que faltaban los datos del resultado y cuatro con violaciones específicas del protocolo. Del resto, 9 de 229 (3,9%) y 9 de 234 (3,8%) en los grupos de inicio rápido y diferido respectivamente, fue necesario completar el aborto quirúrgicamente; diferencia de 0,08% (IC 90%: -3,1% - 3,3%) excluido el margen no inferioridad pre estipulado de 5 puntos porcentuales. Entre las participantes con seguimiento del embarazo a 6 meses, 1 de 213 (0,5%) y 3 de 208 (1,4%) en los grupos de inicio rápido y diferido respectivamente, quedaron embarazadas dentro de ese tiempo; las tasas de embarazo de 6 meses no difirieron significativamente según los grupos (prueba exacta de log-rank,  $p = .28$ ). Al inicio del estudio, más participantes en el grupo de inicio rápido se mostraron significativamente más satisfechas que en el grupo diferido con sus asignaciones de grupo (187/236 [79%] en comparación con 129/240 [54%], respectivamente;  $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIÓN:** La inserción de implantes de etonogestrel con mifepristona no aumenta apreciablemente el riesgo de falla del aborto médico y mejora la satisfacción de las pacientes, pero no se encontró evidencia sobre la disminución de las tasas de embarazo a repetición.

#### REGISTRO DE ENSAYOS CLINICOS (CLINICAL TRIAL REGISTRATION):

ClinicalTrials.gov, [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), NCT01902485.



#### 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](http://www.flasog.org)