



BOLETÍN

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

ÍNDICE

Editorial	1
Interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: Vulnerabilidades y Posibilidades	
Kristina M. Graff, MPA	
Artículo Central	8
Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud	
Dr. Antonio Peralta Sánchez	
Artículo	11
Modelo Nuevo León, México de atención integral de la violencia sexual reciente a mujeres adultas	
Vázquez Alemán MD, Ortiz Mariscal JD, Treviño Gutiérrez E., Flores Cavazos MG., Chávez Briones L.	
Actividades destacadas en la región	13
Reunión: Análisis y evolución de la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay y en la región	
Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe	13
Primer día mundial de la vasectomía	14
Próximos Eventos Académicos	15
Actividades Regionales y de Apoyo a los países desde la Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos	15
Tips sobre artículos	17
Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)	

“La única posibilidad de descubrir los límites de lo posible es aventurarse un poco más allá de ellos, hacia lo imposible”

ARTHUR C. CLARKE

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

Interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: Vulnerabilidades y Posibilidades

Kristina M. Graff, MPA

Director of Global Health Programs

Princeton University

kgraff@princeton.edu

El aborto inseguro es un serio problema para Latinoamérica y El Caribe y es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna.

© 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



istockphoto®/endpaper



DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távora, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes



Puede ser muy peligroso porque muchas veces se ofrece por personal no capacitado, en condiciones no seguras o sin los protocolos apropiados.

La Región en general tiene leyes muy restrictivas sobre el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE), cuando se compara con otras partes del mundo; sin embargo, hay una gran variabilidad en las excepciones para interrumpir el aborto legalmente.

Los datos actuales de la práctica de aborto inducido en varios países de todo el mundo, junto con la evidencia en literatura en salud pública, muestra que la restricciones en ILE no se asocian con un nivel más bajo de abortos inducidos en los países que la prohíben. La tasa de aborto inducido en Latinoamérica y El Caribe se compara con la tasa en los Estados Unidos, donde se puede acceder legalmente al procedimiento.

La Ciudad de México presenta un caso interesante como ejemplo de la legalización de ILE, y de los efectos y resultados de este cambio importante. Parece que hay mucho de la nueva ley que anda bien, pero persisten algunos problemas – especialmente en las clínicas privadas donde es más difícil monitorear y regular la calidad de servicios y los protocolos que se usan, y en los efectos a largo plazo cuando el aborto legal sólo se ofrece en un estado del país.

Además, la respuesta a la ley en los otros estados de México recuerda mucho al caso de los EEUU hace cuarenta años. Vale la pena tener en cuenta en México algunas lecciones de la experiencia americana en la legalización del aborto para evitar algunos problemas paralelos.

SITUACIÓN CORRIENTE

En 2007 el gobierno de la Ciudad de México creó una ley que permitió ILE durante las primeras 12 semanas de gestación. Para las residentes de la Ciudad sin seguridad social, el procedimiento se ofrece gratis en clínicas y hospitales del Ministerio de Salud. Para otras mujeres en busca del servicio – incluyendo las que viven en otros estados – ILE se puede obtener cuando pagan una cuota de recuperación.

EL NO OFRECER UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE LARGO PLAZO Y EL NO EXPLICAR LAS OPCIONES PARA CASOS DE UNA EMERGENCIA PUEDE RESULTAR EN LA REPETICIÓN DE UN EMBARAZO NO DESEADO EN LAS USUARIAS QUE YA OBTUVIERON ILE, LO CUAL SEÑALARÍA UN FRACASO DEL PROGRAMA

Las evaluaciones preliminares sobre el programa público de ILE han sido mayoritariamente positivas: las usuarias reportan estar satisfechas con el servicio que recibieron, y los reportes no encuentran problemas sistemáticos en la implementación, con algunas excepciones particulares. Por ejemplo, un estudio de Becker y cols (2013) realizado en tres sitios de servicio público en la Ciudad de México, indica que casi al 20% de las usuarias no se le ofreció un método anticonceptivo en su visita, y casi 75% no recibieron consejería o información sobre anticoncepción de emergencia. El no ofrecer un método anticonceptivo de largo plazo y el no explicar las opciones para casos de una emergencia puede resultar en la repetición de un embarazo no deseado en las usuarias que ya obtuvieron ILE, lo cual señalaría un fracaso del programa.

Aunque la evaluación de los servicios públicos demuestra una situación positiva, no se sabe tanto sobre la calidad de servicios en el sector privado. Es posible y más eficiente hacer un esfuerzo sistemático y un programa integral para capacitar al personal en el sector público. Las evaluaciones sobre el programa público enfatizan en el papel de organizaciones de salud sexual y reproductiva en la capacitación al personal que provee ILE. En cambio, es difícil implementar algo semejante con el sector privado, que ofrece servicios con menos regulación y que tiene acceso más limitado a capacitación institucional. En clínicas del sector privado, cada médico puede escoger cuándo buscar capacitación para los protocolos más apropiados y corrientes.

Claro que hay varios proveedores que trabajan en el sector público y el privado también, de tal forma que pueden usar la capacitación obtenida en el sector público para su trabajo en la clínica privada. Pero el servicio menos regulado es el que se ofrece por los proveedores que sólo trabajan en el sector privado, y dentro de ese grupo hay bastante variación en el nivel de capacidad que tienen para ILE.

Hay evidencia que muchos proveedores necesitan más capacitación en la optimización de calidad y opciones en el servicio: por ejemplo, una investigación por Dayananda y cols (2012) mostró que la mayoría de médicos mexicanos que respondieron a una encuesta sobre su práctica de servicios de

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)
secretario@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 Távara 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. Cristião 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

ILE no usaban los protocolos recomendados para el aborto médico. El estudio también identificó muchos médicos que todavía usan el legrado uterino instrumental en vez de AMEU para el servicio quirúrgico, aunque AMEU es un método mucho más seguro y sencillo comparado con el legrado.

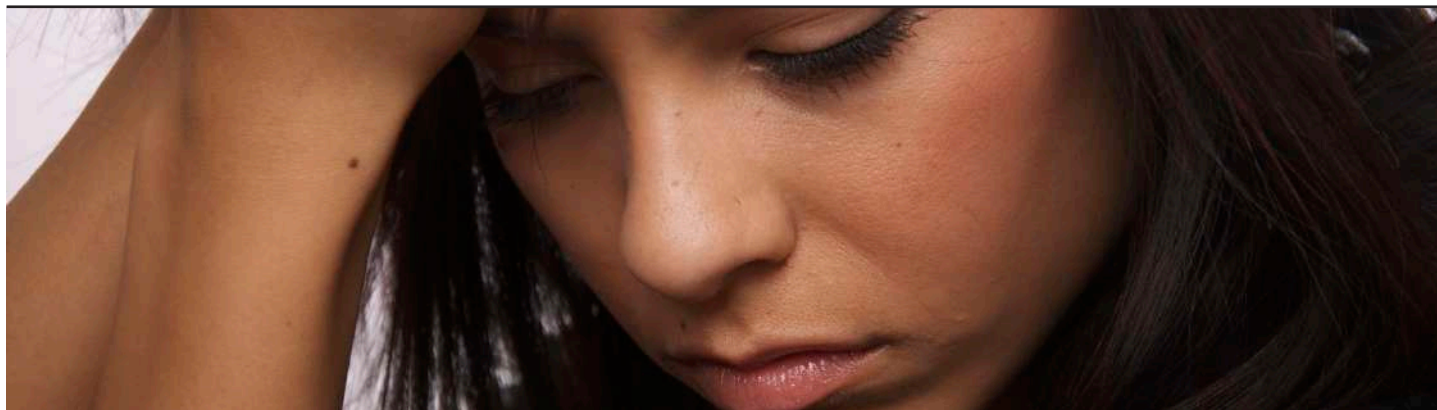
Sin embargo, en la misma encuesta muchos proveedores expresaron interés en recibir más capacitación, lo que indica una demanda para programas de capacitación de organizaciones de salud sexual y reproductiva o aún para los programas de pre y postgrado. Así incluso con esta vulnerabilidad en la calidad de servicio, hay una manera y una entrada para responder y mejorar la situación.

Fuera de la dificultad en manejar la calidad en el sector privado incluso en el público, hay otras posibles dificultades de esta ley para la usuaria que tiene acceso más limitado al servicio. Por ejemplo, mujeres de otros estados – quienes habrían usado servicios de aborto clandestino cerca de donde viven hasta 2007 – ahora pueden buscar ILE en Ciudad de México. Aunque es mejor poder obtener el servicio de una manera legítima, hay algunos riesgos que se esconden en la particularidad de cada situación.

Primero, las mujeres de otros estados ahora necesitan tener el dinero no solamente para ILE, sino también para viajar a la Ciudad de México. Como pasarán más tiempo ahorrando o buscando el dinero, en el momento que llegan, es más probable que hayan pasado el límite de semanas establecido para ILE. Si no reciben la ILE por haber pasado el límite de edad gestacional, pueden continuar con un embarazo no deseado -lo cual tiene sus propios riesgos sociales y para la salud materna, especialmente para adolescentes-, o buscarán servicios de aborto clandestino – ahora en el segundo trimestre, cuando el procedimiento presenta mayores riesgos y puede costarles más dinero. Obtener un aborto en el segundo trimestre por un proveedor que no es regulado aumenta aún más el riesgo.

En el trabajo de Becker y Olavarrieta (2013), se menciona que en el año 2009 se estableció la Fundación Maria Abortion Fund for Social Justice que tiene un programa que ayuda a mujeres de otros estados en pagar los costos de viajar a Ciudad de México para obtener ILE, y ha apoyado muchas mujeres. Sin embargo, es mayor la demanda para asistencia que los fondos disponibles, y la mayoría de mujeres mexicanas fuera de la Ciudad de México todavía no pueden acceder ILE.

Segundo, la demanda de tantas mujeres buscando ILE en Ciudad de México, eventualmente puede presionar en demasía al sistema de salud. En los primeros años de la ley, el uso del servicio fue menos de lo que se esperaba, pero ahora en un estudio de Díaz-Olavarrieta y cols (2012) varios proveedores en la Ciudad de México reportaron un exceso de casos y de trabajo asociado con la nueva ley. Si las mujeres de la Ciudad de México empiezan a usar el servicio a los niveles previstos, y adicionalmente mujeres de otros estados viajan a la Ciudad en busca de ILE, el exceso de demanda puede resultar en problemas de calidad y la necesidad de esperar más tiempo para una cita – lo cual puede llevar a la usuaria a estar fuera de la edad gestacional elegible para ILE.



CON ESTAS RESTRICCIONES, QUIZÁS CIERTAS ADOLESCENTES NO UTILIZAN LAS OPCIONES LEGALES PARA EVITAR TENER QUE INFORMAR A LOS PADRES DEL EMBARAZO. LA LEY DEBE CONSIDERAR LAS CONSECUENCIAS Y EL PELIGRO POSIBLE DEL REQUISITO PARA INVOLUCRAR A LOS PADRES EN EL ACCESO A ILE PARA LAS ADOLESCENTES

Así como las mujeres de otros estados, hay poblaciones vulnerables, incluso dentro de la Ciudad de México, que pueden seguir usando los servicios clandestinos aunque ILE esté disponible. Figueroa-Lara y cols (2012) examinaron las características de usuarias de ILE y no usuarias que tuvieron embarazos no deseados en la Ciudad de México. Concluyeron que se necesita desarrollar estrategias particulares para aumentar el acceso a ILE en las mujeres menos empoderadas, con menos educación y participación laboral que tienen el deseo de interrumpir el embarazo.

Las mujeres menores de 18 años necesitan permiso de los padres o un tutor para recibir ILE en el sector público. Clyde y cols (2013) mencionan la confusión sobre las reglas para los servicios en el sector privado de la Ciudad de México. Con estas restricciones, quizás ciertas adolescentes no utilizan las opciones legales para evitar tener que informar a los padres del embarazo. La ley debe considerar las consecuencias y el peligro posible del requisito para involucrar a los padres en el acceso a ILE para las adolescentes.

Además hay población marginalizada que no tiene acceso a información veraz y segura sobre dónde y cómo obtener servicios – por ejemplo, Wurtz (2012) describe la vulnerabilidad particular de mujeres indígenas en América Latina. Así, es muy importante seguir educando a toda la población en los derechos a ILE y en cómo se accede – enfocando en las mujeres más marginalizadas-.

LECCIONES DE LA EXPERIENCIA AMERICANA Y LA POLÍTICA SOBRE ILE

La experiencia americana con ILE tiene mucho que ofrecer a México sobre las vulnerabilidades políticas y culturales cuando se aumenta el acceso al servicio, tanto en aspectos particulares como generales.

Un paralelo entre México y los EEUU se encuentra en las leyes de que se han presentados en los años recientes. Al igual que en varios estados de EEUU, ciertos estados en México que se oponen a la ILE, establecieron leyes para proteger al feto como persona independiente.

Estas leyes son peligrosas: la experiencia americana demuestra que pueden amenazar la salud de la mujer, y tienen efectos que pueden causar más embarazos *no deseados* mientras impiden embarazos *deseados*. Cuando hay un embarazo que puede hacer daño a la mujer embarazada – incluyendo riesgos muy serios que pueden causar su muerte – estas leyes dan prioridad a la mas mínima posibilidad de que el feto sobreviva, y prohíben el aborto para salvar la vida de la mujer.

Estas leyes se basan en la creencia que la vida de un feto empieza en el momento de la concepción, aunque no hay un acuerdo en la comunidad médica sobre esto. A causa de sus definiciones técnicas, estas leyes también prohíben métodos de reproducción asistida como la fertilización *in vitro* – impidiendo el embarazo para las mujeres que sí lo desean-.



Las leyes que protegen al feto como persona independiente son un ejemplo central de la situación política y cultural en México con relación a ILE. Examinando la historia de legalización y oposición a ILE en los EEUU, el movimiento para aumentar derechos reproductivos en la población de todo México puede brindar unas lecciones muy importantes.

Desde una perspectiva más general, en el año 1973 con el caso de *Roe vs. Wade*, la Suprema Corte de los EEUU legalizó para todo el país la interrupción del embarazo por decisión de la mujer. Cuarenta años después, esa ley sigue siendo una de las controversias que más divide a la población americana por cuestiones políticas, culturales y religiosas.

La lucha contra la ley por la gente que se opone, ha resultado en grandes barreras de acceso al servicio para muchas mujeres, el asesinato de varios proveedores por miembros de la oposición, el establecimiento de clínicas falsas que fingen ofrecer ILE pero de hecho sólo sirven para intentar evitar que la mujer obtenga el aborto y una serie de leyes e iniciativas para hacer el proceso de oferta y acceso de ILE mucho más complicado.

Hay una teoría que explica este conflicto tan amargo sobre los derechos reproductivos de la mujer como resultado de una decisión nacional que se presentó demasiado temprano para ciertas partes del país. Unos opinan que la ley de 1973 empujó a varios estados a aprobar y ofrecer ILE antes de que estuvieran listos, y así no dejó una evolución más orgánica de los derechos reproductivos que habría eventualmente pasado.

Cada estado tenía la capacidad de legalizar el aborto inducido y en 1973 unos ya lo habían hecho mientras otros iban hacia eso. Así quizás habría sido mejor dejar que la legalización pasara poco a poco al nivel estatal, con la población de cada estado pidiendo y votando por ese derecho – en vez de imponer una ley “prematura”. Unos piensan que si la Suprema Corte no hubiera hecho la decisión para todo el país, los estados habrían llegado a la legalización – cada uno en su momento apropiado para la cultura del estado, y sintiéndose dueños de la ley, en vez de “víctimas” del gobierno nacional-.

El país de México puede aprender mucho de la experiencia americana y de los resultados de su proceso. La Ciudad de México ahora permite ILE en el primer trimestre del embarazo, pero otros estados conservadores de este país, han reaccionado creando leyes que prohíben el acceso, incluso más que antes. Esto señala la posibilidad de una controversia tan grande como la que persiste en el EEUU hasta el día de hoy y que ha tenido consecuencias muy graves.

Los que apoyan los derechos reproductivos de la mujer luchan por la legalización nacional, pero deben tener en cuenta el peligro de lograr esto demasiado rápido. Seguro que hay razones de salud pública y de los derechos de la mujer para avanzar en la agenda de ILE nacional, pero los defensores deben considerar varias maneras y rutas para sus estrategias, pensando en las consecuencias no deseadas de la legalización.

Si hay de repente una ley nacional permitiendo ILE que no se acepta por la mayoría de la población en



UNA ALTERNATIVA PARA AVANZAR EN LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER ES IR POCO A POCO AUMENTANDO EL ACCESO POR LAS VÍAS LEGALES Y RESPONDIENDO A LAS LEYES DE CADA ESTADO

muchos estados, la reacción y la respuesta de la gente que se opone puede ser grave con efectos que durarán mucho tiempo. Así una alternativa para avanzar en los derechos reproductivos de la mujer es ir poco a poco aumentando el acceso por las vías legales y respondiendo a las leyes de cada estado.

Hay mecanismos para ampliar el acceso a ILE que dependen de tácticas menos extremas. Vélez (2012) ofrece ejemplos de cómo las leyes existentes sobre aborto en la América Latina se pueden re-interpretar – dentro del marco legal del estado o país – para aumentar las condiciones en que una mujer se considera elegible para ILE.

También se pueden involucrar los farmacéutas en esfuerzos para rebajar las consecuencias negativas del aborto clandestino donde ILE todavía no es disponible. Sneeringer y cols (2012) describen posibilidades de cómo el personal de farmacias en países sin ILE pueden ayudar: los que venden medicamentos que se usan para interrumpir el embarazo pueden dar instrucciones en el uso seguro y efectivo.

Esta estrategia exige más paciencia, pero quizás ayudará a México a alcanzar la legalización nacional de

una manera menos controversial, con más aceptación popular y estatal y más posibilidad de integrarse eventualmente en la consciencia nacional como un derecho básico.

CONCLUSIÓN

La introducción de ILE en la Ciudad de México marca un avance muy importante para los derechos reproductivos de la mujer, sin embargo, todavía hay mucho por hacer para ampliar el acceso para todas las mujeres mexicanas. La manera en que el gobierno maneje la capacitación de personal y mantenga la calidad de los servicios será crucial en el objetivo que la ILE sea un factor determinante en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna a causa del aborto inseguro. Y la manera en que el movimiento para los derechos reproductivos de la mujer responda a este momento de cambio cultural y legal dictará cómo y cuándo todas las mujeres mexicanas tendrán el mismo acceso que tiene las mujeres en la Ciudad de México. ←

ARTÍCULO CENTRAL

Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud

Dr. Antonio Peralta Sánchez

Coordinador del comité de Mortalidad Materna
de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
peraltapuebla@hotmail.com

“La sociedad tiene la obligación de satisfacer el
derecho de la mujer a la vida”

Dr. Mahmoud Fathalla, Ex - Presidente FIGO

“Solo veía una luz clara y solo sentía una suave
y cadenciosa paz; como un sueño arrastrado
por un día muy pesado, CAMILA fue cerrando
los ojos creyendo que al final podría dormir y
descansar.”⁽¹⁾

Las muertes maternas (MM) en México - alrededor de 1000 mujeres fallecen anualmente en todo el país - constituyen un problema de salud pública y de derechos humanos, por cuanto se concentran en los grupos sociales más vulnerables. Es cierto que en el lamentable contexto de violencia en que vivimos, donde pareciera que la vida no “vale nada”, resultaría poco significativo un número de solo un poco más de mil defunciones.

Las MM son tan dolorosas como las otras, aunque estas dejan una gran estela de dolor y daño que no borra el tiempo, y si horadan día a día, en el rostro de los huérfanos y en la realidad de las familias rotas.

Las MM reflejan claramente el mapa de la pobreza, de la desigualdad y del abandono, porque al paso de los años como si fuera competencia del miedo, las entidades federativas solo intercambian posiciones, a veces con nuevos invitados, y sin embargo los ‘estados invisibles’ siempre están presentes: Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Puebla etc.

Debemos reconocer que cuando nuestro país firma en el año 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial el Objetivo 5, que propone disminuir en un 75% las muertes maternas con respecto a la incidencia de 1990, se han logrado avances antes impensables apenas hace 20 años, se han elaborado estrategias y sobre todo, se ha invertido en este oasis de muerte que se aceptaba como un destino ineludible para las mujeres de los grupos sociales más vulnerables (las más jóvenes, las más pobres, las pertenecientes a los pueblos originarios, las que viven en zonas rurales). Parafraseando a García Márquez, serían ‘crónicas de una muerte anunciada’.

Sin embargo, a pesar de los diversos esfuerzos desplegados, continúan las MM, y cuando se revisan los caminos andados, llama la atención de lo mucho que se habla y de lo lento que se avanza: los programas de larga data, como: “Embarazo saludable”, “Estrategia cien por cien”, “Seguro popular”, y la “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México” fluyen con dificultad aunque el esquema luzca completo y con altas posibilidades.

Queda claro que existen escollos por brincar para poder ver resultados significativos.

LAS 3 DEMORAS EN LA HISTORIA DE UNA MUERTE MATERNA

El modelo teórico de Maine⁽³⁾ de las tres demoras, permite visualizar un panorama más amplio desde donde poder actuar para incidir en definitiva a favor de las mujeres, para reducir este dramático flagelo; este modelo está incorporado en la “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”⁽²⁾

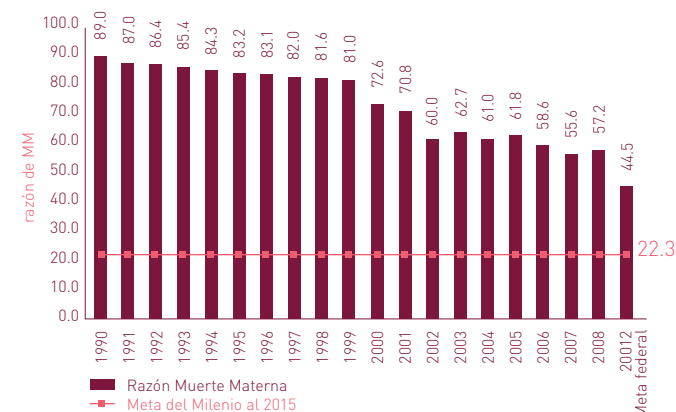
PRIMERA DEMORA: se refiere al retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención, cuyo origen está en las condiciones de inequidad de género, étnicas y en el ejercicio de los derechos humanos disminuidos, puede ser enfrentada a través de un trabajo sustentable y amplio, que ayude a disminuir las diversas manifestaciones de inequidad de género existentes en nuestra sociedad, y de una educación continúa en las comunidades más desprotegidas (donde más ocurren las MM).

SEGUNDA DEMORA: retardo en llegar a un establecimiento de atención adecuado, generado por inaccesibilidad física, financiera y/o cultural a los servicios de salud; esta se enfrentaría a través de la accesibilidad universal eliminando las barreras financieras, mejorando la accesibilidad geográfica y adecuando culturalmente los servicios de atención materna.

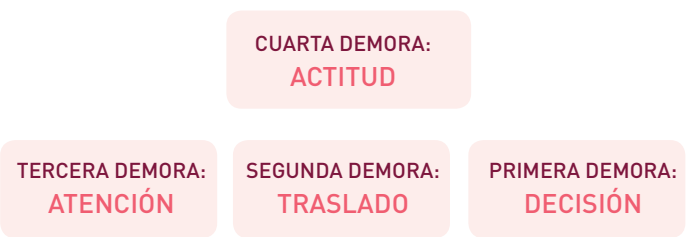
TERCERA DEMORA: retardo en recibir un tratamiento adecuado, generado por una baja calidad de los servicios de atención de salud: baja calidad de atención en el primer nivel, sobre-saturación en servicios de segundo nivel; se subsanaría al lograr la organización de redes de servicios plenamente funcional, con capacidad resolutive de las emergencias obstétricas, y la atención humanizada del parto normal en ocho estados prioritarios.

Desde el Comité de Mortalidad Materna de la FEMECOG (Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología), creemos que si el 10% de las muertes se deben a la primera demora, 8% a la segunda, y un poco más del 80% a la tercera demora, deber existir una **CUARTA DEMORA: ACTITUD**.

GRAFICO 1 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA 1990-2008, META DEL MILENIO AL AÑO 2015 Y META SEXENAL AL AÑO 2012



MORTALIDAD MATERNA



CUARTA DEMORA: ACTITUD

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española, se entiende por Actitud a la disposición de ánimo manifestada de algún modo, al deseo fervoroso de realizar una acción. En un tema de tan alto impacto social como es el exceso de muertes maternas existentes en el país, la mayoría evitables a través de buenas prácticas asistenciales que cuentan con una sólida evidencia científica, resulta poco atractivo e incomodo revisar hacia adentro, en una auto-critica honesta y real, y ponerle nombre a las cosas y a los hechos.

En un trabajo sobre las MM en los hospitales públicos realizado en el municipio de Tehuacán Puebla –aun sin publicar- resaltan los siguientes resultados: ocurren más en el segundo semestre del año, y más en diciembre; son mayores en el turno nocturno y en fines de semana, lo que de entrada no debe llevar a asignar a priori toda la responsabilidad sólo a los ofertadores de acciones resolutivas (Ginecólogos), sino a todo un recargado esquema administrativo y burocrático, donde sobran jefes y sub-jefes, la mayoría de los cuáles saben como llenar con acuciosidad las diversas formas para justificar los documentos de siempre y para siempre, y que como siempre nadie lee. Esta suerte de ‘indiferencia’ en los directivos de los centros asistenciales, contribuye a generar un ambiente de impunidad ante las muertes maternas y perinatales (suelen estar estrechamente asociadas).

Un cambio de actitud es la tarea pendiente en estas historias de ‘muertes anunciadas’, porque aunque se acrediten decenas de hospitales resolutivos en todo el país, se cuente con nuevos equipos de ultrasonografía cada vez más sofisticados, con más personal que revisa en un continuo sin fin metas que no se alcanzan como se planifica y se espera, las muertes maternas continuarán en un descenso lento ; es necesario motivar, incidir, generar una nueva actitud en todos los niveles (directivos, asistenciales).

No se trata de una actitud de mártir o del sacrificio a ultranza, sino de promover el deseo vehemente de hacer bien lo que a cada quien nos corresponde hacer, y descubrir que esas acciones gestan bienestar para nuestras pacientes, y para nuestras almas y sentimientos.

Hoy debemos iniciar esta revolución de la nueva actitud, porque todos los que atendemos mujeres embarazadas tenemos siempre una cita con la vida nueva, con la esperanza que mucha gente deposita en nuestras manos

**NO SE TRATA DE UNA ACTITUD DE MÁRTIR
O DEL SACRIFICIO A ULTRANZA, SINO DE
PROMOVER EL DESEO VEHEMENTE DE
HACER BIEN LO QUE A CADA QUIEN NOS
CORRESPONDE HACER**

y nuestros conocimientos, porque cada mujer que acepta ser atendida por nosotros nos deposita su cuerpo y sus sueños con una entrega total, y así debe ser nuestra respuesta: TOTAL.

Para que esta nueva actitud pueda realmente incidir en ese más de 80% de MM atribuibles a la calidad de los servicios entregados en los establecimientos asistenciales, a la que llamo la ‘cuarta demora’, involucra a todos los niveles, desde el presidente del país, los Secretarios de salud (federal, estatales), y todos los mandos que a veces por ignorancia, y muchas por omisión, no ejecutan adecuada ni oportunamente presupuestos reales y congruentes, lo cual lleva al dispendio de los recursos existentes en esa cascada de “administradores” del dinero, que al ir descendiendo llega ya muy poco a lo que es su razón de ser y hacer: servicios de salud de calidad para la población de su área de jurisdicción .

Todos tenemos un reto para abatir esta ‘cuarta demora’ que nos avergüenza como sociedad; en la medida que multipliquemos el contagio de ser generosos, será posible que algún día, sin Objetivos del Milenio, sin promesas hechas, menos mujeres pierdan sus vidas en ese gesto amoroso de traer una nueva vida al mundo, de ser madres. ←

Citas bibliográficas

1.-Internet YOUTUBE “Camila se Murió de amor”.
http://www.youtube.com/watch?v=enlJRSr_dFo

2.- Estrategias para disminuir las muertes maternas en México. Dr. Raymundo Canales de la Fuente. Director general adjunto de salud materna y perinatal. SSA. Agosto 2009

www.cinn.org.mx/gig/documento/raym

3.-McCarthy J. Maine D. A frame work analyzing the determinants of maternal mortality. Stud Fam Plann 1992; 23 (1): 23-33

Modelo Nuevo León, México de atención integral de la violencia sexual reciente a mujeres adultas

Vázquez Alemán MD, Ortiz Mariscal JD, Treviño Gutiérrez E., Flores Cavazos MG., Chávez Briones L.

El Modelo Nuevo León es *un protocolo de atención médico-legal* diseñado para la atención integral de la violencia sexual reciente a mujeres adultas.

PREMISA:

Una agresión sexual es una **URGENCIA MÉDICA**, donde la prioridad es salvaguardar *la vida* de la paciente, así como proteger y restituir sus *derechos*.

El propósito fundamental de este protocolo es realizar una intervención médica y legal, completa y oportuna, que permita realizar la contención máxima posible del daño físico y psicológico, *dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual*, y coadyuvar en los procesos de justicia.

En la racionalización de este Modelo, se percibe la recepción de la mujer en el servicio de emergencia hospitalaria como una *víctima*, y una vez que ingresa al protocolo de atención se convierte en una *paciente* hasta la completa resolución de sus necesidades médicas, psicológicas y legales inmediatas, para que al final del proceso de atención, inicie su recuperación para convertirse en una *sobreviviente*.

El modelo contempla la formación de equipos multidisciplinarios debidamente capacitados para *operar en los servicios de emergencias* de todas las instituciones de salud pública, privada y descentralizada y que la mujer tenga la oportunidad de recibir una atención completa, estandarizada, en un ambiente de seguridad, disminuyendo con ello su riesgo de revictimización.

Tiene las siguientes características:

1.- Se activa en el *servicio de emergencias* de las instituciones de salud, al detectar un caso de posible agresión sexual reciente. El protocolo completo *debe aplicarse dentro de las primeras 72 horas* de ocurrida una agresión sexual, que es la ventana de oportunidad para: Preservar la vida con el tratamiento inmediato de las lesiones graves; iniciar la intervención psicológica de la crisis emocional, limitando el daño y/o secuelas; prevención de enfermedades de transmisión sexual/HIV y embarazo no deseado derivados de la agresión; recolectar y preservar la presencia y vitalidad de las evidencias o indicios forenses, tanto físicas, biológicas y toxicológicas; favorecer la notificación y la denuncia durante el período de flagrancia y disminuir el riesgo de re-victimización por parte del agresor.

2.- *Involucra la recolección de evidencias forenses durante la exploración física de la sobreviviente*, tanto físicas, biológicas y toxicológicas, así como una *colaboración especializada* del área de salud con las autoridades de justicia, dándole a la paciente los elementos necesarios para no solo recuperar su salud sino para ejercer su derecho a la justicia y la reparación del daño.

3.- Establece la utilización de una *Historia Clínica Especial para casos de agresión sexual reciente* como único documento oficial de registro de la información tanto en el área médica como en la legal, en todos los casos. Este documento está dividido en dos secciones fundamentales (Interrogatorio clínico y exploración física especializados, más registro de las evidencias recolectadas), e incluye el consentimiento informado, en original y copia (de tal forma que el área médica y legal manejan la misma información).

4.- Incorpora *la notificación obligatoria a la autoridad del hecho probablemente delictivo por parte de la institución de salud, y la participación en el equipo de atención especial en emergencias, del Agente del Ministerio Público*, como un elemento fundamental para brindar seguridad, fomentar la denuncia y el resguardo de las evidencias forenses que pueden ser utilizadas en un proceso legal.

Requerimientos para su implementación:

- *En la base estratégica:*

- Establecimiento de *un compromiso previo* de colaboración y respeto interinstitucional a través de la firma de un **“Acuerdo Interinstitucional para la Atención Integral de la Violencia Sexual Reciente a mujeres”**, entre el Ministerio de Salud y Sector Justicia de cada País o localidad.
- La cuidadosa observancia de las Leyes vigentes, desde la Constitución hasta los Códigos Penales y de Procedimientos, así como las normas del País o locales y el respeto a los Derechos Humanos, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la Bioética.
- El reconocimiento y distribución oficial en las instituciones de salud de la Historia Clínica Especial con folio, para el registro y seguimiento de los casos.

- La integración de un Kit de materiales indispensables para la recolección y almacenamiento de las evidencias forenses recolectadas, disponible en los servicios de emergencias en forma permanente y otro para los medicamentos.
- El respeto, vigilancia y documentación de la Cadena de Custodia como elemento indispensable para garantizar la validez legal de todo el manejo del caso.
- Elaboración de un Programa de Capacitación Continuada en el Modelo de Atención Integral avalado por las instituciones que firmen el Acuerdo Interinstitucional.
- Integración de Comités Hospitalarios para la atención y vigilancia de los casos de violencia sexual reciente.

- *En la base operativa:*

- La creación de un *equipo multidisciplinario de atención especial*, debidamente capacitado, de base en todos los servicios de emergencias de las instituciones de salud pública y privada y que incluya a un agente del ministerio público y personal administrativo.
- Definición y asignación de roles y responsabilidades para cada uno de los integrantes del equipo de atención especial.
- Implementación de un algoritmo de la atención en los servicios de emergencias.
- Distribución en cada institución de salud del directorio completo de las agencias de ministerio público especializadas en delitos contra la familia y sexuales, así como de los organismos y asociaciones civiles que pueden participar en la atención de estos casos.
- Implementación de un programa de monitoreo de los casos para la aplicación correcta del protocolo y la participación de todas las partes involucradas con miras a detectar fortalezas y debilidades del programa.

Este Modelo otorga a los jueces más información y evidencias, lo que les permite dictaminar el delito con más rapidez y justicia para quien es inocente ó culpable. ←

ACTIVIDADES DESTACADAS EN LA REGIÓN

Reunión: Análisis y evolución de la Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay y en la región

Se realizó el día 9 de agosto de 2013 en el salón de actos del Sindicato Médico del Uruguay, organizado por Iniciativas Sanitarias e IPPF / RHO. La apertura la realizó la Dra. Marlene Sica Márquez, Directora General de la Salud del ministerio de Salud Pública. El panel fue moderado por Giselle Carino (Directora de Programas-IPPF/RHO Nueva York) y participaron: Fernando Tomasina (Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay), Esther Vicente (Presidenta de IPPF/RHO), Lucy Garrido

(Directora de Cotidiano Mujer) y Leonel Briozzo (Subsecretario de Salud Pública, Profesor Titular y Director de la Clínica Ginecotológica "A" de la facultad de Medicina). Posterior a este Panel, se hizo la presentación oficial de Iniciativas Sanitarias como Asociación Miembro en Uruguay de de IPPF/RHO, en la que participaron: Ana Labandera (Directora Ejecutiva de Iniciativas Sanitarias) y Carmen Barroso Directora Regional de IPPF/RHO. ←

Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en conjunto con el Gobierno de Uruguay y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), realizó la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe del 12 al 15 de agosto de 2013 en Montevideo, Uruguay.

La inauguración se hizo el lunes 12 de agosto a las 18:00 horas con la presencia del Presidente de Uruguay, José Mujica, la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, Alicia Bárcena, y el Director Ejecutivo del UNFPA, Babatunde Osotimehin. Participaron delegaciones oficiales de la mayoría de los países miembros y asociados de la

CEPAL y altos funcionarios internacionales, expertos en temas de población y representantes de organismos no gubernamentales.

El propósito principal fue examinar el cumplimiento de los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) -realizada en El Cairo en 1994- en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años e identificar las medidas clave para reforzar su implementación y enfrentar los desafíos emergentes en materia de población en la región después de 2014. Entre los asuntos prioritarios que se discutieron se encuentran los derechos y necesidades de la población joven, las oportunidades y

consecuencias de la dinámica demográfica, la igualdad de género, los derechos reproductivos y sexuales, la migración internacional, la desigualdad territorial y vulnerabilidad ambiental, los pueblos indígenas y personas afrodescendientes. Al término de la reunión se adoptaron acuerdos sobre los temas prioritarios de

la implementación del Programa de Acción después de 2014, tomando como referencia las lecciones aprendidas de su aplicación en los últimos 20 años, las tendencias regionales y mundiales del desarrollo económico y social, y las especificidades socioeconómicas, culturales e institucionales de América Latina y el Caribe.

Primer día mundial de la vasectomía

EL 18 DE OCTUBRE 2013 SE CELEBRARÁ EL PRIMER DÍA MUNDIAL DE LA VASECTOMÍA



En 25 países, por lo menos 1.000 hombres dedicarán su vasectomía para proteger nuestro planeta. Esta es una oportunidad única para llamar la atención sobre el problema de la superpoblación y para inspirar a los hombres a asumir su papel en la planificación familiar. Hablar de la superpoblación no es fácil, pero el silencio es mucho más peligroso. Basado en el trabajo del científico Dr. Paul Murtaugh de la *Oregon State University*, se estima que los mil hombres que se vasectomizarán el 18 de octubre ayudarán a reducir la emisión de más de 10 millones de toneladas de CO₂, lo que equivale a lo que lograrían en toda su vida 20.000 personas con medidas como el reciclaje y reutilización.

Este día se estrenará la película documental “THE VASECTOMIST” de los directores Jonathan Stack y Saralena Weinfield. Esta película narra la obra del Dr. Doug Stein, experto en vasectomía quien la practica no sólo en 17 clínicas del estado de la Florida en los Estados Unidos, sino también en Filipinas, Haití y Kenia.

Jonathan Stack ha logrado un impresionante equipo de expertos en medios sociales que trabajan

incansablemente para asegurar el éxito del evento. Su sede se encuentra en la Royal Institution of Australia en Adelaida. El 18 de octubre, el Dr. Stein coordinará una “vasectomía-aton” para celebrar el acontecimiento, rodeado por algunos de los más sabios “pensadores” del mundo, entre ellos el profesor Paul Ehrlich, autor de *The Population Bomb*. Todo el evento será transmitido por *live streaming*.

Se invita a todos(as) los(as) médicos (as) del mundo que hacen vasectomía a participar en esta gran iniciativa.

Deben simplemente enviar su nombre y contacto al Dr. Doug Stein steinmail@vasweb.com. La lista ya cuenta con decenas de médicos(as) participantes la cual está creciendo día a día.

Para obtener más información, visite:
<http://worldvasectomyday.org/>

PRÓXIMOS EVENTOS ACADÉMICOS

→ 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

→ 64° 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

→ I ENCUENTRO VENEZOLANO DE LASER EN MEDICINA,

II SIMPOSIO VENEZOLANO DE COSMETOGINECOLOGÍA

Y I JORNADA DE LASER EN DERMATOCOSMÉTICA.

Caracas, (Venezuela) del 14 al 16 de noviembre de 2013

→ XII WORLD CONGRESS ON ENDOMETRIOSIS

Sao Paulo, (Brasil) del 30 de abril al 03 de mayo de 2014



Actividades Regionales y 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° 4 del presente año.

→ Foro sobre el Centro Nacional de Capacitación en SSyR, Ecuador

Con el patrocinio de UNFPA/LACRO, de UNFPA-Ecuador

y el apoyo de la Dirección Ejecutiva de FLASOG se llevó a cabo este Foro el 6 de Julio en el auditorio del Hotel Rio Amazonas, Quito, Ecuador con la asistencia de representantes del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, de la FESGO, representantes de la Federación Nacional de Obstetras de Ecuador, representantes de doce Facultades de Medicina, representantes de UNFPA/

Ecuador y el Director Ejecutivo de FLASOG. Se discutió el grado de avance en el proceso de creación, se decidió la organización del Centro y su funcionamiento en la primera Fase. Además cada una de las instituciones asumió el compromiso de llevar adelante esta nueva estructura y se acordó solicitar a FLASOG un espacio para discutir este tema en el próximo Congreso Latinoamericano.

→ Seminario Regional sobre Objeción de Conciencia, Un debate sobre la libertad y los derechos

DE IZQUIERDA A DERECHA:

MARCELO ALEGRE, LEONEL BRIOZZO, ANA CRISTINA GONZÁLEZ Y LISA HARRIS.



Se realizó este Seminario con el fin de avanzar en la discusión –e identificación de acuerdos y desacuerdos- sobre diversas dimensiones de la objeción de conciencia, a fin de comprender en profundidad esta práctica creciente en la Región. Esta discusión permitirá en el futuro

construir un posicionamiento político que compartan diversas redes, instituciones y otras instancias, involucradas en este debate (asociaciones profesionales, feministas, entidades jurídicas, personajes de la vida pública).

Objetivos específicos

- Profundizar en los aspectos legales, de salud y de democracia, relacionados con la objeción de conciencia.
- Desencadenar o fortalecer movimientos nacionales por el compromiso de conciencia a nivel de América Latina y el Caribe, que contribuyan a mejorar el acceso al aborto legal y seguro en los distintos países.
- Involucrar los distintos niveles y sectores para el ejercicio de una objeción de conciencia que respete tanto los derechos de los proveedores, tomadores de decisión, sectores de la medicina, como los de las mujeres.

La bienvenida y apertura fue dada por Ana Cristina González, Articulación Feminista Marcosur, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Grupo Impulsor) y por Leonel Briozzo, Subsecretario del Ministerio de Salud Pública. La conferencia Inaugural estuvo a cargo de Lisa Harris. Profesora de la Universidad de Michigan y de Marcelo Alegre. Abogado, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

La Metodología del seminario fue realizar tres mesas simultáneas así:

Mesa 1 Cultura, democracia, filosofía y laicidad

Tema 1: Libertad de conciencia, Estado Laico y servicio Militar

Marcelo Alegre. *Universidad de Buenos Aires.*

Tema 2: Reflexiones desde la Bioética. Por una Bioética laica.

Débora Diniz. *Antropóloga y profesora de la Cátedra de Bioética de la Universidad de Brasilia.*

Francisco Coppola. *Punto focal de FIGO en Uruguay.*

Tema 3: Democracia, Estado laico y cambio cultural. Creencias privadas y prácticas públicas.

Line Bareiro. *Articulación Feminista Marcosur*

María José Rosado. *Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir*

Moderadora: *Julia Escalante IPAS, México*

Relatora: *Sandra Mazo. Católicas por el Derecho a Decidir Colombia.*

Mesa 2 Lo legal y la objeción de conciencia

Tema 1: La Objeción de Conciencia en el Derecho Internacional

Mónica Arango. *Directora Regional para América Latina y el Caribe Centro de Derechos Reproductivos.*

Tema 2: La objeción de conciencia en el derecho comparado

Paola Bergallo. *Profesora Universidad de San Andrés*

Tema 3: Jurisprudencia nacional. Casos de países con marcos favorables Vs países con marcos no favorables.

Alexei Julio. *Abogado. Universidad Externado de Colombia.*

Verónica Undurraga. *Abogada, Profesora de la Universidad Adolfo Ibáñez (Chile). Master of Laws (LL.M.) Columbia University N.Y., Doctora en derecho por la Universidad de Chile.*

Tema 4: Marcos normativos nacionales y Estudios comparativos.

Sonia Ariza. *Investigadora del Programa de "Género y Derecho" de la Universidad de Palermo y del Centro de Estudios de Estado y Sociedad –CEDES–.*

Moderadora: *Susana Chávez. CLACAI. Perú.*

Relatora: *Agustina Ramón. CEDES. Argentina*

Mesa 3 La objeción de conciencia: una mirada desde la salud

Tema 1: La objeción de conciencia como barrera: análisis de casos de países

Beatriz Quintero García ó Elizabeth Castillo. *Integrantes de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.*

Manuel Iturralde: *Director del Grupo de Interés Público. Universidad de los Andes.*

Patricio Sanhueza. *Coordinador de Salud Reproductiva, Secretario Técnico del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.*

Tema 2: El compromiso de conciencia

Pío Iván Gómez. *Asesor Médico Principal de IPPF/RHO. Profesor Titular e Investigador de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Comité de Derechos S y R FLASOG*

Tema 3: El impacto de la objeción sobre los sistemas de salud y sobre la salud.

Laura Gil. *Grupo Médico por el Derecho a Decidir de Colombia/ Global Doctors for Choice.*

Tema 4: Protocolos para la buena práctica de la objeción de conciencia en los servicios médicos.

Fernando Sedeño. Gineco-Obstetra adscrito al Hospital de la Mujer México D.F. Licenciado en derecho.

Moderadora: Silvina Ramos. Socióloga. CEDES, Argentina.

Relatora: Carolina Melo.

Coordinadora La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres

Al final se presentaron las conclusiones de cada mesa y se hizo una plenaria final.

→ **Preparación del Panel y Taller sobre Objeción de Conciencia durante el III Congreso Jurídico de Derechos Reproductivos.**

Con ocasión de este III Congreso Jurídico a realizar en la ciudad de Cuernavaca, México los días

14 a 16 de Octubre, la Dirección Ejecutiva de FLASOG logró insertar este Panel y Foro a fin de discutir entre los representantes del Comité de DSyR de los países de LAC una temática d actualidad. Se han invitado además profesionales del Derecho y otros profesionales para enriquecer la discusión.

TIPS SOBRE ARTÍCULOS

Aporte Dr. Pedro Faneite Antique (Venezuela)

TIP 1

Hiperemesis gravídica y riesgo de disfunción placentaria: estudio poblacional de cohorte

Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study

M. Bolin, H Akerud, S Cnattingius, O Stephansson, AK Wikström.

Br J Obstet Gynecol. 2013 (120): 541–547

→ Objetivo:

Existen algunas patologías de la gestación (preeclampsia entre otras) estrechamente relacionadas con la alteración en la placentación, que al mismo tiempo se relaciona con una alteración en los niveles de la gonadotropina Coriónica humana (HCG). La disminución en los niveles de HCG en el primer trimestre dan lugar a una alteración en la migración trofoblástica, con la consecuente hipoxia placentaria alterando la secreción de otras variantes de HCG en el segundo trimestre. Por otro lado la hiperemesis gravídica se relaciona con niveles elevados de HCG, de manera que el momento de aparición de la sintomatología puede influir en el riesgo de anomalía en la implantación.

El objetivo del estudio es analizar si las gestaciones complicadas con hiperemesis

gravídica en el primer o segundo trimestre de la gestación presentan al mismo tiempo alteraciones propias de la implantación placentaria.

→ Material y métodos:

Se llevó a cabo un estudio de cohortes prospectivas, tomando como grupo control a pacientes que no habían sido diagnosticadas de hiperemesis gravídica. Se incluyeron los nacimientos de más de 22 semanas de gestación que habrían comenzado a partir de Enero de 1997 y/o finalizado antes de Diciembre de 2009, recogidos en Swedish Medical Birth Register. Se tuvieron en cuenta parámetros demográficos, antecedentes médicos, obstétricos y reproductivos, así como complicaciones durante la gestación, parto y periodo neonatal. Las variables principales estudiadas son la aparición de preeclampsia, abruptio placentae, CIR (retraso del crecimiento mayor de 2DS por debajo del peso adecuado para la EG) y muerte neonatal (aquella producida por encima de las 28 semanas). Se usó OR con IC del 95% para el cálculo de riesgo de dichas patologías, siendo estratificadas según ciertas variables secundarias como IMC, edad materna, paridad, nivel de estudios, país de origen.

→ Resultados:

La población inicial de estudio fue de 1156050 mujeres con gestación única, de las cuales 13287 pacientes habían tenido un ingreso hospitalario por hiperemesis gravídica. Se excluyeron las que tenían más de 22 semanas (n=1017), así que la

población final de estudio fue 1155033 pacientes, 12270 con hiperemesis gravídica, que fueron clasificadas en primer trimestre (n=10186, antes de 12 semanas completas) y segundo trimestre (n=2084, entre las 12 y 21 semanas completas). Se excluyeron las pacientes con datos incompletos y las muertes fetales. Las pacientes diagnosticadas de hiperemesis gravídica eran generalmente de edad avanzada, múltiparas, no obesas, no fumadoras y con país de origen distinto a Suecia (donde se llevó a cabo el estudio). Comparado con el grupo control, las pacientes con hiperemesis gravídica tuvieron un riesgo aumentado de casi 50% de padecer preeclampsia temprana, siendo esta asociación más fuerte si la hiperemesis se desarrolla en el segundo trimestre. Así mismo, en estas pacientes el riesgo de padecer abruptio placentae es de hasta el 50% y el de desarrollar un CIR también está ligeramente aumentado (mayor asociación en el segundo trimestre). No se encontró asociación entre hiperemesis gravídica y muerte fetal anteparto.

→ Conclusión:

Existe asociación entre la aparición de hiperemesis gravídica y patología propia de la alteración de la implantación placentaria, la cual es especialmente mayor en el caso de hiperemesis gravídica en el segundo trimestre.

→ Comentarios:

Estudios recientes han mostrado que la hormona HCG tiene variantes, con

funciones diversas, entre ellas las que se intervienen en la placentación, por lo cual la presente investigación cobra importancia en el origen de disfunciones placentarias. Se trata de una población de estudio muy grande, que hace posible la estratificación por variables secundarias, así como el estudio de distintos resultados adversos. La fuerte asociación entre hiperemesis

gravídica en el segundo trimestre y la aparición precoz de preeclampsia, pone de manifiesto que la hiperemesis puede ser debida a una placentación anómala. Este artículo coincide en sus resultados con los descritos previamente en la literatura, de manera que puede ser de gran importancia sospechar una patología propia de la placentación anómala ante un caso de

hiperemesis gravídica tardía ya que se podrían poner en marcha mecanismos de detección precoz de preeclampsia y CIR, así como tratamiento profiláctico, para lo cual se precisan estudios posteriores. Desde el punto de vista práctico, una paciente con hiperemesis gravídica debe alertar a vigilar funcionalismo placentario y salud fetal.

TIP 2

Influencia del índice de masa corporal de la mujer y el hombre sobre los nacidos vivos después de tratamiento con técnicas de reproducción asistida: un registro nacional-basado en estudio de cohorte

Gitte Lindved Petersen, Lone Schmidt, Anja Pinborg and Mads Kamper-Jørgensen.
Fertility and Sterility. 2013 [99] 6: 1654-1662.

→ **Objetivo:**

Investigar las asociaciones independientes y combinadas entre el índice de masa corporal (IMC) femenino y masculino y la probabilidad de conseguir niño vivo tras tratamientos de reproducción asistida (FIV) clásica o ICSI (microinyección espermática), ajustado por variables relevantes.

→ **Material y métodos:**

Estudio de cohortes basado en registros poblacionales daneses. El análisis de

datos fue ajustado por edad y hábito tabáquico al inicio del tratamiento y los resultados estratificados mediante grupos dependiendo del IMC y presentado dependiendo de tratamiento de FIV o ICSI.

→ **Resultados:**

En total, 12.556 mujeres y sus parejas realizaron 25.191 ciclos de FIV/ICSI que finalizaron con un 23,7% de niños nacidos vivos. El sobrepeso y la obesidad en las mujeres con ovulaciones regulares redujo la Odds Ratio de nacimientos (OR ajustada 0.88, IC 95%: 0.79-0.99 y OR 0.75, IC 95%: 0.63-0.90, respectivamente) comparado con mujeres con peso normal. El tratamiento mediante FIV en parejas en que ambos miembros presentaban un IMC \geq 25 kg/m² presentaba una menor probabilidad de niño nacido vivo (OR ajustada 0.73, IC 95%: 0.48-1.11) comparado con parejas con IMC \rightarrow 25 kg/m². El IMC no mostró ningún efecto en la posibilidad de tener niño nacido vivo tras ICSI.

→ **Conclusión:**

El estudio concluye que el incremento

del IMC femenino y masculino, tanto independiente como combinado, influencia negativamente la probabilidad de conseguir un niño nacido vivo tras tratamientos de FIV. En cuanto a la microinyección espermática, la asociación con el IMC fue menos clara.

→ **Comentarios:**

La prevalencia de la obesidad está aumentando y constituye una de las principales epidemias mundiales que afecta más de mil millones de personas en todo el mundo. La prevalencia tiende a aumentar durante la edad reproductiva en ambos sexos. El sobrepeso y la obesidad se sabe que está asociado con varias enfermedades, como: diabetes tipo 2, hipertensión, ciertos tipos de cáncer, y accidente cerebrovascular. En las últimas décadas, se ha dirigido la atención hacia el efecto de la obesidad sobre la fertilidad, se conoce que el tejido adiposo afecta el equilibrio hormonal gonadal. El presente trabajo corrobora esta relación que es un factor a tener en cuenta en casos de fertilidad asistida.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA	COLOMBIA	SALVADOR	MÉXICO	PERÚ
BOLIVIA	COSTA RICA	GUATEMALA	NICARAGUA	REP. DOMINICANA
BRASIL	CUBA	HONDURAS	PANAMÁ	URUGUAY
CHILE	ECUADOR	HAÍTÍ	PARAGUAY	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.