



**FLASOG**

---

**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

---

**XXI CONGRESO LATINO AMERICANO  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**  
GUAYAQUIL, ECUADOR, 14-19 DE SEPTIEMBRE 2014

---

DIRECCIÓN EJECUTIVA FLASOG

---

# **CURSO PRE-CONGRESO: ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO**

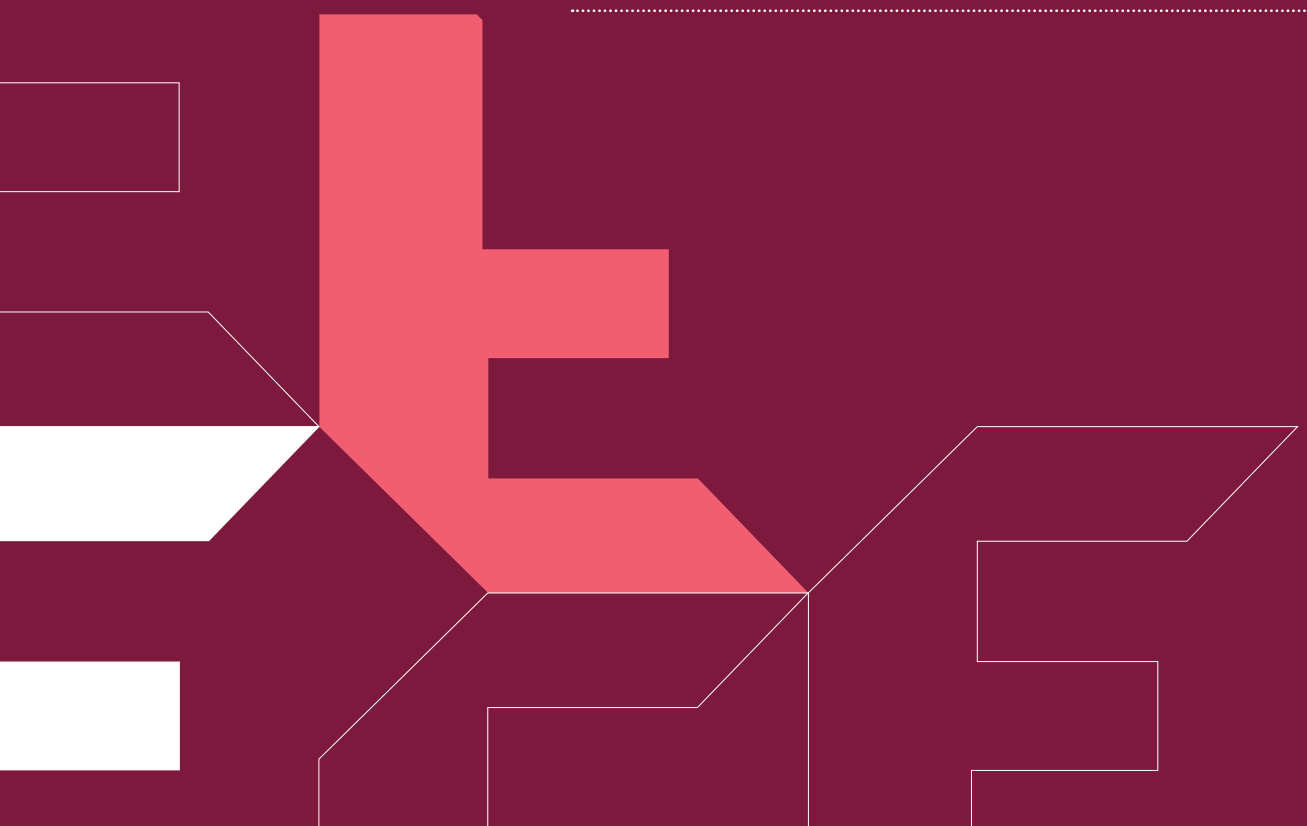
---

**REPORTE FINAL**

---

GUAYAQUIL, ECUADOR, 14 SEPTIEMBRE 2014

---







**FLASOG**

---

**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

---

**XXI CONGRESO LATINO AMERICANO  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**  
GUAYAQUIL, ECUADOR, 14-19 DE SEPTIEMBRE 2014

---

**DIRECCIÓN EJECUTIVA FLASOG**

---

# **CURSO PRE-CONGRESO: ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO**

---

## **REPORTE FINAL**

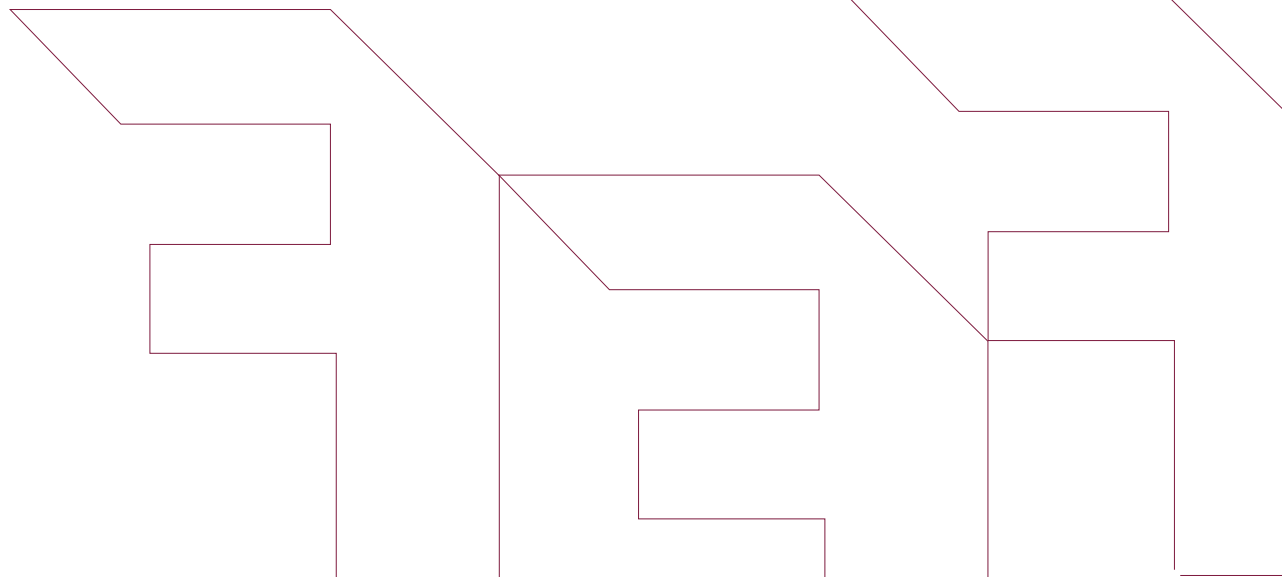
---

RESPONSABLE DEL REPORTE: **DR. LUIS TÁVARA OROZCO**

---

GUAYAQUIL, ECUADOR, 14 SEPTIEMBRE 2014

---





---

## COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG

---

Presidente: **Dr. José De Gracia**  
Vice Presidenta: **Dra. Sara Campana**  
Secretaria: **Dra. Flor María Marín**  
Tesorera: **Dra. Carmen Solórzano**  
Presidente Electo: **Dr. Iván Ortiz**  
Past Presidente: **Dr. Nilson De Melo**

---

Director Ejecutivo  
**Dr. Luis Távara**

---

## **Reporte del Curso Pre Congreso: Anticoncepción Post Aborto**

Organizado por: Dirección Ejecutiva de FLASOG  
Lugar: Auditorio del Hotel Unipark, Guayaquil, Ecuador  
Fecha: Domingo, 14 de septiembre 2014  
Patrocinio: UNFPA/LACRO

Editor: Luis Tavera Orosco  
Corrección de Estilo: Dr. José Pacheco Romero  
Revisión y diseño de apoyos audiovisuales: Obst. Denise Sacsa Delgado  
Diseño y diagramación: Julissa Soriano  
Impresión: Artetres E.I.R.L.  
Jr. Teodoro Cárdenas Nro. 652 Int. 106 Urb. Santa Beatriz, Lima

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2014-15406

Octubre del 2014  
Lima, Perú

---

La Dirección Ejecutiva de FLASOG deja expresa constancia de su agradecimiento a UNFPA/LACRO por el apoyo técnico y financiero recibido para la ejecución de este Curso Pre Congreso.

---

# INTRODUCCIÓN

**El aborto incompleto es una patología frecuente atendida en las emergencias de los establecimientos públicos de salud. Sabido es que, en Latinoamérica y El Caribe, la segunda causa de internamiento en los servicios de ginecoobstetricia es el aborto incompleto y sus complicaciones.**

La anticoncepción es una forma efectiva de prevenir el embarazo y, como consecuencia, sus complicaciones y las muertes maternas. De acuerdo a los datos existentes acerca de los embarazos no deseados, 1/4 a 2/5 de las muertes maternas podrían eliminarse si se evitan esos embarazos.

Las tasas de aborto descienden en la medida que se utilizan con mayor frecuencia los anticonceptivos eficaces. Así, las tasas de aborto son más bajas en Europa Occidental, en donde en general el aborto es legal y está ampliamente disponible, el uso de anticonceptivos es muy alto y la mayoría de las mujeres usa métodos eficaces. Por el contrario, las tasas de aborto se mantienen altas en aquellos países en donde el aborto es ilegal y el uso de métodos anticonceptivos eficaces es bajo.

**Los anticonceptivos pueden ser utilizados en diferentes momentos de la vida reproductiva de las mujeres:**

- Mujeres en actividad sexual antes de embarazarse
- En el intervalo intergenésico
- En el post parto y post cesárea
- En el post aborto.

La OMS reconoce que el acceso a servicios de anticoncepción es un derecho humano básico para cuidar la SS y SR y por eso las leyes nacionales respaldan este derecho. Brindar consejería y entrega de métodos anticonceptivos como parte de la atención post aborto mejora la aceptación de los anticonceptivos, los mismos que ayudan a romper el ciclo de embarazos no deseados-abortos inseguros.

La anticoncepción post aborto es una estrategia priorizada para reducir la morbi-mortalidad materna, los embarazos de riesgo, embarazos no planificados, abortos en condiciones de riesgo y todas las implicancias derivadas de estos eventos y, además, cautela el derecho de las mujeres a decidir el número de hijos y el momento de tenerlos.

Toda mujer atendida por un aborto tiene derecho a recibir consejería en anticoncepción y acceso a la variedad de métodos anticonceptivos. Recordar que la ovulación se restituye poco después del aborto, entre 10 y 14 días, y por esta razón la anticoncepción inmediata puede evitar que las mujeres presenten nuevamente otro embarazo y como consecuencia un aborto repetido.

Durante la consejería, informar a la mujer que puede quedar embarazada 10 días después del aborto, que existen métodos anticonceptivos seguros para evitar o postergar un nuevo embarazo, dónde puede



obtener servicios de anticoncepción y que la mayoría de métodos anticonceptivos pueden utilizarse después de la atención post aborto.

En general, todos los métodos anticonceptivos modernos pueden ser utilizados, siempre que no existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional (para ello aplicar los criterios de elegibilidad de la OMS) y que la mujer haya recibido la consejería adecuada.

La proporción de uso de métodos anticonceptivos en el post aborto en los países de América Latina es aún baja. La sensibilización y la capacitación de los profesionales médicos en el uso de la anticoncepción post aborto, poniendo énfasis en los anticonceptivos reversibles de larga duración, debe aumentar la proporción de mujeres que la utilizan, por la continuidad de uso y la eficacia de estos métodos anticonceptivos.

Estas consideraciones han estimulado a la Dirección Ejecutiva de FLASOG a compartir esfuerzos con el Grupo de Trabajo FIGO para la Prevención del Aborto Inseguro, a fin de llevar a cabo esta actividad dentro de la Programación del XXI Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología.

## OBJETIVO GENERAL

Contribuir a reducir los embarazos no deseados y los abortos inseguros, lo que obviamente reducirá la mortalidad materna por aborto.

### Objetivos específicos:

- Acercar a los profesionales médicos ginecoobstetras a un mayor conocimiento de la anticoncepción post aborto
- Desarrollar una opción eficaz para evitar los embarazos no planeados y los abortos repetidos.
- Desarrollar dentro de la anticoncepción post aborto la opción para utilizar los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC).

## DESARROLLO DEL CURSO

El Curso se realizó cumpliendo totalmente la programación que aparece en el Anexo 1. Participaron un total de 42 profesionales médicos, entre ellos, el Presidente de FLASOG, el Presidente de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO), el Representante de UNFPA en Ecuador, el Director Ejecutivo de FLASOG, cuatro Profesores invitados y representantes de las sociedades de Obstetricia y Ginecología de todos los países de América Latina y El Caribe (Anexo 2).



# INAUGURACIÓN



→ EL DR. **LUIS TÁVARA**, DIRECTOR EJECUTIVO DE FLASOG dio la bienvenida a todos los participantes, agradeció su concurrencia a esta convocatoria y presentó a los integrantes de la mesa de honor.

EL DR. **OCTAVIO MIRANDA**, PRESIDENTE DE FESGO dio la bienvenida a nombre de su institución y deseó éxitos en el desarrollo de este curso.

El Dr. **Jorge Parra**, Representante de UNFPA en Ecuador, saludó a los participantes a nombre de su representada, expresando la satisfacción para UNFPA de patrocinar eventos como el presente, por la importancia que tiene en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres latinoamericanas. Agregó que UNFPA siempre está dispuesto a facilitar intervenciones que vayan encaminadas a fortalecer los derechos reproductivos de las mujeres.

El Dr. **José De Gracia**, Presidente de FLASOG, hizo llegar su saludo a nombre de la Federación y del XXI Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Destacó la importancia del curso en la prevención del embarazo no deseado y de los abortos inseguros, declarando inaugurado el evento.

Luego, el Dr. **Luis Távara**, Director Ejecutivo de FLASOG, hizo la presentación del evento y agradeció a las sociedades científicas aquí representadas el haber acreditado a sus representantes, así como el importante patrocinio de UNFPA/LACRO para llevar a cabo el curso. A continuación solicitó a todos los participantes que se presentaran.



## PRESENTACIÓN

# ROL DE LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO EN LA PREVENCIÓN DEL ABORTO. EGRESO DE LA USUARIA CON UN MAC. ENTREGA DE LARC AL MOMENTO DEL ALTA

**DR. LUIS TÁVARA**  
DIRECTOR EJECUTIVO DE FLASOG.



El Dr. Távara empezó su disertación definiendo la anticoncepción post aborto como una importante estrategia para reducir los abortos repetidos y los riesgos que ellos representan para las mujeres. La mujer que llega con un aborto provocado o solicitando interrupción legal del embarazo (ILE) está expresando su absoluta decisión de no tener un hijo y que, si vuelve a embarazarse, seguramente volverá a abortar; es evidente que una proporción muy alta de todos los abortos son abortos repetidos.

La mujer que consulta por aborto incompleto o solicita aborto legal está motivada a no repetir la experiencia de abortar y desea una consejería apropiada. Existe la ventaja que la mujer ya está en el servicio de salud y es atendida por un profesional con la capacidad de administrar un anticonceptivo.

Existe una desventaja cuando se cita a la paciente semanas más tarde de la atención post aborto (APA) para iniciar el método anticonceptivo, momento cuando las posibilidades de comenzar a usar el método elegido disminuyen y el riesgo de un embarazo no planeado aumenta.

La decisión de seleccionar el método anticonceptivo (MAC) de su preferencia es un derecho de la mujer. Pero, la mujer también tiene el derecho de ser plena y correctamente informada en el momento de escoger un método. Una información fundamental al escoger un método en el post aborto es su eficacia. Por eso, es necesario dar información correcta sobre la eficacia "real" de cada método, puesto que existe diferencia entre la eficacia clínica y la eficacia teórica.

Trussel introdujo el concepto de tasa de falla de los MAC durante el *uso perfecto* (ensayo clínico) y durante el *uso típico* (en la vida real). Por ejemplo, la eficacia de un método anticonceptivo oral combinado depende de su capacidad de inhibir la ovulación, y este efecto va a depender de la adherencia de la mujer al uso diario y al intervalo prescrito. La NO adherencia al uso diario y al intervalo prescrito aumenta el riesgo del “escape ovulatorio” y el atraso en reiniciar un nuevo ciclo; al prolongar el intervalo, el riesgo de gestar es mayor. Durante el intervalo no hay inhibición de FSH y LH y, por lo tanto, existe desarrollo folicular. El folículo dominante puede llegar a 10-12 mm en el primer día del siguiente ciclo en el uso de pastillas, y el atraso de 2-3 días permite la maduración folicular y la eventual ovulación; el coito en ese período puede ocasionar un embarazo no planeado. El riesgo de prolongar el intervalo aplica también a otros anticonceptivos hormonales, como el parche anticoncepcional, el anillo vaginal y los inyectables.

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) son opciones altamente efectivas, que requieren acción menos de una vez por mes o ciclo. Su eficacia no depende de la adherencia o del uso perfecto por parte de la usuaria. Son bien tolerados, sin riesgos o efectos adversos relacionados con los estrógenos; son más costo-efectivos que los anticonceptivos orales combinados (ACO), a pesar del costo inicial, y la asesoría permite a las mujeres hacer elecciones informadas.

#### **Entre los LARC tenemos:**

- DIU T Cu 380 (para uso hasta 10 años)
- DIU liberador de LNG (para uso hasta 5 años)
- Implantes subdérmicos: liberan LNG o etonogestrel (para uso hasta 5, 3 años)
- Pueden ser aplicados:
  - En el intervalo
  - En el post parto
  - En el post aborto.

La eficacia real durante el uso “típico” de los LARC es la misma que la eficacia teórica durante el uso “perfecto”. La excepción es el DIU, que puede ser expulsado o perforar el útero, dejando a la mujer expuesta a embarazo. Sin embargo, esos eventos raras veces pasan desapercibidos. La Depo-Provera está en una situación intermedia; pero, a diferencia de los métodos que duran años, su eficacia en el uso típico es muy inferior al uso perfecto. En la tabla siguiente se resume la tasa de falla de los métodos anticonceptivos al primer año de uso:

MÉTODO	USO PERFECTO	USO TÍPICO
• Abstinencia periódica	0,4-5,0	24,0
• Diafragma	6,0	12,0
• Condón	2,0	18,0
• T Cu 380-A	0,6	0,8
• Píldora combinada oral	0,3	9,0
• Anillo vaginal NuvaRing	0,3	9,0
• Depo-Provera	0,2	6,0
• Mirena (SIU-LNG)	0,2	0,2
• Implanón	0,05	0,05
• Ligadura tubárica	0,5	0,5
• Vasectomía	0,10	0,15

Esta información es la que tienen que recibir las mujeres en el momento de decidir sobre qué método escoger después de un aborto, puesto que la experiencia práctica ha confirmado la mayor eficacia del uso de los LARC para reducir los abortos repetidos. Se ha verificado, además, que las adolescentes se embarazaron más que las adultas si usaban métodos de corta duración, pero no había diferencia en el número de embarazos entre las adolescentes y adultas que usaban LARC. Existe el concepto de que las adolescentes no deben usar DIU o implantes (LARC), ni siquiera en el post aborto; los criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos de la OMS muestran que ese concepto está errado.

La mayor aceptación de los LARC post aborto va a depender de: a) la disponibilidad de métodos sin costo, o a precios muy subsidiados; b) la preparación y actitud de los proveedores; y, c) de la organización del sistema para dar consejería y aplicación inmediata del método en el lugar de la atención. Es preferible que la mujer salga de una atención post aborto con el LARC. En un estudio publicado hace tres años a cerca de 2 500 participantes que escogieron un **método ofrecido sin costo post-consejería**, 67% de ellas eligieron métodos de larga duración (56% anticoncepción intrauterina y 11% implantes subdérmicos).

Finalmente, un aborto debido a un embarazo no deseado es en parte responsabilidad nuestra, pero un aborto por un embarazo no deseado en una mujer que tuvo una APA previa, es de nuestra entera responsabilidad.





## PRESENTACIÓN

# BARRERAS PARA LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO. CONSEJERÍA Y ENTREGA DE AC POST ABORTO.

### **DRA. LAURA GIL**

MÉDICO GINECOOBSTETRA,  
SUBDIRECTORA DE ASISTENCIA TÉCNICA  
Y CAPACITACIÓN DE LA FUNDACIÓN ORIENTAME,  
BOGOTÁ, COLOMBIA.



La Dra. Gil saludó a los participantes y dijo que la anticoncepción post aborto debe ser administrada para prevenir las consecuencias del embarazo no deseado. Se debe hacer dentro de una atención integral, con perspectiva de derechos y una atención de calidad.

Las barreras existentes para la anticoncepción post aborto, entre otras, son: a) sistema de salud fragmentado y sin un nivel de resolutivez demarcado; b) falta de disponibilidad de insumos; c) costo-financiación por el estado variable; d) falta de énfasis en el entrenamiento; y, e) fallas en la asesoría por falta de protocolos y de entrenamiento.

Las barreras para la asesoría en anticoncepción son: la tendencia a recomendar o aconsejar, poner énfasis en la información generalizada sin individualizar las intervenciones, no relacionarla con los derechos sexuales y reproductivos, dar información de acuerdo a criterios personales. Se interponen los mitos y creencias erradas, se dedica poco tiempo, no siempre se cuenta con recursos didácticos y se emiten juicios de valor en relación al autocuidado.

### **Existen actitudes o creencias en relación con el DIU, determinadas por:**

- La distancia geográfica que puede haber desde el sitio de vivienda de la usuaria hasta un consultorio
- Experiencia de perforación que excluyen la opción anticonceptiva

- Temor a la hemorragia
- Pensar que es mejor un solo evento a la vez
- Requisito de Papanicolaou
- Falta de entrenamiento o seguridad suficiente para la inserción
- No es para nulíparas ni adolescentes.

Para enfrentar esta situación es necesario incluir la asesoría anticonceptiva como parte del modelo integral. Este modelo se puede construir recogiendo la evidencia con base en la revisión de la literatura, tomando de la experiencia de estudios cualitativos y de observación, así como la revisión de otras metodologías, como estrategias y rotafolios. Nuestra propuesta y conceptualización se basa en: toma de decisiones, hacer énfasis en la efectividad, lo mejor posible lo antes posible, comentar los mitos y la individualización.

En cuanto a la *toma de decisiones*, esta tiene en cuenta el proceso dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos. Se debe tener claro que muchas mujeres no usan anticonceptivos por diversas razones: vergüenza, baja percepción del riesgo de embarazo, evento/cambio de vida o crisis personal, presión de la pareja, actividad sexual infrecuente, miedo a cambios en su cuerpo, dificultad en usar o acceder, costo, información inadecuada.

En cuanto a la *efectividad*, los métodos anticonceptivos deben ser clasificados en el siguiente orden: a) métodos de muy corta duración, que se les olvida muy frecuentemente (condón femenino o masculino, espermaticidas o métodos basados en el periodo fértil); b) métodos de corta duración, que se pueden olvidar (inyectables, píldora, minipíldora, anillo, parche); y, c) métodos de larga duración, en los que la mujer no tiene nada que recordar (DIU, implantes, esterilización). Se debe facilitar la comprensión de las diferencias de la efectividad de estos tres grupos de anticonceptivos.

Se debe entregar *lo mejor posible lo antes posible*, hacer inicio inmediato y de preferencia los métodos de larga duración. La mejor manera de evitar los embarazos no deseados (END) es con los métodos de larga duración. Existe evidencia que si 5% de las mujeres cambiara la píldora por el implante, habría 7 500 menos END en los EE UU. Iniciar un método de larga duración significa que si una mujer inicia el implante, tiene una probabilidad 35 VECES menor de otro END en el primer año después de un aborto. Iniciar un método inmediatamente significa que si 20% de las mujeres que tienen un aborto en EE UU iniciaran un DIU, se evitarían 14 000 nuevos abortos; pero, si lo inician inmediatamente, se evitarían 20 000.

El estudio Choice se basa en la disminución de las Barreras de acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, esto quiere decir, eliminar la barrera económica, o sea todos los métodos gratis; eliminar la barrera de información, esto significa dar una asesoría balanceada.

El estudio Choice dio como resultados, en el caso de los LARC, una elección del 70%, una continuación del 88%, satisfacción de 80 a 90% y una tasa de falla de 1 a 8%; en tanto, para los métodos de corta duración se obtuvo una elección de 30%, continuación de 53 a 70%, satisfacción 45 a 50% y una tasa de falla de 20 a 28%.

En el estudio Choice, en caso de aborto reciente se obtuvo elección de DIU 2 veces más común; si es que se ofrecía de inicio inmediato el MAC, se obtuvo inicio de DIU 3 veces más alto e inicio de implante 50% más alto. En el caso de Oriéntame, la elección de DIU aumentó de 14% a 41% al ofrecerlo gratuitamente.

Al iniciar inmediatamente la anticoncepción post aborto, ya es seguro que el DIU e implante no aumentan el riesgo de infección, no alteran el reinicio de la menstruación (DIU), no aumenta el riesgo de expulsión (DIU) y existe una mayor continuación y satisfacción. El inicio diferido aumenta la recurrencia de END; y 25 a 55% de mujeres que postergan la inserción del DIU no regresan.

En el caso de anticoncepción con medicamentos luego de un aborto, existe un mayor riesgo de diferirlo. Todos los métodos anticonceptivos (excepto el DIU) pueden ser iniciados inmediatamente (al mismo tiempo con el misoprostol), pero existe menor probabilidad de inicio de métodos de larga duración, dado que el DIU solo se puede insertar a la semana y para ello se debe prestar atención a la asesoría.

En el caso de los *mitos*, 52% de los END ocurren por mal uso de anticoncepción y 25% por pausa innecesaria. Es importante aclarar a las usuarias los mitos más frecuentes. Lo cierto es que los AC pueden ser usados por períodos largos sin necesidad de descansar; no causan infertilidad ni cáncer; los cambios en la menstruación no son malos para la salud; cualquier método anticonceptivo es más seguro que un END y ningún método anticonceptivo es abortivo.

La *individualización* de la asesoría significa que debe hacerse según particularidades de cada mujer para optimizar la información. Consiste en individualizar las opciones de cada mujer según sea su estado de salud (criterios de elegibilidad de OMS), su capacidad económica, su estilo de vida y centrar la información en los métodos ideales para cada mujer. Debe iniciarse cuanto antes con los métodos más eficaces.

Entre los años 2011 y 2013, en Oriéntame, luego de implementar esta tecnología en la anticoncepción, la AC post aborto se elevó de 75% a 81%; 78% de las mujeres empezaron la anticoncepción de inmediato y el uso de los LARC fue de 45%.

Finalmente, la Dra. Gil expresó que para incrementar y mejorar la anticoncepción post aborto quedan algunos retos, como integrar los servicios, vencer mitos, cambio de cultura (haciendo asesoría centrada en la paciente y utilizando mejor la Medicina basada en la evidencia). Será mejor disponer de la mejor evidencia + experiencia + individualización, aumentar el acceso INMEDIATO a métodos de larga duración y tener cuidado especial con el aborto con medicamentos.



## PRESENTACIÓN

---

# USO DE LA SOLAPA DE ABORTO DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) PARA MEJORAR LA APA Y LOS REGISTROS. EJERCICIOS SOBRE CASOS.

**DR. RODOLFO GÓMEZ PONCE DE LEÓN**  
REPRESENTANTE DEL CLAP/OPS/OMS

---



Luego de saludar a los participantes, el Dr. Gómez manifestó que el SIP/aborto es una herramienta útil para mejorar la calidad de los servicios. Agregó que el Presidente Clinton expresó que el aborto debe ser legal, seguro y poco frecuente, pero en realidad para las mujeres más vulnerables el aborto sigue siendo ilegal, inseguro y muy frecuente.

La historia clínica perinatal (HCP) es un instrumento muy breve y completo que permite recoger información básica e indispensable para la atención de una mujer. Como parte de la HCP está la sección dedicada a la atención del aborto, que permite registrar la procedencia, la sección de pre procedimiento, la sección de procedimiento o tratamiento y la sección post procedimiento, así como la sección anticoncepción y el alta. Se agrega una sección para el registro gráfico del dolor a lo largo de la atención. Igualmente, el procesamiento de la HCP nos permite identificar las tres demoras en la atención del caso.

Además, el procesamiento nos hace posible reconocer el número de abortos atendidos y los diferentes tipos de diagnóstico de estos casos y, en cada caso, identificar las distintas demoras. Además, se puede estudiar cualquier variable o grupo de variables.

El sistema proporciona datos sobre si la mujer estaba usando un MAC, si el aborto fue espontáneo o inducido, uso de MAC, uso de LARCs, análisis de muerte materna, anticoncepción recibida: inicio, MAC elegido, referencia, diagnóstico final marcado con el CIE10. Informa sobre indicadores básicos de un aborto: edad, nivel de educación, estado civil, diagnóstico, aborto con medicamentos; puede hacer selección por fecha, selección por variable y permite hacer seguimiento de la anticoncepción post aborto.

A continuación, el Dr. Gómez presentó un caso de aborto para hacer el llenado correspondiente en la HCP.



## PRESENTACIÓN

# INYECTABLE TRIMESTRAL. EL DIU-T DE CU Y EL SIU-LNG EN LA AC POST ABORTO. FORMAS DE APLICACIÓN Y RETIRO.

### DR. JOSÉ FIGUEROA

DIRECTOR MÉDICO DE PROFAMILIA,  
REPÚBLICA DOMINICANA.



Luego de saludar a los participantes, el Dr. Figueroa expresó que presentaría las formas de aplicación y retiro del inyectable trimestral, el DIU T de cobre y el SIU levonorgestrel, en la anticoncepción post aborto. Agregó que la experiencia de Pro-Familia en el uso de métodos reversibles de larga duración en 6 clínicas ha sido como sigue: las menores de 15 años los usan en 7%; las mujeres entre 15 a 19 años los utilizan en 13%; y las mujeres de 25 años y más los usan en 25%.

La mujer que llega con un aborto provocado o solicitando la interrupción legal del embarazo está expresando su decisión de no tener un hijo y que, si vuelve a embarazarse, seguramente volverá a abortar. Si se pospone el inicio de un método anticonceptivo, las posibilidades de usar el que ha elegido disminuyen y el riesgo de embarazo aumenta.

### La Depo-Provera

Es un método seguro y adecuado para casi todas las mujeres; los cambios en el sangrado son comunes pero no hacen daño. Las inyecciones deben ser aplicadas con regularidad, pueden administrarse hasta con 4 semanas de retraso, el aumento de peso es común, pueden aplicarse en infectadas con HIV, en mujeres que hayan tenido hijos o no, a cualquier edad, y tiene beneficios para la salud. Puede iniciarse en el post aborto, inmediatamente, sin descuidar de brindar asesoramiento sobre el sangrado, ofrecer información sobre el sitio de inyección y ratificar la fecha de la próxima inyección.

En el post aborto se recomienda aplicar la primera inyección inmediatamente después que se concluya con la asistencia al aborto (AMEU, LUI o manejo médico), en los países donde está permitido la ILE. En los países donde no está permitida la ILE, se debe atender igualmente casos de post aborto, administrando la inyección inmediatamente después de que se concluya con la atención. De no ser posible administrarla de inmediato, la administración de la inyección puede ser en cualquier momento de los siguientes 7 días. Recordemos que si no se aplica en ese periodo y la usuaria reinicia sus relaciones sexuales, la posibilidad de un embarazo aumenta sustancialmente. Si no pudimos aplicarle la inyección en ese período de 7 días y la usuaria está decidida a utilizarla, podemos administrarla “si estamos razonablemente seguros de que no existe un embarazo”, y recomendar el uso de un método de respaldo (por ejemplo, condón) por los siguientes 7 días a su aplicación.

**Los sitios anatómicos recomendados para la inyección de una Depo-Provera, destacan en orden de preferencia:**

- la cadera, porción anterior del músculo glúteo
- la porción superior del brazo, en el músculo deltoideos
- la nalga, en la parte superior externa, músculo glúteo.

Cualquiera que sea el sitio anatómico que elijamos, debemos aplicar la inyección profundamente y no se recomienda dar masaje después de la misma. Solo presionar el sitio de la inyección.

## **El dispositivo intrauterino (DIU TCu)**

Proporciona protección contra el embarazo en el largo plazo (12 años). Debe ser administrado por un proveedor capacitado. Existen frecuentes cambios en el sangrado menstrual. Tiene como ventajas la eficacia, reversibilidad, independiente del coito; puede ser usado en el post parto y post aborto. Pero, igualmente, tiene como desventajas algunos efectos secundarios comunes: la inserción y extracción pueden ser dolorosos, posibilidad de expulsión, riesgo de perforación -dependiente del proveedor-, se necesita un establecimiento clínico para su aplicación.

Las mujeres que los pueden usar son de cualquier edad, con hijos o sin hijos, antecedente de embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con terapia antirretroviral.

Para prevenir la infección, se recomienda la selección de usuarias, usar una buena técnica de inserción y otras consideraciones de bioseguridad,

Para la inserción del DIU es oportuno cualquier momento del ciclo menstrual, posterior a un parto, posterior a un aborto. Tener en cuenta que el riesgo de complicaciones se da en las primeras 3 a 6 semanas de uso.

La técnica de su aplicación varía dependiendo del momento en que se realiza. En el post aborto, la técnica recomendada es similar a cuando se coloca en el intervalo intergenésico, es decir, usando el aplicador.



Luego de colocar un DIU no se requiere visitas de seguimiento de rutina. No requiere realización de sonografía con fines de confirmar si la inserción fue correcta. Solo en casos especiales donde se sospeche la expulsión o una perforación estaría indicada una sonografía.

Las indicaciones para la extracción del DIU son: el embarazo, cuando la usuaria lo desea, EPI actual, DIU fuera de lugar, sangrado anormal muy abundante, la usuaria se vuelve inelegible, después de la vida útil del DIU, menopausia.

Para el retiro de DIU, hacer tracción suave de los hilos. Si no se ven los hilos, retirar con una pinza alligator o cureta de Novak.

### **Sistema con levonorgestrel o sistema intrauterino (SIU)**

Ofrece protección de larga duración (5 años), requiere de un proveedor capacitado, hay cambios en el patrón menstrual. El SIU es muy eficaz y permite un retorno de la fertilidad inmediato una vez que es retirado. Puede ser usado por todas las mujeres en el intervalo, en el post parto y en el post aborto. Requiere consejería previa, especialmente en los cambios del patrón menstrual.

Terminada su exposición, el Dr. Figueroa presentó un vídeo en relación a la aplicación y retiro de estos métodos.



## PRESENTACIÓN

---

# EL IMPLANTE SUBDÉRMICO EN LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO. FORMAS DE APLICACIÓN Y RETIRO.

### DR. MIGUEL GUTIÉRREZ

REPRESENTANTE DE PATHFINDER INTERNATIONAL Y DE LA FUNDACIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA (ESAR) EN EL PERÚ.

---



Luego de agradecer la invitación a este curso, el Dr. Gutiérrez expresó que presentaría la inserción y retiro de tres tipos de implante que están siendo utilizados en el mundo y específicamente en América Latina: el Implanón, el Jadelle y el Nexplanón.

Los implantes tienen una de las tasas más elevadas de efectividad, y están constituidos por solo progestágenos: en el caso del Implanón y el Nexplanón, por etonogestrel, y en el caso del Jadelle, tiene levonorgestrel. Su mecanismo de acción fundamental es evitar la ovulación.

Tanto en el Implanón como en el Nexplanón, no se requiere hacer ningún corte pequeño con bisturí en la piel para su aplicación (Técnica de No tocar), ya que su aplicador tiene una punta muy afilada.

En el caso del Jadelle, los aplicadores modernos pueden permitir la inserción sin corte de la piel, pero la técnica usual es con un pequeño corte.

Todos los tipos de implantes se colocan inmediatamente debajo de la piel de la parte interna del brazo que menos se utiliza. Solamente el Nexplanón tiene sulfato de bario y puede ser visto con rayos X. En cambio, el Implanón y el Jadelle no son radio opacos, por lo que si son insertados profundamente o en el plano muscular, su localización es muy difícil y su extracción igualmente.

## Aplicación del implante subdérmico Implanón

Debe ser aplicado por profesionales de salud capacitados, utilizando la “técnica de no tocar”. Luego de una adecuada asepsia de la piel, se coloca el implante subdérmico en la cara interna del brazo, a 8 cm del codo, y utilizando unos 2 a 3 mL de anestesia local. El implante está dentro de la aguja del aplicador. Por lo tanto, se inserta la aguja y se deja el implante con la técnica de retiro. A continuación se hace tocar a la paciente el implante colocado y se cubre el lugar de la inserción con una gasa y esparadrapo o con un vendaje.

El retiro será muy fácil si está bien colocado. Luego de aplicar 1 mL de anestesia debajo de la parte visible del implante, se realiza un pequeño corte, y empujando de la parte distal se extrae fácilmente.

Se presentó diapositivas y vídeo de la técnica de la inserción del implante subdérmico del Implanón, así como la técnica del retiro.

## Inserción del Jadelle

Se recordó que la técnica quirúrgica de inserción y su asepsia debe ser muy estricta, ya que en este caso se manipulará los implantes. Luego de la asepsia de la piel del brazo seleccionado, se coloca anestesia local en forma de una “V” en la cara interna del brazo no dominante y a unos 8 cm del codo. Se usa un trocar de inserción de Jadelle + 2 implantes. Abrir con cuidado la bolsa de los implantes y colocarlos en un campo estéril, hacer incisión en la piel e introducir el trocar hasta la última marca; se retira el trocar, se deja el implante y luego se retira el trocar hasta sentir una resistencia; se retira la funda del aplicador hasta la marca más cercana. A continuación se vuelve a insertar el trocar, el implante y se retira la funda del aplicador. Al final, se le hace tocar los implantes a la usuaria y se coloca una gasa y esparadrapo o vendaje.

En el caso del retiro, se debe tener en cuenta que, si se han colocado debajo de la piel –subdérmicos–, el retiro es muy fácil. Es similar al retiro del Implanón.

## Inserción del Nexplanón

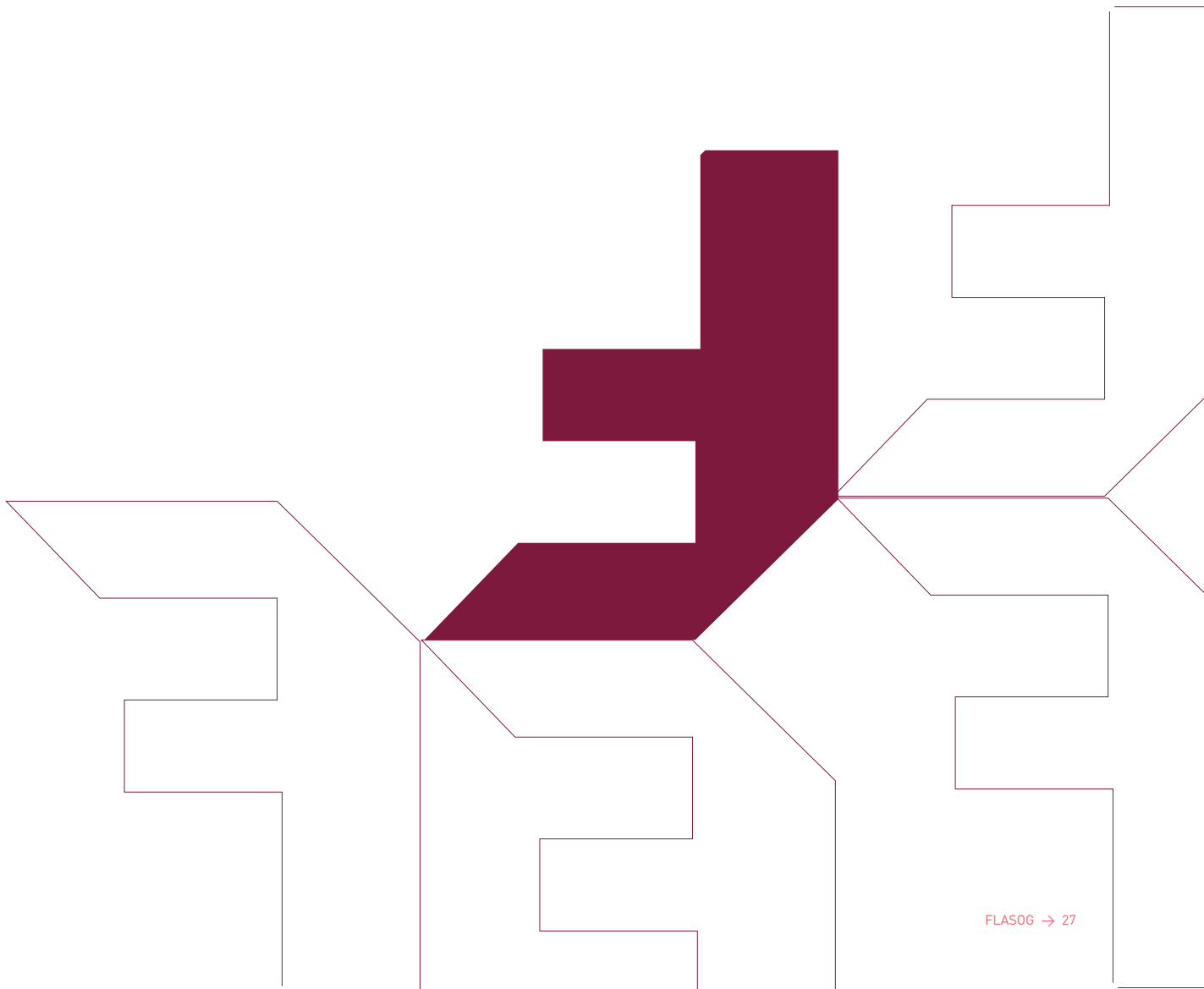
Al igual que el Implanón, es un solo implante. Hay dos diferencias: tiene un nuevo aplicador y es radio opaco. Para su aplicación se utiliza la “técnica de no tocar”. Se debe sacar la tapa y no tocar la aguja. Dentro de la aguja está el implante. Estirar la piel, levantar la piel, se coloca la punta, se avanza toda la aguja en forma paralela a la piel, desbloquear el aplicador y el implante queda debajo de la piel.

Al final, se hace tocar a la usuaria el Nexplanón colocado y se coloca una gasa con esparadrapo o vendaje por unas 24 a 48 horas.

## Retiro del Nexplanón

Igual que con el Implanón, se debe localizar el implante, aplicar anestesia local, hacer incisión vertical, empujar con un dedo el implante, extraerlo con una pinza mosquito. Si hubiera dificultad para el retiro, se puede hacer uso de la ecografía.

Luego de su exposición, se presentó vídeos de inserción y retiro de implantes.





---

## PRESENTACIÓN

---

# CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA AC POST ABORTO.

---

**DRA. LAURA GIL**  
ORIENTAME

---

Las 3 premisas fundamentales de la anticoncepción post aborto son: administración inmediata, iniciar el método más efectivo posible y utilizar los conceptos basados en evidencia, esto quiere decir desterrar los mitos y eliminar las barreras.

**Los criterios de elegibilidad OMS 2009 para la anticoncepción post aborto, en resumen son:**

- Categoría 1-2, se puede usar DIU, progestágeno, hormonales orales combinados, implantes.
- Categoría 3-4, no se puede usar DIU en aborto séptico.

En el año 2013, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE UU ampliaron los criterios, pero no hubo cambio alguno.

Con alguna frecuencia ocurre tensión entre la medicina basada en evidencia (MBE) y la práctica basada en la experiencia. La MBE se basa en la literatura científica, en resultados reproducibles, mientras la práctica basada en la experiencia se sustenta en la experiencia personal y profesional. Lo importante es aprovechar ambas corrientes de trabajo.

## Asesoría en anticoncepción

La asesoría en anticoncepción debe cumplir con ser estandarizada, estructurada, centrada en los derechos de la mujer, motivacional, poner énfasis en el inicio inmediato y en la efectividad. Es recomendable decidir por un método que tenga en cuenta las recomendaciones según el estado de salud o condiciones como infección pélvica, miomas, enfermedades severas, migraña, trombosis, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de la vesícula biliar, diabetes, 33 años o más, uso de medicamentos.

## Contraindicaciones según los criterios de elegibilidad de la OMS

1. Contraindicaciones para iniciar el implante:
  - a. Cirrosis graves, tumores hepáticos
  - b. Cáncer de mama, actual o pasado

- c. Hemorragia vaginal inexplicable
  - d. Lupus eritematoso con anticuerpos antifosfolípidos.
2. Contraindicaciones para el DIU:
- a. EPI actual o infección activa por gonococo o clamidia
  - b. Post aborto séptico o infección puerperal
  - c. Sangrado vaginal inexplicado
  - d. Trasplante de órganos, con complicaciones
  - e. Cáncer cervical
  - f. Enfermedad trofoblástica gestacional
  - g. Sida
  - h. Tuberculosis pélvica
  - i. Cavidad uterina distorsionada
  - j. Lupus eritematoso con trombocitopenia grave.
3. Contraindicaciones para el DIU liberador de hormona
- a. Lupus eritematoso con anticuerpos antifosfolípidos
  - b. Tumores hepáticos
  - c. Cirrosis grave
  - d. Cáncer de seno, actual o pasado.
4. Contraindicaciones para el inyectable trimestral
- a. Antecedente de accidente cerebro vascular
  - b. Trombosis venosa profunda
  - c. Múltiples factores de riesgo cardiovascular
  - d. Tumor hepático o cirrosis grave
  - e. Hemorragia vaginal inexplicable
  - f. Hipertensión →160/100
  - g. Enfermedad isquémica, actual o pasada
  - h. Lupus con anticuerpos antifosfolípidos o trombocitopenia
  - i. Cáncer de mama, actual o pasado
  - j. Diabetes mellitus con complicaciones cardiovasculares, renales, oculares o neurológicas.
5. Contraindicaciones para iniciar hormonales combinados, frecuentes:
- a. Fumadoras, más de 15 cigarros por día y más de 35 años de edad
  - b. Post parto menor de 3 semanas o 6 semanas, si es que hay riesgo de trombosis
  - c. Trombosis venosa profunda, aguda o pasada
  - d. Migraña con aura a cualquier edad o sin aura en mayores de 35 años
  - e. Cirugía mayor con inmovilización prolongada
  - f. Cáncer de mama, actual o pasado
  - g. Uso de anticonvulsivantes.
6. Contraindicaciones para iniciar hormonales combinados en mujeres con complicaciones raras en la edad fértil:
- a. Enfermedad coronaria



- b. Cardiomiopatía periparto o valvulopatía complicada
  - c. Antecedente de accidente cerebrovascular
  - d. Hipertensión
  - e. Múltiples factores de riesgo cardiovascular
  - f. Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa)
  - g. Mutaciones trombogénicas
  - h. Antecedente de cirugía bariátrica
  - i. Enfermedad biliar actual, antecedente de colestasis asociada al uso de anticonceptivos
  - j. Hepatitis viral aguda, tumor hepático o cirrosis grave
  - k. Diabetes con complicaciones
  - l. Trasplante de órganos con complicaciones
  - m. Lupus eritematoso con anticuerpos antifosfolípidos positivos.
7. Contraindicaciones para hormonales combinados con uso de medicamentos
- a. Anticonvulsivantes. Solamente con fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, topiramato, lamotrigina
  - b. Antibióticos. Solamente rifampicina, rifabutina
  - c. Antirretrovirales. Solo ritonavir.
8. No limitar el uso de hormonales combinados en casos de:
- a. Enfermedad mamaria benigna
  - b. Cáncer familiar de seno
  - c. Enfermedad tiroidea
  - d. Enfermedad varicosa
  - e. Extremos de la vida fértil
  - f. Obesidad.

No solo existen contraindicaciones para los hormonales combinados, existen también beneficios: disminuyen el riesgo de cáncer de colon, endometrio, ovario y no modifican el riesgo de cáncer de mama.

### **Elegibilidad de los anticonceptivos post aborto. Situaciones especiales**

En APA sin complicaciones, utilizar de preferencia LARC, según las expectativas reproductivas de la mujer. Se puede usar todos los MACs. No se recomienda métodos naturales. No se recomienda métodos permanentes cuando la decisión se toma recientemente, en la situación de aborto.

En caso de hemorragia post aborto abundante o hemoglobina menor de 7 g, se puede usar todos los MAC, incluido el DIU.

En caso de lesión intra-abdominal, perforación o lesión vaginal, se puede usar todos los anticonceptivos hormonales; no insertar DIU y posponer la esterilización, el condón, el diafragma y los espermicidas, hasta no resolver las lesiones cervicales o vaginales

Cada una de las presentaciones fue seguida de una amplia discusión, con preguntas, respuestas y comentarios, que fueron insumos para la plenaria final.



## PRESENTACIÓN

# SEGUIMIENTO DE LA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO: ADHERENCIA AL MÉTODO, CONTINUIDAD DE USO, ABANDONO DEL MÉTODO, NUEVA GESTACIÓN, NUEVO ABORTO, COMPLICACIONES, EFICACIA.

**DR. LUIS TÁVARA**  
FLASOG

**DR. RODOLFO GÓMEZ**  
CLAP

El Dr. Luis Távara empezó reafirmando la importancia de la anticoncepción post aborto, porque las mujeres que se han sometido a un aborto tienen un mayor riesgo de repetir este tipo de aborto. Para ellas y todas las mujeres, la planificación familiar (PF) debe ser voluntaria, fácilmente disponible, y la información debe ser ofrecida de manera concisa y completa.

**En el año 2009, FIGO declaró conjuntamente con la ICM, la ICN y AID que:**

- En el mundo, uno de cada 3 embarazos (→70 millones) terminan en aborto espontáneo o inducido
- Las necesidades insatisfechas (NI) de PF son la causa principal del aborto inducido
- Las mujeres en el post aborto están en riesgo de embarazo
- Todas las mujeres deben recibir consejería y PF en el post aborto
- Ofrecer toda la gama de MAC, incluyendo LARC
- La AC post aborto es muy aceptada si se ofrece en servicios de calidad
- Brindar servicios de PF post aborto como una rutina
- Reorganizar los servicios para ahorrar costos y tiempo y entregar MAC en el mismo servicio
- El rol de los profesionales es clave para la abogacía.

**De otro lado, la OMS recomienda:**

- No discriminar en la provisión de información y servicios de AC
- Información y servicios de AC disponibles
- Accesibilidad a la información y servicios de AC
- La información y servicios integrales deben ser rutinariamente entregados con la atención del aborto y del post aborto
- Aceptabilidad de la información y servicios de AC
- Calidad de la información y servicios de AC
- Hacer que las decisiones sean con consentimiento informado
- Respetar la privacidad y confidencialidad
- Facilitar la participación comunitaria
- Realizar monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

**Buscamos realizar el seguimiento de las mujeres que recibieron anticoncepción post aborto al mes, a los 3 y 6 meses, para precisar algunas variables:**

- Tipo de método escogido
- Anotar molestias en un diario
- Anamnesis
- Examen clínico
- Ecografía, si fuera necesaria para identificar el DIU
- Expulsión del DIU
- Remoción del DIU
- Abandono del método
- Remoción del implante
- Continuidad del método
- Dolor
- Presencia de infección
- Sangrado
- Embarazo
- Aborto
- Otros problemas médicos.

Para realizar este seguimiento buscamos la utilización de la solapa del SIP.

El Dr. Rodolfo Gómez manifestó que el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) no tiene inconveniente en revisar la solapa del SIP para incorporar el seguimiento de la AC post aborto. Expresó además que la prestación del servicio debe ser hecha cautelando la calidad individual y la calidad del sistema.

El marco de calidad de la atención postaborto lo constituye: la Información y Consejería, la relación del personal de salud con las usuarias, la competencia técnica, el uso de tecnologías apropiadas, así como, de equipos, insumos y medicamentos. Esto nos debe conducir a nexos con otros servicios de salud, planificación familiar post aborto y tratamiento de las complicaciones post aborto. El cumplimiento de este marco facilita el acceso de las mujeres a los servicios.

Un servicio seguro debe cumplir con la atención del aborto inducido seguro para todas las indicaciones legales, tratamiento de las complicaciones post aborto y prestación de servicios de anticoncepción post aborto.

## SESIÓN PLENARIA

En esta estación se entregó a los participantes una Guía de Discusión, a fin de que centraran sus intervenciones en temas muy concretos. Después de un debate muy intenso se llegó a las conclusiones y recomendaciones que se anotan luego.

## CLAUSURA

El Dr. Luis Távara, a nombre de FLASOG, agradeció la concurrencia de los médicos gineco-obstetras ponentes y participantes, así como al personal de apoyo y a las instituciones que hicieron posible esta actividad.

Se hizo entrega de los certificados.



# CONCLUSIONES

1. En los países de Latinoamérica y El Caribe (LAC) aún es poco frecuente la entrega de anticoncepción post aborto, y menos aún de los LARC.
2. La mayoría de servicios en América Latina y El Caribe no disponen de todos los MAC modernos y no están disponibles a nivel de los servicios de APA.
3. Gran parte de los países de América Latina disponen de anticonceptivos que son provistos por los gobiernos, aunque algunos países reciben donaciones de otras instituciones.
4. No se puede asegurar que los gobiernos provean continuamente de anticonceptivos a los servicios.
5. Los servicios de APA no cuentan con una estructura y funcionamiento adecuado para la atención, y se descuida permanentemente la función de consejería.
6. No existe suficiente número de profesionales capacitados para entregar consejería.
7. No hay suficiente personal capacitado para la inserción y remoción de DIUs e implantes.
8. Existen dificultades para que el personal profesional no médico administre LARCs.
9. En los casos de entrega de AC post aborto, no hay un adecuado seguimiento de las usuarias.

# RECOMENDACIONES

1. Debe fortalecerse la entrega de servicios de anticoncepción post aborto y enfatizar la anticoncepción reversible de larga duración.
2. Todos los métodos anticonceptivos modernos deben estar disponibles en los servicios en donde se presta servicios de atención post aborto; esto incluye los LARC.
3. Los gobiernos de los países de LAC deben comprometerse a proveer permanentemente todos los métodos anticonceptivos modernos en los establecimientos de salud que proporcionan APA.
4. Los servicios deben ser reorganizados para una adecuada entrega de atención post aborto, con una consejería centrada en la mujer, y administrar anticonceptivos antes del alta en el mismo lugar en donde se atiende a las usuarias.
5. La consejería debe ser realizada por personal calificado para esta actividad.
6. Debe capacitarse a personal que entregue consejería post aborto; puede ser enfermera, obstetriz-matrona, psicóloga.
7. Capacitar personal médico en la inserción y remoción de DIU y de implantes.
8. Se debe capacitar personal profesional no médico en la administración de LARCs.
9. La usuarias de AC post aborto deben ser seguidas periódicamente por lo menos hasta un año después de iniciar su uso.
10. La capacitación de los profesionales se podrá realizar en su mismo servicio o en otro servicio cercano.
11. Se debe iniciar un seguimiento comparativo de usuarias que han recibido en el post aborto anticoncepción de larga y de corta duración en países escogidos.

## ANEXO 1 CRONOGRAMA

HORA	TEMA	RESPONSABLE
08.00-08.30	Registro y entrega de material	Secretaría
08-30-08.45	Inauguración	FLASOG, FIGO UNFPA, Autoridades del Congreso
08.45-09.00	Presentación de los/as participantes	Coordinador
09.00-09.15	Presentación del curso	Coordinador
09.15-10.00	Rol de la anticoncepción post aborto en la prevención del aborto. Egreso de la usuaria con un MAC. Entrega de LARC al momento del alta	Dr. Luis Távara
10.00-10.45	Barreras para la anticoncepción post aborto. Consejería y entrega de AC post aborto	Dra. Laura Gil
10.45-11.00	Coffee Break	
11.00-12.00	Uso de la solapa de aborto del SIP para mejorar la APA y los registros. Ejercicios sobre casos	Dr. Rodolfo Gómez Ponce de León
12.00-13.00	Inyectable trimestral. El DIU-T de Cu y el SIU-LNG en la AC postaborto. Formas de aplicación y retiro	Dr. José Figueroa
13.00-14.30	Almuerzo	
14.30-15.30	El implante subdérmico en la AC post aborto. Formas de aplicación y retiro	Dr. Miguel Gutierrez
15.30-16.00	Criterios de elegibilidad para la AC post aborto	Dra. Laura Gil
16.00-17.00	Seguimiento de la anticoncepción post aborto: adherencia al método, continuidad de uso, abandono del método, nueva gestación, nuevo aborto, complicaciones, eficacia	Dr. Luis Távara y Dr. Rodolfo Gómez
17.00-17.30	Discusión abierta. Compromisos	Participantes
17.30	Conclusiones. Clausura	Coordinador



## ANEXO 2 PARTICIPANTES

Nº	NOMBRE	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO
1	Héctor R. Santana García	MÉXICO	direccionmedica@femecog.org.mx
2	Claudia Robles Torres	GUATEMALA	clinarobles@gmail.com asogog@gmail.com
3	Jorge Cruz González	EL SALVADOR	drjrcruz48@hotmail.com asogoes@gmail.com
4	Elisa Menjivar de Aróstegui	EL SALVADOR	draelimenjivar@gmail.com
5	Karla Castellanos Elvir	HONDURAS	karla.castro90@yahoo.com
6	José de los Ángel Méndez	NICARAGUA	mjosedelosangeles@hotmail.com
7	Angélica Vargas Campos	COSTA RICA	vcangel@hotmail.com
8	Ruth Graciela De León	PANAMÁ	ruthgdeleon@hotmail.com
9	José Cender Figueroa Méndez	REPÚBLICA DOMINICANA	jfigueroam@codetel.net.do
10	Roxana Lugo de Urena	REPÚBLICA DOMINICANA	lugorossana@yahoo.com
11	Rogelio Pérez D'Gregorio	VENEZUELA	rperezdgregorio@gmail.com
12	Luisa Obregón Yáñez	VENEZUELA	obregonluisa@hotmail.com
13	Laura Leonor Gil Urbano	COLOMBIA	lgil@orientame.org.co
14	Jimmy Castañeda Castañeda	COLOMBIA	mikejim2@yahoo.es
15	Patricio Jacome A.	ECUADOR	pjacomeartieda@yahoo.es
16	Paulina Troncoso Espinoza	CHILE	pauli.te@gmail.com pauli.te@hotmail.com
17	Adriana Álvarez	ARGENTINA	ab_alvarez2002@yahoo.com.ar
18	Eugenia Trumper	ARGENTINA	etrumper@fibertel.com.ar
19	Cristião Rosas	BRASIL	cristiao@terra.com.br cristiao.rosas@hotmail.com
20	Mirko Gorena Tapia	BOLIVIA	valeriagt_89@hotmail.com
21	Francisco Antonio Coppola Goncalvez	URUGUAY	fracopp@hotmail.com fracopp60@yahoo.es

→

**ANEXO 2 / PARTICIPANTES**

→

<b>Nº</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>PAÍS</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
22	Carlos Enrique Silva Benavides	PERÚ	csilvab47@gmail.com
23	Pedro Mascaro Sánchez	PERÚ	pmascaros@hotmail.com
24	Luis Távara Orosco	PERÚ	luis.tavara@gmail.com
25	Ysoé Ramírez Jiménez	PERÚ	isoeramirezji@hotmail.com
26	Denise Sacsa Delgado	PERÚ	deni@promdsr.org
27	José Edgar Oña Gil	PERÚ	onagiljose@hotmail.com
28	Rodolfo Gómez Ponce de León	BRASIL	gomezr@bra.ops-oms.org
29	Olimpio de Moraes Filho	BRASIL	olimpiomoraes@yahoo.com.br
30	Leticia Rieppi Barberan	URUGUAY	lriepi@adinet.com.uy
31	Miriam Bethancourt	GUATEMALA	gardenebeta@gmail.com clinicamedicafemenina@gmail.com
32	Jorge Parra Vergara	UNFPA	parra@unfpa.org
33	Miguel Gutiérrez Ramos	PATHFINDER	Mgutierrez@pathfinder.org
34	Enrique Guevara Ríos	ESAR - PERÚ	enriqueguevararios@gmail.com
35	José Luis Guamana G.	BOLIVIA	joseluis_guaman@hotmail.com
36	José de Gracia	FLASOG	medicfermar@hotmail.com
37	Octavio Miranda	FESGO - ECUADOR	decanomedicina@yahoo.com
38	Magnolia Celedonio Salvador	PERÚ - INMP	magui895@yahoo.es
39	Nélida Pinto Arteaga	PERÚ - INMP	nelida_pinto@hotmail.com
40	Ana María Ricalde	ESSALUD - PERÚ	anamariaricalde@hotmail.com
41	Guillermo Atencio La Rosa	HNSJL - PERÚ	gatenciolr@hotmail.com
42	Jorge Corimanya Paredes	INSN - PERÚ	jmcorimanya@yahoo.com





Fondo de Población  
de las Naciones Unidas

---

**PROMSEX**

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA  
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

---



FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

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