

BOLETÍN

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



*El buen médico trata la enfermedad;
el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad.*

*William Osler (1849-1919)
MD Canadiense*

DIRECTOR DEL BOLETIN:

Pío Iván Gómez Sánchez.

COMITÉ EDITORIAL:

René Castro, José Figueroa, Octavio Miranda,
Angélica Vargas

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN:

Fundación Cultural Javeriana de artes Gráficas
-JAVEGRAF-

Dirección Administrativa FLASOG Sede Permanente FLASOG

Dirección: Plaza Comercial San Fernando, primer

piso, ofic. Nro. 26. Panamá, República de Panamá

Teléfono: +507 261-9873

Correo electrónico: oficina@flasog.org

COMITÉ EJECUTIVO

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

DIRECTORES

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

COMITÉS DE FLASOG Periodo 2014-2017

Comité Científico del XXII Congreso FLASOG 2017

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

Comité de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Dr. Pío Iván Gómez Sánchez (Coordinador)
Dr. René Castro
Dr. José Cender Figueroa
Dra. Octavio Miranda Ruiz
Dra. Angelica Vargas

Comité Medicina Reproductiva

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

Comité de Climaterio

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

Comité de Mortalidad Materna

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

Comité de Endoscopia Ginecológica

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

Comité Científico y de Congresos

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

Comité de Desarrollo Organizacional

Dr. Rubén Darío Mora (Coordinador)
Dr. Nestor Garelo
Dr. Alfonso Arias
Ing. Diana Cuintaco
Dr. Alvaro Erramuspe

Comité de Cáncer Ginecológico

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

Comité de Perinatología

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

Comité de Infanto Adolescencia

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

Comité de Promoción de la Salud y Desarrollo Profesional

Dr. Ricardo Fescina (Coordinador)

Comité de Nominaciones

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

Advertencia

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

Índice

Editorial

- Una propuesta de asesoría en anticoncepción basada en tecnologías de la comunicación e información
Fabián Camilo Galeano-Buitrago, Cristian Felipe Espinel-Pachón, Germán Eduardo Fonseca-Medina, Manuel Enrique Duque-Parra..... 3

Artículo de Investigación

- Infección por el virus de Zika en Brasil y obligaciones relacionadas con los derechos humanos
Debora Diniz, Sinara Gumieri, Beatriz Galli Bevilacqua, Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens 6

Distinciones

- Vivian Brache
Premio 2017 Allan Rosenfield por una vida de contribuciones a Planificación Familiar internacional 13

Actividades destacadas en la región

- IPAS publica las Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2017 14

Aportes Especiales en Sexualidad

- En búsqueda de diamantes
Carlos Pol Bravo 16

Próximos Eventos Académicos..... 17

Resumen de artículos..... 18

UNA PROPUESTA DE ASESORÍA EN ANTICONCEPCIÓN BASADA EN TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

Fabián Camilo Galeano-Buitrago*, Cristian Felipe Espinel-Pachón*, Germán Eduardo Fonseca-Medina*, Manuel Enrique Duque-Parra*.

**Estudiantes X semestre. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia
Correspondencia: Fabian Camilo Galeano Buitrago E-MAIL: fcgaleanob@unal.edu.co*

La toma de decisión de una pareja respecto a qué anticonceptivo usar debe basarse en una juiciosa consejería por parte del(a) prestador(a) de servicio de salud que la está atendiendo. Dicha consejería busca asesorar, apoyar y orientar a la persona o pareja en la toma de la mejor decisión posible para su caso en particular; sin embargo, para que sea exitosa requiere que la información presentada por el(a) profesional de la salud sea clara, confiable y sobre todo neutral para que ella y su pareja puedan contar con las mejores herramientas para la toma de decisiones, pero ¿Cómo saber si dicha información cumple estos criterios y además es aplicable al caso de cada paciente?

La epidemiología clínica permite, en parte, resolver esta pregunta. Como disciplina que aplica los conceptos epidemiológicos a la persona, la epidemiología clínica realiza predicciones en un sujeto con base en el recuento de acontecimientos clínicos en personas similares usando métodos científicos sólidos, a fin de garantizar que estas predicciones sean precisas. En el caso concreto de anticoncepción, los *Criterios Médicos de elegibilidad del uso de anticonceptivos* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su quinta edición para el año 2015, permite estandarizar la información que se presentará durante la consejería; sin embargo ¿Cómo saber si dichas recomendaciones basadas en estudios poblacionales pueden ser no sólo aplicables sino además eficaces para cada paciente?

La Medicina Basada en Evidencias permite responder este interrogante. Este proceso utiliza la experiencia de profesionales de la salud, complementada con la mejor evidencia científica disponible, para la toma de decisiones teniendo en cuenta las preferencias, prioridades y deseos de cada paciente. Por lo tanto, el ejercicio de la consejería en anticoncepción no debe polarizarse dentro del espectro evidencia científica vs experiencia clínica, sino que debe ser un proceso dinámico entendiendo que cada paciente es diferente y que es necesario contar con ambas herramientas

para la toma de la mejor decisión clínica, respetando siempre las preferencias y opiniones de los(las) pacientes sobre su salud.

Hacer asequible a la práctica clínica la intimidante cantidad de información sobre anticoncepción requiere varias estrategias que deben estar ajustadas a las herramientas de esta nueva era de la información, pero iniciar la educación sexual y reproductiva en la práctica clínica (consulta externa) implica un abordaje tardío de esta problemática, implicaría oportunidades perdidas. Por tanto, se debe realizar una intervención desde las instituciones educativas de preescolar, primaria y bachillerato, públicas y privadas, que incluye educación e información básica sobre salud sexual y reproductiva para los adolescentes y jóvenes, incluyendo la anticoncepción, lo que permitiría una sensibilización respecto al tema desde edades tempranas, empoderándolos para tomar decisiones informadas y acertadas, al romper los prejuicios y mitos que va creando la población desde sus primeras experiencias sexuales. Para cumplir este objetivo, se requiere una capacitación a docentes y directivas de las instituciones educativas, con el fin de que transmitan su conocimiento y experiencia al estudiantado.

De lograrse este primer objetivo, se incrementarían la demanda de servicios de atención en salud sexual y reproductiva y facilitaría la recepción y comprensión de la consejería que más tarde buscará la población adolescente de profesionales de la salud.

Para hacer asequible la información a profesionales, y en especial a quien está en formación, que todavía no cuenta con la experiencia en el uso de los métodos anticonceptivos, existen herramientas que pueden facilitar la toma de decisiones clínicas, resumiendo y simplificando el proceso; este es el siglo de las tecnologías de la información y comunicación; la tecnología permea cada aspecto de la sociedad, y no puede ser la práctica médica la excepción.

Dentro del gremio médico es especialmente importante el uso de herramientas tecnológicas, que permiten un trabajo más eficiente, más exacto y más fundamentado en la última información científica disponible, sin el sesgo que representa la poca fiabilidad de la memoria personal o los medios físicos.

Existen, de forma gratuita en la red, aplicaciones médicas sobre anticoncepción, las cuales permiten ingresar los datos clínicos de una paciente, y con base en esta información, emitir en cuestión de segundos, de manera simplificada y práctica, y de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos, un resumen conciso de cómo debería ser el perfil de indicación de diferentes métodos de anticoncepción en la paciente que se está atendiendo, ahorrando gran cantidad de tiempo y evitando errores frecuentes en la clasificación de pacientes con múltiples factores de riesgo y comorbilidades que hacen compleja la selección de un método específico.

La sistematización, validación y mejora continua de estas ayudas tecnológicas en nuestro medio podrían hacer la diferencia en la atención integral de la consejería de anticoncepción que buscan las pacientes, ya que aseguraría una prescripción más segura, mejor adaptada a las necesidades de éstas y menos dependiente en la experticia o simplemente condiciones de trabajo de quienes realizan esta consejería (horarios prolongados, factores personales y poco tiempo de consulta disponible). Lograr que estas herramientas sean utilizadas de forma más generalizada requiere primero una evaluación en cuanto al impacto que podría tener. Existe un ensayo clínico controlado publicado en 2012, por Castaño y colaboradores, en cuanto el uso de mensajes de texto diarios a las pacientes para mejorar la adherencia a los anticonceptivos orales, y se logró demostrar un efecto estadísticamente significativo ($P=0.005$) en la adherencia de las pacientes en el grupo de intervención (OR de 1.44, intervalo de confianza 1.03–2.00) en comparación al grupo con asesoría de rutina(1); existe otro estudio publicado en 2014 por Gilliam y colaboradores, donde se busca evaluar el diseño de una aplicación para dispositivos móviles que preste educación “extra” a las pacientes en cuanto al uso de anticoncepción reversible de larga duración (DIU, Implantes), ya que en la población estadounidense el uso de estos métodos es bastante bajo (<10%) y se han encontrado niveles muy bajos de información de las pacientes con respecto a estos métodos asociado a una gran cantidad de mitos.

El estudio evaluó el impacto del uso de la aplicación en la selección de dichos métodos en la consulta de anticoncepción, así como marcadores de educación en métodos de anticoncepción, y deseo de la discusión de dichos métodos en la consulta; no encontrando ninguna diferencia en la selección de los métodos entre el grupo de intervención y el de asesoría de rutina, pero ante los marcadores de infor-

mación encontraron un mayor porcentaje de pacientes con información con respecto a estos métodos y deseos de discutir estos métodos al momento de la asesoría, además de un alto nivel de satisfacción por parte de las pacientes con el uso de dicha aplicación para acceder a la información desde cualquier lugar y no necesariamente al momento de la asesoría. Se realizaron, además, estimaciones de países en vía de desarrollo, donde el porcentaje de gestaciones no planeadas llega al 49% a nivel nacional, con cifras tan altas como del 82% en el grupo de edad de 15-19 años, lo que les permite suponer un efecto positivo aún más marcado en países como el nuestro (2).

En otro estudio realizado por Konias y colaboradores(3), se pudo ver la ausencia de entendimiento del uso de los métodos de anticonceptivos, por una inadecuada transferencia de la información por medios clásicos, como el oral y el escrito. Se evaluó el conocimiento respecto a los diversos métodos anticonceptivos, obteniendo mejores resultados en el grupo que recibió la información por un modelo interactivo versus un folleto. De quienes realizaron el aprendizaje interactivo en Facebook, 35% eligieron con más claridad un método que satisficiera sus necesidades, versus el 9% en el grupo con aprendizaje por folleto.

Es muy importante que los/las profesionales de la salud puedan ejercer su actividad de la manera correcta y segura para quien les consulta, dado las limitaciones al brindar un servicio de calidad, por escaso número de profesionales o a la alta demanda de los servicios que conjuntamente reducen el tiempo de consulta, situación que se vive en nuestros países emergentes. Por este motivo surge un estudio en Nigeria (4) que busca evaluar otros mecanismos que permitan realizar una actividad médica eficiente. La investigación se valió del uso de la tecnología móvil en un problema apremiante de salud materno fetal, les permitió acceder a datos epidemiológicos, historia clínica además de aplicaciones con algoritmos para la toma de decisiones. El fruto de esta labor se evidenció en el mejoramiento de los índices de materno fetales complementario a un servicio de calidad, que trajo mejoras en el asesoramiento y educación de los pacientes.

Estos 4 estudios son sólo una pequeña muestra de la abundante literatura actual respecto al uso de tecnología médica en la asesoría y consejería sobre anticoncepción, tanto para pacientes como profesionales de la salud.

Se realizó una revisión de la literatura de artículos publicados desde 2012 en las bases de datos PubMed, Embase, MedLine, Plos, y Science direct, con los términos: “contraceptive”, “contraception”, “smartphone”, “mobile applications”, “mobile devices” and “mobile technology”.

Al realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos, se encontró que ninguna de estas posee descriptores estan-

darizados para “smartphone” o similares respecto al uso de dispositivos móviles, a excepción de PubMed, que introdujeron el MeSH “smartphone” en 2016, el cual aún no arroja ningún resultado, al incluirlo en una búsqueda.

Dado lo anterior, se realizó una búsqueda en todas las bases de datos con el siguiente descriptor: (“contraception” OR “contraceptive”) AND (“smartphone” OR “mobile applications” OR “mobile devices” OR “mobile technology”), el cual permitía encontrar la mayoría de literatura indexada sobre aplicaciones médicas y anticoncepción. En las siguientes tablas se muestran el número de resultados en cada base de datos al emplear el descriptor mencionado, y el número de resultados excluidos por no incluir los términos necesarios.

Tabla 1. Número de resultados por base de datos incluida. Se empleó el descriptor (“contraception” OR “contraceptive”) AND (“smartphone” OR “mobile applications” OR “mobile devices” OR “mobile technology”).

BASE DE DATOS	NÚMERO DE RESULTADOS
PubMed	22
Embase	33
MedLine	15
PLOS	23
Science Direct	250
TOTAL	343

Tabla 2. Número de estudios excluidos por no incluir uno (1) de los dos (2) términos necesarios (uno respecto a anticoncepción y uno respecto a tecnología móvil o aplicaciones numéricas)

BASE DE DATOS	NÚMERO DE RESULTADOS
PubMed	4
Embase	5
MedLine	2
PLOS	9
Science Direct	213
TOTAL	233

De esos 343 resultados iniciales al realizar la búsqueda, se excluyeron 233 por no incluir en el título uno de los 2 términos necesarios (1 respecto a anticoncepción y 1 res-

pecto a tecnología móvil) para esta búsqueda, totalizando 110 resultados de estudios (los cuales pueden repetirse en las diferentes bases de datos), que evalúan el impacto y utilidad de las aplicaciones médicas en el abordaje de la anticoncepción, tanto para instrucción del médico, como para agilización y optimización del tiempo de consejería a la paciente en consulta, y para el autoaprendizaje del paciente.

Esta búsqueda inicial de la literatura y los resultados que arrojan algunos de estos estudios, muestran el impacto que tiene el uso de las tecnologías de la información en la educación al paciente y los diferentes desenlaces en cuanto al uso informado de métodos de anticoncepción. Por eso es el objetivo de este escrito el plantear la posibilidad de aplicar esta premisa pero no sólo enfocada en la educación de los pacientes sino que además como una herramienta que complemente y mejore la atención brindada por los profesionales de la salud en cuanto a consejería de métodos de anticoncepción se refiere.

Referencias

- Castaño, Paula M. MD, MPH; Bynum, Jillian Y. MPH; Andrés, Raquel MA, PhD; Lara, Marcos PharmD, MBA; Westhoff, Carolyn MD, MSc Effect of Daily Text Messages on Oral Contraceptive Continuation: A Randomized Controlled Trial *Obstetrics & Gynecology*: January 2012 - Volume 119 - Issue 1 - p 14–20
- Gilliam ML, Martins SL, Bartlett E, et al. Development and testing of an iOS waiting room “app” for contraceptive counseling in a Title X family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211:481.e1-8.
- Kofinas, Jason D. MD; Varrey, Aneesha MD; Sapra, Katherine J. MPH; Kanj, Rula V. MD; Chervenak, Frank A. MD; Asfaw, Tirsit MD. Adjunctive Social Media for More Effective Contraceptive Counseling: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*: April 2014 - Volume 123 - Issue 4 - p 763–770.
- Marion McNabb , Emeka Chukwu, Oluwayemisi Ojo, Navendu Shekhar, Christopher J. Gill, Habeeb Salami, Farouk Jega. Assessment of the Quality of Antenatal Care Services Provided by Health Workers Using a Mobile Phone Decision Support Application in Northern Nigeria: A Pre/Post-Intervention Study. *PLoS ONE* 10(5): e0123940.

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE ZIKA EN BRASIL Y OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LOS DERECHOS HUMANOS

Debora Diniz¹ | Sinara Gumieri² | Beatriz Galli Bevilacqua³ |
Rebecca J. Cook⁴ | Bernard M. Dickens^{4*}

Ésta es la traducción del inglés al español del siguiente artículo: Debora Diniz, Sinara Gumieri, Beatriz Galli Bevilacqua, Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens, “**Zika virus infection in Brazil and human rights obligations**”, publicado por primera vez en la revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 136.1 (Jan 2017):105-110 y publicado de nuevo en este Boletín con el permiso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Traducción realizada por Lisette Silva.

Resumen

La declaración emitida por la OMS en febrero de 2016 de que el síndrome congénito por el virus de Zika constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional reaccionó al brote del síndrome en Brasil. Las emergencias de salud pública pueden justificar una variedad de respuestas relacionadas con los derechos humanos, pero en Brasil la emergencia expuso desigualdades persistentes en el sistema de salud nacional. La insistencia del gobierno en contener el síndrome, que está asociado con la microcefalia entre recién nacidos, se ha visto frustrada por la falta de servicios de salud reproductiva. Las mujeres con bajos ingresos en particular tienen poco acceso a esos servicios de salud. La emergencia también destaca el daño de la restrictiva legislación referente al aborto y la posible

violación de los derechos humanos con relación a la salud de las mujeres y bajo las Convenciones de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se han propuesto sugerencias mediante las cuales el gobierno puede remediar las desigualdades generalizadas en los servicios de salud entre la población nacional, que son instructivas para otros países donde predomina el síndrome congénito por el virus de Zika.

Palabras clave

Derechos de niños; Síndrome congénito del virus de Zika; Derechos de las personas con discapacidad; Derechos humanos; Salud pública; Derechos de las mujeres; Infección por el virus de Zika.

I INTRODUCCIÓN

El 1 de febrero de 2016, actuando bajo el Reglamento Sanitario Internacional (2005) autorizado en conformidad con la Constitución de la OMS, la OMS declaró que la propagación del infeccioso virus de Zika constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional, asociada con el número de niños nacidos con el síndrome congénito por el virus de Zika de madres infectadas por el virus de Zika. Este síndrome incluye una amplia gama de malformaciones, entre ellas la microcefalia, que puede causar discapacidades neurológicas de moderadas a graves. A principios de febrero de 2016, el virus de Zika había sido registrado en 33 países¹, principalmente en las Américas y en el Caribe, y se prevé que la infección continúe propagándose.²

El virus de Zika no es necesariamente algo nuevo en las zonas húmedas calientes, en particular aquellas con una infraestructura ambiental inadecuada y aguas estancadas, que constituyen criaderos de mosquitos. El flavivirus de

1 Facultad de Derecho, Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil

2 Anís – Instituto de Bioética, Brasilia, Brasil

3 Ipas, Río de Janeiro, Brasil

4 Facultad de Derecho, Facultad de Medicina y Centro Conjunto de Bioética, Universidad de Toronto, Toronto, ON, Canadá

* Correspondencia

Bernard Dickens, Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, Toronto, ON, Canadá.

Correo electrónico: bernard.dickens@utoronto.ca

Zika es transmitido por mosquitos de la familia *Aedes*, en particular *Aedes aegypti*, y fue identificado por primera vez en seres humanos en el bosque pluvial Zika en Uganda, en 1952; brotes posteriores fueron encontrados en África, Asia, el Pacífico y las Américas.³ Intentos por suprimir infecciones virales transmitidas por *Aedes aegypti* en las Américas se remontan a más de un siglo.⁴ Los síntomas de la infección por el virus de Zika suelen ser leves (por ejemplo, febrícula, erupción cutánea y picazón que duran de 2 a 7 días), son autolimitados y generalmente son tratados, si acaso, de manera ambulatoria.⁵ Sin embargo, el síndrome de Guillain-Barré, un efecto respiratorio y parálisis considerablemente más grave de la infección⁶, ha sido asociado con el virus de Zika.⁷

La creciente incidencia de la infección por el virus de Zika⁸ ha causado alarma en Brasil, donde la infección se concentra principalmente en mujeres jóvenes negras y morenas con bajos ingresos que viven en las regiones del país menos desarrolladas económicamente,⁹ tales como regiones urbanas densamente pobladas y sertones remotos. El alto número de casos en el país, que provocaron preocupación internacional por la cual la OMS emitió su declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional,¹⁰ tiene implicaciones para la salud de las mujeres, así como para el bienestar inmediato y a largo plazo de los hijos que conciben.¹¹ En marzo de 2016, el Ministerio de Salud de Brasil publicó directrices que ofrecen recomendaciones para la prestación de servicios en los contextos de planificación familiar por medio de atención prenatal y neonatal. Sin embargo, las directrices no reconocen las dificultades prácticas que muchas mujeres brasileñas (especialmente las mujeres desfavorecidas con bajos ingresos en regiones menos desarrolladas) enfrentan para adquirir información sobre métodos anticonceptivos eficaces y acceso a estos, y hacen caso omiso de la amenaza que representa el aborto inseguro para la salud pública¹² asociada con la ley nacional excepcionalmente restrictiva y aplicada estrictamente, que penaliza el aborto.¹³ Los retos de poner en práctica la recomendación y sugerencia del Ministerio van mucho más allá de los aspectos médicos¹⁴ y plantean asuntos cruciales relativos a las obligaciones de un país de cumplir con los derechos humanos y las leyes para lograr equidad en salud, los cuales han sido presentados en una demanda ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil.¹⁵

2 RESPUESTAS A EMERGENCIAS DE SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Las demandas relacionadas con los derechos humanos se remontan a la Revolución francesa y la publicación de Thomas Paine de 1791 *Los derechos del hombre* (*The Rights of Man*), y la publicación menos citada de Mary Wollstonecraft *Vindicación de los derechos de la mujer* (*A Vindication of the Rights of Woman*) de 1792. Sin embargo, la base moderna de las acciones judiciales relativas a los derechos humanos

radica en las respuestas internacionales a atrocidades cometidas contra personas y poblaciones previo a la Segunda Guerra Mundial y durante ésta, y una serie de convenciones internacionales de derechos humanos acordados bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas (la ONU), la cual fue establecida en 1945. Originando en la protección de los derechos de las personas contra los gobiernos, incluidas las autoridades militares, las demandas modernas incluyen los derechos de poblaciones y subgrupos, tales como aquellos alienados de poblaciones más amplias en las cuales sufren privaciones injustas por motivos tales como bajos ingresos, educación e igualdad de acceso a oportunidades.

Las medidas clínicas relativas a la salud son aplicadas a nivel individual, tipificadas en la relación médico-paciente, pero la salud pública es atendida (o descuidada) a nivel gubernamental. Las respuestas a emergencias de salud pública son la responsabilidad de los gobiernos, en el mejor de los casos con la colaboración de instituciones y personas del sector privado, pero si es necesario en oposición a su defensa de los intereses de grupos privados y particulares, por ejemplo por medio de mandatos gubernamentales de vacunación obligatoria y requisición de la propiedad privada. La ética de salud pública difiere de la bioética clínica, la cual se centra en la autonomía y los intereses personales, tanto que autoridades líderes en la ética de salud pública concluyeron un ensayo pionero sobre la génesis de la ética de salud pública observando que “Al comenzar el proceso de definir la ética de salud pública, es claro que la bioética no es el lugar más indicado para empezar”.¹⁶ Asimismo, la legislación relativa a la salud pública que satisface las demandas de derechos humanos difiere en algunos aspectos de la legislación privada, que puede abordar cuestiones tales como contratos privados, lesiones privadas y posesión y transferencia de propiedad, porque requiere el empleo de recursos gubernamentales y restricciones que pueden contradecir influyentes preferencias religiosas y otras preferencias institucionales, por ejemplo por medio de la relajación o suspensión de leyes restrictivas referentes al aborto.

La demanda sobre inadecuadas respuestas gubernamentales a la emergencia del virus de Zika, entablada ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil, vincula las demandas relacionadas con los derechos humanos de las mujeres a servicios y opciones de salud reproductiva con demandas de derechos humanos entabladas por personas que cuidan a niños afectados por discapacidades neurológicas y asociadas, y con demandas en nombre de niños con discapacidad. Los demandantes han explicado: “estamos argumentando que las mujeres deben tener acceso a información y servicios de atención prenatal integral, incluido, si la mujer está infectada, el derecho a interrumpir el embarazo. Además, argumentamos por fortalecer la protección social y las políticas a favor de las mujeres y familias con niños afectados”.¹⁷

Se afirma que los derechos humanos de la población general han sido violados por campañas de educación pública inadecuadamente eficaces sobre la transmisión del virus de Zika, incluida la transmisión sexual, y sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos por medio del sistema de salud pública. Se insta a que se formulen políticas relativas a la planificación familiar y a los servicios de salud reproductiva, de conformidad con las normas internacionales y el consenso médico sobre los mejores métodos anticonceptivos disponibles, tales como los métodos reversibles de acción prolongada. En el caso de mujeres embarazadas infectadas que presentan intensa ansiedad nociva para la salud acerca de su futuro y el de sus hijos, se busca el derecho legal a interrumpir el embarazo.

Asimismo, el recurso aborda el hecho de que el gobierno no proporciona apoyo financiero adecuado y otro apoyo relacionado, por ejemplo licencia de maternidad remunerada y el derecho constitucional a un beneficio en efectivo para personas con una discapacidad, y requiere medios prácticos de acceso a servicios de estímulo en la primera infancia para niños con el síndrome congénito por el virus de Zika. El procedimiento judicial es respaldado por argumentos de que las recomendaciones del Ministerio de Salud por sí solas acerca de evitar el embarazo no cumplen con las obligaciones gubernamentales relativas a los derechos humanos de proteger la salud, y que se necesita mayor protección para impedir la discriminación por motivos de discapacidad, que cubra no solo discapacidades física y mental relacionadas con el virus de Zika, sino también discapacidad debido a desventajas relacionadas con factores socioeconómicos y raza, en particular el color de la piel. La evidencia muestra que el 80% de los neonatos con síndrome congénito por el virus de Zika nacen de madres negras o morenas.¹⁸ Se ha observado que “La epidemia refleja la desigualdad social de la sociedad brasileña”.¹⁹

3 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

Los gobiernos que reaccionan a emergencias, tanto reales como percibidas, tienden a descartar las obligaciones relativas a los derechos humanos que asumieron voluntariamente bajo los pactos internacionales de derechos humanos. En el contexto de salud, por ejemplo, la vacunación involuntaria, localización de contactos y la notificación obligatoria de enfermedades a instituciones gubernamentales en violación de la confidencialidad y la detención en cuarentena de personas expuestas a la infección, todas afectan el equilibrio entre la protección de los derechos humanos de las personas y la búsqueda del bien público. En cambio, los gobiernos podrían invocar incertidumbres científicas para negarse a actuar ante una aparente amenaza por temor de ser acusados de actuar precipitadamente sin suficiente evidencia. Las respuestas a la infección por el virus de Zika, que ha demostrado ser perjudicial e incluso catastrófico en regiones de Brasil, han estado cargadas de

incertidumbre científica de los efectos del virus,²⁰ la magnitud de los daños causados²¹ y los medios de contención más indicados.²² Sin embargo, el principio de precaución, que surgió para abordar profundos riesgos a la salud pública y ambiental en la ausencia de un consenso científico, apoya intervenciones preventivas para impedir posibles daños, tales como lesiones físicas o mentales, y la discriminación social injusta.

La negación y obstrucción de servicios de salud sexual y reproductiva, en particular a poblaciones privadas y dependientes, pueden constituir violaciones de los derechos humanos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que monitorea el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, registra que “La salud sexual es definida por la OMS como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad”²³ (párrafo. 6). La salud reproductiva fue definida en el Programa de Acción producto de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, de la siguiente manera: incluye el derecho de las personas a “recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.²⁴ El enfoque del deber del Estado de satisfacer este derecho se extiende más allá de evitar la morbilidad materna e infantil evitable, para incluir medidas adecuadas para prevenir los efectos del virus de Zika en la salud física y mental de las mujeres y sus bebés.

La incidencia de la infección por el virus de Zika en Brasil parece concordar con la experiencia común de epidemias de enfermedades infecciosas, lo cual suscita inquietudes de equidad y justicia social alcanzables por medio de leyes aplicables más allá de un solo país. Se ha observado que “dado que las enfermedades infecciosas afectan principalmente a las personas pobres y desempoderadas, el tema de enfermedades infecciosas está estrechamente vinculado con el tema de justicia. Desnutrición, agua sucia, condiciones de hacinamiento, malas condiciones laborales, mala educación, falta de saneamiento e higiene, y falta de servicios de salud adecuados, todas incrementan las probabilidades de que las personas que sufren pobreza también sufran enfermedades infecciosas”.²⁵ Esta observación desde una perspectiva global está plenamente justificada en el microcosmo de Brasil,¹⁹ no solo en el epicentro demográfico de infección por el virus de Zika, Río de Janeiro, sino también en las zonas periféricas.⁹ En consecuencia, se insta al gobierno a que tome las medidas necesarias, bajo las obligaciones relativas a los derechos humanos que asumió voluntariamente bajo su propia constitución y pactos internacionales para satisfacer la gama de derechos legales relacionados con la salud reproductiva.

Bajo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha explicado que, al igual que el de-

recho a la salud de manera más general, “el derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva. Entre los derechos cabe mencionar el acceso sin obstáculos a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud, que asegure a todas las personas el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud del artículo 12 del Pacto”²³ (párrafo 5). El Artículo 12 reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Los derechos legales pertinentes pueden ser ordenados por diferentes prioridades, pero incluyen el derecho a recibir servicios de salud por igual que otras personas en la comunidad, el derecho a una vida libre de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, que incluye libertad de negligencia del tratamiento indicado, y el derecho a protección especial y asistencia para mujeres embarazadas antes, durante y después del parto, para niños con discapacidad y para su familia.

4 DERECHOS RELACIONADOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA

En principio, los derechos relacionados con la salud reproductiva deben ser reconocidos tanto para controlar como para promover la reproducción, pero dado que el Ministerio de Salud de Brasil ha emitido directrices que recomiendan que las mujeres en riesgo de contraer la infección por el virus de Zika eviten el embarazo, solo los primeros son pertinentes aquí. La ley brasileña no prohíbe que las mujeres recurran a la anticoncepción, pero no proporciona acceso a las mujeres marginadas. En virtud del Artículo 12(1) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas “a fin de asegurar (...) el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”, y en virtud del Artículo 12(2) “garantizarán (...) servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.²⁶ Dado que “hasta ahora no ha habido informes [en Brasil] de que mujeres afluentes hayan dado a luz a bebés con trastornos neurológicos relacionados con el virus de Zika”, el caso presentado ante el Supremo Tribunal Federal argumenta a favor de “fortalecer la protección social y políticas a favor de mujeres y familias...que incluyan beneficios inmediatos de transferencia en efectivo”¹⁷ para equipar a las mujeres empobrecidas para que puedan obtener servicios de planificación familiar y otros servicios relacionados, que incluyan los gastos de viajar para acudir a prestadores de servicios.

La política del Ministerio de Salud parece estar dirigida a la reducción de nacimientos de neonatos con síndrome con-

génito por el virus de Zika. Por lo tanto, es contradictorio que las mujeres y prestadores de servicios que actúan de manera consecuente con este propósito público enfrenten un feroz procesamiento y sanciones si intentan interrumpir los embarazos afectados. En el año 2012, el Supremo Tribunal Federal de Brasil determinó que la ley prohibitiva que penaliza el aborto no es aplicable a los embarazos anencefálicos,²⁷ en que los neonatos afectados no tienen ninguna posibilidad de sobrevivir. Antes del fallo de 2012, en un caso que buscaba aprobación judicial de la interrupción del embarazo para el segundo embarazo de una joven de 19 años de edad llamada Gabriela, los procesos judiciales estaban tan retrasados que “cinco días antes de la fecha programada para que los Jueces escucharan su caso, Gabriela entró en trabajo de parto y dio a luz a un bebé anencefálico a término completo...quien fue pronunciado muerto siete minutos después de nacer”.²⁷ Sin embargo, “un grupo católico anti-aborto organizado, galvanizado para impedir que se efectuara el procedimiento médico, luchó contra su autorización hasta llegar al tribunal federal superior”.²⁷ Podría preverse que el argumento de que las obligaciones relacionadas con los derechos humanos requieren la limitación o suspensión del derecho penal que prohíbe el aborto atraerá la misma oposición en corte y enfrentará la misma falta de apoyo político.

La indiferencia o simpatía de los políticos referente a la oposición religiosa al aborto seguro y legal, probablemente continuará mientras que ellos y su familia no se vean afectados. Las mujeres desfavorecidas con bajos ingresos tienen que enfrentar embarazos peligrosos y restricciones jurídicas relativas a la interrupción del embarazo, mientras que “las mujeres de las clases media y alta que tienen los medios para acudir a una clínica privada, pueden contar con una amplia red de servicios de aborto y atención postaborto —clandestinos en muchos casos pero también algunos que son un poco más establecidos— generalmente no interrumpidos por la prohibición jurídica ni por los organismos encargados de imponer el cumplimiento de la ley...Esta disparidad es un elemento clave para mantener intacta la oposición generalizada al aborto, ya que un cambio en la legislación es mucho menos importante para los segmentos de la sociedad con mayor influencia política y económica dado que ellos, en gran medida, pueden obtener los servicios de aborto que necesitan...y evitar toda consecuencia negativa para su posición social, moral y religiosa”.²⁷

El caso presentado ante el Supremo Tribunal Federal puede servir para alertar a los segmentos influyentes de la sociedad brasileña en cuanto a las implicaciones económicas y relacionadas de atender a un número considerable de conciudadanos con discapacidad, y en cuanto a un mayor número de casos de muertes y discapacidades maternas a causa del aborto inseguro. El aborto inseguro, invariablemente ilegal, es una práctica común entre las mujeres brasileñas. Al llegar a la edad de 40 años, una de cada cinco mujeres ha tenido por lo menos un aborto.²⁸ El aborto

inseguro ha figurado entre las cinco principales causas de muerte materna en Brasil,²⁹ y la perspectiva de un aumento inducido por el virus de Zika podría persuadir la opinión pública y judicial a aceptar una reforma legislativa a favor de procedimientos seguros y legales. El Supremo Tribunal Federal tiene la oportunidad de corregir una desigualdad socioeconómica generalizada. Esta desigualdad ha trascendido décadas y continentes, y les permite a las mujeres más ricas tener inmunidad de facto de las leyes que prohíben el aborto, pero agobian a las mujeres de bajos ingresos con pobreza agravada, hijos que no pueden mantener, o riesgos de que el aborto inseguro les cause una lesión o la muerte.³⁰

5 NECESIDADES ESPECIALES DE LOS NIÑOS

Dos de los pactos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas implementados más recientemente coinciden para condicionar las obligaciones de los Estados para que atiendan las necesidades especiales de los niños con síndrome congénito por el virus de Zika, principalmente la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), ambas ratificadas por Brasil. La CRC se aplica a “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Art. 1), lo cual significa que las madres menores de 18 años serían “niñas” a menos que en virtud de la ley local hayan alcanzado la mayoría de edad al contraer matrimonio a temprana edad o al dar a luz. A partir del nacimiento del niño, los Estados Partes respetarán y garantizarán sus derechos “sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo... el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales” (Art. 2(1)), y “garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño” (Art. 6(2)).

Vinculado con la CRPD, el artículo 23 de la CRC dispone reconocer que “el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad”. En virtud del artículo 23(2), los Estados Partes “reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas (...) de la asistencia que se solicite y que sea afectada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él”. Conforme al artículo 23(3), dicha asistencia “será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará designada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación,

los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual (...) en la máxima medida posible”. Las limitaciones son que la asistencia requerida es aquella “que se solicite” (Art. 23(2)), para lo cual es necesario que el cuidador tenga o adquiera la información, capacidad que incluya alfabetización, y persistencia para presentar una solicitud, y que las determinaciones administrativas de la necesidad e idoneidad de la asistencia podrían reflejar la indiferencia política frente a las demandas de las poblaciones pobres y desfavorecidas observadas anteriormente.

Es razonable que la obligación relacionada con los derechos humanos de brindar asistencia al niño, y para el niño, que necesita cuidados especiales debe tener “sujeción a los recursos disponibles” (Art 23(2)). Sin embargo, no se asegura que sin intervención como la de una directiva judicial de alto nivel, las necesidades de los niños afectados por el virus de Zika y su familia será mayor prioridad en la asignación de recursos públicos que la prestación de servicios de salud para las poblaciones donde la infección por el virus de Zika es la más generalizada que ha sido en el pasado en Brasil. Una medida de la prestación de cuidados especiales podría ser la satisfacción del derecho del niño al disfrute de servicios de salud generales, que en virtud del artículo 24(1) de la CRC es el derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Para aplicar este derecho, el Estado Parte debe, entre otros servicios, “reducir la mortalidad infantil y en la niñez; (...) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias (...); combatir las enfermedades y la malnutrición (...) mediante (...) el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre (...); asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; (...) [y] desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (Art. 24(2)).

La CRPD explica que su propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad”, que “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que (...) puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Art. 1). La palabra “incluyen” muestra que la explicación de “discapacidad” no es exhaustiva. La Corte Suprema de los Estados Unidos, por ejemplo, determinó que la negación por parte de una persona a atender a un/a portador/a asintomático/a de VIH le impide a ese/a portador/a “participar en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás”.³¹ Por consiguiente, la CRPD prohibiría la discriminación contra no solo las personas con síndrome congénito por el virus de Zika, sino también contra las personas con la infección por el virus de

Zika en cuyo cuerpo la persistencia del virus⁵ cumpliría con el criterio de que tengan una discapacidad “a largo plazo”. Se ha sugerido, por ejemplo, que “posiblemente sea necesario continuar usando condones durante cuatro meses para prevenir la transmisión sexual” del virus de Zika.³²

En la CRPD, “discriminación” tiene una amplia definición. Significa “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables” (Art. 2). Esta definición le permite a la CRPD un alcance global para condenar todas las formas de discriminación por motivos de discapacidad, pero presta particular atención a las mujeres y los niños con discapacidad. “Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales” establecidos en la Convención (Art. 6(2)). Los derechos de las mujeres son de importancia especial, por supuesto, cuando ellas son las principales tutoras de los niños. Asimismo, los Estados Partes “tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas” (Art. 7(1)).

Los servicios de salud reproductiva proporcionados a las personas discapacitadas por la infección por el virus de Zika son abordados en las disposiciones sobre el respeto por el hogar y la familia, y sobre la salud. El Estado Parte debe asegurar que “se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y [que] se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos” (Art. 23(1)). Asimismo, el Estado Parte les proporcionará “programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”; y proporcionará esos servicios “lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales” (Art. 25). Los niños están protegidos cuando las mujeres tienen los medios necesarios para el espaciamiento de nacimientos, por ejemplo.

Los gastos financieros en los que incurriría cualquier gobierno para cumplir con las obligaciones jurídicas asumidas en virtud de la CRC y la CRPD podrían plantear ante con-

tribuyentes ricos cínicos y, por ejemplo, ante instituciones internacionales de financiamiento y fundaciones benéficas privadas que apoyan los servicios de salud, argumentos económicos a favor de la planificación familiar liberal y del acceso a los servicios de aborto para las poblaciones de bajos ingresos, cuya promoción podría avergonzar a promotores concienzudos de políticas.

6 EQUIDAD EN SALUD

Las preocupaciones éticas y legislativas relativas al síndrome congénito por el virus de Zika debido a la infección materna por el virus de Zika y las obligaciones relacionadas con los derechos humanos en Brasil (y frecuentemente en otros países), y el caso presentado ante el Supremo Tribunal Federal de Brasil, se basan en las disparidades injustas entre el estado de salud y el acceso a los servicios de salud entre diferentes sectores de la población. Estas preocupaciones no son inherentes al virus de Zika,³³ pero tienen particular relevancia en Brasil, donde las desigualdades sociales relativas al acceso a los servicios seguros de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto²⁷ son tan agudas. Las desigualdades en salud comúnmente se refieren a “las diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables, sino también injustas”,³⁴ ahora entendidas como disparidades en salud que son injustas precisamente porque son evitables y, por ende, innecesarias.³³ Las estrategias de planificación familiar pueden evitar los nacimientos de recién nacidos comprometidos, pero evitar la infección por el virus de Zika continúa siendo una tarea en curso, por ejemplo por medio del control de mosquitos o su manipulación genética,³⁵ o por medio de la creación de una vacuna²² o de un medicamento antiviral adecuado.³⁶

La temática de equidad en salud, que incorpora el entendimiento en evolución de los determinantes sociales de la salud, ha generado una vasta y sofisticada literatura moderna,³⁷ pero la conclusión generalizada que asocia la mala salud con la pobreza individual, familiar y comunitaria indudablemente está respaldada por la evidencia de Brasil. Se ha observado que “La epidemia del Zika le ha dado a Brasil la oportunidad única de examinar la desigualdad y los derechos reproductivos, y de cambiar la manera en que las mujeres son tratadas en el país. Pedir a las mujeres que eviten el embarazo sin ofrecerles la información, educación, anticonceptivos o acceso a los servicios de aborto necesarios, no es una política de salud razonable”.¹⁹ Se explica anteriormente que esta falta también viola las obligaciones éticas y legislativas relacionadas con los derechos humanos. Cada vez mayor es el argumento de que el apoyo, el condicionamiento o la tolerancia por parte del Estado de la inequidad en salud entre la población constituye una violación de los derechos humanos.³³ Este argumento trasciende los problemas relacionados con el manejo clínico de la infección y las necesidades de cada recién nacido afectado, y contextualiza las preocupaciones en el ámbito de la justicia en salud pública.³⁸

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Maurice J. The Zika virus public health emergency: 6 months on. *Lancet*. 2016; 388:449–450.
- Sun LH. Zika outbreaks most likely to hit eight countries in Asia, Africa. *The Washington Post*. 2 de septiembre de 2016.
- Langer A, Caglia JM, Menendez C. Sexual and reproductive rights in the time of Zika in Latin America and the Caribbean. *Stud Fam Plann*. 2016; 47:179–181.
- Webb Jr JLA. *Aedes aegypti* suppression in the Americas: historical perspectives. *Lancet*. 2016; 388:556–557.
- Chang C, Ortiz K, Ansari A, Gershwin ME. The Zika outbreak of the 21st century. *J Autoimmun*. 2016; 68:1–13, at 7.
- Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain- Barré syndrome. *Lancet*. 2016; 388:717–727.
- Cao-Lormeau V-M, Blake A, Mons S, et al. Guillain- Barré syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet*. 2016; 387:1531–1539.
- Franca GVA, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 live-births with complete investigation. *Lancet*. 2016; 388:891–904.
- Diniz D. *Zika: From the Northeastern Backlands to a Global Threat (Zika- Do Sertão Nordestino à Ameaça Global)*. Brasília: Civilização Brasileira/ Record Publishing Group; 2016.
- Heukelbach J, Werneck GL. Surveillance of Zika virus infection and microcephaly in Brazil. *Lancet*. 2016; 388:846–847.
- Driggers RW, Ho C-Y, Korhonen EM, et al. Zika virus infection with prolonged maternal viremia and fetal brain abnormalities. *N Engl J Med*. 2016; 374:2142–2151.
- Baum P, Fiastro A, Kunselman S, et al. Ensuring a rights-based health sector response to women affected by Zika. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32:e00064416. Epub 3 de junio de 2016. doi: 10.1590/0102- 311X00064416.
- Lopes da Costa A. Modern day inquisition: a report on criminal persecution, exposure of intimacy and violation of rights in Brazil. *SUR- Int J Human Rights*. 2013; 19:175–191.
- Haug CJ, Kieny MP, Murgue B. The Zika challenge. *N Engl J Med*. 2016; 374:1801–1803.
- Boseley S. Zika emergency pushes women to challenge Brazil's abortion law. *The Guardian*. 19 de julio de 2016.
- Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. *Bioethics*. 2004; 18:473–492, at 492.
- Diniz D. Editorial: Zika virus, women and ethics. *Dev World Bioeth*. 2016; 16:62–63.
- Maisonnave F. Oito em cada dez bebês com danos do zika nascem de mães negras. Folha de São Paulo, 12 de septiembre de 2016.
- Diniz D. The Zika virus and Brazilian women's right to choose. *New York Times*, 8 de febrero de 2016 Opinion Page.
- Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika virus and birth defects: reviewing the evidence for causality. *N Engl J Med*. 2016; 374:1981–1987.
- Victora CG, Schuler-Faccini L, Matijasevich A, Ribeiro E, Pessoa A, Barros FC. Microcephaly in Brazil: how to interpret the reported numbers? *Lancet*. 2016; 387:621–624.
- Barreto ML, Barral-Netto M, Stabeli R, et al. Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. *Lancet*. 2016; 387:919–921.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/c.12/GC/22, 2016.
- Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13/ Rev.1 (Programa de Acción de la CIPD), para 7.2.
- Selgelid MJ. Justice, infectious diseases and globalization. En: Benatar S, Brock G, eds. *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011:89–96, at 89.
- Cook RJ, Undurraga V. Artículo 12. En: Freeman MA, Chinkin C, Rudolf B, eds. *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press; 2012:311–333.
- Barroso LR. Bringing abortion into the Brazilian public debate: legal strategies for anencephalic pregnancy. En: Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM, eds. *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2014: 258–278. En español, El aborto en el derecho transnacional: Casos y controversias. Distrito Federal de México: Fondo de Cultura Económica, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE); 2016:332–353.
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil; uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciê. saúde coletiva* [en línea]. 2010; 15 (Supl.1):959–966.
- Galli B. Negative impacts of abortion criminalization in Brazil: systematic denial of women's reproductive autonomy and human rights. *U Miami L Rev*. 2011; 65:969–980, at 970–971.
- Jenkins A. *Law for the Rich: A Plea for the Reform of the Abortion Law*. Londres: Victor Gollancz; 1961.
- Bragdon v Abbott, 524 United States Reporter 624 (Corte Suprema de los Estados Unidos 1998).
- de Laval F, Matheus S, Maquart M, et al. Prospective Zika virus disease cohort: systematic screening. *Lancet*. 2016; 388:868 (Carta).
- Erdman JN. Human rights in health equity: cervical cancer and HPV vaccines. *Am J Law Med*. 2009; 35:365–387.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22:429–445.
- Tierney L. Zika's Achilles heel spotted with help from CRISPR. *BioNews* 857. 27 de junio de 2016.
- Maurice J. WHO reveals its shopping list for weapons against Zika. *Lancet*. 2016; 387:733.
- Yamin AE. *Power, Suffering, and the Struggle for Dignity: Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016.
- Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health*. 2011; 101(Supl.1):S149–S155.

Distinciones



Vivian Brache
República Dominicana

**Premio 2017 Allan Rosenfield por una vida de contribuciones
a Planificación Familiar internacional**

Vivian Brache es la directora del Departamento de Investigaciones Biomédicas de Profamilia (República Dominicana), asociación miembro de IPPF Región de Hemisferio Occidental. Ha producido más de 130 publicaciones, la mayoría de investigación original en sus 42 años dedicados a investigación clínica en Profamilia.

Recientemente, la Sociedad de Planificación Familiar de los Estados Unidos le otorgó el Premio Allan Rosenfield por sus Contribuciones a la Planificación Familiar Internacional. Este premio se otorga anualmente a individuos que han realizado contribuciones invaluable a la Planificación Familiar Internacional a través de su investigación y publicaciones, contribuyendo de esta forma a la salud de las mujeres en todo el mundo además de mostrar su compromiso con la importancia de la mujer en la sociedad, con su trato igualitario y con sus derechos reproductivos, mejorando así la vida de hombres y mujeres ahora y en el futuro.

La Lic. Brache participó en ensayos primordiales para el desarrollo de los implantes anticonceptivos, el DIU T Cu 380A, el DIU de levonorgestrel, así como numerosos estudios relacionados con anillos anticonceptivos vaginales, inyectables de acción prolongada y nuevas tecnologías de prevención múltiple (prevención del embarazo y/o de infecciones transmitidas sexualmente).

Ha publicado ampliamente sobre el mecanismo de acción de diferentes anticonceptivos, su efecto sobre moco cervical, desarrollo folicular, ovulación y perfiles hormonales asociados al uso anticonceptivo. Sus trabajos han sido incluidos en el documento *Recomendaciones de Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos de la Organización*

Mundial de la Salud (OMS), el cual es consultado ampliamente por proveedores de anticoncepción globalmente.

Sus aportes investigativos, publicaciones y presentaciones internacionales sobre el verdadero mecanismo de acción de anticoncepción de emergencia (efectos en la ovulación), han sido cruciales para la introducción y acceso en países donde estaba limitado su uso por creer esta tenía efectos sobre la implantación.

La Lic. Brache participa en numerosos comités asesores internacionales como el Comité Internacional de Investigación Anticonceptiva del Population Council, NY, el Grupo Técnico Asesor para el Desarrollo de Inyectables Anticonceptivos de Acción Prolongada de FHI360, EUA, y el Grupo Técnico Asesor del Consorcio Internacional para Anticoncepción de Emergencia. Se desempeñó como Directora Ejecutiva del Programa Latinoamericano para Entrenamiento en Reproducción Humana desde el 2001 al 2005 y como miembro del Panel Asesor Regional de las Américas del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS del 2007-2010.

La Lic. Brache recibió el premio de Egresada Distinguida de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña en 1988, el de Joven Sobresaliente de Jaycees 72 en 1993, Reconocimiento de Family Health International por dedicación y entrega al área de investigación en Salud Reproductiva en República Dominicana en 1996, un Reconocimiento de Profamilia por lealtad y valiosa contribución al desarrollo y éxito institucional de Profamilia en el 2006, y el Premio Charlotte Ellertson en 2011 del Consorcio Internacional para Anticoncepción de Emergencia (AE) por sus estudios sobre AE.

Actividades destacadas en la región



Actualizaciones clínicas en salud reproductiva

IPAS publica las Actualizaciones clínicas en salud reproductiva 2017

Nuevas recomendaciones clínicas sobre aborto

La edición anual de la publicación de Ipas titulada Actualizaciones clínicas en salud reproductiva continúa ofreciendo las recomendaciones clínicas más actualizadas, basadas en evidencias, acerca de la atención integral del aborto, en inglés y español (y pronto disponible en francés), con temas y recursos nuevos agregados en el año 2017. Como organización que ofrece asistencia técnica a sistemas de salud, Ipas promueve la práctica clínica basada en evidencias y el derecho a servicios de salud de calidad para todas las personas, y utiliza las Actualizaciones clínicas para promover estas prioridades.

Las Actualizaciones clínicas incluyen una amplia gama de temas relacionados con la atención integral del aborto, tales como anticoncepción postaborto, manejo del dolor, regímenes de aborto con medicamentos y la seguridad de los servicios de aborto para adolescentes y jóvenes. Para prestadores de servicios de aborto y capacitadores, la publicación ofrece respuestas concisas y fáciles de leer a preguntas clínicas comunes, tales como las siguientes:

- ¿Qué régimen de mifepristona y misoprostol debo usar para inducir el aborto a las 13 semanas o más de gestación?
- ¿Cuáles son los medicamentos indicados para manejar el dolor durante el procedimiento de aspiración endouterina?
- ¿Cuándo puedo colocar un dispositivo intrauterino después del aborto con medicamentos?

El personal clínico y profesionales de salud pública que trabajan en los sistemas de salud y en el sector privado pueden utilizar las Actualizaciones clínicas para informar la atención brindada a las pacientes y los protocolos. Los cortos resúmenes de la evidencia también son útiles para

promotores y formuladores de políticas que trabajan para crear leyes y políticas que hagan respetar el derecho de las mujeres y niñas a la salud, así como su derecho de acceder a la información científica más actualizada y beneficiarse de ella.

Nuevas recomendaciones clínicas en el año 2017

“Este año modificamos y actualizamos nuestras recomendaciones clínicas basándonos en adelantos en investigaciones científicas y en respuesta a solicitudes de trabajadores de salud y capacitadores clínicos capacitados por Ipas”, dice la Dra. Dalia Brahmi, redactora médica de las Actualizaciones clínicas.

Aborto con medicamentos

1. Resumen de los regímenes recomendados para el aborto con medicamentos (ver página 7 en Actualizaciones clínicas)

Dado que diversos tipos de trabajadores de salud cada vez más ofrecen servicios de aborto con medicamentos, el personal de Ipas y capacitadores señalaron la necesidad de tener una compilación concisa de todos los regímenes recomendados antes y después de las 13 semanas de gestación, para facilitar la consulta. Las nuevas Actualizaciones ofrecen un resumen de regímenes basados en evidencias para inducir el aborto con mifepristona y misoprostol; además, incluyen el régimen de misoprostol solo para inducir el aborto en ámbitos donde no se dispone de mifepristona.

Importante: Las Actualizaciones también resumen las evidencias para el uso de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto y el manejo del aborto espontáneo (comúnmente incluido en los programas de atención postaborto).

2. Confirmación de aborto completo inducido con misoprostol solo (ver página 92 en Actualizaciones clínicas)

La eficacia del misoprostol solo para inducir el aborto es de aproximadamente 85%; por lo tanto, evaluar a la mujer

para determinar si presenta continuación del embarazo es un factor importante de la calidad de la atención.

“La recomendación de Ipas concuerda con la orientación de la Organización Mundial de la Salud de que cada mujer que utiliza el régimen de misoprostol solo para inducir el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación debe asistir a la consulta de seguimiento con un/a profesional de la salud para asegurarse de que tuvo un aborto completo”, dice Brahmi.

3. Calidad del misoprostol (ver página 10 en Actualizaciones clínicas)

Misoprostol es una parte esencial del tratamiento para el aborto inducido y el aborto espontáneo, así como para otras emergencias obstétricas como la hemorragia posparto. La recomendación actualizada de Ipas hace hincapié en que las unidades de salud deben comprar misoprostol en paquetes de burbujas de aluminio doble, si es posible, para minimizar la degradación del medicamento con el paso del tiempo, especialmente en climas cálidos y tropicales.

“Un estudio realizado en el año 2016 encontró que después de un año, solo el 28% de las tabletas de misoprostol almacenadas en paquetes de burbujas de aluminio doble se había degradado, comparado con el 100% de las tabletas en paquetes de burbujas de plástico-aluminio”, explica Brahmi.

Aspiración por vacío

1. Procesamiento del instrumental (ver página 50 en Actualizaciones clínicas)

Todos los aspiradores y adaptadores de Ipas para uso múltiple deben ser remojados, lavados y esterilizados o sometidos a una desinfección de alto nivel (DAN) después de cada paciente. Esta nueva Actualización ofrece pasos fáciles de seguir y una tabla que resume las opciones de esterilización y DAN.

2. Examen bimanual antes de la aspiración por vacío (ver página 33 en Actualizaciones clínicas)

El examen bimanual indica el tamaño uterino y la posición uterina, información esencial que ayuda al personal clínico a evitar complicaciones durante los procedimientos intrauterinos, incluido el aborto.

“Ipas recomienda que el examen bimanual sea realizado por el/la profesional de la salud que efectuará el procedimiento; esto es de particular importancia para profesionales recién capacitados”, dice Brahmi. “Debido a la prevalencia de la

violencia sexual y al hecho de que muchas usuarias que buscan servicios de aborto posiblemente hayan acudido al sistema de salud por primera vez, es esencial capacitar a cada profesional de la salud para que brinde atención amable durante el examen bimanual”.

3. Inspección rutinaria de los restos ovulares (ver página 41 en Actualizaciones clínicas)

Al examinar de manera rutinaria los restos ovulares después de la aspiración por vacío, el/la profesional de la salud se asegura de que el procedimiento causó un aborto completo, y puede descartar un embarazo molar o embarazo ectópico en ámbitos donde el examen clínico está más disponible que el ultrasonido.

“Esta nueva Actualización transmite la recomendación de Ipas de que cada profesional de la salud debe inspeccionar los restos ovulares inmediatamente después de la aspiración por vacío como parte de una intervención sistemática y rutinaria para mejorar la calidad de la atención”, explica Brahmi.

4. Material auxiliar, paso a paso, para el bloqueo paracervical (ver página 156 en Actualizaciones clínicas)

Ipas recomienda que todas las mujeres reciban un bloqueo paracervical para el manejo del dolor antes de la aspiración por vacío (ver página 39 en Actualizaciones clínicas). Las Actualizaciones clínicas ahora incluyen un nuevo material auxiliar con orientación paso a paso que puede ser utilizada por trabajadores de salud y capacitadores como una herramienta de consulta.

“Nuestro nuevo material auxiliar es informado por la literatura publicada más reciente sobre las técnicas para el bloqueo paracervical”, dice Brahmi. “Por ejemplo, los estudios han mostrado que una inyección de cuatro puntos y la técnica de inyección profunda mejoran el manejo del dolor ofrecido a las mujeres”.

Lea y comparta las nuevas Actualizaciones clínicas:

www.ipas.org/actualizacionesclinicas

También disponibles en inglés:

www.ipas.org/clinicalupdates

Si tiene comentarios, preguntas o retroalimentación sobre las Actualizaciones clínicas, por favor envíe un mensaje electrónico a clinicalaffairs@ipas.org.

Para mayor información, diríjase a: media@ipas.org

EN BÚSQUEDA DE DIAMANTES

Carlos Pol Bravo

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

Al orgasmo dentro de la relación sexual sí puede llamársele la joya, el triunfo, el éxito, e incluso el fracaso, cuando no se llega a él; pero en el presente escrito es interesante hablar de la búsqueda de esos orgasmos que, como diamantes, brillan inalcanzables, para algunos, y difíciles de lograr, para otros.

Me estoy refiriendo al orgasmo simultáneo. Puede haber un tercer tipo: quienes conocen esa mina y que no la valoran tanto, porque su brillo y el palparlo está presente en sus relaciones sexuales constantemente; pero, en cualquiera de los casos, no es la única joya en ese concierto armónico y amplio en riquezas sexoafectivas como es el orgasmo.

Helen Kaplan en sus estudios sobre sexualidad en las décadas de los 70 y 80, junto con Alex Comfort y Masters & Johnson difundieron y potenciaron, especialmente la primera, **el vínculo del placer**, a través del orgasmo simultáneo.

Y bien es cierto, es el máximo sentido hedonístico, biológico y de acople en la pareja el llegar juntos a la cima. Pero evidentemente no es el único medio ni ha de ser la obsesión o quimera de algunas parejas. Existe una canción mexicana, muy bonita por cierto, que reza: “que no hay que llegar primero, sino hay que saber llegar” frase aplicable totalmente a este tema.

Esa búsqueda de diamantes es hermosa, pero no necesaria, y podemos encontrarnos con ellos más fácil, sin buscarlos, ya que, crear la necesidad de conseguirlos se convertiría en **ansiedad** y bien sabemos que ésta, con la **prisa** son los peores enemigos de la sexualidad.

Por ello muchas parejas se preocupan por este tema, otras lo anhelan, pero ninguna debe considerarlo obligación. La *velocidad* de la excitación en el ciclo de respuesta sexual normal vs. la intensidad de sensibilidad durante el coito se llama comunicación oral, visual o táctil. Se llama complicidad en vivir el instante, disfrutarlo relajadamente y prolongarlo de forma positiva durante el tiempo que dure la relación en cada pareja. En algunas ocasiones esa intensidad de meseta preorgásmica, paralela en el hombre y la mujer, que puede acelerarse o frenarse hacia un orgasmo simultáneo, se consigue principalmente cuando hay

una gran confianza en ellos, un sentido total de atracción y deseo, y, ¿por qué no decirlo?, unas relaciones frecuentes donde pueden conocerse mejor. Exceptuando, claro está, aquellos casos en que la suerte, la pasión y el erotismo caminan juntos de primeras, hacia la cima.

Sin embargo, no hay por qué sentirse frustrados de no coincidir. Esa pequeña diferencia de segundos o minutos en el orgasmo, mientras llegue de forma gratificante en ambos, es de igual manera la finalidad principal de un coito o de unas caricias que permitan también conseguirlo.

En 1987, durante el Congreso Mundial de Sexología en Heidelberg, Alemania, coincidimos los ahí presentes en la importancia de una sexualidad plena y satisfactoria, a pesar de que no se consiguiera el orgasmo simultáneo, tema muy hablado por la propia Helen Kaplan, siendo incluso, en una de sus conferencias expuestas, el concepto de gratificación orgásmica, e incluso a través de la masturbación mutua, cuando sobre todo en los Estados Unidos expertos en el tema empezaban a describir y valorar los horrores del SIDA.

Y se llegó a ofrecer como una solución alternativa en esos tiempos ese tipo de gratificación sexual, sin penetración, tema bastante conocido en los casos de sexualidad paralela en pacientes con patologías neurológicas.

Han pasado más de 30 años desde entonces, y el tema queda latente: ¿Es el máximo sentimiento del premio y el placer o una forma grandiosa de llegar al orgasmo, sin más misterios? ¿Es una tristeza no coincidir? ¿O simplemente eso, en el camino de la sexualidad sin prisas, y con experiencia, encontrar un diamante?

En mi opinión, no sugiero sea trascendental, sí sustancial, mas, por encima de todo, una brillante forma de sexo para quienes lo tengan o lo hayan vivido, lo disfruten, valorándolo. Y para quienes no, una simple aventura cómplice para entrar en la mina de la imaginación y la voluptuosidad donde pueden encontrarse éstas y otras joyas.

Y, finalmente, quienes buscándolo no hayan llegado, se relajen, porque también el oro en Mompós se recoge lentamente... en bateas, limpiando muchas veces la arena.

Próximos Eventos Académicos

5 al 9 Noviembre 2017
CANCÚN MÉXICO



- X CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y PEDIATRIA.VI ENCUENTRO DE ACTUALIZACION EN MEDICINA MATERNO FETAL del 3 al 9 de junio de 2017, Quito, Ecuador
- Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología del 8 al 10 de junio de 2017,Lima, Perú.
- Debate y Avances en Ginecología y Obstetricia (Reunión DAGO) del 30 de junio al 1 de julio de 2017 Cartagena de Indias, Colombia.
- Women's Health Live Course del 19 al 22 de julio de 2017. Denver, Estados Unidos.
- 2° Congreso Internacional de Climaterio y Menopausia - Guadalajara. Jalisco del 16 al 19 de agosto de 2017 Guadalajara, México
- Il Congreso Internacional de Ginecología Laparoscópica del 24 al 26 de agosto de 2017,Lima, Perú.
- Fetal and Women's Imaging 2017: Advanced OB-GYN Ultrasound del 8 al 10 de septiembre de 2017. Seattle, Washington, Estados Unidos.
- Breast Ultrasound with Tom Stavros, del 14 al 17 de septiembre de 2017. Arlington, Virginia (Washington DC), Estados Unidos.
- ESSO Course on Breast Cancer Surgery. del 28 al 30 de septiembre de 2017.Nápoles, Italia.
- Congreso Venezolano de Mastología del 11 al 13 de octubre de 2017. Caracas, Venezuela.
- EUROPEAN MEDICAL FITNESS CONGRESS 2017del 20 al 22 de octubre de 2017. Barcelona , España.
- Adult Medicine Live Course del 25 al 28 de octubre de 2017. Phoenix, Estados Unidos.
- Curso Avanzado Medicina Materno Fetal del 2 al 4 de noviembre de 2017. Sao Paulo, Brasil.
- XVIII Congreso Latinoamericano de Mastologia. Reunión Regional de la SIS del 9 al 11 de noviembre de 2017 Santo Domingo, República Dominicana.
- The Best of the Big Apple OB-GYN Ultrasound 2017 del 17 al 19 de noviembre de 2017. New York, New York, Estados Unidos
- XXXVI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2017 Viña del Mar, Chile.

Resumen de artículos

Virus de Zika detectado en líquido amniótico y cordón umbilical en un embarazo obtenido por Fecundación in vitro en Venezuela. Fertil Steril 2017;107:1319-22

Zika virus detected in amniotic fluid and umbilical cord blood in an in vitro fertilization-conceived pregnancy in Venezuela. Fertil Steril 2017;107:1319-22

Isaac Benjamin, M.D., Gissel Fernández, M.D., José Valentin Figueira, M.D., Leticia Parpacén, M.D., María Teresa Urbina, M.Sc., and Randolpho Medina, M.Sc.

Fertility Unit, Unifertes, Clinica El Avila, Caracas, Venezuela

Objetivo: Describir las consecuencias de la infección por el virus de Zika (ZIKAV) en la semana 10 de un embarazo logrado por Fecundación in vitro (FIV) en Venezuela.

Diseño: Reporte de un caso.

Paciente: Mujer de 36 años embarazada por primera vez, a través de FIV.

Intervención: FIV con transferencia de embriones. Métodos de diagnóstico clínicos, de laboratorio, y de imagenología. Mediciones realizadas: Detección de ZIKAV por Reacción en cadena de polimerasa (PCR,

por sus siglas en inglés) en plasma materno, líquido amniótico y cordón umbilical. Ecografía de anomalías anatómicas.

Resultado: La infección por ZIKAV fue confirmada en la semana 10 de gestación por PCR en tiempo real; la ecografía resultó normal. En la semana 19 de gestación, la ecografía reveló biometría tres desviaciones estándar por debajo de lo normal para todos los parámetros; no se observaron anomalías anatómicas; ZIKAV fue positivo en líquido amniótico por PCR. La ecografía realizada a las 21 semanas y 4 días de gestación mostró hipoplasia cerebelar con dismorfia ventricular, particularmente marcada en el lado izquierdo, consistentes con microcefalia y ventriculomegalia. Por el mal pronóstico, el embarazo fue interrumpido en la semana 24 de gestación en Francia. El PCR realizado en cordón umbilical dió positivo para ZIKAV.

Conclusiones: Los hallazgos ecográficos en embarazo pueden no ser suficientes para hacer un diagnóstico. Solo a las 21 semanas y 4 días de gestación es que la ecografía reveló microcefalia y ventriculomegalia. Los hallazgos combinados, clínicos, de laboratorio y ecografía, permitieron obtener un panorama completo del daño severo causado por la infección de ZIKAV. La crisis por ZIKAV expone la injusticia social que existe por la carencia de acceso a servicios de aborto en países de América Latina, obligando al turismo reproductivo. El aborto en Venezuela solo es permitido en caso de que la vida de la madre peligre. Los gobiernos tienen ahora la oportunidad y la responsabilidad de acortar el camino para lograr alcanzar los derechos reproductivos.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE

COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
ECUADOR

SALVADOR
GUATEMALA
HONDURAS
HAÍTÍ

MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY

PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

www.flasog.org