

ARTÍCULO ORIGINAL

EPIDEMIOLOGÍA DEL DENGUE EN EL EMBARAZO EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGUIRDAD SOCIAL (IHSS)

Dra. Melissa Elieth Ordoñez¹, Dra. Karla Patricia Boquín Peralta², Dr. Ángel Enrique Cruz Cárdenas³.

ABSTRACT

Aim: To describe the clinical outcome and epidemiology of dengue in serologic confirmed dengue disease in pregnant women in a tertiary center.

Material and Methods: Descriptive, retrospective and transversal study carried out at the Department of Gynecology and Obstetrics of General Hospital of Honduran Social Security Institute (HSSI) between January 2009 to December 2011 in 132 pregnant women admitted with diagnosis of dengue. Perinatal outcome in 24 women whose pregnancies ends during dengue episode is described.

Resultados: Dengue in pregnancy rate was 18.5/1000 pregnancies. Mean of age was 24.7 years (+/-5.5,IC95%. 23.75-25.65) gestacional age was ≥22 SG in 80/132 (60.6%) pregnancies and <22 SG 52/132 (39.4%),time interval between initial symptoms and admission was 4.29 days (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7). Dengue categories was A(32/132;24.2%) patients, B (81/132;61.4%), C (7/132; 5.3%) y D (12/132; 9.1%). Pregnancy end in 24 women during dengue admission (18.2% IC95%: 11.22-25.14),abortion was identified in 3/24 (12.5%), preterm birth (PB) (1/132; 4%) and cesarean section (4%). Dengue C/D category was related with abortion (p=0.03, Fisher; OR-IC95%: 1.76<14<111.3). Maternal Mortality was 1/132 (0.76%) and neonatal 1/21 (4.7%).

Conclusion: The epidemiology and outcome of this patients agree with international bibliography.

Keywords. Dengue, Dengue Virus, Hemorrhagic Dengue Fever, Pregnancy, PregnancyOutcome.

RESUMEN

Objetivo: Describir la epidemiología y evolución clínica de las embarazadas con diagnóstico clínico-serológico de dengue en un centro terciario.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades del IHSS entre Enero 2009 a diciembre 2011e incluyó 132 casos confirmados serológicamente.

Resultados: La tasa de dengue en el embarazo fue 18.5/1000. La media de edad fue 24.7 años (+/-5.5,IC95%. 23.75-25.65) con edad gestacional ≥22 SG con 80/132 (60.6%) y <22 SG 52/132 (39.4%), el tiempo desde inicio de síntomas hasta ingreso fue 4.29 días (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7). Según categoría el dengue fue A (32/132;24.2%), B (81/132;61.4%), C (7/132; 5.3%) y D (12/132; 9.1%). En 24 mujeres termina el embarazo (18.2%IC95%: 11.22-25.14), aborto 3/24 (12.5%), parto pretérmino (PP) (1/132; 4%) y cesárea (4%). Se relacionó dengue categoría C/D con riesgo de aborto (p=0.03; OR-IC95%: 1.76<14<111.3). La mortalidad materna fue 1/132 (0.76%) y la neonatal 1/21 (4.7%).

Conclusión: La epidemiología y evolución en estas pacientes está de acuerdo con lo reportado en la literatura internacional.

Palabras clave: Dengue, Virus del dengue, Fiebre hemorrágica dengue, Embarazo, Resultado del Embarazo.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad febril causada por infección de uno o más de los cuatro serotipos de un arbovirus llamado vius de dengue y transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* el *Aedes albopictus* y categorizada clínica y serológicamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como clásico (DC) y hemorrágico (DH); en el primer caso es una enfermedad benigna, en el segundo caso puede tener pronóstico reservado sin soporte hospitalario. La tasa de letalidad a nivel global es entre 1.2-2.4%, en México y Centroamérica es 1.72%, aportando en Améica Latina Honduras, Brasil, Colombia, Venezuela y México el 88%

de todos los casos e identificándose los cuatro serotipos (DENV1, DENV2, DENV3, DENV4), estimándose en 150-200 casos en la población general por cada hospitalización(2). El embarazo podría favorecer la infección por dengue dado el estado de relativa inmunosupresión asociada a ser portadora de un feto semialogénico, además de afectar el resultado perinatal por la tendencia hemorrágipara características del DH; además de que este mismo puede ser susceptible a la infección por los serotipos del virus, especialmente durante la organogénesis, o posteriormente, convirtiéndose en individuos con formas no reconocibles de la enfermedad en madres sintomáticas o asintomáticas y tendientes a las formas hemorrágicas después del nacimiento(1, 2).

El cuadro clínico en la embarazada es similar al de la población general así como los sistemas de clasificación de severidad, desconociéndose el efecto que este tiene sobre el resultado perinatal, que es la evolución final del embarazo que se presenta entre las 22SG-42 días postparto, debido al subregistro. La información disponible indica que las complicaciones hemorrágicas en el embarazo pueden ser desproporcionadas, sugiriendo en el contexto de una epidemia o endemia importante siempre descartar esta patología en mujeres con alteraciones de coagulación o manifestaciones similares a las de preeclampsia y Síndrome de HELLP; desconociéndose si el antecedente positivo de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) o Hipertensión Crónica (HC) implican mayor riesgo de preeclampsia/ eclampsia en el período de convalecencia por dengue, por lo que se recomienda diagnóstico serológico(1, 3, 4). Respecto al resultado perinatal se ha reportado cesárea en 20.4-44%, asociándose esta con riesgo aumentado de hemorragia, por lo que se desaconseja esta práctica en estas mujeres(1, 5-8), también se ha reportado hipertensión y sobrecarga vascular por exceso de administración de productos sanguíneos(1, 3, 5, 9, 10); también se ha relacionado con parto pretérmino (PP), bajo peso al nacer (BPN), muerte fetal ó perinatal, *abruptioplacentae* y transmisión vertical(1).

Las epidemias de dengue inicialmente afectaban principalmente a niños pequeños, sin embargo la tendencia se inclina actualmente hacia los grupos en edad reproductiva; a pesar de esto hay escasez de datos sobre las características clínica del dengue en el embarazo ni el impacto que tiene sobre estas mujeres y sus infantes(1). En este momento a nivel mundial no hay suficiente información para establecer el nivel de asociación entre dengue y manifestaciones hemorrágicas en el embarazo y riesgo perinatal. A pesar de disponerse de reportes nacionales sobre dengue y sus formas clínicas más graves(11-16), sólo dos reportes abordan esta problemática, uno de estos no permite concluir dado el pequeño tamaño de muestra y aspectos metodológicos; los otros dos reportes son sobre reportes de caso(17, 18). Debido a la situación anteriormente expuesta los autores tienen como objetivo generar una publicación académica que ponga a disposición de otros investigadores la información de base sobre el comportamiento del dengue sobre el embarazo en mujeres atendidas en el Hospital General de Especialidades del IHSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal que incluyó 132 expedientes de un total de 239 embarazadas con diagnóstico de dengue durante el período de Enero 2009 a diciembre 2011 atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Especialidades del IHSS. Se incluyeron todos los casos de embarazo y dengue confirmado serológicamente y se incluyeron variables evolutivas del episodio de dengue; se excluyeron los expedientes no encontrados o con falta parcial de datos. Se recopiló la información mediante formulario (Microsoft Visio™, 2003), que fue aplicado por uno de los investigadores y que estaba compuesto por secciones de demografía, historia gineco-obstétrica, datos clínicos de ingreso y evolución final hasta el puerperio inmediato. No se obtuvo consentimiento firmado por ser este un estudio retrospectivo, sin posibilidad práctica de realizar seguimiento o entrevistas telefónicas por adolecer de este dato el expediente. El departamento de Estadísticas suministró los códigos para localizar los números de expedientes y el Departamento de Archivo los suministró a solicitud de los investigadores. Se reporta la tasa anual de incidencia de dengue durante el período del estudio, así como tasas de mortalidad y morbilidad perinatal hasta las 72 horas postparto. El análisis se limitó al período de estancia intrahospitalaria por el episodio de dengue en curso, se realizan dos análisis, uno general que incluye todos los casos y luego el del subgrupo de mujeres embarazadas con más de 22 SG delineando la evolución y complicaciones durante el episodio de dengue.

La información obtenida se introdujo en una base de datos en el programa estadístico SPSS 15.0 (SPSS Inc, NC, EUA, 2006), se utilizó este mismo para generar listados, frecuencia y tablas de cruces de categorías cuando fue necesario. Cuando fue necesario verificar independencia o asociación entre variables se determinó el valor de p<0.05 como prueba objetiva (χ²), igualmente se calculó Riesgo Relativo (RR) cuando fue necesario, así como el intervalo de confianza del mismo (IC95%)(EpiDat 3.1; OMS, 2006).

RESULTADO

La media de la edad del grupo estudiado fue 24.7 años (+/-5.5,IC95%. 23.75-25.65), la edad agrupada en orden de frecuencia fue <19 años 17/132 (12.9%), 19-35 110/132 (83.3%), >35 años 5/132 (3.8%), procedentes de Francisco Morazán (FM) 131/132 (99.2%), y de ambiente urbano 127/132 (96.2%) (Tabla 1). Fueron primigestas 55/132 (41.7%) y multigestas 41/132 (31%); refieren antecedente de aborto 12/132 (9.1%), cesárea 9/132 (6.8%); la media de la edad gestacional fue 25.7SG al ingreso (+/-11.0, IC95%: 23.8-27.6), de acuerdo a la edad gestacional al momento del ingreso tenían ≥22 SG con 80/132 (60.6%) y <22 SG 52/132 (39.4%) (Tabla 1). El intervalo de tiempo desde los síntomas hasta el ingreso fue 4.29 días (+/-2.3; IC95%: 3.9-4.7).

¹. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Medico Asistencial en Hospital Escuela Universitario. Tegucigalpa Honduras. Melivas16@gmail.com

². Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.Especialista en Psiquiatría Hospital Atlántida. Atlántida, Honduras

³ Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa Honduras

Característica	Frecuencia	%
Antecedentes gineco-obstétricos (n=132)		
Gestas		
Primigesta	55	41.7
Secundigesta	36	27.3
Multigesta	41	31.0
Paridad		
Nulípara	63	47.7
Primípara	34	25.8
Secundípara	25	18.9
Multipara	10	7.6
Abortos	12	9.1
Antecedente de cesárea	9	6.8
Edad Gestacional (SG)		
<22	52	39.4
22-36	46	34.8
37-41	34	25.7
Control prenatal (CPN)	80	60.6
Antecedente dengue últimos 6 meses	3	2.3
Cuadro Clínico		
Fiebre	132	100.0
Malestar general	131	99.2
Cefalea	125	94.7
Trombocitopenia	74	56.1
Mialgias/artralgias	73	55.3
Dolor retroocular	43	32.6
Manifestaciones hemorrágicas	12	9.1
Epigastralgia	10	7.6
Hipotensión	7	5.3
Rash	1	0.8
Diagnósticos de ingreso		
Síndrome febril en estudio	132	100
Probable dengue	132	100
Adolescente embarazada	17	12.9
VIH positivo	2	1.5
Bronquitis aguda	1	0.8
Hipertiroidismo	1	0.8
Preeclampsia severa	1	0.8
Amenaza de aborto	1	0.8
ITU	1	0.8
Desprendimiento de placenta previa	1	0.8
Clasificación del Dengue		
A	32	24.2
B	81	61.4
C	7	5.3
D	12	9.1

Tabla 1. Características Clínicas (n=132)
Fuente: Formulario.

El cuadro clínico fue Fiebre (100%), malestar general (99.2%), Cefalea (94.2%), Trombocitopenia (56.1%)(Tabla 1). Entre los diagnósticos de ingreso concomitantes el más frecuente fue Embarazo adolescente (12.9%) y VIH positivo (1.5%); La categoría más frecuente de dengue al ingreso fue B con 61.4%(Tabla 1). La media estadística de la estancia intrahospitalaria para todo el grupo fue 5.33 días (+/-5.33; IC95%: 4.9-5.7), con 3-5 días 77/132 (58.3%) y >5 día 48/132 (36.4%).

Desenlace	Durante hospitalización por dengue		Total
	Si	No	
Parto pretérmino	1	14	15
Aborto	3	2	5
Obito	0	6	6
Parto de término	12	73	85
Parto Postérmino	7	13	20
Cesárea	1	0	1
Total	24	108	132

Tabla 2. Distribución según Desenlace perinatal durante y después de la hospitalización por dengue (n=24)
Fuente: Formulario.

Durante la hospitalización por dengue se presentaron 24 desenlaces gestacionales (18.2%; IC95%: 11.22-25.14), la mayor parte parto de término 12/24 (50%), postérmino 7/24 (29%), aborto 3/24 (13%), pretérmino 1/24 (4%) y cesárea 1/24 (4%)(Tabla 2). El resto de mujeres tuvo desenlace posterior a la hospitalización. Al comparar la categoría de Dengue con complicaciones como parto pretérmino en este subgrupo de casos no se encontró relación (p>0.05), aunque si se encontró asociación entre categorías C y D agrupadas vs A y B en relación a riesgo de aborto (p=0.03, Fisher; ORIC95%: 1.76<14<111.3); Se registraron 21 neonatos nacidos de estas mujeres y 3 abortos durante su estancia, con peso entre 2500-4000 grs en 19/24 (90%), un caso con 2380 grs y otro con 1800 grs; que es el neonato del caso de fallecimiento materno en este subgrupo, una mujer de 34 años primigesta que ingresa de urgencia por diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI) con epigastralgias, hipotensión y manifestaciones hemorrágicas con prueba de torniquete positiva y clasificada como dengue categoría D, con choque hemorrágico y trombocitopenia (8,000/ml) con indicación absoluta de cesárea que fallece a las 12 horas de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); el neonato de sexo masculino fue prematuro de 29 SG, APGAR de 4 y 5 al primero y quinto minuto, negativo por dengue y que fallece luego de ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). No se encontró asociación entre categoría de dengue y fallecimiento (p>0.05) en este subgrupo. La estancia intrahospitalaria para el grupo que finaliza el embarazo durante la hospitalización por dengue fue 6.75 días (+/-2.9; IC95%: 6.25-7.25). La tasa de mortalidad para todo el grupo fue 1/132 (0.76%) ó 760/100,000 casos de embarazadas con diagnóstico de dengue como indicación de ingreso.

Categoría	Aborto		Prematurez		Condición de egreso	
	Si	No	Si	No	Fallecida	Viva
A		6		6		6
B	1	14		14		15
C	1			1		1
D	1	1	1	2	1	1
Total	3	21	1	23	1	23

Tabla 3. Resultado Perinatal según categoría de Dengue(n=24) Fuente: Formulario.

DISCUSIÓN

La incidencia de dengue en el período del estudio durante el embarazo en el Hospital General de Especialidades del IHSS es de aproximadamente 18.51/1000 ingresos al Departamento de Ginecología y Obstetricia, esta cifra no puede ser exacta dado que muchas pacientes asintomáticas son atendidas sin contemplar este diagnóstico, especialmente en épocas que no son reconocidas como picos epidémicos, pero es la primera tasa reportada en una publicación académica nacional.

Se ha reportado incidencia de cesárea en 20.4% de mujeres con diagnóstico de dengue, especialmente en antiguas publicaciones, actualmente luego de la identificación del riesgo hemorragíparo en estas pacientes no se recomiendan los procedimientos quirúrgicos en pacientes embarazadas con dengue (1, 19, 20).

Algunos autores han reportado el “estado residual vasodilatatorio de secuestro” en el puerperio en mujeres con sobrecarga de líquidos y solutos por transfusión de productos sanguíneos, que es un cuadro similar a la pre-eclampsia (3, 9, 10); en este estudio solo se realizó una transfusión de GRE en una paciente que ingresa con cuadro severo clasificado como categoría D y diagnóstico de VIH con manifestaciones hemorrágicas con 6 SG y en la que no se presenta ninguna complicación.

Debido a la escasez de información sobre dengue en el embarazo, sólo se han reportado 143 pequeñas series y reportes de casos hasta el 2010, encontrándose tasa de prematurez de 13.6-16.1% y cuya relación con dengue aún está en controversia sobre si el dengue en el embarazo se asocia a riesgo incrementado de parto pre-término, sin conclusión actual al respecto, especialmente debido a que muchos de los casos reportados en la bibliografía mundial como neonatos de pre-término también son clasificados como Bajo Peso al Nacer (BPN), es decir relacionados con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), así que la etiología también está en controversia(21-26); en este reporte, la tasa de proporción de prematurez en el subgrupo de mujeres que tuvieron desenlace perinatal durante el episodio de dengue en el Hospital General de Especialidades del IHSS fue 4% y que fue en un neonato con BPN (Tabla 2), que es inferior al reportado, pero podría coincidir con los que postulan que no tiene relación alguna dengue con riesgo de parto pre-término;

de forma similar no hay evidencia disponible para considerar al dengue en el embarazo como factor de riesgo de muerte fetal y/o perinatal(22, 23, 25).

A pesar de que se reportan incidencias de diabetes gestacional, muerte materna y *abruptioplacentae*, la literatura disponible es relativamente escasa, y el número de embarazadas reportadas con diagnóstico confirmado no reúne el tamaño suficiente para concluir(1, 22); en este estudio el caso asociado a fallecimiento materno-neonatal se relacionó con DPPNI, y aunque no hay evidencia disponible para concluir al respecto, no es posible descartar el papel que podría haber jugado el estado hemorragíparo inducido por el dengue categoría D sobre esta paciente y el riesgo de DPPNI. La transmisión vertical del dengue se ha reportado de 1.6% postulándose que la vía puede ser transplacentaria y mucocutánea, creyéndose que esta tasa puede ser mucho mayor, pero que no se ha detectado por dificultades metodológicas e inmunológicas muy particulares para llevar a cabo grandes series, aunque el cuadro clínico del neonato normalmente es florido y el intervalo de tiempo entre nacimiento y síntomas es de 5-13 días de edad(3, 6, 23, 27-29), en Honduras se reportó el primer caso de transmission vertical en Centroamérica en el año 2009 por *Carrasco &Avila*(18); en este estudio no se identificó ningún caso de transmisión vertical entre las mujeres que tuvieron parto en la institución en el período del estudio.

En la mayor parte de los estudios revisados para este reporte no se incluyen mujeres embarazadas con menos de 22 SG, esto posiblemente debido a la dificultad en diferenciar si la condición hemorragípara influencia la tasa de incidencia de abortos o la etiología multifactorial; en este estudio se identificó asociación estadística entre dengue C y D (p=0.03, Fisher; ORIC95%: 1.76<14<111.3) y riesgo de aborto, sin embargo hay que tener cautela para interpretar esta asociación, ya que no es posible diferenciar si esta relación se debe al azar o a la influencia hemorragípara del dengue, ya que sería necesario realizar un estudio diseñado para tal efecto con mayor número de pacientes y con grupos de comparación, lo que está fuera del espectro de objetivos de este trabajo.

Entre los resultados más importantes de esta investigación está el haber reportado la tasa de incidencia del período en la población de embarazadas en esta institución, así como los primeros datos clínicos y evolutivos de estas pacientes, que incluyeron por primera vez embarazos antes del II trimestre o menores de 22 SG; así como se reporta el resultado perinatal en un subgrupo de pacientes con embarazos mayores de 22 SG con parto durante la hospitalización por dengue. Entre las limitantes de este estudio está la dificultad en la recuperación de expedientes y que muchos adolecen de la información requerida, ya sea por no consignarse ó por pérdida material, parcial o casi total, ya que si se hubiera logrado incluir una muestra mayor, las conclusiones serían más aportativas.

De acuerdo a los resultados anteriormente expuestos, se concluye que la tasa de dengue en el embarazo es relativamente baja entre las embarazadas ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Especialidades del IHSS, que la tasa de

cesáreas se corresponde con lo recomendado en estas pacientes en quienes hay baja tasa de prematurez y que hay posibilidad que el dengue influya en la mortalidad asociada a complicaciones relacionadas con la condición hemorrágica que este condiciona en los casos severos. Se recomienda además la realización de estudios en los que se asignen recursos para diagnóstico serológico en una cohorte de mujeres embarazadas para determinar las características del perfil inmunológico materno-neonatal durante el embarazo desde el tercer trimestre, lo que contribuiría a la disminucion de pacientes con riesgo de presentar formas hemorrágicas mediante la identificación de anticuerpos heterólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1.Pouliot SH, Xiong X, Harville E, Paz-Soldan V, Tomashek KM, Breart G, et al. Maternal dengue and pregnancy outcomes: a systematic review. *ObstetGynecolSurv* 2010;65(2):107-18.
2.TDR Para la Investigación sobre Enfermedades de la Pobreza UNICEF-PNUD-Banco Mundial-OMS. Dengue. Guías para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y Control. La Paz, Bolivia: OMS-TDR; 2009.
3.Chye JK, Lim CT, Ng KB, Lim JM, George R, Lam SK. Vertical transmission of dengue. *Clin Infect Dis* 1997;25(6):1374-7.
4.Chhabra A, Malhotra N. Anesthetic management of a pregnant patient with dengue hemorrhagic fever for emergency cesarean section. *Int J ObstetAnesth* 2006;15(4):306-10.
5.Bunyavejchevin S, Tanawattanacharoen S, Taechakraichana N, Thisyakorn U, Tannirandom Y, Limpaphayom K. Dengue hemorrhagic fever during pregnancy: antepartum, intrapartum and postpartum management. *J ObstetGynaecol Res* 1997;23(5):445-8.
6.Janjindamai W, Pruekprasert P. Perinatal dengue infection: a case report and review of literature. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34(4):793-6.
7.Fatimil LE, Mollah AH, Ahmed S, Rahman M. Vertical transmission of dengue: first case report from Bangladesh. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003;34(4):800-3.
8.Petdachai W, Sila'on J, Nimmannitya S, Nisalak A. Neonatal dengue infection: report of dengue fever in a 1-day-old infant. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004;35(2):403-7.
9.Kerdpanich A, Watanaveeradej V, Samakoses R, Chumnanvanakij S, Chulyamitporn T, Sumeksri P, et al. Perinatal dengue infection. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001;32(3):488-93.
10.Singh N, Sharma KA, Dadhwal V, Mittal S, Selvi AS. A successful management of dengue fever in pregnancy: report of two cases. *Indian J MedMicrobiol* 2008;26(4):377-80.
11.Medina C, Pineda R. Mortalidad por Dengue durante el embarazo entre los meses de Enero a Noviembre 2010 en el Hospital General de Especialidades del IHSS, Honduras. *RevFacCiencMed* 2010;7(2):9-16.
12.Zavala G. Dengue y Vigilancia. *RevFacCiencMed* 2010;7(2):7-8.

13.Escalante H, Montes M. Aspectos Epidemiológicos y Clínicos y de Gestión en Salud del Sistema de Salud ante la Epidemia del Dengue, Honduras 2010. *RevFacCiencMed* 2010;7(2):17-26.
14.Valladares C, Tovar O, Kafati R. Perfil Clínico y Laboratorial del Dengue Hemorrágico en pacientes mayores de 14 años en el Hospital General de Especialidades del IHSS. Enero 2001-Agosto 2003. uso de Presión Arterial Media como indicador de Gravedad. *RevMed Post UNAH* 2005;9(1):93-103.
15.Lazo G, Tovar O, Kafati R. Utilidad del Resultado de la Prueba de Torniquete en pacientes mayores de 16 años con dengue atendidos en el Hospital General de Especialidades del IHSS. Junio 2003-Junio 2005. *RevMed Post UNAH* 2006;9(3):314-21.
16.Bú E. Dengue Clásico y Hemorrágico en Honduras. *RevMedHon* 1999;67:196-200.
17.Samayoa E, Ramos C, González O. Dengue y Embarazo. *RevFacCiencMed* 2006;3(2):35-8.
18.Carrasco J, Avila G. Transmisión Vertical de Dengue en Honduras: Primer Reporte de Caso en Centroamérica. *Rev Med Hon* 2009;77(1):20-2.
19.Whitehorn J, Farrar J. Dengue. *Br Med Bull* 2010;95:161-73.
20.Whitehorn J, Farrar J. Dengue. *Clin Med* 2011;11(5):483-7.
21.Boussemart T, Babe P, Sibille G, Neyret C, Berchel C. Prenatal transmission of dengue: two new cases. *J Perinatol* 2001;21(4):255-7.
22.Basurko C, Carles G, Youssef M, Guindi WE. Maternal and fetal consequences of dengue fever during pregnancy. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2009;147(1):29-32.
23.Ismail NA, Kampan N, Mahdy ZA, Jamil MA, Razi ZR. Dengue in pregnancy. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2006;37(4):681-3.
24.Rosado R, Muñoz M, Soler E, Parissi A, Méndez G. Dengue durante el Embarazo. Comunicación de Casos. *GinecolObstetMex* 2007;75(1):687-90.
25.Waduge R, Malavige GN, Pradeepan M, Wijeyaratne CN, Fernando S, Seneviratne SL. Dengue infections during pregnancy: a case series from Sri Lanka and review of the literature. *J Clin Virol* 2006;37(1):27-33.
26.Restrepo BN, Isaza DM, Salazar CL, Ramirez JL, Upegui GE, Ospina M, et al. [Prenatal and postnatal effects of dengue infection during pregnancy].*Biomedica* 2003;23(4):416-23.
27.Maroun SL, Marliere RC, Barcellus RC, Barbosa CN, Ramos JR, Moreira ME. Case report: vertical dengue infection. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84(6):556-9.
28.Phongsamart W, Yoksan S, Vanaprapa N, Chokephaibulkit K. Dengue virus infection in late pregnancy and transmission to the infants. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27(6):500-4.
29.Sirinavin S, Nuntnarumit P, Supannachart S, Boonkasidecha S, Techasaensiri C, Yoksam S. Vertical dengue infection: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(11):1042-7.ARa

ARTÍCULO ORIGINAL

FESGO POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Dra. Tatiana Ortiz^{1,4,5}, Dr. Octavio Miranda^{1,7}, Dr. Yuen Chon Vicente^{1,2,3,4}, Mónica Cárdenas⁶.

INTRODUCCIÓN

La Federación Ecuatoriana de Gineco Obstetricia como miembro de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), se acoge a los postulados de la FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia de velar por la salud de las mujeres e impulsar el reconocimiento de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva entre otros el derecho a una maternidad saludable y segura, derecho a la información y a servicios de salud sexual y salud reproductiva, a tomar decisiones libres e informadas en torno a su propia fecundidad.

El Ecuador se ha destacado en la región por contar con una constitución y leyes que garantizan los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, y el derecho al acceso gratuito a la salud del más alto nivel de calidad, derechos que se reflejan en las normas y guías clínicas de atención.

La muerte materna sin embargo constituye aun una deuda pendiente del país en materia de derechos humanos, mucho más considerando que estas muertes corresponden en su mayoría a causas prevenibles que afectan sobre todo a las mujeres más pobres y con acceso limitado a servicios de salud, así como a otros recursos.

FESGO en el año 2015, con el objetivo de contribuir a la reducción de la muerte materna, apoyando la difusión y aplicación de las Guías Clínicas del Ministerio de Salud Pública; en particular las Guías de Hemorragia Postparto, Aborto Incompleto o Diferido y Aborto Terapéutico. Realizó una encuesta de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), a profesionales de salud (ginecólogos, médicos generales, postgradistas de ginecología, estudiante de medicina en su internado rotativo) a quienes estaría dirigida la capacitación sobre las guías mencionadas.

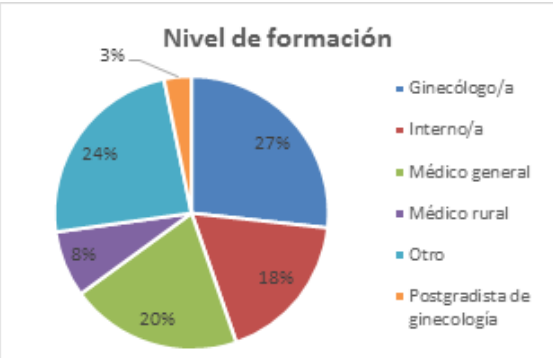
Esta encuesta buscó establecer los conocimientos del grupo sobre las guías clínicas; explorar las actitudes y prácticas en relación con la atención a las mujeres en situación de aborto

y las concepciones que en torno a este tema, el grupo tenía antes de la capacitación recibida. Entendiendo que identificar estos aspectos nos permite conocer el grado de sensibilidad que los profesionales tienen para reconocer y respetar los derechos de las mujeres y la aplicación de la Guías Clínicas basadas en la mejor evidencia científica conocida; así como reconocer los aspectos a considerar en los programas de capacitación a proveedores de salud y en las estrategias para institucionalizar las guías clínicas mencionadas.

La encuesta CAP se aplicó entre Noviembre 2015 a Marzo 2016 y fue previamente validada con ginecólogos líderes de FESGO.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 217 encuestas; a profesionales de la salud de las provincias de Pichincha, Esmeraldas, El Oro, Ibarra, Tungurahua, Chimborazo, Riobamba, Cotopaxi y Bolívar. El 62 % de las personas encuestadas fueron mujeres (134). El 27 % son especialistas en ginecología, 18 % estaban realizando su internado rotativo; 20 % médicos generales y 24 % otras profesiones (obstetras, enfermeras).



La mayoría de las personas encuestadas laboran en instituciones públicas de salud (90 %). 56 % en estado civil casados y 35 % solteros. El 84 % señalaron pertenecer a la religión católica y 7 % evangélicos.

El presente artículo presenta los resultados de la parte de la encuesta relacionada con la atención integral a mujeres en situación de aborto en un marco de derechos humanos, el conocimiento y aplicación de a guías clínicas.

¹ Gineco-Obstetra FESGO
² Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
³ Universidad de Especialidades Espíritu Santo UEES
⁴ Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo del Seguro Social
⁵ Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM
⁶ Planned Parenthood Global
⁷ Docente Universidad UNIANDES