

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, Vanaprappa 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.

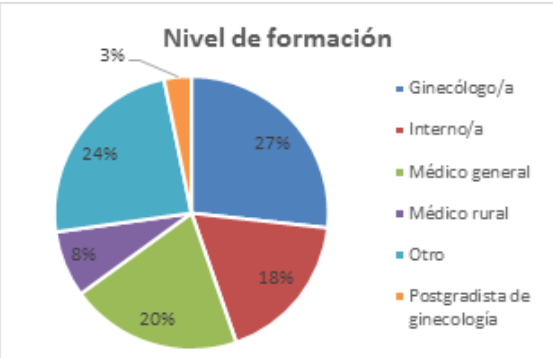
Esta encuesta buscó establecer los conocimientos del grupo sobre las guías clínicas; explorar las actitudes y prácticas en relación con la atención a las mujeres en situación de aborto

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.

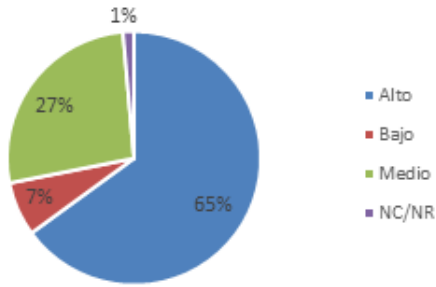
El presente artículo presenta los resultados de la parte de la encuesta relacionada con la atención integral a mujeres en situación de aborto en un marco de derechos humanos, el conocimiento y aplicación de a guías clínicas.

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

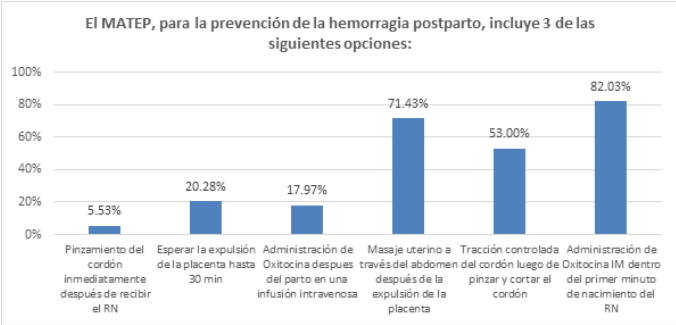
Conocimientos en torno a las Guías Clínicas

En cuanto a la percepción de importancia del problema de la muerte materna por hemorragia postparto en el Ecuador, el 65 % lo consideró de alta importancia; y 27 % de importancia media. Esto significa que el 92 % de encuestados reconoce la importancia del problema.

En su opinión, condísiera que en Ecuador el nivel de importancia de la muerte materna por HPP es un problema de salud:

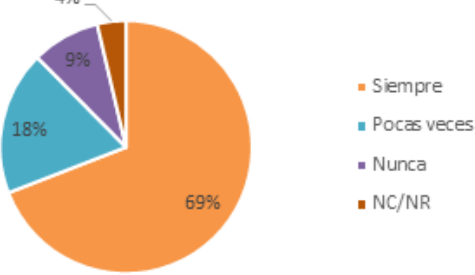


Sobre las medidas de MATEP para la reducción de la hemorragia postparto; el 82 % señaló la administración de Oxitocina 10 U IM en el primer minuto de nacimiento del recién nacido. 53 % señaló la tracción controlada del cordón, como otra de las técnicas a aplicar. El masaje uterino a través del abdomen después de la expulsión de la placenta, fue mencionado por 71 % de las personas. Un 16 % de participantes señalaron como técnica: esperar la expulsión de la placenta hasta 30 min.



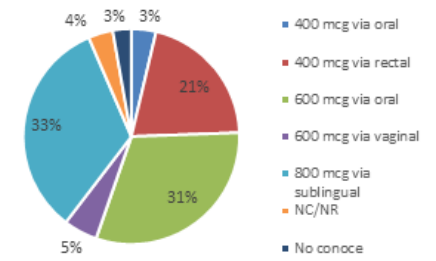
El 69 % mencionó realizar siempre MATEP en su práctica profesional, mientras que el 18 % lo realiza pocas veces y el 13 % restante no lo aplica. Estos porcentajes indican que un porcentaje no pequeño de profesionales de salud que están atendiendo a mujeres en un parto o que podrían estarlo no realizan de manera rutinaria estas medidas cuya eficacia para prevenir la hemorragia postparto está demostrada y hacen parte de la norma de atención del MSP.

En su práctica clínica que tan frecuente aplica MATEP

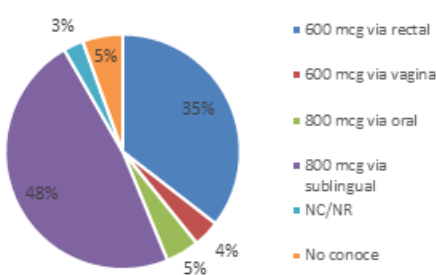


En cuanto al uso del Misoprostol en la hemorragia postparto; el 33 % de las personas encuestadas reconocieron la dosis de 800 microgramos SL como vía y dosis de elección para la prevención de hemorragia postparto y 31 % mencionó la dosis de 600 microgramos vía oral; mientras que para la atención de la HPP 800 microgramos SL es la alternativa señalada por el 48 % de personas encuestadas y 600 microgramos vía rectal mencionada por el 35 % . Estos porcentajes si bien expresan el reconocimiento de la utilidad del Misoprostol para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto, también demuestran que existe una imprecisión respecto a la dosis y vía de elección.

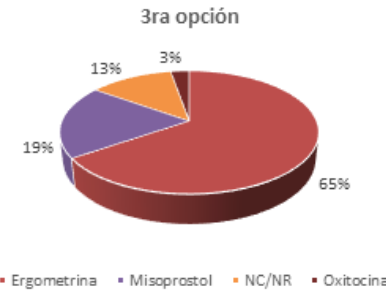
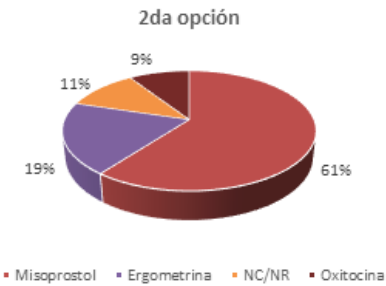
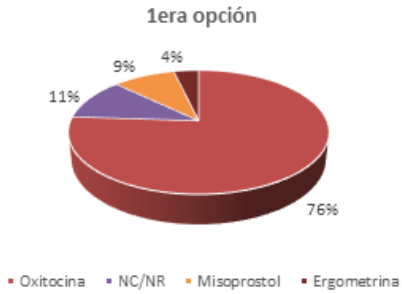
La dosis y vía de administración de Misoprostol más efectiva para la prevención de HPP:



La dosis y vía de administración de Misoprostol para tratamiento de HPP con efecto más rápido, es:



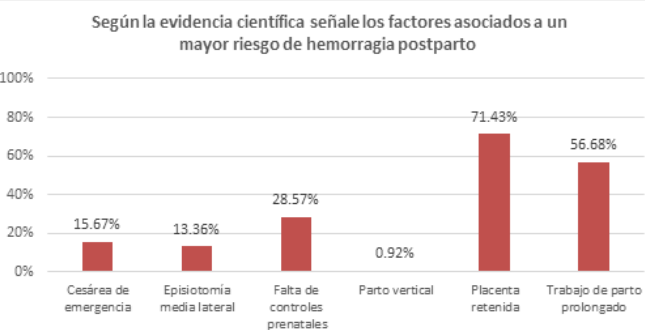
La Oxitocina es reconocida como la primera opción para la prevención del HPP después de un parto (76 %) y la segunda opción el Misoprostol (60 %); 65 % mencionó la Ergometrina como tercera opción. Estos porcentajes expresan que un número importante de las personas aún no tienen la certeza de las opciones terapéuticas a priorizar en la prevención de la hemorragia postparto.



El uso de Oxitocina + masaje uterino, es mencionado como la medida más efectiva frente a un parto complicado con HPP.

En relación con las causas de la hemorragia postparto el 62 % de encuestados reconoce como primera causa de HPP alteraciones del tono uterino, trauma como segunda opción un 39 %; y retención de tejidos 42 %, como tercera opción. Estos datos evidencian que un porcentaje importante no reconoce el peso que estas causas tiene en la aparición de la hemorragia postparto, y esto podría dilatar la resolución de la misma.

En cuanto a los factores asociados a un mayor riesgo de hemorragia postparto el 71 % mencionó a la retención placentaria como la principal causa de HPP, seguida del trabajo de parto prolongado un 56 %.

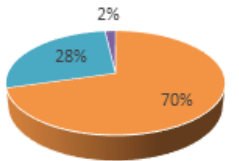


Prácticas en relación con el Misoprostol y AMEU para la atención del aborto

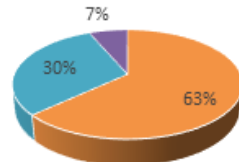
El 49 % de las personas encuestadas mencionó al Misoprostol como el método que preferiría usar para el tratamiento del aborto incompleto o diferido. Un 30 % eligió el AMEU y 19 % LIU. Estas respuestas difieren porcentualmente cuando declaran cual es el método más usado en su lugar de trabajo, el LUI ocupa el primer lugar (30%) seguido del Misoprostol (26 %) y el AMEU el 25 %. La diferencia entre la preferencia de un método y la utilización del mismo puede depender de otros factores como la no disponibilidad en sus servicios del equipo para realizar AMEU y del Misoprostol para su aplicación regular; o puede responder a la falta de entrenamiento en la aplicación de estos tratamientos para la atención de situaciones de aborto.

El 70 % de las personas refirió haber usado alguna vez el Misoprostol para el tratamiento del aborto diferido, el 28 % no lo ha usado. Mientras que el 63 % indicó que ofrece a sus pacientes el uso del Misoprostol como tratamiento de primera elección en caso de aborto incompleto o diferido, el 30 % contestó que no y el 7 % corresponde al grupo que respondió no conocer.

Ha utilizado alguna vez Misoprostol para el tratamiento de aborto incompleto o diferido?

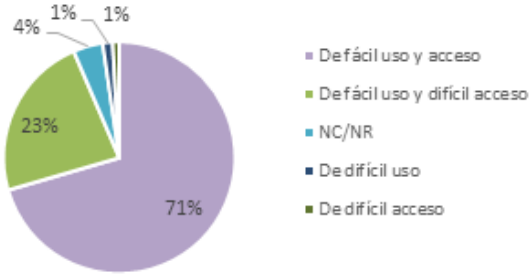


Ud ofrece Misoprostol como un tratamiento de primera elección para aborto incompleto o diferido



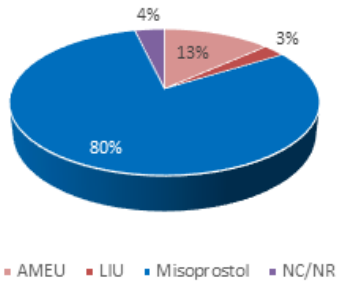
Esta aparente mayor aceptación al Misoprostol, guardaría relación también con la percepción de que es un método de fácil uso y fácil acceso (71 %), un 23 % lo considera de fácil uso pero de difícil acceso. Esta última opinión responde al hecho de que en muchas unidades de salud no hay disponibilidad permanente del medicamento y en algunas localidades del país existe restricción para su venta aún con receta médica.

Considera que el uso del método medicamentoso (Misoprostol) para el tratamiento de aborto incompleto o diferido es:

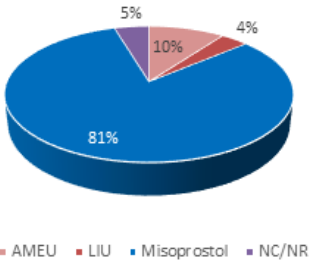


El Misoprostol es considerado por los encuestados como el método más seguro y eficaz (59 % de encuestados frente al 35 % el AMEU) para tratar le aborto incompleto o diferido, y también se considera al Misoprostol como el método de menor costo para el paciente (80 %) y el proveedor (81 %).

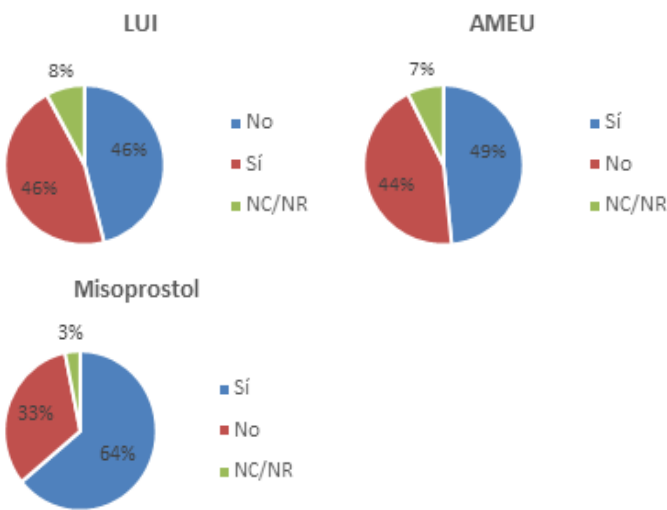
¿Cuál tratamiento tiene menor costo para el proveedor?



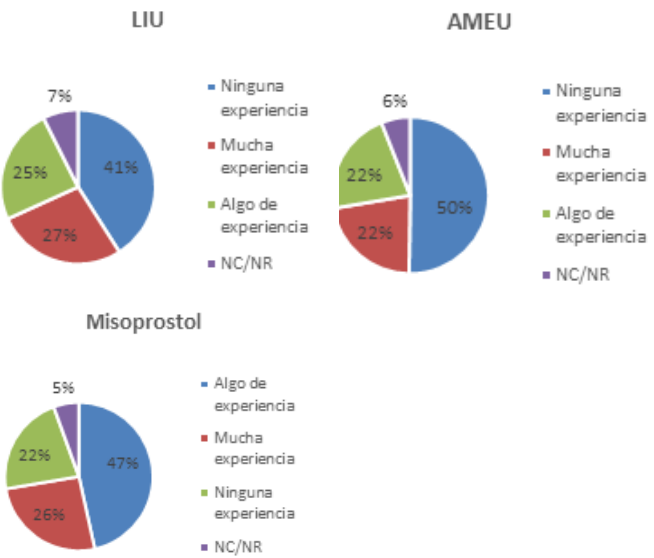
¿Cuál tratamiento tiene menor costo para la paciente?



El 64 % y 48 % de encuestado indicó haber recibido capacitación en el uso de Misoprostol y AMEU respectivamente. Esto indica que aún existe un porcentaje importante de este personal que no ha sido capacitado en estas técnicas para el tratamiento del aborto.

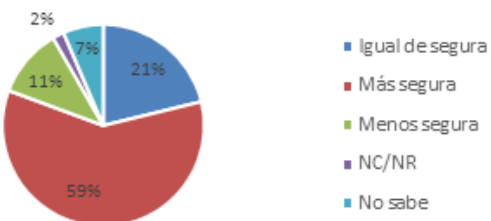


Cerca del 50 % de encuestados indico tener ninguna experiencia y 22 % algo de experiencia en el uso de AMEU. Mientras que en el uso del Misoprostol el 46 % refirió tener algo y 22 % ninguna experiencia.



Un 59 % de encuestados considera al Misoprostol como una alternativa de tratamiento más segura en relación con el LIU.

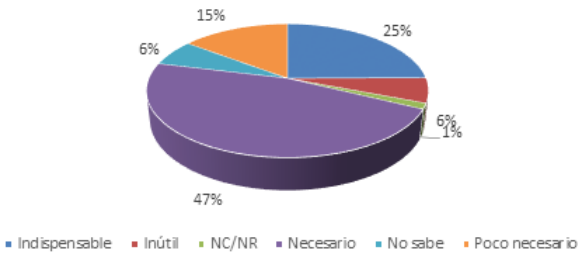
El uso de Misoprostol en relación con LIU para tratar un aborto incompleto o diferido es:



El uso de ecografía fue valorado como necesario para determinar el éxito de tratamiento con AMEU o Misoprostol por el 47 % de las personas. Mientras el 25 % lo consideró indispensable y el 15 % lo estimó poco necesario. Estas respuestas, contradicen la indicación de la Guía Clínica del MSP, que señala que la ecografía no es indispensable en todos los casos para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento.

Esto podría constituirse en un factor que demore la respuesta de atención a pacientes en situación de aborto, sobre todo en los servicios que no disponen de este recurso.

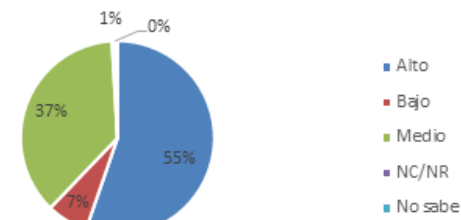
Según la evidencia científica el uso de ultrasonido para el diagnóstico de éxito del tratamiento con AMEU o Misoprostol de un aborto incompleto es:



Actitudes y prácticas frente a la atención del aborto

La muerte materna en relación con el aborto, es considerada como un problema de salud de alta importancia para el 55 % y para el 37 % de encuestados de importancia media.

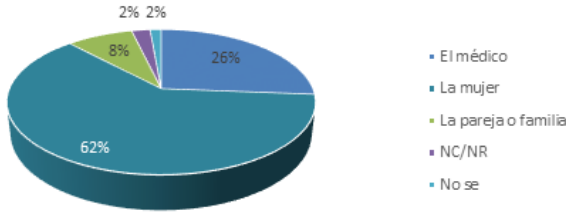
En su opinion, considera que en Ecuador el nivel de importancia de la muerte materna por complicaciones relacionadas con el aborto es un problema de salud



Se evidencia un buen reconocimiento de los elementos que distinguen a una atención integral a mujeres en situación de aborto. Entre 52 y el 88 % se refirió a los aspectos de la atención médica, 41 % señaló la orientación sobre sus derechos y 44 % mencionó la entrega inmediata de un anticonceptivo. Este último porcentaje alerta sobre la necesidad de insistir en la anticoncepción postevento obstetrico, en particular post aborto, de manera inmediata, aplicando los criterios clinicos de elegibilidad la OMS y según establece la guía de practica clinica del MSP, favoreciendo la eleccion autónoma del método por parte de la mujer para la prevención o planificación de un nuevo embarazo.

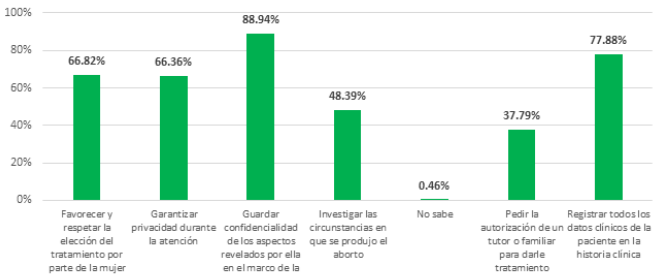
El 62 % reconoció a la mujer como la persona que debe elegir y decir sobre el tratamiento a recibir en una situación de aborto y un 26.5 % reconoció como responsable al médico.

La elección de tratamiento a una mujer en situación de aborto hemodinámicamente estable corresponde a:



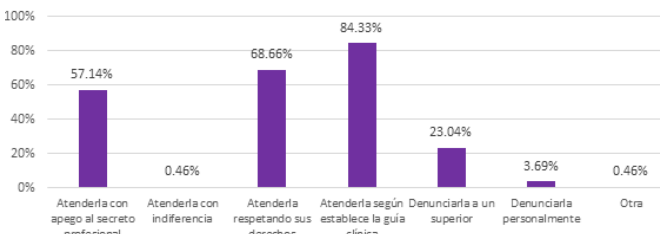
Un porcentaje alto (entre el 66 y el 89 % de profesionales) reconoce los elementos que hacen parte de las responsabilidades de los profesionales en una atención de calidad, como son el respeto a la privacidad, la confidencialidad, el respeto a la elección del tratamiento. Sin embargo un 48 % señaló como obligación de los profesionales investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto y 37 % indicó solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento. Esto contradice la norma de salud y puede interferir con la respuesta oportuna a emergencias derivadas de complicaciones del aborto, pues las mujeres temerían acudir a los servicios de salud.

Los profesionales que atienden a una mujer con una situación de aborto, están obligados a: (puede elegir más de una)

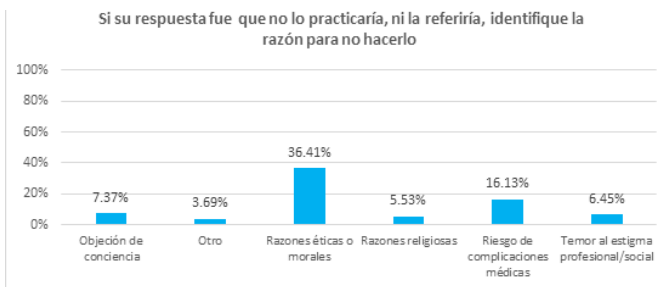
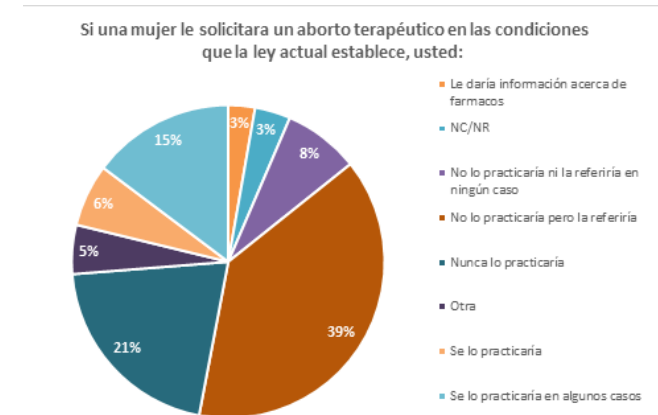


El 68 % de profesionales señaló una actuación personal apegada a los derechos si le tocara atender una mujer en la que se sospecha un aborto provocado, un 57 % indicó que la atendería guardando el secreto profesional. Sin embargo un 23 % indicó que la denunciaría con un superior y un 3 % que la denunciaría personalmente, lo cual contradice totalmente la obligación establecida por la ley y la ética médica de guardar el secreto profesional.

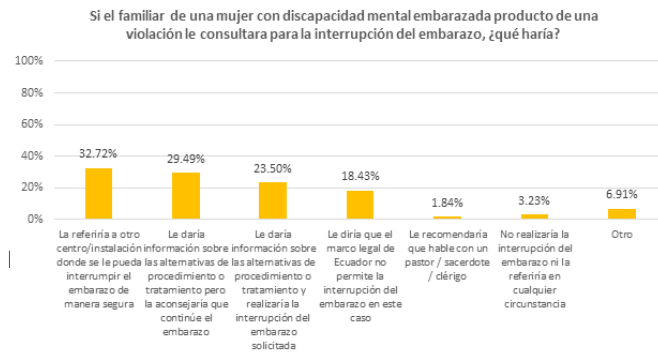
Si llega al servicio una mujer con un aborto y el profesional que la atiende sospecha que se trata de un aborto provocado, ¿cuál cree usted que debe ser la conducta del profesional?



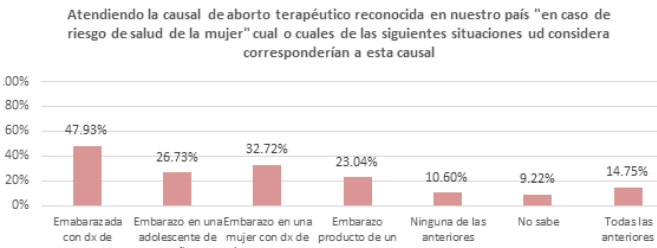
Si una mujer solicitara un aborto dentro de las condiciones que la ley lo permite; el 39 % indicó que no lo practicaría pero lo referiría; un 15 % lo haría en determinados casos y un 21 % indicó que nunca lo practicaría. Las razones éticas o morales (36.5 %) y las posibles complicaciones médicas (16 %) son en frecuencia las razones por las causales no harían o no referirían a una mujer que requiera un aborto dentro de las causales no punibles.



En el caso de una mujer con discapacidad un familiar solicitara un aborto, el 33 % de personas encuestadas indicó que la referiría a otro profesional; 29 % le daría información y le realizaría el aborto; y 23 % indicó que le daría información sobre las alternativas de procedimiento o tratamiento pero la aconsejaría que continúe el embarazo. Un 18 % contestó que le diría que el marco legal de Ecuador no permite la interrupción del embarazo en este caso.

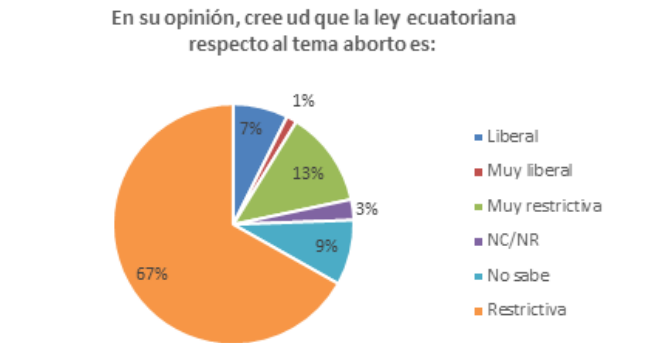
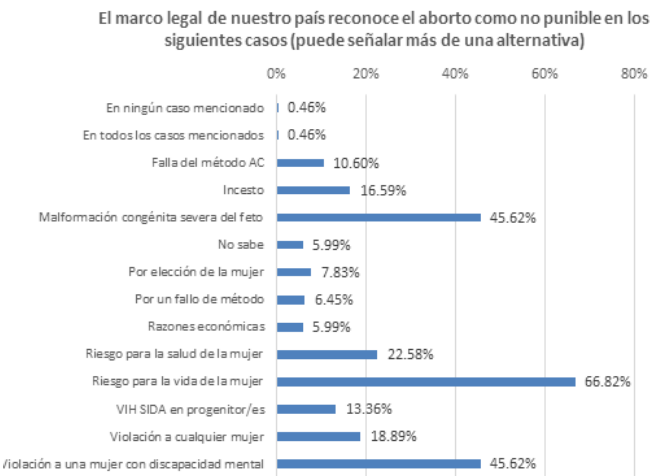


terapéutico: el 79 % señaló causas médicas (cáncer de mama e insuficiencia renal) y el 26,7 % en caso de una adolescente 11 años embarazada; y 23 % en caso de un incesto. Un 14 % señaló todas como causales y 10 % ninguna; un 8 % mencionó falla del método anticonceptivo

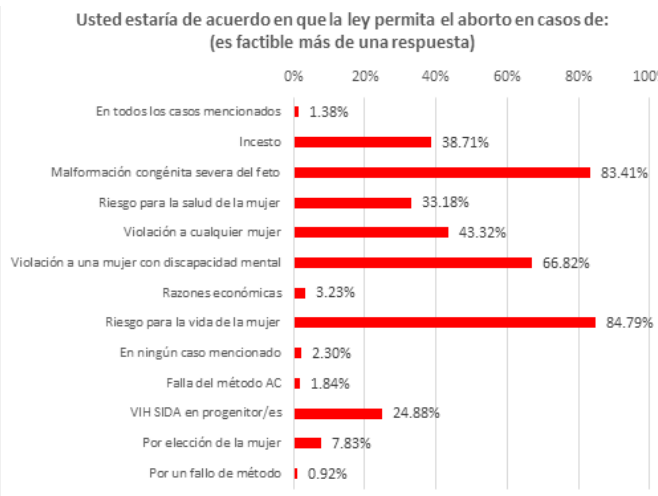


En cuanto al conocimiento del marco legal del país respecto al aborto; el 66 % de encuestados señalaron el riesgo para la vida de la mujer como una causal de aborto no punible. El 45 % señaló a la violación a una mujer con discapacidad mental y 46 % a la malformación congénita del feto. Un 22 % señaló el riesgo para la salud de la mujer y un 19 % a la violación a cualquier mujer como causal de aborto no punible.

Un 67 % opinó que la ley ecuatoriana respecto al aborto es restrictiva, y 13.5 % muy restrictiva y un 8 % opinó que es liberal.



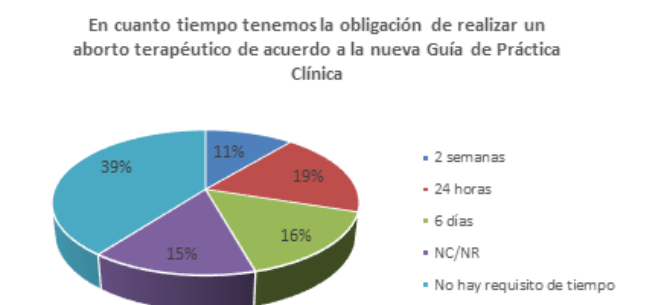
El 84 % de encuestados opinó que estaría de acuerdo en que la ley permitiera la interrupción del embarazo en caso de peligro para la vida de la mujer y 83 % en caso de una mal formación congénita severa del feto; 38 % está de acuerdo en caso de incesto; 33 % si hay riesgo para la salud de la mujer; 66 % en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; y 43 % en caso de violación a cualquier mujer; un 24 % opinó estar de acuerdo con la interrupción si los progenitores son VIH positivos.



El 69 % de encuestados conoce que existe una Guía clínica para la atención del aborto terapéutico y 24 % contestó no saber que existía esta normativa.



En cuanto al plazo para realizar un aborto terapéutico una vez establecida la causal del mismo, es evidente que el grupo desconoce este aspecto de la normativa, 39 % señaló que no existe este requisito en la normativa; 16 % respondió que existe un plazo de 6 días y 19 % indicó un plazo de 24 horas.



CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública viene realizando esfuerzos importantes para enfrentar el reto urgente de reducir la muerte materna, privilegiando entre sus estrategias la capacitación y el desarrollo de destrezas en los equipos de salud para identificar y responder oportuna y adecuadamente frente a las causas y los factores de riesgo de la muerte materna.

Los resultados de la encuesta aplicada por FESGO a profesionales de salud que en su mayoría labora en unidades del MSP o que está en etapa de formación, ponen en evidencia algunos elementos que pudieran ser considerados en los programas de capacitación y en las acciones de seguimiento al cumplimiento de las normas y guías clínicas del MSP.

Conocimiento y aplicación de las guías clínicas

En general el personal encuestado conoce las técnicas de MATEP y el uso de medicamentos para prevenir y controlar la hemorragia postparto. Sin embargo este conocimiento requiere para ser efectivo en la respuesta a esta emergencia, de un entrenamiento en el reconocimiento oportuno de las causas que provocan la hemorragia postparto y los factores de riesgo para la misma; lo cual constituye un desafío de los programas de capacitación tutorial y en servicio, de los profesionales que tienen a su cargo la atención del embarazo, parto y postparto, en particular en las salas de emergencia obstétrica.

Es necesario poner énfasis en la utilización del Misoprostol para la prevención de la hemorragia postparto, considerando en particular a pacientes que tienen factores de riesgo como trabajo de parto prolongado, múltiples, periodo expulsivo prolongado, retención placentaria, antecedente de hemorragias en partos anteriores, pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo, embarazos múltiples, entre otros.

También es necesario enfatizar en el uso del Misoprostol por su fácil uso, y por qué su conservación no requiere de condiciones especiales de temperatura y almacenamiento que puede constituir una ventaja frente a la Oxitocina que si requiere de ciertas condiciones para su conservación. La disponibilidad permanente del Misoprostol en los servicios de salud debe ser otra condición a garantizar para que esta utilización se realice regularmente.

La muerte materna relacionada con complicaciones del aborto, es considerada como un problema de salud de importancia para más del 90 % las personas encuestadas. Teniendo en cuenta que la hemorragia constituye la principal causa de muerte materna, las acciones para su prevención deben incluir la respuesta inmediata a las complicaciones derivadas del aborto, por su significativa contribución en las estadísticas de muerte materna. El MSP señala que las complicaciones derivadas del aborto inseguro representan el 6 % de las causas de muertes maternas en el país.

La utilización de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para la atención de situaciones de aborto, hace parte de las normas del MSP desde el año 1998, y reiterada en las revisiones recientes de dichas normas; sin embargo su utilización no se realiza de manera regular en todos los servicios públicos que atienden este cuadro clínico; a pesar de todas las ventajas que ofrece, como la posibilidad de su aplicación en servicios de menor nivel de complejidad, menores riesgo de complicación, menor tiempo de permanencia hospitalaria, menor costo humano para las pacientes, optimización del recurso humano y menor costo económico para el sistema de salud. Ventajas que deben ser valoradas para garantizar una respuesta sobre todo en zonas rurales o localidades pequeñas, donde el tiempo de transferencia representa una demora importante en la respuesta; demora que puede ser la diferencia entre la vida o la muerte de una mujer con hemorragia por aborto incompleto. A pesar de esto sigue priorizándose la utilización del legrado uterino instrumental, y las transferencias siguen siendo una acción frecuente.

En relación con el uso del Misoprostol incluido en el cuadro básico de medicamento del MSP desde el 2011, es hoy más conocido y valorada su utilidad para la atención del aborto incompleto y retenido, por su efectividad clínica y por las múltiples ventajas que ofrece a las pacientes y los proveedores de salud. Sin embargo todavía solo un porcentaje pequeño (alrededor del 25 %) menciona utilizarlo en su lugar de trabajo, esto puede explicarse por varias razones, las más frecuentes: no disponibilidad regular del medicamento en el servicio de salud y falta de confianza en su utilización. La utilización del medicamento en cumplimiento a las normas del MSP, amerita por tanto atender estas dos necesidades y un seguimiento regular a la aplicación de las Guías Clínicas en los servicios.

Es necesario enfatizar en la provisión inmediata de un anticonceptivo postaborto. Este componente de la atención integral a mujeres en situación de aborto, debe ser garantizado sin diferimiento para nuevas fechas o controles, o espera de la nueva menstruación. La demora en la entrega de un anticonceptivo, deja desprotegidas a las mujeres que pueden enfrentar un nuevo embarazo de riesgo, o no planificado/no deseado. La planificación familiar puede reducir el 30% de las muertes maternas.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades (OMS 2015).

Esto es vital en la reducción de la muerte materna, si consideramos que en el país el 26 % de las muertes maternas están asociadas a patologías de fondo que se complican con el embarazo y por otro lado que las complicaciones del aborto inseguro tienen una contribución importante (6 %). en la muerte materna (MSP 2014). Es necesaria la disponibilidad permanente de una gama amplia de anticonceptivos que permita a las mujeres realizar la elección basada en la información y asesoría adecuada. Los servicios de emergencia obstétrica deben garantizar la entrega inmediata

posterior a la entrega del Misoprostol o la realización de AMEU que son tratamientos ambulatorios.

La atención en un marco de derechos humanos

Se evidencia un buen conocimiento de los elementos que distinguen la atención integral a una mujer en situación de aborto. Un alto porcentaje reconoce que es la mujer quien debe elegir el tratamiento; sin embargo un porcentaje importante atribuye a los médicos este rol. Se requiere por tanto promover en los proveedores de salud el conocimiento del derecho de las mujeres a participar en las decisiones y acciones relacionadas con su salud y fortalecer la autonomía de las mujeres para tomar estas decisiones.

La actitud punible expresada por un porcentaje importante de encuestados hacia las mujeres en situación de aborto, en tanto consideran como parte de su rol investigar las circunstancias en las que se produjo el aborto; y/o la necesidad de solicitar la autorización de un tutor o representante legal para dar tratamiento; y/o que frente a la sospecha de un aborto provocado, consideran que su rol es denunciar a la mujer, contradice el deber y derecho de los profesionales de salud de guardar el secreto profesional que asiste a los profesionales de la salud.

El secreto profesional es un elemento de la atención médica reconocido en nuestras leyes y normas nacionales e internacionales; se define según la OMS (2014) como la obligación que tiene el o la profesional de la salud de proteger la información de las pacientes, no divulgarla sin autorización de la paciente y asegurarse de que cuando esta (la paciente) autorice su difusión lo haga de manera libre, sin coerción.

La CEDAW define el secreto profesional como **la obligación ética, bioética y legal de guardar confidencialidad y proteger la información personal y privada a la que los profesionales de la salud acceden por la consulta, examen, diagnósticos y tratamientos, y se comprometen a no revelarla a terceros sin autorización de su titular** (Comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer CEDAW, 1999) También la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia reconoce el secreto profesional (FIGO 2009)

El respeto a la confidencialidad requiere de la garantía de otros derechos y condiciones que posibilite a los proveedores garantizar este derecho, como son la privacidad en el proceso de atención y el respeto a la autonomía de las mujeres para elegir y decidir sobre su salud sexual y reproductiva. La ruptura del secreto profesional es objeto de sanción penal en muchas de las legislaciones internacionales incluyendo la ecuatoriana. El COIP señala en su Art 179. Revelación del secreto.- **“La persona que teniendo conocimiento por razón del su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de la libertad de seis meses a un año”** Este artículo eleva el secreto profesional a un bien jurídico a proteger y por tanto quien lo incumpla será objeto de sanción.

Garantizar la confidencialidad y privacidad en la atención es fundamental para que las mujeres puedan decir la verdad sin el temor de que su información e intimidad sea revelada a terceros, sin el temor de ser juzgadas y más aun sin el temor de ser objeto de denuncias que ponga en riesgo su integridad y libertad.

Garantizar la confidencialidad y privacidad permite a los profesionales de la salud recibir de parte de su paciente la información necesaria para realizar diagnósticos adecuados, reducir los riesgos asociados a la práctica médica y garantizar los resultados de proteger la salud y la vida de las mujeres que constituye su objeto de cuidado. Esto es fundamental cuando hablamos de la atención a mujeres en situación de aborto, muchas no acudirán a los servicios de salud, o tardaran en la búsqueda de ayuda por el temor a ser juzgadas, denunciadas por los proveedores de salud.

La práctica de la denuncia a las mujeres en situación de aborto, frente a la sospecha o confirmación de una interrupción intencionada por la mujer, contradice lo establecido en el COIP. Art 424 **“Exoneración del deber de denunciar.- (...) Tampoco existirá esta obligación (la de denunciar) cuando el conocimiento de los hechos este amparado por el secreto profesional”**

La única excepción establecida en nuestras leyes para romper el secreto profesional, es aquella en la que al denunciar o romper el secreto profesional esta denuncia no causa daño a la paciente, como es el caso de la violencia sexual; por el contrario en estos casos los profesionales de salud estamos obligados a denunciar para proteger la integridad y libertad de la persona afectada (paciente).

Por tanto es necesario poner énfasis en estos temas cuando se realiza la capacitación sobre las guías clínicas para la atención del aborto a fin de precautelar el respeto y protección de los derechos de las mujeres. Es importante que la capacitación de las guías, no se limite a los aspectos clínicos, sino que también aborde las responsabilidades de los profesionales para garantizar una atención enmarcada en los derechos humanos de las pacientes; puesto que al ser funcionarios públicos quienes expresan una actitud y practica punitiva hacia las mujeres, es el estado quien estaría incumpliendo su rol de promover, cumplir y vigilar el cumplimiento de los derechos humanos de las ciudadanas

El aborto terapéutico

La mayoría de encuestados conoce la existencia de la guía clínica de aborto terapéutico, sin embargo es evidente que se desconoce el contenido de esta normativa.

En general hay un alto reconocimiento de las causales médicas de aborto terapéutico (riesgo de muerte y complicaciones graves de la salud de la mujer). El embarazo en niñas y el incesto es mencionado por un porcentaje importante como una causal de aborto terapéutico.

Un porcentaje muy alto menciona estar de acuerdo que la ley permita la interrupción del embarazo en caso peligro de la vida de la mujer, en caso de una mal formación congénita severa del feto y en caso de violación a una mujer con discapacidad mental; un número importante estaría de acuerdo en casos de violación a cualquier mujer. Esto implica un reconocimiento de causales más amplias a las consideradas en el COIP, y que estarían orientadas a prevenir y aliviar el sufrimiento de muchas mujeres que sobrellevan una maternidad forzada o de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida; evitar los riesgos derivados de la continuación de un embarazo, como ocurre en diversas patologías en las que el embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer.

Si bien hay un reconocimiento de que las causales debieran ser amplias a las establecidas en nuestras leyes, ya frente a la atención de un aborto no punible, alrededor del cincuenta por ciento de las personas evidencio en su respuesta una actitud de facilitar la atención de la mujer bien sea refiriéndola a otro profesional o dándole la atención en ciertos casos. Casi treinta por ciento señaló que no lo haría ni referiría. La principal razón para esta última respuesta fue razones éticas o morales, la segunda causa es el temor a complicaciones médicas, solo un porcentaje pequeño mencionó la objeción de conciencia como razón para no aplicar la Guía clínica de aborto terapéutico. Aun en un caso de discapacidad un porcentaje importante de personas indicó que lo haría y/o que aconsejaría que **no** se realice la interrupción del embarazo.

Estas respuestas reflejan una barrera para la aplicación de la Guía Clínica de Aborto Terapéutico en los servicios públicos a los que acuden fundamentalmente las mujeres más pobres del país y las que enfrentan los riesgos de morir por razones relacionadas con un embarazo, un parto o un aborto.

Los hallazgos de esta encuesta constituyen una muestra de una realidad del país, y plantea desafíos importantes al Ministerio de Salud Pública, a las Instituciones formadoras de recursos humanos como las Universidades, Instituciones que agrupan a profesionales de la salud; para lograr que los servicios de salud promuevan la salud integral de las mujeres, en particular aquellas que enfrentan los riesgos de un embarazo. Un sistema de salud que no las juzgue, que no las deje desamparadas frente a decisiones tan importantes y que generalmente enfrentan solas exponiéndose a riesgos que comprometen su integridad física y emocional, incluso su propia vida.

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, Vanaprappa 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.

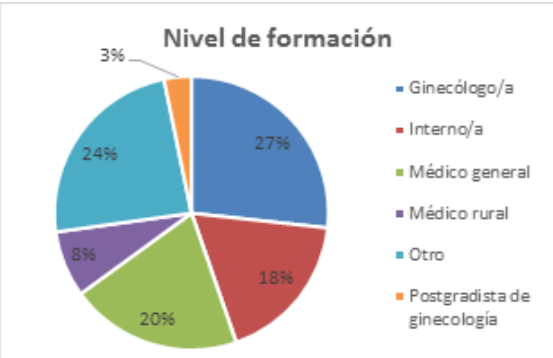
Esta encuesta buscó establecer los conocimientos del grupo sobre las guías clínicas; explorar las actitudes y prácticas en relación con la atención a las mujeres en situación de aborto

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