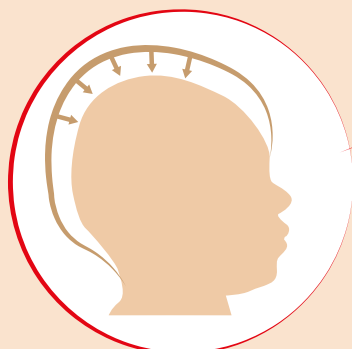
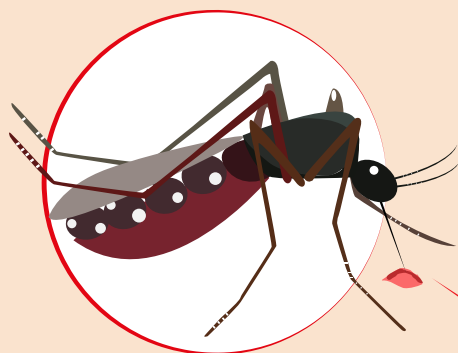


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA VINCULADA AL ZIKA



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA VINCULADA AL ZIKA

Desde Febrero de 2016, once países de tres continentes¹ han reportado evidencia de transmisión persona a persona del virus del Zika, probablemente por vía sexual y cinco países de la región notificaron casos transmitidos sexualmente. A la fecha, 15 países y territorios han reportado Síndrome congénito asociado a infección por Zika que incluye microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central (SNC) potencialmente asociadas con la infección del virus del Zika o sugestivas de infección congénita; cuatro de los quince países reportaron casos de microcefalia nacidos de madres en países con transmisión del virus del Zika no endémica, pero que habían reportado historia de viaje reciente a países afectados por Zika en la región de las Américas².

La Organización Mundial de la Salud –OMS- ha declarado que el conglomerado de casos de microcefalia y otras anomalías neurológicas notificados en la Región de las Américas, constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)

Microcefalia

La microcefalia fetal es una condición en la cual la cabeza fetal es significativamente más pequeña que lo esperado para la edad gestacional y el sexo, y puede estar asociada con desarrollo cerebral anormal.

La microcefalia debe sospecharse en fetos con circunferencia cefálica con desviaciones estándar (DE) por debajo del promedio para la edad gestacional; en la ausencia de anomalías cerebrales serias, el desarrollo neurofisiológico es normal en la mayoría de fetos después del nacimiento. Para fetos con circunferencia cefálica con 3 DE por debajo del promedio para la edad gestacional, la correlación entre microcefalia y desarrollo neurológico dañado es mayor³.

Definición de caso de anomalías fetales cerebrales y otras relacionadas al virus del Zika

Para facilitar la clasificación de anomalías fetales cerebrales y otras relacionadas, en el contexto de la transmisión del virus del Zika, el grupo de desarrollo de las orientaciones provisionales de la OMS⁴ adopto la siguiente definición:

- Anomalías fetales cerebrales y otras con un vínculo molecular o epidemiológico al virus del Zika en la ausencia de otras condiciones que son conocidas como causantes de anomalías fetales cerebrales y otras.

Un vínculo molecular o epidemiológico con el virus del Zika se define como:

- Mujer embarazada como caso confirmado de enfermedad del virus del Zika; **o**
- Mujer embarazada que tuvo contacto sexual no protegido con un caso confirmado, o una historia de signos y síntomas consistentes con infección del virus del Zika que reside o ha viajado a un área con transmisión del virus del Zika durante el embarazo; **o**
- Presencia del virus del Zika en líquido amniótico (identificado a través de amniocentesis y prueba de PCR-TR); **o**

¹ Argentina, Canadá, Chile, Perú, Estados Unidos, Alemania, España, Francia, Italia, Portugal, Nueva Zelanda

² World Health Organization. Situation Report Zika Virus, Microcephaly, Guillain-Barre Syndrome. 11 August 2016.

³ World Health Organization. Pregnancy Management in the context of Zika virus infection. Interim guidance update 13 May 2016. WHOZIKVMOC/16.2 Rev 1

⁴ Ibid 3

- Presencia del virus del Zika en tejido cerebral fetal (identificado post-mortem a través de prueba de PCR-TR).

Otras causas conocidas de anomalías fetales cerebrales y otras que deberían ser descartadas incluyen otras infecciones congénitas (ej. Sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, rubeola y herpes); exposición a drogas tóxicas, químicos y radiación; anomalías genéticas (ej. Síndrome de Down); malnutrición materna/fetal e insuficiencia placentaria.

Síndrome Congénito por Zika

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) ha reportado hasta agosto de 2016, quince niños nacidos vivos y seis mortinatos con anomalías al nacimiento (diferentes a la microcefalia), con evidencia de laboratorio de la infección del virus del Zika⁵. En lo que se ha definido como el Síndrome Congénito asociado a Zika, diferentes reportes informan de anomalías cerebrales adicionales a la microcefalia tales como alteraciones de fosa posterior (dimorfismo de vermix cerebeloso o aumento del tamaño de la cisterna magna), alteraciones de la migración neuronal con paquigiria y polimicrogiria, hipoplasia o hipogenesia del cuerpo calloso, lisencefalia, hipoplasia cerebelar, ventriculomegalia y calcificaciones cerebrales corticales y subcorticales. Con menos frecuencia se encuentran sinequias intraventriculares, exquizecefalia o procencefalia y adelgazamiento de la corteza cerebral, dismorfias principalmente desproporción craneofaciales y redundancia de la piel del cuero cabelludo, microftalmia, retrognatía e hipertelorismo. También se encuentran alteraciones musculoesqueléticas por alteraciones posturales en miembros superiores e inferiores que inicialmente se consideraron erróneamente como artrogriposis. Entre las manifestaciones sensoriales: las alteraciones oftalmológicas incluyen la lesión del epitelio retiniano, alteraciones pigmentarias, lesiones atróficas coriorretinianas y alteraciones del nervio óptico como hipoplasia o atrofia parcial o completa; alteraciones del campo visual, estrabismo, nistagmus, ceguera y alteraciones del reflejo pupilar. Las alteraciones auditivas incluyen el déficit auditivo unilateral y en menor frecuencia, bilateral: múltiples. Otros hallazgos incluyen calcificaciones placentarias, oligo/anhydramnios y restricción del crecimiento fetal intrauterino. El Zika también se ha asociado a abortos espontáneos⁶ y muerte fetal.

Transmisión Sexual del virus del Zika

La exposición sexual al virus del Zika incluye sexo vaginal, sexo anal, sexo oral y otras actividades que podrían exponer a una pareja sexual a secreciones genitales. De los reportes publicados, el intervalo más largo después del inicio de los síntomas de la transmisión sexual de parte de hombres, podría haber ocurrido entre los 32 y 41 días⁷. Utilizando la prueba de PCR-TR⁸, el ARN⁹ del virus del Zika ha sido detectado en semen hasta 93 días después del inicio de los síntomas¹⁰. Adicionalmente, un reporte describe un hombre asintomático infectado con el virus del Zika a quien se le detectó ARN por prueba de

⁵ <https://www.cdc.gov/zika/geo/pregnancy-outcomes.html>

⁶ Martines RB et al. Pathology of congenital Zika syndrome in Brasil: a case series. www.thelancet.com Published on line June 29, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30883-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30883-2)

⁷ Turmel JM, et al. Late sexual transmission of Zika virus related to persistence in the semen. *Lancet* 2016;387:2501. [http://dx.doi.org/10.1016/80140-6736\(16\):30775-9](http://dx.doi.org/10.1016/80140-6736(16):30775-9)

⁸ Reacción en Cadena de la Transcripción Reversa de la Polimerasa – en tiempo real

⁹ ARN: Acido Ribo Nucleico

¹⁰ Mansuy J et al. Zika virus in semen of a patient returning from a non-epidemic area. *Lancet Infect Dis* 2016;16:894-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\):30153-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16):30153-0)

PCR-TR en su semen 39 días después de partir de un área afectada por Zika, quien habría podido infectar sexualmente con el virus del Zika a su pareja¹¹. En la mayoría de casos, no se han colectado muestras seriadas de semen hasta que el ARN del virus del Zika pudiese ser detectado, de manera que la duración precisa y el patrón de la infección del virus del Zika por semen permanece desconocida. Por lo tanto, el examen de especímenes de semen para evaluar el riesgo de transmisión sexual actualmente no se recomienda¹².

El virus del Zika también se ha transmitido de una mujer sintomática infectada a su pareja masculina¹³, y se ha detectado el ARN del virus del Zika en fluidos vaginales tres días después del inicio de los síntomas y en moco cervical hasta once días después del inicio de los síntomas¹⁴. Para las parejas sexuales de las mujeres infectadas, el virus del Zika podría haber sido transmitido a través de la exposición a secreciones vaginales o sangre menstrual.

De acuerdo con la evidencia acá presentada sobre la transmisión sexual del virus del Zika y en concordancia con las recomendaciones provisionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵, se sugiere adoptar las medidas que se presentan a continuación.

Recomendaciones para la prevención de la transmisión sexual:

Se debe de considerar a la mujer en el centro de las políticas para el tema, teniendo en cuenta sus derechos sexuales y reproductivos, el análisis de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos, las poblaciones más vulnerables, el uso de métodos anticonceptivos modernos y de larga duración así como la provisión de preservativos y anticoncepción de emergencia.

1. Los programas de atención a las personas deben velar porque:
 - a. Todas las personas (hombres y mujeres) con infección por el virus del Zika y sus parejas sexuales (sobre todo las embarazadas) reciban información sobre los riesgos de transmisión sexual del virus, las medidas anticonceptivas y las prácticas sexuales seguras¹⁶, y siempre que sea posible, se les proporcione condones.
 - b. Las mujeres que tengan relaciones sexuales sin protección y no deseen el embarazo por temor a la infección por este virus tengan fácil acceso a servicios de anticoncepción de emergencia y asesoramiento.
 - c. A fin de evitar consecuencias negativas para el embarazo y el feto, los hombres y mujeres en edad reproductiva que residan en zonas donde se sepa que hay transmisión local del virus sean informados y orientados correctamente para que piensen en retrasar el embarazo y sigan las

¹¹ Freour T et al. Sexual transmission of Zika virus in an entirely asymptomatic couple returning from a Zika epidemic area. France, April 2016. *Euro Surveill* 2016;21(23)

¹² Brooks JT et al. Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika virus. US Department of Health and Human Services / Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR* / July 29, 2016 / Vol 65 / No. 29

¹³ Davidson A et al. Suspected female-to-male sexual transmission of Zika virus- New York City, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:716-7. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6528e2>

¹⁴ Prisant N et al. Zika virus in the female genital tract. *Lancet Infect Dis* 2016. Epub July 11, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30193-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30193-1)

¹⁵ Prevention of Sexual Transmission of Zika virus. Interim guidance update, 7 June 2016. World Health Organization, WHOZIKVMOC/16.1 Rev 2

¹⁶ Entre las prácticas sexuales seguras se incluyen: el aplazamiento de las primeras relaciones sexuales, las relaciones sexuales sin penetración, el uso correcto y sistemático de condones masculinos y femeninos y la reducción del número de parejas sexuales.

recomendaciones, en particular el uso métodos anticonceptivos modernos de larga duración y el uso sistemático de condones.

2. Las parejas sexuales de embarazadas que residan o vuelvan de zonas donde se sepa que hay transmisión local del virus debe proporcionárseles consejería para que tengan prácticas sexuales seguras, o se abstengan de tener relaciones sexuales, al menos mientras dure el embarazo.
3. Las parejas o las mujeres que tengan previsto un embarazo y vuelvan de zonas donde se sepa que hay transmisión local del virus esperen al menos 8 semanas antes de intentar concebir para dar tiempo a que se resuelva una posible infección por el virus del Zika; el plazo se ampliará a 6 meses en caso de que el hombre de la pareja sea sintomático.
4. Las parejas o las mujeres que no están embarazadas y no están procurando quedar embarazadas, deben considerar el uso correcto y sistemático de los métodos anticonceptivos más efectivos, adicionalmente al uso del condón (único método que protege simultáneamente contra el embarazo y la transmisión sexual del Zika). Adicionalmente, las parejas deben ser aconsejadas de que el uso correcto y sistemático del condón reduce el riesgo de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual¹⁷.

Infección por Virus del Zika durante el Embarazo

1. Cuadro Clínico

No se han descrito diferencias clínicas entre una mujer gestante y otra que no lo está. Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. La infección puede cursarse en forma asintomática en una importante proporción de casos (70-80% de los casos) o presentarse con la clínica que se indica a continuación¹⁸:

Principales síntomas de infección por virus Zika	
Fiebre entre 37.2°C y 38°C	Mialgias y/o artralgias
Exantema maculopapular pruriginoso*	Astenia
Conjuntivitis no purulenta	Edema en miembros inferiores
Cefalea	

¹⁷ Ibid 9

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika: implicaciones para la salud pública en las Américas, 1° de diciembre de 2015. [Acceso 17 de mayo de 2016] Disponible en: <http://bit.ly/1UnDkUQ>

Síntomas menos frecuentes

Dolor retro-orbitario

Anorexia

Vómito, diarrea

Dolor abdominal

* Este es uno de los síntomas más distintivos de la infección por Zika, que deberá ser tenido en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante.

Los síntomas duran de 4 a 7 días y suelen auto limitarse.

2. Diagnóstico

Los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes como en la población general¹⁹.

2.a. Diagnóstico clínico:

Es de sospecha y se caracteriza por la aparición de uno o varios de los síntomas descritos previamente en una gestante que vive o ha estado recientemente en un lugar donde se ha certificado circulación del virus. También puede sospecharse en caso de síntomas en mujeres que han mantenido relaciones sexuales con compañeros que hayan estado en días previos en zonas donde hay transmisión del virus²⁰.

2b. Diagnóstico diferencial:

Se establecerá ante otras infecciones que causen exantema y fiebre, en particular flavivirus como dengue y chikungunya.

2c. Diagnóstico de confirmación:

Se realiza mediante pruebas de laboratorio clínico de la misma manera que se hacen para la población en general.

3. Conducta terapéutica en embarazadas con Zika

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser autolimitada, muchas veces las pacientes no requerirán tratamiento y hasta podrían no consultar. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas cuando sean molestos.

3a. Reposo y aislamiento

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia del virus Zika (ZIKV) en las Américas: detección y diagnóstico por laboratorio. diagnóstico por laboratorio para la enfermedad por el virus del Zika. Marzo 2016. [Acceso 17 de mayo de 2016] Disponible en: <http://bit.ly/1WD95h1>

²⁰ Ibid 15

Para prevenir la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género *Aedes*, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos o cedazos. El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos y zapatos cerrados.

3b. Fiebre

Se recomienda disminuir la fiebre de la embarazada con medidas físicas (paños húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se sugiere usar antipiretico/analgesicos. El **acetaminofen** o paracetamol es el de primera línea. *Dosis recomendada: 500 mg PO cada 6 u 8 horas, se debe advertir sobre no sobrepasar los 4000 mg/día ya que puede asociarse con daño hepático de la gestante²¹. No usar Aspirina por riesgo de sangrado ni Antiinflamatorios No Esteroides –AINES- por sus efectos en caso que la infección correspondiera a dengue o chikungunya.*

3c. Cefalea

Se puede administrar acetaminofen en las mismas dosis recomendadas para la fiebre.

3d. Prurito

Se recomienda aplicación tópica de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol. También el tratamiento sistémico con antihistamínicos como la clorfeniramina o la loratadina tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que pueden ser usados en caso de prurito intenso²².

3e. Hidratación

Se debe aconsejar a las pacientes a ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.

4. Seguimiento de las embarazadas en zonas de alta circulación del virus del Zika

4.1. Para todas las embarazadas

²¹US Food and Drug Administration. Acetaminophen Overdose and Liver Injury, Background and Options for Reducing Injury. [Acceso 17 de mayo de 2016] Disponible en: <http://1.usa.gov/1tokboe>.

²² Gilboa SM, Strickland MJ, Olshan AF, Werler MM, Correa A and The National Birth Defects Prevention Study. Use of Antihistamine Medications During Early Pregnancy and Isolated Major Malformations. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. Author manuscript; available in PMC 2013 Apr 8. Published in final edited form as: Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2009 Feb; 85(2): 137–150. doi: 10.1002/bdra.20513

Se recomienda concurrir regularmente a las consultas prenatales y que se realicen todos los exámenes indicados por el equipo de salud de acuerdo con las normas oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS. Hay múltiples agentes capaces de provocar anomalías congénitas y en particular microcefalia, por eso se recordará a las embarazadas que eviten el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y medicamentos (si no es con indicación médica). Asimismo, se debe recomendar evitar el contacto con personas que estén cursando cuadros infecciosos. Deben de utilizar preservativos en toda relación sexual.

Debido a que no hay tratamiento específico contra esta infección, lo preventivo sigue siendo lo primordial. En tal sentido se debe seguir promoviendo la captación precoz de las embarazadas para realizar las consultas prenatales de acuerdo a las normas nacionales y brindar información sobre las medidas ambientales (destrucción semanal de criaderos de mosquitos domiciliarios y peridomiciliarios) e individuales para reducir el riesgo de picadura del mosquito transmisor del virus del Zika. Especial atención se debe dar a los exámenes rutinarios para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus y rubeola en los establecimientos donde se tenga capacidad para realizarlos, los cuales serán relevantes en caso de necesitar confirmación etiológica ante un defecto congénito.

Como la infección puede pasar inadvertida en un alto porcentaje de personas, en cada consulta se deberá interrogar sobre la aparición de los síntomas y signos clínicos descritos anteriormente.

4.2. Para embarazadas con sospecha de infección por Zika

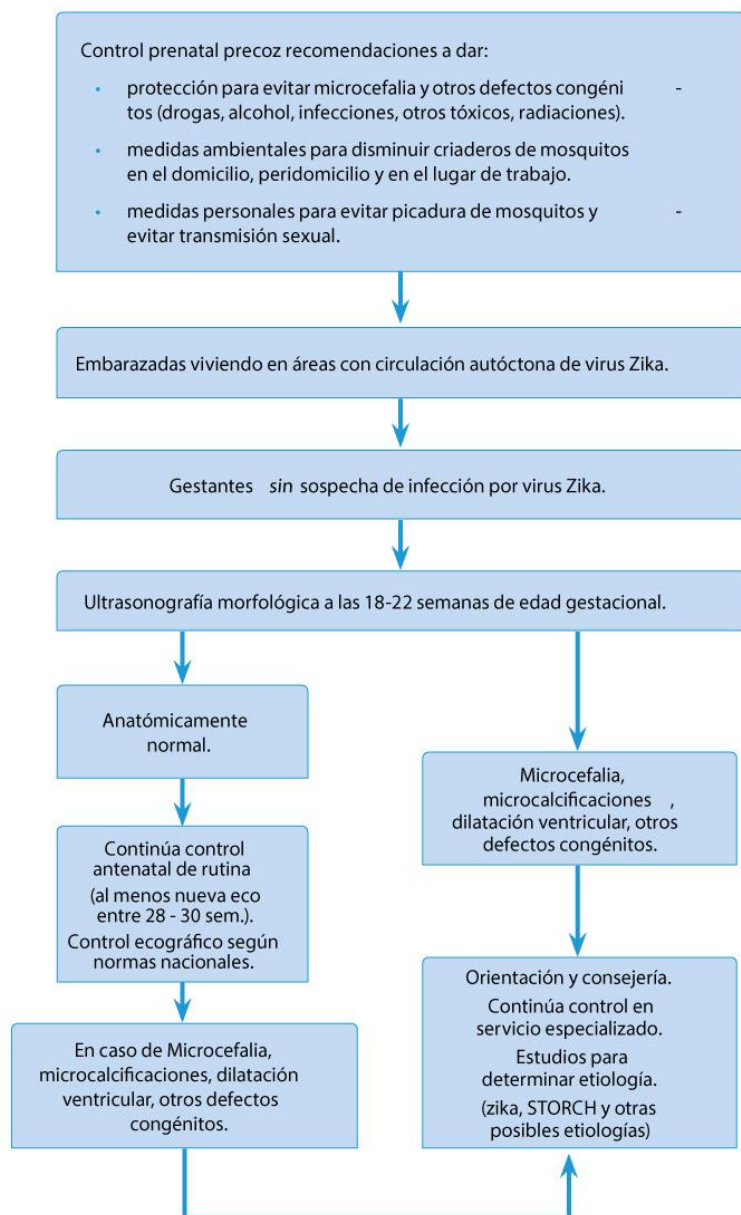
Además de efectuar todas las acciones que las normas nacionales han definido para el control del embarazo según los distintos niveles de atención, se deberá:

- a) **Medir altura uterina:** existe poca evidencia sobre el seguimiento de mujeres embarazadas con infección por virus Zika, pero se estima que al igual que otras infecciones prenatales podría cursar con alteración de la altura uterina, vinculada a un aumento o disminución de líquido amniótico o como resultado de alteraciones del crecimiento o muerte fetal. Donde se tenga disponibilidad de realizar ultrasonido se debe medir el volumen de líquido amniótico.
- b) **Evaluar vitalidad fetal**²³: mediante auscultación con estetoscopio de Pinnard (20 semanas) o doppler a edades gestacionales tempranas (12 semanas), se podrá establecer si el feto está vivo. A edades mayores la percepción de movimientos puede ser suficiente (16-18 semanas). La ultrasonografía obstétrica puede servir a esta finalidad en etapas tempranas del embarazo pudiendo confirmar vitalidad embrionaria desde las 6-8 semanas de edad gestacional.
- c) **Evaluación de la anatomía fetal:** El momento ideal para efectuar una ultrasonografía morfológica es entre las 18 y 22 semanas de edad gestacional. Pero, ante sospecha de infección por Zika es recomendable efectuar una ecografía obstétrica para establecer la situación en ese momento. La ultrasonografía obstétrica ha demostrado que su capacidad diagnóstica para microcefalia secundaria (en este caso debida a una infección prenatal, aumenta luego de las 28 semanas de gestación (tercer trimestre del embarazo). La aproximación diagnóstica será más fuerte cuando se encuentren asociados otros defectos del sistema nervioso central, como

²³ Fescina RH et al. Guides for the Primary Health Care-Focused Continuum of Care of Women and Newborns. Sexual and Reproductive Health. Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization; Latin American Center for Perinatology (CLAP). CLAP/WR Scientific Publication # 1562.02-2009

microcalcificaciones encefálicas, dilatación ventricular, hidrocefalia y/o otros defectos como hepatomegalia, edema placentario, edema fetal, etc. Todos estos son signos ecográficos de infección prenatal. La microcefalia solo se confirmará después del nacimiento por medición del perímetro cefálico del neonato^{24 25}.

(ALGORITMOS)



²⁴ Bianchi DW, Crombleholme TM, D’Alton ME, Malone FD. Fetology, diagnosis and management of the fetal patient. 2 ed. New York: Mc Graw Hill, 2010.

²⁵ Oliveira Melo AS, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves Sampaio S, Bispo de Filippis AM. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound Obstet Gynecol 2016;47:6-7. [Acceso 17 de mayo de 2016] Disponible en: <http://bit.ly/1XxDhJX>



Control prenatal precoz recomendaciones a dar:

- protección para prevenir microcefalia y otros defectos con gémitos (drogas, alcohol, infecciones, otros tóxicos, radiaciones. -
- medidas ambientales para disminuir criaderos de mosquitos en el domicilio, peridomicilio y en el lugar de trabajo.
- medidas personales para evitar picadura de mosquitos y transmisión sexual.

Embarazadas viviendo en áreas con circulación autóctona de virus Zika.

Gestantes con sospecha de infección por virus Zika actual o pasada.

De ser posible realizar ultrasonografía obstétrica basal.

Anatómicamente normal.

Microcefalia, microcalcificaciones, dilatación ventricular, otros defectos congénitos.

Tests para Zika.

Orientación y consejería. Continúa control en servicio especializado. Estudios para determinar etiología. (zika, STORCH y otras posibles etiologías)

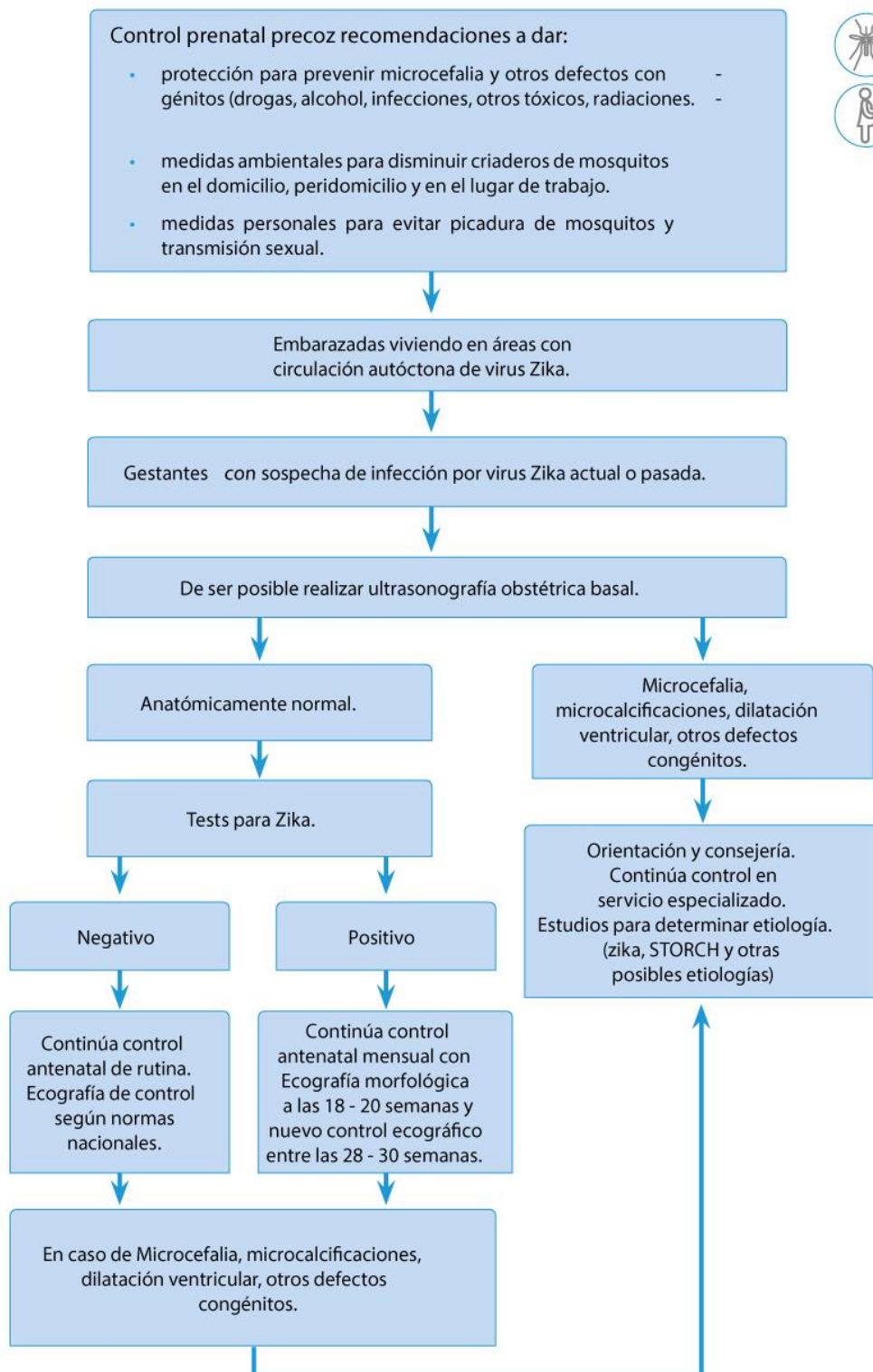
Negativo

Positivo

Continúa control antenatal de rutina. Ecografía de control según normas nacionales.

Continúa control antenatal mensual con Ecografía morfológica a las 18 - 20 semanas y nuevo control ecográfico entre las 28 - 30 semanas.

En caso de Microcefalia, microcalcificaciones, dilatación ventricular, otros defectos congénitos.



5. Situaciones especiales

5.1. Muerte del embrión o del Feto

Siempre debe ser estudiada la causa de una muerte durante la gestación, para evitar la repetición del hecho en un futuro embarazo. En aquellos lugares en que circula el virus del Zika es recomendable analizar muestras de tejidos y/o placenta en caso de abortos espontáneos o de muerte fetal para la detección del virus en los mismos.

5.2. Estudio del líquido amniótico por punción (Amniocentesis)

Es una técnica invasiva, con riesgo de pérdida fetal y de complicaciones maternas (infección) que no debería ser usada de rutina en todas las gestantes. El diagnóstico del virus en el líquido amniótico no cambia la conducta terapéutica. En estos momentos, en algunos escenarios se están efectuando investigaciones científicas que incluyen la realización del estudio del líquido amniótico, bajo consentimiento y con aval de los comités de ética locales.

5.3. Otras formas de transmisión madre-hijo

Una mujer infectada al término del embarazo podría pasar la infección a su hijo durante el nacimiento, sin embargo, esto no ha sido probado hasta el momento. Tampoco se ha comprobado transmisión madre-hijo durante la lactancia por lo que no hay recomendaciones por el momento de suspender la lactancia materna²⁶.

5.4. Posponer y/o interrumpir el embarazo

Se desconoce el tiempo que pueden durar los brotes de Zika. Cualquier decisión de diferir un embarazo es un derecho humano de la mujer²⁷. Tanto la OPS como las asociaciones profesionales²⁸ han llamado a las

²⁶ US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Zika virus transmission. Jun 1, 2015. [Acceso 17 de mayo de 2016] Disponible en: <http://1.usa.gov/1OXSOOR>

²⁷ El artículo 16 de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece que las mujeres tienen “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos”. Con respecto al acceso a métodos de planificación familiar, en el artículo 12 de la CEDAW se establece que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la

autoridades de salud pública a asegurar que las mujeres tengan acceso a los servicios de salud reproductiva, incluyendo a métodos anticonceptivos modernos, que sean informadas debidamente sobre las medidas de protección personal para evitar picaduras de mosquitos, y de los riesgos a los que eventualmente podrían estar expuestas. Las mujeres deberán también ser informadas de los servicios de apoyo que pueden esperar recibir después del nacimiento. Esta información debe ser comunicada a la mujer en una manera culturalmente apropiada y en el idioma local. Detectar el virus del Zika durante el embarazo es un desafío. En este momento no hay suficiente evidencia para determinar el riesgo potencial de una embarazada de contraer Zika o los riesgos que esta infección puede presentar para su bebé. La legislación del Estado de Guatemala no admite la interrupción del embarazo bajo la circunstancia de sospecha o probabilidad de una anomalía congénita; por lo tanto, la posibilidad de interrumpir el embarazo no debe tomarse en cuenta.

Mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. En el artículo 14 se hace referencia a las medidas específicas para proteger a las mujeres en zonas rurales y se establece que los Estados partes asegurarán el derecho de estas mujeres a “tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”. La Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981 y fue ratificada por el Estado de Guatemala en 1982.

²⁸ Declaración del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología sobre la Emergencia por el virus del Zika. Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Volumen 4, número 1, marzo de 2016, ISSN: 2304 - 7585