



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA EL ABORDAJE CLINICO DE
GESTANTES EXPUESTAS AL VIRUS ZIKA EN COLOMBIA**

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
GRUPO DE ENFERMEDADES ENDEMO EPIDÉMICAS**

BOGOTA D.C., FEBRERO DE 2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios.

Carmen Eugenia Dávila Guerrero

Viceministerio de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretaría General

Colaboradores técnicos:

Germán Augusto Gallego	Ministerio de Salud y Protección Social
Lorenza Ospino Rodriguez	Ministerio de Salud y Protección Social
Catalina María Valencia Ginecología	Federación Colombiana de Obstetricia y
Saulo Molina	Federación Colombiana de Perinatología
Nicolás Ramos Rodríguez	Sociedad Colombiana de Pediatría
Jorge Andrés Benavides Ginecología	Federación Colombiana de Obstetricia y
Miguel Parra Saavedra Barranquilla	Unidad de Medicina materna fetal
Pilar Guatibonza	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Maria Fernanda Martinez Ginecología	Federación Colombiana de Obstetricia y

Ricardo Alfonso Montoya
Meoz.

Pilar Ramón Pardo

Jack Ludmir
USA

Carlos Rugilo
Aires Ar

Ricardo Ximenes

Carlos Britto
Pernambuco

E.S.E. Hospital Universitario Erasmo

Oficina Regional OPS/OMS

Hospital of the University of Pennsylvania-

Hospital Pediátrico Garrahan, Buenos

Universidad Federal de Pernambuco

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes,

Direcciones:

José Luis Ortiz Hoyos	Aseguramiento en Salud, Riesgos y Pensiones
Luis Carlos Ortiz Monsalve	Desarrollo de Talento Humano en Salud
Claudia Milena Cuéllar Segura	Epidemiología y Demografía
José Fernando Arias Duarte,	Prestación de Servicios y Atención Primaria
Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga	Promoción y Prevención
Fernando Ramírez Campo	Medicamentos y Tecnologías en Salud (e)
Félix Régulo Nates Solano	Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas
Omar Guaje	Financiamiento
Oficinas	
Germán Escobar Morales.	Calidad
Juan Pablo Corredor Pongutá	Promoción Social
Luis Fernando Correa Serna	Gestión Territorial Emergencias y Desastres
Dolly Esperanza Ovalle Carranza	Tecnología de la Información y la Comunicación

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	6
2. Alcance:	9
3. Objetivo	9
4. Epidemiología.....	9
5. Recomendaciones para la prevención.....	10
5.1. En mujeres y hombres en edad fértil.....	10
5.2. En atención preconcepcional.....	11
5.3. En gestantes	11
5.4. Ante la Transmisión sexual.....	12
6. Recomendaciones para diagnóstico de la infección durante el embarazo	12
6.1. Diagnóstico clínico.....	12
6.2. Atención en Triage	13
6.3. Diagnostico por laboratorio	13
7. Terapéutica en Gestantes con Zika.....	14
7.1. Criterios de hospitalización	17
8. Seguimiento de las gestantes con diagnóstico de Zika.	17
8.1. Comunicación del riesgo	18
8.2. Personal que debe realizar el control prenatal	18
8.3. Diagnostico ecográfico.	19
8.4. Amniocentesis.....	20
8.5. Apoyo Psicosocial	20
8.6. Hallazgo ecográficos compatibles sin antecedente de cuadro clínico.....	21
8.7. Diagnóstico diferencial.....	21
8.8. Vía de parto y Lactancia.....	21
8.9. Toma de muestras posparto o posaborto.....	22
9. Interrupción voluntaria del embarazo	22

Bibliografía.....	24
Anexo 1 Medias y Desviaciones estándar de la circunferencia cefálica en función de la edad gestacional.....	26
1. Anexo 2. Parámetros mínimos a ser reportados en la ecografía obstétrica de rutina de 2do y 3er trimestre (Buitrago M, Beltrán M, Molina S, 2014).	28
2. Anexo 3 Normas de Clasificación en Triage	30
3. Anexo 4 Alcance de la Causal Salud, en el marco de la sentencia C-355 de 2006...	32

1. Introducción

El virus Zika (Zikv) es un Flavivirus, aislado por primera vez en 1947 en un primate de la especie *M. mulatta* en el bosque de Zika en Uganda (Dick GW, Kitchen SF, Haddow AI. Zika virus. I. Isolation and serological specificity. Trans R Soc trop Med Hyg. 1952;46:509-520.). Pero solo hasta 1968 se aisló y se comprobó la transmisión en humanos en Nigeria (Fagbami AH. Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. The Journal of Hygiene. 1979;83(2):213-219.). En Abril de 2007 se reporta el primer brote importante de infección por Zikv en la Isla de Yap (Micronesia). Desde octubre de 2013 hasta febrero de 2014 se reporta un brote en la Polinesia Francesa con más de 28.000 casos estimados (el 11% de la población) (Besnard M , Lastere S, Teissier A, Cao'Lormeau VM, Musso d. Evidence of perinatal transmisión of Zika virus, French Polynesia, Euro surveill. 2014; 19(13).), éste se extiende a Nueva Caledonia e islas Cook en enero de 2014. En territorio americano se reporta el primer caso autóctono en Febrero de 2014 cuando Chile confirma casos en Isla de Pascua (Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika)07/03/14. <http://ispch.cl/noticia/20750>). Desde febrero de 2015 se han reportado casos en Brasil y en Mayo de 2015 se emite alerta epidemiológica por OMS/OPS para las Américas, por confirmación de transmisión autóctona en Brasil (Organización Panamericana de la salud, Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes, Montevideo. 2016.).

En Colombia, en septiembre de 2015, la Secretaria de Salud departamental de Bolívar informa al Instituto Nacional de Salud (INS) la aparición de primer caso en el municipio de Turbaco. A partir del caso índice, se confirman 9 casos por el

Instituto Nacional de Salud (INS)¹; y posteriormente, en octubre de 2015 se emite la circular conjunta externa 043 de 2015. Para el mismo mes, Brasil reporta un incremento inusual y significativo de casos de microcefalia en posible relación con infecciones previas por Zikv en maternas en el estado de Pernambuco, consistente en un aumento de más de 10 veces lo reportado comparado con los últimos 4 años (Organización Panamericana de la salud, Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes, Montevideo. 2016.).

En Noviembre de 2015 reportan transmisión autóctona en El Salvador, México, Paraguay, Venezuela y Cabo verde, Coincidentemente Brasil reporta emergencia en Salud Pública en respuesta al aumento de casos de microcefalia. En Diciembre se emite alerta epidemiológica por OMS/OPS para síndrome neurológico, anomalías congénitas asociadas con infección por Zikv. Posterior a esto, se han adelantado estudios de caso que han permitido confirmar la presencia del virus en líquido amniótico por la técnica de RT-PCR en 2 gestantes del Estado de Paraíba (Nordeste Brasileiro) cuyos fetos fueron diagnosticados con microcefalia (Oliveira Melo AS, Maligner G, Ximenes R, Szejnfeld O, Alves Sampaio S. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg?. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;47:6-7.). También se ha verificado la presencia del genoma viral además del estudio inmunohistoquímico en muestras de tejidos y sangre de una defunción neonatal de un feto con microcefalia (Organización Panamericana de la salud, Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes, Montevideo. 2016.). Más recientemente, se ha complementado con estudio de microscopía electrónica y se ha recuperado el genoma viral completo de un caso de interrupción médica del embarazo de una madre diagnosticada como

¹ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Confirmados-primeros-casos-de-virus-del-zika-en-Colombia.aspx>

caso clínico sospechoso de Zikv con hallazgos ecográficos compatibles con microcefalia y calcificaciones cerebrales y placentarias y RT-PCR positivo por estudio inmunohistoquímico (Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, Kolenc M, Resman K, Vesnaver T, Fabjan V, Vizjak A, Pižem J, Petrovec M, Zupanc T., 2016).

A la semana epidemiológica 6 de 2016, se ha reportado transmisión autóctona en 28 países y territorios de América (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599&Itemid=41691&lang=es), Para esta misma fecha, el Ministerio de Salud de Brasil ha reportado un total de 508 casos confirmados de microcefalia con malformaciones típicas indicativas de infección congénita (http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Microcefalias_Informe_Epidemiologico_13_SE_06_2016_17fev2016.pdf)

En Colombia, para la Semana epidemiológica 5 de 2016 se reportan un total de 27454 casos confirmados, de los cuales 1504 son confirmados por laboratorio, 25950 confirmados por clínica (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2016). Ante la fase expansiva de la epidemia y dados los riesgos que se han sugerido en la literatura respecto la posible relación entre la infección por Zikv y microcefalia y otras anomalías neurológicas, se presenta este lineamiento clínico nacional, sujeto a actualización conforme el aporte de nueva evidencia al proceso de entendimiento de la situación epidemiológica actual y sus implicaciones en la salud materna perinatal y en general en la salud sexual y reproductiva.

2. Alcance:

Este documento está dirigido a los profesionales de la salud en niveles de atención de baja y alta complejidad, especialistas en Ginecología y Obstetricia, Neonatología, cuidado intensivo, medicina de urgencias, laboratorio clínico y apoyos diagnósticos, profesionales en vigilancia epidemiológica y administradores de los regímenes subsidiado y contributivo, que desarrollan actividades en las zonas endémicas afectadas por presencia de Zika en Colombia, así como a centros de referencia por fuera de estas zonas. Así mismo da alcance a las circular 02 de 2016 que emitió lineamientos iniciales de atención y otros actos administrativos generados durante la contingencia.

3. Objetivo

El objetivo del presente lineamiento es dar a los(as) profesionales de salud encargados(as) de la atención de gestantes, la Información clínica relevante, basada en la evidencia y en el marco de derechos humanos, sexuales y reproductivos, que facilite la prevención, asesoría, diagnóstico y manejo orientados a las mujeres y sus familias, en los casos de gestaciones expuestas al Zikv, ubicados o procedentes de Áreas endémicas en el territorio Colombiano.

4. Epidemiología

El Zikv es transmitido por mosquitos del género *Aedes* spp.. Este vector vive en áreas de menos de 2200 mts sobre el nivel del mar y tiene un hábito peri-domiciliario. Se reproduce en los repositorios domésticos de agua y su picadura se produce predominantemente de día. Se estima que solo una de cada 5 personas infectadas por el virus desarrolla síntomas de la enfermedad (Dick GW. Zika virus. II. Pathogenicity and physical properties. Trans R Soc Trop Med., 1952). Su periodo de incubación con exactitud es desconocido pero se sugiere que es similar a otros flavivirus, desde los 3 días hasta las 2 semanas (Menaly-Delman D,

Rasmussen A, Staples E, Oduyebo T, Ellington S, Petersen, Fischer M, Jamieson D, 2016) .

Aunque el modo de transmisión más común es la forma vectorial, se han documentado otras formas de transmisión incluyendo la vía materno fetal, a través de transfusión y exposición accidental en laboratorio (Menaly-Delman D, Rasmussen A, Staples E, Oduyebo T, Ellington S, Petersen, Fischer M, Jamieson D, 2016). Adicionalmente se han reportado 3 casos de probable transmisión sexual en Estados Unidos especialmente de hombres a mujeres por la detección de genoma viral en semen, en los cuales no se ha establecido con exactitud, cuánto tiempo permanece el virus (Oster A, Brooks J, Stryker J, Kachur R, Mead P, Pesik N Petersen L., , 2016). El RNA viral también ha sido identificado en la leche materna pero los cultivos virales han sido negativos. Por otra parte, habría un riesgo teórico de transmisión a través de trasplantes, pero no se ha comprobado (Menaly-Delman D, Rasmussen A, Staples E, Oduyebo T, Ellington S, Petersen, Fischer M, Jamieson D, 2016).

5. Recomendaciones para la prevención

En todo caso, se debe informar a la población general acerca de las medidas de protección personal aplicables a la población general en todas las atenciones en salud que se realicen de acuerdo a las instrucciones del Ministerio de Salud y Protección social disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/abece-zika.aspx>.

5.1. En mujeres y hombres en edad fértil

Toda persona en edad fértil que resida en zona con transmisión autóctona de casos debe ser informada sobre los riesgos que la infección implica para el proceso perinatal, si existe un plan de embarazo se aconseja poner en consideración de la pareja la posposición de dicho embarazo y en consecuencia,

deben ser ofertados y suministrados, bajo decisión informada amplia gama de métodos anticonceptivos de acuerdo a los contenidos del Plan Obligatorio de salud (Resolución 5592 de 2015), que ratifica las disposiciones establecidas en las Resoluciones 769 y 1973 de 2008, que adopta la norma técnica en planificación familiar, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Esto en complemento a las acciones de Protección de la salud que desarrolla el Gobierno nacional, territorial y las Entidades administradoras de Planes de Beneficios, para garantizar acceso a la población a información y provisión.

5.2. En atención preconcepcional

Las mujeres y familias que se encuentren en atención preconcepcional que viven en zonas por debajo de 2200 msnm, deben ser informadas sobre los riesgos que la infección implica para ella en el embarazo y para el proceso perinatal por lo tanto debe ser sugerida la postergación del embarazo. Para quienes no viven en zonas de riesgo debe desaconsejarse su desplazamiento por lo menos en los primeros 2 trimestres (periodo de mayor riesgo). En todo caso La mujer que asiste a consulta preconcepcional debe ser estimulada para garantizar su asistencia temprana y continua a control prenatal.

5.3. En gestantes

Para la gestantes que no viven en zonas de riesgo debe desaconsejarse su desplazamiento por lo menos en los primeros 2 trimestres (periodo de mayor riesgo).

Así mismo, se debe informar sobre las medidas de protección personal en caso de que sea ineludible el desplazamiento. Se deberá insistir en las medidas que reducen al mínimo el contacto con el mosquito vector:

- Utilizar ropa con manga y pantalones largos

- Uso tópico de repelentes autorizados en gestantes, que contengan: DEET (N-Dietil-meta-toluamida), Picaridina o IR3535. La frecuencia de uso deberá ser la sugerida por el fabricante de cada producto.
- Utilizar mallas y mosquitero en las ventanas y puertas
- Usar mosquiteros en las camas.
- En lo posible permanecer en áreas con aire acondicionado.
- Asistir tempranamente a control prenatal y de manera inmediata si aparecen síntomas sospechosos.

5.4. Ante la Transmisión sexual

En general se debe recomendar en la consulta médico protección con métodos de barrera en todas las atenciones para toda la población sexualmente activa. En particular los hombres que residan en zonas de transmisión activa o que hayan viajado a éstas y que tengan una pareja en estado de gestación se recomienda el uso de métodos de barrera en sus relaciones sexuales por el resto del embarazo.

6. Recomendaciones para diagnóstico de la infección durante el embarazo

6.1. Diagnóstico clínico

Los datos sobre el espectro clínico de la gestante con infección por Zikv son limitados, sin embargo, no hay evidencia que sean distintos a la población de no gestantes. El porcentaje de pacientes que son asintomáticos en la epidemia en América no se ha establecido claramente, pero puede estar hasta el 75%. Los principales síntomas referidos en estos casos son:

- Exantema pruriginoso
- Artralgias
- Astenia
- Conjuntivitis no purulenta

- Cefalea
- Febrícula o Temperatura corporal normal

Otros síntomas menos frecuentes son mialgias, dolor retro-orbitario, anorexia, el vómito, dolor abdominal y diarrea.

6.2. Atención en Triage

Toda mujer en gestación que tenga un cuadro compatible debe considerarse un Triage 2, este procedimiento debe realizarse bajo los lineamientos del Ministerio de Salud² por profesional de la Medicina o Enfermería (ver anexo 3). Durante el proceso de atención de la gestante con cuadro clínico sospechoso, debe estar en observación bajo toldillo. Así mismo deberá disminuirse al máximo su tiempo de atención para garantizar la toma de laboratorios necesarios para el diagnóstico.

6.3. Diagnóstico por laboratorio

En Colombia, las definiciones de caso están establecidas mediante los lineamientos del Ministerio de salud y el Instituto Nacional de salud en la circular 061 de 2015. Tal como lo establece la figura 1.

Los lineamientos para el diagnóstico por laboratorio de enfermedad por Zikv en gestantes en Colombia se describen de la siguiente manera:

- Se debe realizar envío de muestra de suero de todas las gestantes notificadas con sospecha de enfermedad por ZIKV al Laboratorio Nacional de Referencia de Virología del INS (a través de los Laboratorios Departamentales de Salud Pública -LDSP-), independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad clínica. Aquellas muestras de suero que cumplan con las características para procesamiento de aislamiento viral se les realizará PCR-RT para detección de ZIKV.

² Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015

- Las muestra de suero que no cumpla con las condiciones para aislamiento viral, serán custodiadas en una seroteca administrada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS, lo anterior para garantizar el diagnóstico diferencial con otros eventos de interés en salud pública cuando se requiera, las causas de no procesamiento de las muestras serán informadas a la IPS por parte de los LDSP.
- Los resultados de laboratorio de las muestras que cumplan con las condiciones para procesamiento y aislamiento viral, serán entregados a las IPS y a las coordinaciones de vigilancia de las entidades territoriales a través de los LDSP, esto para conocimiento de las pacientes y sus médicos tratantes y para realizar la clasificación final del caso.

En los momentos y escenarios en que se disponga de pruebas de serología IgM-Específico para Zikv (CDC, Division of Vector-Borne Diseases, 2016), se deberá tomar una muestra en fase aguda (primeros 5 días después del inicio de síntomas) junto a la toma hecha para PCR-RT y otra a las 2 a 3 semanas posterior al inicio de síntomas si el PCR-RT es negativo. También se recomienda el uso de serología IgM-específico para el diagnóstico en gestantes en que el momento de toma de muestra se encuentra por fuera de la fase virémica.

7. Terapéutica en Gestantes con Zika

Al tratarse de una infección auto limitada y de sintomatología leve, solo en pocos casos requerirá tratamiento. No hay tratamiento antiviral específico ni vacuna y su manejo se basa en el control de los síntomas (Organización Panamericana de la salud, Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes, Montevideo. 2016.).

- Se debe evitar el contacto de la paciente infectada por el Zikv con mosquitos del género *Aedes* spp., al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de toldillos que

pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos.

Figura 1 Definiciones operativas de caso en Vigilancia de Zika, Colombia, 2015.

Caso sospechoso	<p>personas con 65 años y más y/o con co-morbilidades); persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general; y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm, y/o en países con o sin circulación confirmada de este virus. Estas personas ameritan la toma de muestra de suero en los tiempos establecidos para confirmación o descarte por laboratorio del virus Zika sin excepción.</p>
	<p>Población general procedente del extranjero: persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, artralgias o mialgias y cefalea o malestar general y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm, y/o en países con o sin circulación confirmada de este virus. Estas personas ameritan la toma de muestra de suero para confirmación por laboratorio del virus Zika sin excepción.</p>
	<p>Población general procedente de municipios sin transmisión de ZIKV confirmada: persona que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, prurito, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general, y que haya estado en lugares a menos de 2200 msnm. Se tomarán muestras para confirmación diagnóstica según cálculo de muestra en áreas sin confirmación de circulación viral.</p>
Caso confirmado por clínica	<p>Población general y población a riesgo (neonatos, menores de 1 año, gestantes en cualquier trimestre, personas con 65 años y más y/o con co-morbilidades) procedente de municipios con transmisión de ZIKV confirmada: Persona que haya estado en los últimos 15 días antes del inicio de síntomas en lugares a menos de 2200 msnm, con confirmación de circulación autóctona del virus Zika, y que presente exantema y elevación de la temperatura corporal axilar mayor de 37,2 grados centígrados y uno o más de los siguientes síntomas que no se explican por otras condiciones médicas: conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, prurito, artralgias, mialgias, cefalea o malestar general.</p>
Caso confirmado por laboratorio	<p>Caso sospechoso con resultado positivo para ZIKV mediante RT-PCR ZIKV, realizada en el Laboratorio Nacional de Referencia de Virología de la Red Nacional de Laboratorios del Instituto Nacional de Salud, o centros colaboradores designados por el INS (ver algoritmo diagnóstico).</p>
Caso descartado	<p>Caso sospechoso al que se le tomó muestra para laboratorio dentro de los tiempos establecidos para la detección del virus, y presentó resultados negativos para ZIKV (ver algoritmo diagnóstico).</p>
TIPO DE CASO	CARACTERÍSTICAS DE LA CLASIFICACION
Caso sospechoso de muerte	<p>Toda persona que fallece y cumple con alguna de las definiciones de caso de enfermedad por ZIKV (caso sospechoso, caso confirmado por clínica o caso confirmado por laboratorio). Este caso amerita obligatoriamente la toma de muestra de tejidos para estudios histopatológicos y virológicos.</p>
Caso confirmado	<p>Caso sospechoso de muerte a quien por métodos de laboratorio se le confirma la presencia del ZIKV o hallazgos histopatológicos compatibles con lesiones por <i>Arbovirus</i>, y que mediante la realización de una unidad de análisis por el nivel Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social e INS) con la participación del nivel territorial, se concluye que la enfermedad por ZIKV fue la causa básica de la muerte.</p>
Caso descartado	<p>Caso sospechoso de muerte a quien por métodos de laboratorio se le descarta la presencia del virus y/o hallazgos histopatológicos compatibles con la infección por el virus, y que mediante la realización de una unidad de análisis por el nivel Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social e INS) con la participación del nivel territorial, se concluye que el ZIKV no fue la causa básica de la muerte. Este caso deberá ser ajustado en el SIVIGILA como clasificación final descartado.</p>

Fuente: Circular 061 de 2015.

- En caso de presentarse fiebre se deberá controlar con medios físicos (paños húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Esto es especialmente importante ya que la fiebre por si sola puede inducir anomalías congénitas. El acetaminofén es el medicamento de primera línea para el manejo. La dosis recomendada 500 mg vía oral cada 6 u 8 horas sin sobrepasar los 4000 mg por día ya que puede asociarse con daño hepático.
- El manejo de la cefalea puede realizarse con acetaminofén en las dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre.
- No usar aspirina ni otro AINES.
- Mantener la hidratación con ingesta abundante de líquidos.
- Se pueden usar Anti-histamínicos y lociones de calamina para dar alivio al prurito.

7.1. Criterios de hospitalización

Al tratarse en su mayoría de casos de una enfermedad leve y autolimitada, la hospitalización en general en una gestante en fase aguda no está indicada, a menos que se detecten síndromes neurológicos asociados; en estos casos se deben seguir los lineamientos para síndromes neurológicos asociados a Zika construidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016).

8. Seguimiento de las gestantes con diagnóstico de Zika.

Toda gestante considerada como caso sospechoso o confirmado de infección por Zikv, debe ser manejada como triage 2 en el servicio de urgencias y su seguimiento debe realizarse como de alto riesgo, ello implica que su control debe ser con obstetricia y ginecología y la periodicidad de sus controles debe ser establecida por dicho especialista.

8.1. Comunicación del riesgo

Las gestantes con infección por Zikv deben ser informadas sobre la existencia de una asociación entre infección y anomalías congénitas del cráneo y del Sistema nervioso central en el recién nacido, pero que el diagnóstico de infección en la madre no implica necesariamente alteraciones en su hijo(a). En este sentido como lo establece las sentencias C-355 de 2006 y T388 de 2009, todas las mujeres deben estar plenamente enteradas respecto a *que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.*³. Con las consideraciones que incorpora la causal salud en su esfera, mental, así: la salud mental incluye la angustia psicológica, sufrimiento mental actos sexuales obligados o forzados y el diagnóstico de un daño fetal grave (Aborto Sin Riesgos: guía técnica y de política para sistemas de salud. OMS 2012)

8.2. Personal que debe realizar el control prenatal

El control de la gestante con infección con Zikv, al igual que toda mujer en embarazo debe ser instaurado de acuerdo a las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la prevención, detección y atención de alteraciones del embarazo parto y puerperio vigente y disponible en el enlace:

³ Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006.

<http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>.

8.3. Diagnóstico ecográfico.

De acuerdo a la guía de práctica clínica para el embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud, se recomienda la evaluación anatómica fetal por ecografía entre las 18 y 24 semanas de gestación y una ecografía de evaluación de crecimiento en el tercer trimestre. Por esto se recomienda que en una gestante con diagnóstico de infección por Zikv, y que en sus estudios previos no se encuentren hallazgos ecográficos, la frecuencia establecida en esta guía es suficiente para garantizar su seguimiento.

La información mínima que se debe garantizar en una ecografía obstétrica básica de 2do y 3er trimestre ha sido establecida por la Federación Colombiana de Perinatología y se resumen en el anexo 2 de este lineamiento (Buitrago M, Beltrán M, Molina S, 2014).

El espectro completo de los resultados que pueden ser asociados con la infección con Zikv, son desconocidos sin embargo, se han descrito en la literatura con mayor frecuencia:

- Calcificaciones periventriculares
- Microcefalia
- Atrofia cortical
- Ventriculomegalia
- Disgenesia de cuerpo calloso
- Alteraciones cerebelosas

Se puede sospechar una microcefalia por diagnóstico prenatal en presencia de:

- Circunferencia craneana fetal (perímetro craneano) se encuentre por debajo de 2 desviaciones estándar, de acuerdo a su edad gestacional y,

- El resto de parámetros biométricos esté dentro de límites normales.

Para esto se recomienda el uso de la tabla establecida por Chervenak y cols en 1984 (Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, Chitkara U, Venus I, Berkowitz RL, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. Am J Obstet Gynecol. 1984;149:512-7; The Society for Maternal-Fetal Medicine, 2016) (Anexo 1). En estos casos se debe realizar una evaluación anatómica detallada, si esta evaluación es normal, se recomienda seguimiento ultrasonográfico en 3 o 4 semanas.

Es importante que toda mujer en embarazo tenga una ecografía de primer trimestre como estimación de la edad gestacional y como línea de base, en caso que una mujer embarazada consulte a urgencias por sintomatología compatible, debe ser asegurada su canalización posterior a ingresar o continuar su control prenatal. No hay razón para hacer una ecografía en la etapa aguda a menos que coincida con hallazgos obstétricos o que haya una alta probabilidad de perder el seguimiento posterior.

Se hace diagnóstico de microcefalia por debajo de las 3 Desviaciones estándar independiente de los hallazgos en la evaluación de la anatomía intracraneal. Para que el criterio diagnóstico opere, es necesario hacer énfasis en la importancia de tener una buena estimación de la edad gestacional.

8.4. Amniocentesis

La realización de Amniocentesis en gestantes con infección por Zika deberá ser indicada a criterio del médico especialista y no se recomienda su práctica de rutina.

8.5. Apoyo Psicosocial

Así mismo se debe contar con apoyo emocional para valorar y mitigar las posibles consecuencias que en la salud mental de la mujer pueda presentarse, incluyendo acceso a profesional de psicología o trabajo social, así mismo, informar sobre el

derecho al acceso a IVE y en el caso que se configure cualquiera de las causales establecidas en la sentencia C355-2006. y previa asesoría con información veraz completa y oportuna, pueda la mujer en libertad de conciencia tomar una decisión informada. Este apoyo debe ser brindado desde el diagnóstico de infección y debe prolongarse hasta el seguimiento después del parto.

8.6. Hallazgo ecográficos compatibles sin antecedente de cuadro clínico.

Dado que se ha descrito que hasta un 75% de los casos pueden ser asintomáticos (Proporción exacta en estudio), es posible encontrar casos de microcefalia o algún otro hallazgo ecográfico sin antecedente clínico, por lo que corresponde en todo caso la realización de:

- Estudios serológicos IgM específico.
- Estudio completo para TORCH
- Apoyo psicosocial
- Información y acompañamiento sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Al momento del nacimiento toma de muestra de sangre de cordón.
- Patología e inmunohistoquímica en caso de aborto o pérdida fetal.

8.7. Diagnóstico diferencial

Cuando se detecte microcefalia u otra anomalía congénita se deben hacer pruebas de diagnóstico diferencial para Citomegalovirus, Rubéola y Toxoplasma.

8.8. Vía de parto y Lactancia

Dado que no se ha comprobado la transmisión de madre a hijo a través de la lactancia, No se recomienda en los hijos de una madre con Zikv, la suspensión de la lactancia materna. Así mismo, dado que no se han observado casos de transmisión madre a hijo en el momento del parto, hasta la fecha de construcción de este lineamiento, no está indicado en estos casos el parto por cesárea.

8.9. Toma de muestras posparto o posaborto

En las gestantes con diagnóstico confirmado, al momento del parto, debe ser garantizada una muestra de sangre de cordón para el estudio en sangre del recién nacido con PCR-RT o IgM específica. En los casos de Aborto espontáneo, pérdida fetal o Interrupción del embarazo, se deberá realizar estudio Patológico completo, incluido el inmunohistoquímico -y el de la placenta y cordón, en el marco de las disposiciones contempladas en el Decreto 786 de 1990.

9. Interrupción voluntaria del embarazo

Respecto de la indicación de Interrupción Voluntaria del embarazo en los casos de infección por Zikv, La corte constitucional por medio de la sentencia C355 de 2006 ha definido que: "...no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas , o de incesto... “.

Las gestantes con infección por Zikv deben ser informadas sobre la existencia de una asociación entre infección y anomalías congénitas del cráneo y del Sistema nervioso central en el recién nacido, pero que el diagnóstico de infección en la madre no implica necesariamente alteraciones en su hijo(a). En este sentido como lo establece la sentencia T388 de 2009, todas las mujeres deben estar plenamente enteradas respecto de las causales de interrupción voluntaria del embarazo en Colombia incluyendo la causal salud en sus dimensiones física, mental y social (OMS).

Para este proceso de orientación y asesoría de gestantes con diagnóstico de Zika y/o anomalías del sistema nervioso central asociadas, se deben seguir las recomendaciones que establecen el protocolo de Prevención del Aborto inseguro en Colombia y el documento técnico de orientación y asesoría para la interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), disponibles en el enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?k=protocolo%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20aborto%20inseguro#k=aborto.

(Ministerio De Salud Y Protección Social , Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014; Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. , 2014)

En este sentido corresponde a la mujer la decisión de interrumpir su embarazo y a su médico(a) tratante certificar la causal salud y/o malformación cuando verifiquen las condiciones definidas en la mencionada sentencia y en las complementarias que desarrollan el derecho a la IVE en Colombia.

Como lo establece la circular 003 de 2013 emitida por la superintendencia nacional de salud, Los profesionales de salud que atiendan a una mujer que solicite la interrupción del embarazo, están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad, respetando el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. Esto en el marco de la reserva sobre el secreto profesional que le obliga a los prestadores de servicios de salud.

Ver Anexo 4 Causal Salud, en el marco de la sentencia C-355 de 2006 y relacionadas.

Bibliografía

- Besnard M , Lastere S, Teissier A, Cao'Lormeau VM, Musso d. Evidence of perinatal transmisión of Zika virus, French Polynesia, Euro surveill. 2014; 19(13). (s.f.).
- Buitrago M, Beltrán M, Molina S. (2014). *GUÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICO II y III TRIMESTRE*. Bogotá: FECOPEN.
- CDC, Division of Vector-Borne Diseases. (2016). *Revised diagnostic testing for Zika, chikungunya, and dengue viruses in US Public, Memorandum*.
- Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, Chitkara U, Venus I, Berkowitz RL, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;149:512-7. (s.f.).
- Dick GW, Kitchen SF, Haddow AI. Zika virus. I. Isolation and serological specificity. *Trans R Soc trop Med Hyg*. 1952;46:509-520. (s.f.).
- Dick GW. Zika virus. II. Pathogenicity and physical properties. *Trans R Soc Trop Med*. (1952). 46, 521-34.
- Fagbami AH. Zika virus infections in Nigeria: virological and seroepidemiological investigations in Oyo State. *The Journal of Hygiene*. 1979;83(2):213-219. (s.f.).
- FEDERACION COLOMBIANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. (2016). *CONSIDERACIONES SOBRE ZIKA Y EMBARAZO*. BOGOTA.
- http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Microcefalias_Informe_Epidemiologico_13_SE_06_2016_17fev2016.pdf. (s.f.).
- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599&Itemid=41691&lang=es. (s.f.).
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. (2016). *ZIKA A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 05 DE 2016*. <http://www.ins.gov.co/Noticias/ZIKA/CONTEO%20CASOS%20ZIKA%20MUNICIPIOS%20SE%2005%202016.pdf>.
- Menaly-Delman D, Rasmussen A, Staples E, Oduyebo T, Ellington S, Petersen, Fischer M, Jamieson D. (2016). Zika virus and Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*.
- Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika)07/03/14. <http://ispch.cl/noticia/20750>. (s.f.).
- Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. . (2014). *Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Documento técnico para prestadores de servicios de salud*. Bogotá.

- Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Lineamientos clínicos en para el abordaje de síndromes neurológicos asociados a Zikv.*
- Ministerio De Salud Y Protección Social , Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *Prevención del Aborto inseguro en Colombia Protocolo para el sector salud.* . Bogotá.
- Mlakar J, Korva M, Tul N, Popović M, Poljšak-Prijatelj M, Mraz J, Kolenc M, Resman K, Vesnaver T, Fabjan V, Vizjak A, Pižem J, Petrovec M, Zupanc T. (2016). Zika Virus Associated with Microcephaly. *New England Journal of Medicin.*
- Oliveira Melo AS, Maligner G, Ximenes R, Szejnfeld O, Alves Sampaio S. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg?. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47:6-7. (s.f.).
- Organizaci[on Panamericana de la salud, Consideraciones provisionales sobre la infecci[on por el virus Zika en mujeres gestantes, Montevideo. 2016. (s.f.).
- Oster A, Brooks J, Stryker J, Kachur R, Mead P, Pesik N Petersen L, . . (2016). Interim Guidelines for Prevention of sexual Transmission of Zika Virus - United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(5).
- The Society for Maternal-Fetal Medicine. (2016). *Ultrasound Screening for Fetal Microcephaly Following Zika Virus Exposure.*



Anexo 1 Medias y Desviaciones estándar de la circunferencia cefálica en función de la edad gestacional (Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, Chitkara U, Venus I, Berkowitz RL, et al. The diagnosis of fetal microcephaly. Am J Obstet Gynecol. 1984;149:512-7)

Edad Gestacional (Semanas)	Media(mm)	SD Debajo de la media				
		-1	-2	-3	-4	-5
20	175	160	145	131	116	101
21	187	172	157	143	128	113
22	198	184	169	154	140	125
23	210	195	180	166	151	136
24	221	206	191	177	162	147
25	232	217	202	188	173	158
26	242	227	213	198	183	169
27	252	238	223	208	194	179
28	262	247	233	218	203	189
29	271	257	242	227	213	198
30	281	266	251	236	222	207
31	289	274	260	245	230	216
32	297	283	268	253	239	224
33	305	290	276	261	246	232
34	312	297	283	268	253	239
35	319	304	289	275	260	245
36	325	310	295	281	266	251
37	330	316	301	286	272	257



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

38	335	320	306	291	276	262
39	339	325	310	295	281	266
40	343	328	314	299	284	270
41	346	331	316	302	287	272
42	348	333	319	304	289	275

Chervenak FA, Jeanty P, Cantraine F, Chitkara U, Venus I, Berkowitz RL, et al.
The diagnosis of fetal microcephaly. Am J Obstet Gynecol. 1984;149:512-7.

1. Anexo 2. Parámetros mínimos a ser reportados en la ecografía obstétrica de rutina de 2do y 3er trimestre (Buitrago M, Beltrán M, Molina S, 2014).

En caso de encontrar alguna alteración debe describirse en el formato dentro del apartado respectivo y definir la necesidad o no de valoración por un nivel superior: deberá

1. Presentación, situación, posición
2. Frecuencia Cardíaca Fetal.
3. Valoración de la placenta
 - 3.1. localización con respecto al útero
 - 3.2. Relación con el orificio cervical interno.
 - 3.3. Espesor
 - 3.4. Sitio de inserción del cordón umbilical
 - 3.5. Grado de maduración placentaria según Grannum
4. Valoración del volumen de líquido amniótico.
5. Biometría Fetal
 - 5.1. Diámetro Biparietal (DBP),
 - 5.2. Diámetro Occipito-Frontal (DOF),
 - 5.3. Circunferencia Cefálica (CC), y en Desviaciones estándar.
 - 5.4. Circunferencia Abdominal (CA)
 - 5.5. Longitud Femoral (LF).
 - 5.6. Diámetro Transcerebelar (DTC)



6. Estimación del Peso Fetal (PEF) y su Percentil

7. Valoración de la Anatomía

8. Fetal

ANATOMIA FETAL (N Normal, AN Anormal, NV No Visualizado, Gris, Opcional)	N	AN	NV
CABEZA			
Foma			
Osificación Craneal			
Cavum del septum pellucidum			
Tálamo			
Ventrículo Lateral			
Cerebelo			
CARA			
Labio Superior			
Perfil Mediano			
Orbitas			
CUELLO			
Tórax			
Foma			
Sin masas			
CORAZÓN			
Actividad Cardíaca			
Vista de las 4 Cámaras			
Corte de 3 Vasos			
ABDOMEN			
Estómago			
Intestino			
Riñones			
Vejiga			
Inserción Abdominal del Cordón			
Vasos del Cordón (Opcional)			
COLUMNA VERTEBRAL			
EXTREMIDADES			
Brazo y Mano Derechos			
Pierna y Pie Derechos			
Brazo y Mano Izquierdos			
Pierna y Pie Izquierdos			
OTROS			

2. Anexo 3 Normas de Clasificación en Triage

De la resolución 5596 del 2005,

(...)

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5.1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

5.4. Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

5.5. Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano..

(...)

El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del "Triage" y en consecuencia, el "Triage" debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias.

(...)

ARTÍCULO 8. Personal responsable del "Triage". En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el "Triage" debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, el "Triage", podrá ser realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente. El personal responsable del "Triage" deberá contar con constancia de asistencia a cursos o actividades de formación en asuntos directamente relacionados con el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, "Triage", aplicado por la Institución Prestadora de Servicio de Salud -IPS.

3. **Anexo 4 Alcance de la Causal Salud, en el marco de la sentencia C-355 de 2006.**

La sentencia C-355 de 2006, decide Declarar EXEQUIBLE el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer: cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.

La anterior definición implica varios elementos para comprender el alcance que tiene esta determinación cuando: 1) el peligro para la salud, se reconoce de manera independiente al peligro para la vida; 2) la salud se define en los aspectos físico, mental y social⁴.

La Sentencia C-355 de 2006, al respecto describe que: “La valoración de los derechos de la mujer se ha abordado desde perspectivas diferentes, ya sea desde la autonomía, la seguridad personal, la salud y la integridad, la libertad de conciencia o la intimidad⁴.

Del análisis integrado que realiza la Sentencia C-355 de 2006, con respecto al Derecho a la vida, integridad personal, salud y autonomía reproductiva, describe que “La salud, la integridad personal y la vida de las mujeres pueden estar en riesgo a causa de su embarazo. Si el embarazo ocasiona estos peligros y no puede ser interrumpido libremente se obliga a las mujeres a morir; y si alguna para no morir decide abortar en condiciones clandestinas comete un delito también con riesgo para su vida pues estos abortos clandestinos se efectúan en condiciones de precariedad médica e higiénica. El Estado tiene el deber de darles a las mujeres que deciden interrumpir su embarazo condiciones médicas e higiénicas óptimas para salvaguardarles sus derechos a la vida, integridad personal y a la salud. Debe realizar actos positivos en esta dirección; al no hacerlo, ha impedido a la mujer acceder a un servicio médico adecuado y económicamente accesible a las mujeres más pobres. Con esta omisión del Estado y con la penalización, se está violando el artículo 43 de la Constitución que le impone a él una especial asistencia y protección respecto de las mujeres embarazadas sin distinguir si es para continuarlo o interrumpirlo”⁴.

Resumiendo, el derecho a la salud debe ser entendido desde la perspectiva integral de carácter Constitucional. Es decir, en este derecho deben tomarse no solamente los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos sino también los de orden espiritual, mental y psíquico.

Por otra parte, la Sentencia C-355 de 2006, no establece un rango, no califica, ni dimensiona el gradiente del riesgo y deja la decisión en manos de la mujer, en lo que ella considera es el grado de riesgo que está dispuesta a correr,

fundamentado en los principios que han sido incorporados al pacto internacional de derechos civiles y políticos. Estos principios son:

- 1) el respeto por la autonomía de la mujer para decidir, por ello la Corte ha señalado que una vez se verifica la existencia del riesgo, la interrupción procede, es únicamente ella quien tiene la facultad de decidir continuar o interrumpir el embarazo, cuando éste representa riesgo para su vida o su salud y un médico así lo ha certificado, incorporando un mandato explícito de respetar la autonomía de la mujer, por tanto procede sí y solo sí, si la mujer voluntariamente lo decide;
- 2) los estándares de bienestar definidos por las mujeres en función del riesgo que están dispuestas a correr, basado en el llamado reiterado de la sentencia C-355 de 2006 y relacionadas, a no imponer cargas desproporcionadas a las mujeres y a no exigir actos heroicos que pongan en peligro su salud física o mental.
- 3) Concepto de peligro. El peligro o riesgo para la salud o la vida, debe ser entendido como la probabilidad de afectación de la salud y en este sentido no es exigible la concreción del riesgo, así como una determinada intensidad para determinar que en efecto la salud está afectada.
- 4) concepto de salud y sus dimensiones: La salud debe ser vista como un estado de bienestar integral, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos y la definición de la OMS, en la cual, la salud se considera como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afección o enfermedad.

El concepto de Salud de OMS, incorpora elementos dirigidos a concluir que el derecho a la salud es tan importante como el derecho a la vida, a la dignidad, a la libertad, a la igualdad, a la autonomía y a la no discriminación. Todas las personas, mujeres y hombres por igual tenemos derecho a la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y también social. También tenemos derecho a la vida teniendo un estado de salud que nos permita existir dignamente, libres de todo tipo de agresiones y sin soportar daños ni tratos crueles, decidiendo con plena libertad sobre nuestra salud, nuestra vida y nuestro cuerpo.

La concepción histórica que presume que mujer es igual a madre, limita la comprensión de la expresión “o salud de la mujer” . Para esta causal, es preciso aclarar que el Peligro para la vida o la salud de la mujer, establece que el riesgo o peligro para la salud, se define de manera independiente al riesgo o peligro para la vida, dando a la causal dos connotaciones diferentes:

La primera nos relaciona con los casos en los que existe una afectación inminente a la integridad física de la mujer. En este marco, más que una opción legal, la IVE configura en sí misma, un manejo terapéutico obligado, para salvar la vida de la

mujer, llegando incluso a ser irrelevante la edad gestacional, el clásico ejemplo es la hipertensión inducida por el embarazo.

La segunda condición nos referencia al marco obligado del concepto de salud establecido por la organización Mundial de la Salud, que literalmente expresa que: Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" .

Analizada en su contexto, Comprende:

La salud física incluye condiciones que pueden agravarse durante el embarazo.

El área de la salud mental incluye la angustia psicológica o el sufrimiento mental

Las circunstancias sociales de la mujer al momento de evaluar el riesgo para la salud.

Luego en su concepción holística, cualquier alteración en una de estas esferas, genera en consecuencia una alteración en el equilibrio y armonía que deben conservar estas tres esferas, para que las personas mantengan el mejor nivel de salud posible y se genere calidad de vida. Este equilibrio dependerá de los elementos que considera la mujer alteran o perturban esta armonía y en este sentido ha mencionado la Corte, que el concepto de peligro tiene que ser valorado por las mujeres, tasados por ellas. Que es su cuerpo, su salud, su vida la que se expone a los riesgos inherentes a una maternidad; cada mujer entonces, define los márgenes de riesgo que está dispuesta a correr.

Al profesional de la medicina o de la psicología, le corresponde certificar que existe esta probabilidad de daño, pero es la mujer quien decide hasta donde permite que la gestación altere su bienestar, su calidad de vida, su estado de salud. Lo anterior fundamentado en un elemento central de la jurisprudencia, que es el de la Voluntariedad. La sentencia genera la opción pero no obliga a ninguna mujer a optar por el aborto, ratificando su derecho a la autonomía, a auto determinarse en su ejercicio reproductivo.

Reitera la OMS en su extenso pronunciamiento sobre el tema que el cumplimiento de los derechos humanos requiere que las mujeres puedan acceder al aborto sin riesgos cuando está indicado para proteger su salud y exhorta a los países a cambiar los regímenes restrictivos que favorecen que las mujeres acudan a servicios clandestinos de aborto.

Acogiendo las recomendaciones de OMS, la Federación Internacional de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FIGO desde 2002, recomienda que: en los países que no condenan el aborto, la decisión de la mujer sobre cuánto riesgo está dispuesta a asumir, debe ser el factor determinante para realizar una interrupción del embarazo. (Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2002).



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

De igual manera, cada vez y con mayor fuerza en los últimos años, la sociedad comprende y valida el derecho a la opción de aborto legal, cuando media un acceso carnal violento o una relación abusiva, especialmente si la mujer es una joven adolescente o menor de 14 años, o la mujer procede de un contexto de violencia por el conflicto armado. La sociedad colombiana avanza hacia la deconstrucción de formas de violencias de género, naturalizadas históricamente, apoyada por el hecho de que en la actualidad, se definen acciones y estrategias dirigidas a consolidar procesos de paz en el país.

Algo similar ocurre con la opción de aborto legal ante la presencia de malformaciones congénitas, incompatibles con la vida extrauterina. En esta condición, inclusive se acepta que la IVE se realice en etapas más avanzadas de la gestación.