

NORMA TÉCNICA NACIONAL

ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER QUE SE ENCUENTRA EN ALGUNA DE LAS TRES CAUSALES QUE REGULA LA LEY 21.030

MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

Carolina Asela Araya

Coordinadora equipo de trabajo
Jefa Depto. Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Natalia Meta Buscaglia

Asesora
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

Paz Robledo Hoecker

Asesora
Gabinete Ministra
Ministerio de Salud

Teresa Valdés Echenique

Asesora
Gabinete Ministra
Ministerio de Salud

GRUPO DE TRABAJO MINISTERIAL

Roxana Alvarado Andrade

Profesional
Departamento Salud Mental
División de Gestión y Redes Asistenciales
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

Solange Burgos Estrada

Profesional
Unidad de Salud de La Mujer y Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS
Depto. de Procesos Clínicos Integrados
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

Javiera Burgos Laborde

Departamento de Estadística e Información en Salud
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

René Castro Santoro

Jefe Programa de la Mujer
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Luz Cole Wells

Profesional
Programa Salud de Infancia
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Mauricio Gómez Chamorro

Jefe Departamento Salud Mental
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Yamileth Granizo Román

Profesional
Programa Salud de la Mujer
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Pablo Lavín Acevedo

Asesor Técnico
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Elisa Llach Fernández

Jefa Depto. de Gestión de Procesos Asistenciales Clínicos Integrados
División de Gestión y Redes Asistenciales
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

María Ximena Luengo Charath

Asesora
Oficina de Bioética
Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Macarena Mayol Videla

Profesional
Departamento Salud Mental
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Cecilia Moraga Gutiérrez

Profesional
Chile Crece Contigo
División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

Isabel M. Pacheco Matte

Profesional
Oficina de Bioética
Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Marta Prieto Méndez

Profesional
Depto. Modelo de Atención Primaria
División de Atención Primaria
Ministerio de Salud

Lorena Ramírez Concha

Encargada Programa Nacional Adolescentes y Jóvenes
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Ximena Rayo Urrutia

Profesional
Departamento Salud Mental
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Verónica Rojas Villar

Jefa Departamento de Estadística e Información en Salud
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Gonzalo Soto Brandt

Profesional
Depto. Modelo de Atención Primaria
División de Atención Primaria
Ministerio de Salud

Paulina Troncoso Espinoza

Profesional
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Daniela Vargas Guzmán

Profesional
Unidad de Salud de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva-VIH/ITS
Depto. de Procesos Clínicos Integrados
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

Lorena Velozo Velozo

Profesional
Departamento de Estadística e Información en Salud
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública

Yasmina Viera Bernal

Profesional
División Jurídica
Ministerio de Salud

COLABORADORES

Rosa Pardo Vargas

Médico Pediatra Genetista
Representante
Sociedad de Genética de Chile

Mauro Parra Cordero

Médico Ginecobstetra
Perinatólogo Universidad de Chile

Omar Nazzal Nazal

Médico Ginecobstetra
Presidente Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología SOCHOG 2017

José Novoa Pizarro

Médico Pediatra
Jefe Unidad de Neonatología
Hospital Padre Hurtado
Integrante Rama Neonatología SOCHIPE

Natalia Martínez Espínola

Psicóloga
Especialista CERPO
CRS Cordillera Oriente

Verónica Gutiérrez Aravena

Psicóloga
Especialista Perito Forense

Mónica Kimelman Jakobus

Psiquiatra
Directora Dpto. Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Campus Sur Universidad de Chile

Gustavo Rencoret Palma

Médico Ginecobstetra
Perinatólogo
Hospital clínico UCH
Representante Rama de Perinatología SOCHOG

Gonzalo Rubio Schweizer

Médico Ginecobstetra
Unidad de Salud sexual Hospital San Jose
Dra. Francisca Solar Altamirano
Médico Ginecobstetra
Hospital San Borja Arriaran
Dra. Paola Paladines García
Médico Ginecobstetra
Hospital La Florida

REVISORES EXTERNOS

Svenka Arensburg Castelli

Psicóloga
Magister en Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona
Doctora Cum laude en Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona
Formación en Criminología

Alvaro Insunza Figueroa

Medico Ginecobstetra
Representante Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG)

Carlos Füchtner Soruco

Médico Ginecobstetra
Presidente Federación Internacional de Gineco-Obstétrica (FIGO)

Pío Iván Gómez Sánchez

Médico Ginecobstetra
Presidente comité Salud sexual y Salud Reproductiva
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

Andrea Hunneus Vergara

Médico Ginecobstetra

Especializada en Ginecología infantil y de la adolescencia

Magíster de Salud Pública Materno Infantil, Universidad de California Berkeley, EEUU.

Adela Montero Vega

Médico Ginecobstetra Infanto-juvenil

Especialista en Adolescencia

Anita Roman Morra

Matrona

Presidenta Colegio de matronas y matrones de Chile

Contenido

INTRODUCCION	1
I. ANTECEDENTES	4
II. OBJETIVOS DE LA NORMA TECNICA NACIONAL.....	7
III. ALCANCE DE LA NORMA.....	8
IV. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL	9
1. Definiciones.....	9
2. Principios del modelo.....	9
3. Objetivos del modelo de atención integral	13
4. Redes de atención	15
4.1 Niveles de atención	16
4.2 Sistema de referencia y contrareferencia.....	21
5. Recursos humanos	22
6. Registros asociados	22
V. ABORDAJE INTEGRAL	24
1. Programa de acompañamiento.....	26
1.1 Objetivos del programa.....	27
1.2 Principios rectores.....	27
1.3 Acciones	28
1.4 Implementación	29
2. Primera causal: La mujer se encuentra en riesgo vital.....	31
2.1 Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos	31
2.2 Proceso de atención	41
a. Constitución de la causal.....	42
b. Acciones del programa de acompañamiento – primera causal.....	44
c. Atención clínica.....	48
d. Atención del recién nacido.....	49
2.3 Flujograma del proceso clínico en la primera causal – Interrupción voluntaria del embarazo.....	51

3. Segunda causal: patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal	52
3.1 Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos	52
3.2 proceso de atención	54
a. Constitución de la causal	56
b. Acciones del programa de acompañamiento – Segunda causal.....	57
c. Atención clínica.....	65
d. Atención del recién nacido: cuidados paliativos.....	73
3.3 Flujograma del proceso clínico en la segunda causal – Interrupción voluntaria del embarazo.....	76
4. Tercera causal: embarazo resultado de una violación.....	77
4.1 Prevalencia y magnitud de la violencia sexual	78
4.2 Proceso de atención	79
___ a. Constitución de la causal	80
___ b. Acciones del programa de acompañamiento – tercera causal.....	86
___ c. Atención clínica	92
4.3 Flujograma del proceso clínico en la tercera causal – Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	93
4.4 Denuncia o comunicación al ministerio público	94
4.5 Toma de muestra para análisis médico legal y cadena de custodia	96
VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
1. Consentimiento en la Ley Nº 21.030 que regula la despenalización de la Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.....	102
1.1 Mujeres que pueden expresar su preferencia y consentir en forma plenamente autónoma: Mujeres de 18 años y más.....	102
1.2 Mujeres que pueden decidir su preferencia, pero cuyo representante legal debe ser informado: Mujeres mayores de 14 años y menores de 18 años.....	103
1.3 Mujeres que requieren de la autorización del representante legal	103
a. Mujeres menores de 14 años.....	103
b. Mujeres con discapacidad psíquica o intelectual declaradas interdictas “por causa de demencia”	106
1.4 Mujeres que requieren ser apoyadas para tomar una decisión y expresar su preferencia y consentir: Mujeres con discapacidad.....	106
2. Del proceso para la firma de formulario de Consentimiento Informado	107

2.1 Entrega de la información	107
2.2 Información a entregar y certificación de la entrega de la información.....	108
2.3 Condiciones para el proceso	108
2.4 Condiciones particulares de la mujer -adolescente o adulta-.....	109
3. Contenido del formulario de Consentimiento Informado	109
VII. METODOS DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO	111
1. Métodos para la interrupción del embarazo con medicamentos.....	114
1.1 Inducción de parto con medicamentos.....	119
1.2 Protocolo de uso de medicamentos	123
2. Métodos instrumentales y quirúrgico de interrupción del embarazo	125
2.1. Aspiración por vacío	126
2.2 Dilatación y Evacuación (DyE)	137
2.3 Cesárea.....	138
VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	139
1. Datos a Capturar	140
2. Fuentes de Datos.....	142
IX. ANEXOS	145
Anexo N°1 Ley N°21.030	145
Anexo N° 2 Formularios	150
ANEXO N° 3 Instructivo para esterilización del instrumental de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).....	165
ANEXO N° 4 Diagnósticos ecográficos.....	168
ANEXO N°5 Defunciones fetales y de recién nacidos.....	178
IX. REFERENCIAS.....	180

INTRODUCCION

El Estado chileno, mediante la dictación de la Ley N° 21.030 reguló la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Con ello repuso el aborto terapéutico que estuvo vigente entre 1931 y 1989 en el ordenamiento jurídico del país, que contemplaba la posibilidad de practicar lícitamente un aborto por motivos terapéuticos. La autorización incluida en el Código Sanitario bajo el gobierno del Presidente Carlos Ibáñez del Campo, fue reforzada en 1968 bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva. Las condiciones para ello eran contar con la autorización de dos médicos cirujanos y tener por objeto fines terapéuticos.

En 1989, bajo la dictadura de Augusto Pinochet, se modificó esa tradición médico-jurídica al modificarse el artículo 119 del Código Sanitario en los siguientes términos: “No podrá ejecutarse ninguna acción destinada a provocar el aborto, con lo que el aborto quedó absolutamente prohibido, tanto en la legislación sanitaria como en la penal.

La Ley N° 21.030 recupera la tradición y avanza más allá al instalar el derecho de las mujeres a decidir sobre sus vidas reproductivas en tres situaciones límites: en el caso que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; en el caso que el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal; y cuando el embarazo sea resultado de violación, en los plazos que la ley señala.

Esta Ley constituye un paso significativo en la historia de políticas públicas del Estado chileno para mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

En 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud, se instaló la salud materno- infantil como prioridad de atención en el sistema sanitario. En 1967, bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva, el Ministerio de Salud dictó la Política de Planificación Familiar, para disminuir la alta morbilidad por aborto inseguro incorporando las actividades de regulación de la fertilidad al Programa de Salud materno-infantil.

Desde 1990 en adelante son variados los avances en materia de salud de las mujeres. En 1997 el “Programa de Salud materno-perinatal del Ministerio de Salud” pasó a ser el “Programa de Salud de la Mujer”, con el objeto de contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, con un enfoque de riesgo que contempla la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud, con especial énfasis en la salud reproductiva. La Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes (1999), actualizada 2008, abrió el campo de atención en salud integral a las y los adolescentes y jóvenes desde una mirada biopsicosocial, lo que permitió el desarrollo posterior del modelo de atención de Espacios Amigables para Adolescentes en establecimientos de atención primaria.

A contar del año 2000 y a partir de la reforma de salud, se consagra el enfoque biopsicosocial, con servicios centrados en las personas, la integralidad y la continuidad de los cuidados en la atención en salud.

Con la creación del Programa Chile Crece Contigo, en 2007, incorporado en la ley 20.379 (Sistema Intersectorial de Protección Social, 2009), se establece el acompañamiento biopsicosocial a las mujeres gestantes desde el primer control de su gestación y acciones específicas a niñas y niños vulnerables en sus controles en el sistema de salud, los que son apoyados hasta que ingresan al sistema escolar. Se estableció, además, el acceso preferente de las familias vulnerables a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.

El año 2006 se publicaron las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad y el año 2010 se aprobó la Ley 20.418 que fijó las Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad, asegurando el acceso a todos los métodos modernos de anticoncepción, y legalizando el acceso a la anticoncepción de emergencia.

La Política Nacional de Niñez y Adolescencia. Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y Adolescencia (2015-2025), elaborada por el Consejo Nacional de la Infancia con el concurso de diversos ministerios, entre ellos el de Salud, busca generar las capacidades necesarias a nivel país, y en especial, en los contextos locales y familiares, para que cada niño, niña y adolescente pueda ejercer plenamente todos los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y en otros instrumentos internacionales relativos a la niñez y adolescencia, ratificados por Chile, reconociéndolos particularmente como titulares y sujetos de derechos.

Por otra parte, la incorporación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) al Programa Nacional de Inmunizaciones (2014), que se administra a todas las niñas a contar de los 9 años y, finalmente, la liberación de la venta de anticoncepción de emergencia mediante productos farmacéuticos que contengan el principio activo Levonorgestrel sin receta médica han contribuido a la salud de las mujeres, presente y futura.

Las políticas sanitarias y los avances de la ciencia y el desarrollo científico, han permitido la reducción de la mortalidad por causa obstétrica. No obstante lo anterior, los abortos y pérdidas reproductivas no han disminuido en igual magnitud; lo anterior determinó la dictación de las “Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas” aprobadas por Resolución Exenta N° 268 de 2011, del Ministerio de Salud.

La ley N° 21.030, al igual que las políticas públicas recién mencionadas, tiene por finalidad resguardar los derechos de las mujeres -desde la niñez y adolescencia- y ofrecerles una adecuada protección para decidir sobre su vida, sobre su salud sexual y reproductiva, atendiendo a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, en sus condiciones de vida particulares.

Con ella el Estado de Chile cumple tanto con derechos constitucionales, como con la normativa y compromisos internacionales.

A contar de la vigencia de esta Ley, los equipos de salud cuentan con la certeza jurídica que, al interrumpir un embarazo en estas tres situaciones de crisis en la vida de las mujeres, se estará obrando inequívocamente en el contexto permitido por la ley, y no sólo por interpretaciones de ésta.

Finalmente, esta ley permite actualizar y fortalecer el trabajo de los equipos multidisciplinarios que laboran en la salud materno-fetal de todo Chile, tanto en la salud pública, como en la salud privada, pues exige a los equipos disponer de diagnósticos certeros y oportunos, la actualización de las herramientas terapéuticas y la incorporación de la evaluación y seguimiento por una dupla psicosocial a las mujeres que viven estas graves situaciones.

Especial importancia adquiere este acompañamiento psicosocial en la tercera causal, embarazo resultado de una violación, donde el daño es provocado también por el entorno, por los determinantes sociales en que vive esa mujer -adolescente o adulta-, en que la intervención biomédica es del todo insuficiente.

La discusión legislativa estableció en la ley el deber del Estado de garantizar este acompañamiento psicosocial a la mujer, niñas o adolescente, poniendo a su disposición un acompañamiento voluntario y respetuoso de la decisión de la mujer, antes, durante o después de haber tomado la decisión, ya sea de continuar con el embarazo o interrumpirlo, en estas situaciones extremas.

Esta **“Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la mujer para la Interrupción voluntaria del Embarazo en tres causales”**, está destinada a hacer operativo lo definido en la Ley N° 21.030, de modo que las prestaciones a que tiene derecho toda mujer (adolescente y adulta) que habita en Chile y que se encuentra en alguna de estas situaciones específicas, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, tanto en lo psicosocial como en lo biomédico. Se complementa y es consistente con otras Normas y Orientaciones Técnicas del Ministerio de Salud.

El presente documento contempla el modelo de acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. Incluye los elementos epidemiológicos clínicos y los requisitos diagnósticos para la constitución de cada causal, el proceso de atención, la articulación entre el acompañamiento psicosocial y la interrupción del embarazo y la continuidad de la atención. Se describen los métodos de vaciamiento uterino y la toma de muestra para el análisis médico legal y cadena de custodia para la tercera causal. También incluye capítulos sobre Consentimiento informado y el Sistema de información y registro que permitirá realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación de la Ley N° 21.030.

I. ANTECEDENTES

Al analizar la información sobre egresos hospitalarios en Chile, entre los años 2001 y 2014 se evidencian 459.460 egresos por aborto, es decir, interrupciones del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un promedio anual de 32.819 casos (Fuente: DEIS, MINSAL 2017). Estos datos consideran causas de interrupción del embarazo espontánea y provocada, ya sea por una condición médica, por una malformación, o por complicaciones que requirieron atención médica. Sin embargo, se estima que esta información no considera todos los casos de interrupciones de embarazos, por estar hasta este año, penalizadas en todas sus formas y no contar con encuestas de salud sexual y salud reproductiva en la que las mujeres pudieran informar de estos procedimientos.

En promedio cada año se hospitalizan 16.510 mujeres, con embarazos de menos de 22 semanas que cumplen con criterios para las dos primeras causales (los códigos CIE-10 que se indican como interrupción del embarazo anormal o por razones de salud, según se describe son *Embarazo ectópico* (O00), *Mola hidatiforme* (O01), *Otros productos anormales de la concepción* (O02), *Complicaciones consecutivas al aborto, embarazo ectópico y al embarazo molar*)(Fuente: DEIS, MINSAL 2017).

En relación con la primera causal, riesgo de vida de la mujer embarazada, en el año 2014, 56 mujeres murieron por causa de la gestación, parto o puerperio, hasta el año postparto, de las cuales 34(60,7%) fueron por causas directas (relacionada con o a causa del embarazo). Del total de muertes (n= 56), 2 corresponden defunciones de 15 a 19 años (3,57%), 12 defunciones de 20 a 24 años (21,42%), 11 defunciones de 25 a 29 años (19,64%); 19 defunciones de 30 a 34 años (33,92%); 9 defunciones de 35 a 39 años (16,07%); y 3 defunciones de 40 a 44 años (5,35%) (Fuente: DEIS, MINSAL2017).

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) hasta los 42 días postparto, durante el periodo 2010-2014, se ha mantenido estable, representando entre un 17,9 x 100.000 NV y un 13,5 x 100.000 NV (Fuente: DEIS, MINSAL2017).

En relación con la mortalidad perinatal asociada a la segunda causal, esto es, que el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, se estiman al año 500 casos. Esto es concordante con las cifras de muertes por malformaciones incompatibles con la vida derivada del análisis de la información de los años 2005 al 2014 que mostró un promedio de 481 casos/año de fetos o recién nacidos que mueren entre las 22 semanas de gestación y los 7 días de vida (mortalidad perinatal) (Fuente: DEIS,MINSAL 2017).

Con respecto a la tercera causal, esto es, embarazos que son resultado de una violación, sólo existen registros y estadísticas de denuncias y de casos judiciales de delitos sexuales y violaciones. La Fiscalía informa de 20.672 denuncias por delitos sexuales durante 2016. En el primer semestre

de 2017 se reveló un aumento del 5,9% con respecto a igual período del año anterior, 74% de las víctimas fueron menores de 18 años y el 85% mujeres¹. Se estima que entre un 70 a 75% de los delitos por abuso sexual no se denuncian, incluida la violación.

No existe información sobre prevalencia de la violación y menos aún, de los embarazos como resultado de violación. Sólo se cuenta con estimaciones internacionales para dar cuenta de la magnitud de casos que podrán presentarse en esta causal.

Los estudios internacionales sobre embarazos resultantes de una violación consultados estiman que la probabilidad de que una mujer resulte embarazada producto de una violación es de aproximadamente un 10% de los casos (oscilan las estimaciones entre el 3%, 5% al 17% según la fuente de los estudios analizados (1, 2, 3).

En síntesis, se trata de tres situaciones extremas que enfrenta un grupo de mujeres, y adolescentes, a las que la Ley N° 21.030 busca responder, desde un enfoque biopsicosocial. Frente a estas situaciones, toda mujer y adolescente, siempre tendrá derecho a ser acogida y recibir información pertinente y comprensible sobre las condiciones de su gestación, los caminos alternativos que ella dispone para decidir, entre los cuales se encuentra la interrupción del embarazo en cada causal resguardada por la ley, las características de las prestaciones médicas y la información del programa de acompañamiento.

Considerando el cambio paradigmático experimentado por el Sistema de Salud a partir de 1998 hacia la incorporación del enfoque biopsicosocial en las prestaciones médicas ofrecidas a las personas, ya no es posible obviar los aspectos psicológicos y sociales, en el acercamiento, comprensión y enfrentamiento del proceso salud-enfermedad.

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en la usuaria, a través de la exploración de la situación clínica de los síntomas y signos, como la percepción que la mujer tiene de su situación, considerando que la mujer es una persona única, con sus emociones, su historia personal y su entorno sociocultural, también único. En este contexto se deberá deliberar con la mujer y, cuando corresponda con su familia, tanto la explicación de la Ley N° 21.030, como el manejo clínico de su condición, incorporando sus opiniones, temores, expectativas y decisiones.

Este enfoque requiere que todas las personas que trabajan otorgando prestaciones de salud (profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos), tengan hacia la mujer –adolescente o adulta, un trato digno, respetuoso y sensible, una actitud neutral, sin expresión de juicios de valor o comentarios acerca de la situación que la afecta.

¹Fiscalía Nacional 10/08/2017 “Aumentan ingresos de delitos sexuales y bajan ilícitos económicos”,

Tradicionalmente, los prestadores de salud de la mujer han contado con la posibilidad de una evaluación por un trabajador social, identificando vulnerabilidades y opciones para abordarlas, y desde hace algunos años se cuenta con psicólogos como parte de los equipos profesionales. De hecho, en el año 2011 el Ministerio de Salud aprobó las “Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”, que aportan un marco validado, con un enfoque biopsicosocial, para la atención de salud en las dos primeras causales. Dichas orientaciones ofrecen criterios a aplicar sobre la base de la información habitualmente registrada en la ficha clínica que, complementada por preguntas, puede permitir a los profesionales de la salud, en particular matronas y matrones, identificar aquellas mujeres que deben ser atendidas por un/a profesional del área del trabajo social o de la psicología, antes de ser dadas de alta.

Sin embargo, los recursos para responder a problemas psicosociales de mujeres atendidas por una pérdida reproductiva como las descritas previamente no han sido suficientes en el quehacer regular de todos los prestadores de salud, más aún en los niveles de especialidad.

En ese sentido, esta Ley contribuye al fortalecimiento de los equipos de salud al establecer el trabajo multidisciplinario para la atención integral de las mujeres.

II. OBJETIVOS DE LA NORMA TECNICA NACIONAL

Objetivo General

Establecer los lineamientos normativos y los procedimientos para el acompañamiento y atención integral a las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030.

Objetivos Específicos

- Proporcionar lineamientos técnicos a los prestadores de salud, basados en evidencia científica actualizada, para otorgar una atención biopsicosocial oportuna, segura y de calidad a mujeres -adolescentes y adultas- en el marco de la Ley N° 21.030.
- Describir el quehacer clínico biopsicosocial definido en la Ley, centrado en los derechos de la mujer.
- Actualizar conocimientos y estimular la adquisición de competencias en los prestadores de salud, para entregar servicios de interrupción del embarazo según la causal invocada
- Describir procedimientos a utilizar en cada una de las causales con estándares de seguridad, calidad, oportunidad y eficacia.

III. ALCANCE DE LA NORMA

La aplicación de la presente norma contribuirá al ejercicio del derecho a acompañamiento y atención integral de las mujeres -adolescentes y adultas- que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el periodo siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo según sea el caso

Esta Norma Técnica rige para todos aquellos prestadores de salud que realicen Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con la Ley N° 21.030. Esto incluye:

- 1) Prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los Servicios de Salud.
- 2) Prestadores de salud de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública.
- 3) Prestadores de salud privados.

Lo anterior, en armonía con las disposiciones de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, sus reglamentos y toda otra norma que resulte aplicable.

Los prestadores de salud que atiendan adolescentes o mujeres en alguna situación referida a esta ley deberán ofrecer atención integral, disponiendo tanto las prestaciones biomédicas, como las prestaciones del programa de acompañamiento psicosocial definidas en la Ley, que son objeto de esta Norma Técnica.

IV. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Las redes de atención sanitaria de Chile, tanto pública como privada, se organizan de acuerdo con niveles de atención en consideración a la complejidad y tipo de prestaciones que otorgan. El modelo de atención integral aquí desarrollado señala los diversos componentes de la organización de las prestaciones mandatadas por la Ley N° 21.030.

1. Definiciones

El modelo de atención², es la forma de organización de los recursos humanos y materiales para proporcionar las acciones de salud contempladas en la Ley 21.030 que regula la interrupción del embarazo en tres causales.

Se basa en el modelo integral de atención de salud, el cual se define como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (4).

El Modelo de Atención está centrado en la mujer y sus decisiones. Implica el respeto de los derechos de las mujeres -adolescentes y adultas- expuestas en estas situaciones de crisis en sus vidas. Considera, junto al abordaje habitual biomédico del nivel de especialidad, un programa de acompañamiento a aquellas que se encuentren en alguna de las causales.

2. Principios del modelo

El Modelo **centra su quehacer en las personas**, en este caso las mujeres, **en la integralidad** de la atención, y en la **continuidad** de los cuidados.

²La OPS define como modelo de atención de los servicios de salud como “...a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva” (4).

Centrado en las personas

Considera las necesidades y expectativas de las personas, en este caso de las mujeres, en las tres causales reguladas en la Ley N° 21.030. Se debe abordar su particular situación con un modelo de relación vincular, entre el equipo de salud, las mujeres, sus familias y la comunidad que las rodea, respetuoso, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud de cada uno/a de sus integrantes.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las mujeres en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y de respeto a su dignidad y a sus derechos.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda, sobre la base de la confidencialidad de la atención y, en el caso de las mujeres -adolescentes y adultas- víctimas de agresión sexual, de no revictimización.
- Evitar la estigmatización social de las mujeres -adolescentes y adultas- que acceden a las prestaciones derivadas de la aplicación de la Ley 21.030.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud definida en la Ley.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables, considerando los determinantes sociales de la salud.
- Asegurar la comprensión de la mujer mediante el uso adecuado e inteligible del lenguaje, en especial para aquellas mujeres que adolezcan de alguna discapacidad, o mediante los mecanismos auditivos o visuales pertinentes y/o el apoyo de un facilitador disponible, si no tiene dominio del idioma español o lo tiene en forma parcial.

Integralidad

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención (especialmente la secundaria), curación, rehabilitación y cuidados paliativos de la necesidad de salud abordada.

Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las mujeres le dan a lo vivido y los abordajes y terapias socialmente aceptables.

Continuidad del cuidado

La continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas. Desde la perspectiva de las mujeres atendidas, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la

perspectiva de los Sistemas de Salud, destacan tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud” (5):

- **Continuidad Clínica:** Es el grado en que el cuidado de la mujer está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición clínica, de las actuaciones del equipo de salud y de la decisión de la mujer. Incluye la integración horizontal en un mismo nivel de atención, y vertical, entre establecimientos de distintos niveles de la red, ya sea pública como privada. El proceso o problema por el que se atiende la mujer es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su flujo de cuidado.
- **Continuidad Funcional:** Es el grado en que las funciones claves de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad, están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, dispositivos médicos, laboratorios clínicos generales y de especialidad, imágenes diagnósticas, etc.).
- **Continuidad Profesional:** Disponibilidad de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Asegurar el acceso oportuno e informado a las prestaciones que por ley tienen derecho las mujeres -adolescentes y adultas- en las tres causales.
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector.
- Responder adecuadamente a las necesidades y expectativas de las mujeres -adolescentes y adultas- afectadas por alguna de las causales reguladas en la ley, estandarizando procesos basados en evidencia.
- Mejorar la aceptabilidad de los servicios, utilizando terapias modernas, poco invasivas, seguras y efectivas, que resguardan la calidad de la atención de las mujeres.
- Reducir situaciones que estigmaticen a las mujeres -adolescentes y adultas-, y equipos clínicos involucrados en la interrupción voluntaria del embarazo.
- Velar por la calidad y oportunidad de los diagnósticos clínicos que constituyen la primera y segunda causal y del acompañamiento respectivo.
- Apoyar el cuidado integral de la salud de las mujeres -adolescentes y adultas- expuestas a violencia sexual, desarrollando coordinación con las redes intersectoriales de sus territorios que permitan evitar las condicionantes que determinaron la configuración de la tercera causal.

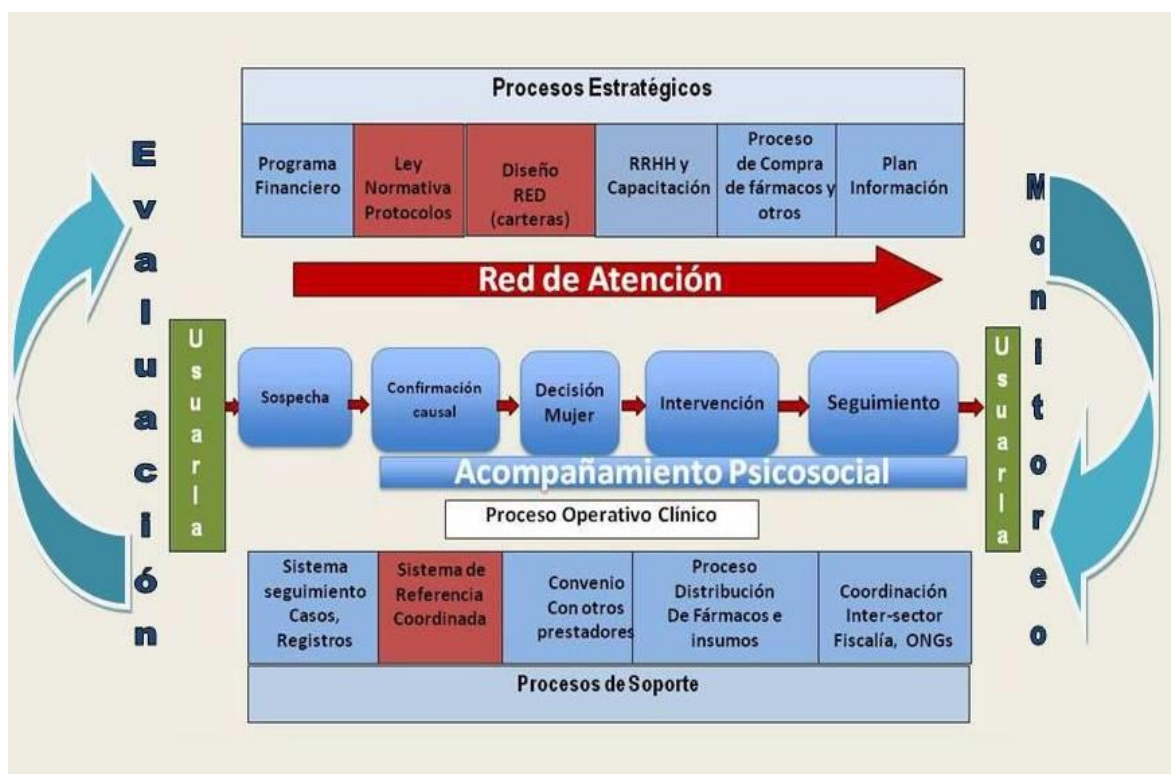
- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial requerido, evitar la revictimización y la duplicación de infraestructura y servicios.

Se espera que el presente modelo garantice el acceso a la atención, generando una Red de salud amplia y coordinada que permita la resolución de la situación lo más cercano posible al lugar de residencia y/o de primera consulta de la mujer gestante, siempre y cuando esto no vulnere el derecho a la confidencialidad de la situación vivida.

Además, que asegure la oportunidad de la intervención, ya que el tiempo es crítico en la toma de decisión y ejecución de las prestaciones; que resguarde la calidad técnica de la atención y garantice una atención segura para la mujer, evitando las potenciales complicaciones secundarias propias de toda acción de salud.

Debe velar por una atención respetuosa, con resguardo de la confidencialidad y el apoyo psicológico y social de la mujer antes, durante y después del proceso, de acuerdo con los requerimientos individuales que ella manifieste o las necesidades que el equipo detecte durante la atención, todo ello dentro del marco de las prestaciones previstas o las derivaciones que correspondan.

Esquema N°1: Procesos estratégicos y de soporte del Modelo de gestión de la atención integral



“El Modelo de atención a las mujeres en el marco de la Interrupción voluntaria del embarazo por tres causales debe asegurar el acceso, oportunidad, calidad y seguridad de la atención, resguardando la continuidad del proceso y relevando el acompañamiento psicológico y social, evitando la revictimización, en un ambiente de respeto y confidencialidad.”

3. Objetivos del modelo de atención integral

Objetivos Generales

- Entregar atención integral, accesible, oportuna y de calidad a las mujeres -adolescentes y adultas- que consulten en la red pública o privada por presentar una situación clínica que pueda constituir alguna de las 3 causales contempladas la Ley N° 21.030.
- Ofrecer a la mujer, en caso de solicitud o presencia de situación clínica que pueda constituir alguna de las 3 causales contempladas en dicha ley, un programa de acompañamiento integrado e integral, que contemple acciones de acogida e información de su situación de salud, que genere la protección y apoyo psicológico y social durante todo el proceso.

- c) Coordinar las acciones de atención de salud que se requieran en función de la solicitud y decisión de la mujer, en los distintos niveles de la red de atención pública y privada.

Objetivos Específicos

- a) Realizar pesquisa, sospecha diagnóstica y derivación oportuna al nivel de especialidad de las mujeres en caso de solicitud o presencia de situación clínica que pueda llegar a constituir alguna de las tres causales contempladas en la Ley N° 21.030.
- b) Entregar información precisa, oportuna y veraz a la mujer sobre su situación de salud y la sospecha clínica de eventual constitución de alguna de las tres causales y las prestaciones contenidas en la Ley N° 21.030 a las cuales pudiera acceder si se constituyera.
- c) Proveer acogida y acompañamiento integral, multidisciplinario en aspectos biomédicos, psicológicos y sociales, a mujeres que se encuentra en alguna de las tres causales definidas por la ley, con énfasis en oportunidad, seguridad y calidad de la atención, en particular resguardando las necesidades de las mujeres, considerando su edad y etapa del desarrollo en que se encuentren.
- d) Reducir la morbilidad y mortalidad asociada a las tres causales contempladas en la ley, mediante acceso oportuno y eficiente a las prestaciones de interrupción voluntaria del embarazo para mujeres -adolescentes y adultas- .
- e) Mejorar la calidad de vida de las mujeres -adolescentes y adultas- a través del tratamiento oportuno de co-morbididades específicas generadas por las situaciones de vida de las afectadas por las tres causales, aplicando las mejores tecnologías disponibles para estos efectos, que sean seguras, eficientes y que minimicen los riesgos, basadas en evidencia.

Esquema N°2: Objetivos del Modelo de atención integral

Objetivos más relevantes del Modelo de atención integral



El Modelo se centra en la mujer y considera la integralidad de la atención y la continuidad de los cuidados.

4. Redes de atención

Las redes de atención se organizan en distintos niveles según capacidad resolutive de sus establecimientos o prestadores.

La capacidad resolutive se define de acuerdo con la complejidad y tipo de prestaciones expresadas en su cartera de servicio, que dan cuenta del recurso humano, infraestructura y equipamiento con que cuenta la institución para realizar las atenciones de salud.

La interrupción voluntaria del embarazo contemplada en la Ley N° 21.030 se refiere a tres situaciones clínicas complejas, que necesitan de un acompañamiento y atención integral, manejado por profesionales y equipos de nivel de especialidad, ya sea ambulatoria o eventualmente cerrada.

Para esto, se requiere organizar la red de atención pública y privada en niveles de atención, según complejidad y requerimientos de las prestaciones.

4.1 Niveles de atención

1. Primer nivel de atención (Atención general ambulatoria)

El primer nivel de atención es exclusivamente ambulatorio, de menor complejidad biomédica en sus prestaciones, pero con mayor capacidad de intervención psicosocial.

Este primer nivel de atención está representado en el Sistema Público de Salud por los Centros de atención primaria (CESFAM y CECOSF), Servicios de atención primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Urgencia Rural (SUR) y Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

En el sistema privado está constituido por las consultas ambulatorias, ya sea en centros médicos o consultas particulares, junto con los servicios de urgencia de baja complejidad tanto de adultos como pediátricos, así como la atención domiciliaria general.

Este nivel de atención será una de las potenciales puertas de entrada para las mujeres que podrían acogerse a la ley, y sus funciones serán:

- Pesquisar las tres situaciones clínicas contempladas en la Ley 21.030, en mujeres embarazadas con cuadro clínico o ecografía sugerente, o pesquisa en control de embarazo.
- Entregar la primera acogida a la mujer que acuda a solicitar información o la interrupción voluntaria de embarazo.
- Informar sobre la Ley N° 21.030, detallando los pasos a seguir en cada caso.
- Realizar la referencia coordinada y/o asistida al nivel secundario de especialidades, específicamente a los Policlínicos de Alto riesgo Obstétrico (ARO) o el nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, según corresponda por cuadro clínico, **antes de 24 horas**.
- Entregar información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. Esta información deberá estar enfocada de acuerdo con el territorio correspondiente, facilitando y articulando su relación con estas, si la mujer así lo autoriza.
- Dar continuidad a la atención en los aspectos psicológico y social en el nivel primario de atención en caso de ser solicitado por la mujer o en caso de contrarreferencia desde el equipo del nivel de especialidad.

Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.

2. Segundo Nivel de Atención: nivel de especialidad

Dada la complejidad médica y psicosocial de las tres causales que aborda la Ley N° 21.030, las prestaciones para la interrupción del embarazo y de acompañamiento psicosocial contemplada en ella, se desarrollan mayoritariamente en el nivel de especialidad.

La atención ambulatoria de especialidad es una atención abierta de mayor complejidad en cuanto al recurso humano e infraestructura. Cuenta con especialistas y subespecialistas tanto en el ámbito ginecobstétrico, medicina materno fetal, ecografistas, neonatólogos, genetistas, como de otras especialidades que serán requeridas para el proceso diagnóstico y terapéutico (cardiólogos, nefrólogos, hematoncólogos, inmunólogos, etc.), y también profesionales no médicos -en especial matronas/es-, también altamente capacitados. Se cuenta asimismo con acceso a exámenes y equipamiento de alta capacidad diagnóstica y resolutive.

Esta atención se realiza en establecimientos de Sistema de Salud Pública, en los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales. En estos establecimientos se encuentran los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico. Las mujeres podrán ingresar derivadas desde la atención primaria o desde el punto de contacto telefónico ciudadano, Salud Responde.

En la red privada de salud el nivel de especialidad se encuentra en los Centros Médicos y Consultas adosadas a las Clínicas privadas. Este nivel de atención será la principal puerta de entrada para las gestantes que potencialmente se puedan acoger a la Ley.

Sus funciones serán:

- Realizar recepción coordinada de los casos derivados del nivel primario y del intersector ante la sospecha de estar frente a alguna de las causales de la Ley N° 21.030, para dar continuidad a la atención con miras a la confirmación o descarte del diagnóstico.
- Realizar acciones de acogida e información sobre la condición de salud y otros aspectos que se considere relevantes, en casos clínicos sugerentes, mientras se establece un diagnóstico certero.
- Realizar la confirmación diagnóstica a través de evaluación clínica por especialistas y exámenes generales y/o específicos, de acuerdo con la causal de consulta.
- Informar a la mujer y/o al acompañante significativo que la mujer autorice, de su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas.
- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la mujer de este hecho y de la vigencia de Ley N° 21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.

- Una vez constituida la causal, y que la mujer -adolescente o adulta-haya tomado la decisión ya sea de interrumpir el embarazo o de continuar con él, el equipo de salud debe ofrecerle el programa de acompañamiento de la institución de salud. Su decisión quedará registrada en la ficha clínica.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso de que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa de acompañamiento, de acuerdo con la Ley N° 20.584, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento informado respectivo (Ver Capítulo VI y Anexo N° 2).

Si la mujer se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud“ Artículo 15.- No obstante lo establecido en el artículo anterior, no se requerirá la manifestación de voluntad en las siguientes situaciones:

b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda;

c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.”. Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito.

- También se deberá realizar la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.

3. Tercer Nivel de Atención

El nivel terciario de atención es el más complejo en cuanto a la cartera de prestaciones que ofrece, con alta capacidad resolutoria, donde se resolverán los casos derivados de los otros niveles de atención, en consideración a su complejidad y requerimiento clínico.

En este nivel de atención se encuentran equipos clínicos médicos y de otros profesionales con la mayor calificación técnica. Aquí se completarán los estudios en la segunda causal, en caso de ser requerido. También se resolverán los casos de riesgo vital inminente o no inminente, ya sea porque cuentan con la capacidad de estudio de su patología, o porque cuentan con mayor capacidad terapéutica y/o de mayor complejidad.

En el tercer nivel de atención se encuentran los Hospitales o Clínicas de mediana y alta complejidad y la atención de especialidad, ya sea en las urgencias o en la atención cerrada, hospitalización con distintos niveles de complejidad.

3.1 Servicio de Urgencia de las Clínicas y/u Hospitales de mayor complejidad

Son funciones de los servicios de urgencia de clínicas y hospitales de mayor complejidad:

- Ser la puerta de entrada de casos que consulten en forma espontánea.
- Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención en especial en la causal de riesgo vital de la mujer, donde deben realizar una recepción coordinada y asistida, cuando el riesgo vital así lo requiera, que asegure la atención inmediata.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos necesarios.
- Otorgar acciones de rescate y/o estabilización hemodinámica de la mujer.
- Aplicar la normativa vigente, “Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual” cuando corresponda (6).
- Informar a la mujer, y/o al acompañante significativo que la mujer autorice, sobre su condición clínica y potenciales medidas terapéuticas.
- En caso de confirmación del diagnóstico que implique la concurrencia de alguna de las tres causales, informar a la mujer de este hecho y de la vigencia de Ley N° 21.030 a la que puede acogerse, indicando las prestaciones asociadas a ella, sus implicancias y consecuencias.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento Informado respectivo
- Una vez constituida la causal, y que la mujer -adolescente o adulta- haya tomado la decisión ya sea de interrumpir el embarazo o de continuar con él, el equipo de salud debe ofrecerle el programa de acompañamiento de la institución de salud. Su decisión quedará registrada en la ficha clínica.

- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Si la mujer se encontrase con riesgo vital inminente y no ha dejado su consentimiento escrito en forma anticipada, o se encontrara inconsciente sin poder dar a conocer su voluntad, se podrá proceder y realizar la interrupción conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584. Lo mismo se aplicará en otros casos en que no se pueda obtener la voluntad de la mujer en forma expresa, previa y por escrito.
- También se deberá realizar la contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.

3.2 Atención de Especialidad cerrada (hospitalización)

El tercer nivel de atención cerrada corresponde a Hospitales y clínicas de mediana y alta complejidad, con equipos clínicos Ginecobstetras y otros especialistas médicos y profesionales no médicos altamente capacitados.

La atención cerrada entregará prestaciones de distinta complejidad de acuerdo con el estado clínico de la mujer desde atención en cama básica a atención en camas críticas.

Este nivel es de referencia del resto de la red asistencial pública y en él se realizarán los procesos diagnósticos, terapéuticos y de interrupción del embarazo, incluido el programa de acompañamiento, en caso que la condición clínica así lo requiera.

Sus funciones son:

- Ser el centro de referencia de los otros niveles de atención, en especial en la causal de riesgo vital y casos que requieran resolución en sistema de hospitalización.
- Realizar evaluación clínica, exámenes y procedimientos requeridos, de acuerdo con el caso.
- Realizar acciones de rescate y/o estabilización de la mujer, ante situaciones de descompensación clínica durante su hospitalización.

- Entregar información del estado clínico a la mujer y/o persona o familiar significativo, autorizado por la mujer.
- Completar el Certificado de entrega y recepción de información (Ver Anexo N°2).
- Ofrecer a la mujer el programa de acompañamiento de la institución de salud. Registrar en ficha clínica su decisión de aceptación o rechazo del mismo.
- Informar acerca de las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas, disponibles para realizar el programa de acompañamiento y entregar el listado de las instituciones sin fines de lucro que pueden otorgarle apoyo adicional. En caso de que decida asistir a un programa de acompañamiento y/o apoyo adicional otorgado por estas instituciones, deberá ser registrado en la ficha clínica.
- Las instituciones privadas de salud deberán informar a la mujer el valor de las prestaciones de su programa, indicándole que puede solicitarlo en el Sistema Público de Salud, donde lo recibirá en forma gratuita.
- Si la mujer decide interrumpir su embarazo, informarle las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle. Se solicitará la firma del Consentimiento Informado respectivo (Ver Capítulo VI y Anexo N° 2)
- Realizar la interrupción del embarazo según lo establecido en la Ley.
- Realizar contrarreferencia al nivel de especialidad cuando corresponda continuar el manejo ambulatorio, o con el objeto de completar el estudio de la patología que generó o genera el riesgo vital.
- Informar, ofrecer y disponer de los métodos anticonceptivos recomendados para cada caso.
- Realizar el registro respectivo en la ficha clínica y en los otros sistemas de información establecidos, junto con mantener el monitoreo de estos.

4. Salud Responde

El Servicio Salud Responde del Ministerio de Salud busca resolver la necesidad de información de la población en múltiples materias asociadas a la salud. Para esto, pone a disposición una plataforma telefónica integrada por médicos, matrones/as, psicólogas y otros profesionales de la salud que, durante las 24 horas del día, los 365 días del año, informan, orientan, apoyan y educan a la comunidad.

En el caso de la Ley N° 21.030, el modelo de atención considera que los/as profesionales de Salud Responde, especialmente capacitados para ello, entreguen información acerca de la Ley, brinden soporte en caso de crisis, transmitan confianza junto con dar orientación para el acceso a atención de salud especializada a la mujer -adolescente o adulta-que consulte.

4.2 Sistema de referencia y contrarreferencia

Para la referencia y contra-referencia entre establecimientos se utiliza el documento de interconsulta de la institución, en el que debe explicitarse de manera clara y completa la sospecha diagnóstica y el requerimiento de la derivación (confirmación diagnóstica e indicaciones de tratamiento).

Para resguardar la seguridad y la continuidad de la atención, la derivación deberá ser coordinada y asistida, esto es, el establecimiento derivador tendrá que contactar directamente al referente del establecimiento que recibirá a la mujer, resguardando, en todo momento, la confidencialidad de la atención de la mujer.

Cuando la mujer sea contraderivada a su establecimiento de origen o de menor complejidad, al momento de la contrarreferencia se deberá generar un informe de tratamiento y una epicrisis en el caso de un alta hospitalaria, y sugerencias para la continuidad de la atención.

5. Recursos humanos

El recurso humano asociado al proceso de atención se relaciona directamente con la etapa del proceso a intervenir y el nivel de atención en que se otorgue.

- a) En el **primer nivel de atención**: el recurso humano es el propio de establecimiento y/o centro médico, donde están disponibles los equipos biopsicosociales constituidos por médicos cirujanos y matron/as para la intervención biomédica inicial, psicólogos, trabajador/a social.

En el **segundo y tercer nivel de atención** : El recurso humano debe ser especializado; matrona con experiencia en alto riesgo obstétrico, Ginecobstetra con experiencia en alto riesgo, capacitado tanto en técnicas modernas de vaciamiento uterino, como en terapias farmacológicas o quirúrgicas, además de otros especialistas a requerimiento, todos capacitados y actualizados en la Ley N° 21.030. Cada servicio de especialidad debe incorporar a los profesionales de salud mental y del área social con las competencias específicas, que permitan el abordaje integral, tanto para los diagnósticos como para el acompañamiento psicosocial desarrollado en esta norma técnica

6. Registros asociados

Los registros asociados son los habituales a cualquier proceso de atención clínica y de uso obligatorio.

- a) **Ficha clínica**: en cada atención debe registrarse los datos generales del paciente, motivo de consulta, anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio, hipótesis diagnóstica, plan terapéutico y procedimiento otorgado. También la identificación del/a profesional a cargo de cada atención y la fecha en que la realiza. Quedará consignado en ella: constitución de la causal por el equipo clínico, decisión de la

mujer, aceptación o rechazo del programa de acompañamiento, decisión de recibir el programa de acompañamiento en una institución acreditada para ello y/o de recibir acompañamiento adicional.

- b) **Interconsulta** con completitud de la totalidad de los campos explicitados en el tema de referencia- contrarreferencia.
- c) **Certificado de entrega y recepción de información sobre La ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales** en el cual queda consignado por escrito este proceso, el que deberá adjuntarse a la ficha clínica (Ver Anexo N°2).
- d) **Consentimiento Informado, en el caso de mayores de 14 años o Asentimiento Informado del procedimiento (menores de 14 años)** que incluyen la firma de la mujer -adolescente o adulta- , y su representante legal, según corresponda, de acuerdo con propuesta de formato incluido en el Anexo N°2.
- e) Sistemas de información específicos.

V. ABORDAJE INTEGRAL

El abordaje integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe darse en el contexto de un modelo de atención multidisciplinario biopsicosocial, con competencias técnicas, seguridad clínica, oportunidad, calidad de atención, acorde a intervenciones basadas en evidencia científica. Ello otorgará a la mujer -adolescente o adulta- las mejores condiciones para su decisión con respeto a sus derechos.

Los aspectos de calidad de atención y requisitos para acceder a cada causal de interrupción voluntaria del embarazo descritos en esta normativa serán aplicables en el sector público y privado; ambos sectores deben contar con una red de atención que permita la derivación e interconsultas necesarias de ser requeridas.

Un primer requisito en la atención que la Ley N° 21.030 estipula como obligación del prestador de salud (Inciso 10) es la **entrega de información**:

“El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.”

Además, señala que se debe contar con medios alternativos de entrega de la información para las mujeres que puedan presentar dificultades especiales.

“En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.”

Es deber del equipo de salud entregarle información clara, veraz, oportuna y comprensible a la mujer -adolescente o adulta-, de modo que su decisión y consentimiento cuente con los antecedentes esenciales.

Esta acción **quedará consignada** en el **Certificado de entrega y recepción de información**, así como en el **Consentimiento informado o Asentimiento informado**, según corresponda, señalando la identificación del profesional que la entrega, contenido entregado y la fecha en que esto se realiza (Ver Anexo N°2).

La información básica para entregar, de acuerdo con la Ley N° 21.030, se relaciona con:

- Marco legal para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en relación con la causal que la mujer presenta.
- Prestaciones médicas (de salud física y mental) a la que ella (y eventualmente otros miembros de su familia) tienen acceso.
- Procedimientos de parto y de interrupción del embarazo, y los riesgos físicos y de salud mental asociados a la mantención o a la interrupción de este, según corresponda a la causal invocada, la descripción del procedimiento específico (método a utilizar, si será ambulatorio o intrahospitalario), las condiciones en que se realiza (uso o no de anestesia), las contraindicaciones y posibles efectos secundarios.
- El proceso de seguimiento después de la intervención.
- Orientación respecto al acceso a las redes de protección social para apoyo económico y social al que puede acceder.
- Opción de adopción como alternativa en la tercera causal: características del proceso y requerimientos administrativos.
- En el caso de concurrir la tercera causal, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.
- Otras dudas emergentes que la mujer necesite aclarar.
- A quién, dónde y cómo contactar en caso de requerir más información.
- Compartir información sobre los procesos de reclamo, en un marco de derechos a una atención de calidad.

El prestador de salud debe proponerle a la mujer -adolescente o adulta- ingresar al programa de acompañamiento, precisándole que es ella quien decide si quiere recibirlo o no, y entregarle información sobre las instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas que ofrezcan programa de acompañamiento o apoyo adicional. La mujer podrá elegir libremente tanto la entidad como el programa de acompañamiento que estime más adecuado a su situación particular y convicciones personales.

A continuación, se presenta el programa de acompañamiento, sus objetivos, principios y acciones, el abordaje integral de cada una de las tres causales, se detalla los antecedentes epidemiológicos, las acciones específicas de acompañamiento, la atención clínica que debe ejecutarse, los cuidados del recién nacido/a, para finalmente presentar el flujo de atención correspondiente.

1. Programa de acompañamiento

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 21.030, las mujeres que se encuentren en alguna de las causales de interrupción voluntaria del embarazo, independiente de su decisión de continuarlo o de interrumpirlo, tienen derecho a un programa de acompañamiento, tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción voluntaria del embarazo, según sea el caso.

“En el marco de las tres causales (...) la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión.”

El programa de acompañamiento se debe ofrecer a toda mujer, una vez constituida la causal, independientemente de la decisión que manifieste, y sólo se puede realizar en la medida en que ella lo autorice expresamente. Puede ser rechazado por la mujer o le podrá poner término, aunque lo haya aceptado, como también solicitar que se le dé el acompañamiento, aunque inicialmente lo hubiera rechazado, lo que deberá ser respetado por el equipo de salud. La decisión quedará consignada en la ficha clínica.

Se trata de un programa personalizado, que debe ser respetuoso de la libre decisión de la mujer. En consecuencia, no puede estar destinado a influir en su voluntad de continuar o interrumpir su embarazo. Además, deberá respetar los derechos que como paciente le asisten de conformidad con la ley N° 20.584.

El programa se desarrolla a lo largo del proceso que enfrenta la mujer para decidir entre las alternativas que tiene, incluida la interrupción voluntaria del embarazo, en las tres causales definidas por la ley. Existen casos en que la mujer se presenta ante el equipo con su decisión ya resuelta habiendo discernido, de manera autónoma, solicitar la interrupción del embarazo, o, una vez constituida la causal, continuar con éste.

Consiste un proceso continuo de prestaciones destinadas a brindar a la mujer -adolescente o adulta-acogida y apoyo cognitivo y emocional, que le permita conocer sus alternativas mediante información clara, precisa, oportuna y de calidad. En este proceso, un equipo multidisciplinario desarrolla un conjunto de acciones para asegurar su bienestar biopsicosocial, en un marco de respeto y diálogo con la mujer.

La Ley señala que:

“En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley N° 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a treinta días corridos. Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3 y siguientes de la ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación”

1.1 Objetivos del programa

El objetivo del acompañamiento voluntario que considera la Ley N° 21.030 es asegurar el bienestar biopsicosocial de la mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, para que tome la decisión de continuarlo o interrumpirlo con información completa y veraz sobre su situación de salud, de los procedimientos médicos y de la patología fetal (en caso de aplicarse), con claridad sobre las medidas de apoyo que están a su disposición, en un ambiente de acogida.

A su vez busca el reencuentro con los propios espacios para reconstruir un proyecto de vida en el marco de la decisión tomada.

1.2 Principios rectores

Estos principios se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres - adolescentes y adultas- que se encuentren en alguna de tres situaciones clínicas contempladas en la Ley N° 21.030.

a) Respeto a la autonomía de las mujeres para decidir en torno a estas situaciones.

Esto implica por parte del equipo de salud, no emitir juicios ni opiniones valóricas sobre las creencias y opciones de la mujer y entregar toda la información, actualizada e imparcial, que le

permita tomar las mejores decisiones para su vida y su salud. La persona debe percibirse y ser percibida como sujeto de derechos y protagonista del proceso de atención.

b) Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere toda atención clínica.

Asumir que los datos solicitados por los equipos médicos sólo pueden tener como fin una adecuada atención de salud, respetando que la entrega de información por parte de las mujeres atendidas es siempre voluntaria y confidencial. Debe preguntarse a la mujer sólo aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta, explicando la importancia clínica de contar con dichos datos.

c) Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicios.

Quienes prestan la atención deben tener los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, y manejar técnicas adecuadas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos e intervenciones que se incluyen en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información, asegurando la comprensión clara por parte de las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, considerando un trabajo en equipo.

d) La atención de mujeres que se enfrentan a alguna de las causales debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria.

La oportunidad hace referencia a la celeridad en la respuesta del equipo de salud, sobre todo cuando la ley establece plazos máximos para la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en la tercera causal, pero también para disminuir el estrés frente a la espera de confirmación diagnóstica de la letalidad de la patología congénita adquirida o genética fetal de la segunda causal.

En el acompañamiento biopsicosocial las mujeres -adolescentes y adultas- tendrán acceso a consultas con psicólogo/a y trabajador/a social, intervenciones grupales, visitas domiciliarias y consultas de especialidad de salud mental de acuerdo a la necesidad, según su red de derivación.

1.3 Acciones

El programa de acompañamiento incluye las siguientes acciones:

- a) Acogida y contención, consistentes en brindar escucha profesional atenta, y apoyo cognitivo y emocional.
- b) Orientación a la mujer en la labor de identificación de los recursos de apoyo con los que cuenta, ya sea familiares, sociales u otros.

- c) Orientación a la mujer en la elaboración de estrategias para enfrentar su situación, ya sea que decida continuar o interrumpir el embarazo. Para estos efectos se tomarán en consideración los siguientes aspectos:
 - i. Los recursos de apoyo con que la mujer cuenta.
 - ii. Los recursos a los que puede acceder mediante las prestaciones disponibles en la red intersectorial del Estado o que se proveen por la sociedad civil.
 - iii. Los posibles riesgos a que está expuesta la mujer, tales como condiciones de salud mental, discriminación, estigmatización o violencia.
- d) Consultas con una o un trabajador social. Éstas podrán incluir, entre otras materias, la orientación o gestión de la activación de mecanismos de apoyo de la red de protección intersectorial del Estado.
- e) Atención psicológica según las necesidades de la mujer -adolescente o adulta.
- f) Consulta psiquiátrica si se requiere.
- g) Intervenciones grupales y visitas domiciliarias.

1.4 Implementación

El prestador de salud que dé atención a una mujer, una vez que se confirma que se encuentra en alguna de las tres causales, deberá:

- a) Ofrecerle el programa de acompañamiento.
- b) Proporcionarle información veraz, completa y objetiva, sobre las características de dicho programa, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 4°, título II de la ley N° 20.584 (Del derecho de información).
- c) Informarle de las instituciones que ofrecen dicho programa.
- d) Entregarle un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional.
- e) En el caso de continuación del embarazo, otorgarle la información sobre la existencia de redes de apoyo, las que se activarán si así lo requiere.
- f) Dejar constancia en la fecha clínica de la aceptación o rechazo del programa, así como de cualquier cambio posterior en la decisión de la mujer.

La implementación del programa requiere un equipo psicosocial (psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social) que trabaje en forma coordinada con el equipo biomédico (médicos ginecólogos, matronas, otros especialistas y subespecialistas según cuadro clínico) para brindar atención integral.

Para garantizar el respeto a la autonomía de las mujeres y fomentar las condiciones para potenciar una decisión autónoma el equipo psicosocial debe:

- Asegurar que la mujer -adolescente o adulta-disponga de información completa, veraz, no sesgada y pertinente para la toma de la decisión.
- Proveer de un ambiente seguro, tranquilo, confidencial, libre de coerciones y presiones.

- Establecer una relación clínica basada en el respeto a su autonomía, que genere confianzas.
- Proponer la elaboración conjunta de un plan de acompañamiento a desarrollar.
- Utilizar un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención a la mujer, facilitando la comprensión de aquellas personas que adolezcan de alguna discapacidad. Para ello se dispondrá de medios alternativos de comunicación, en concordancia con lo dispuesto en la Ley N° 20.422, que “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad”.
- Utilizar mecanismos auditivos o visuales pertinentes o el apoyo de un facilitador, ofrecido por la institución o designado por la mujer atendida, si ella no tiene dominio del idioma español o lo tiene en forma parcial, que estén disponibles.
- Fomentar en la mujer -adolescente o adulta-la confianza en sus propias capacidades, el respeto hacia sí misma que le permita tener la experiencia de “sentirse autónoma”, de verse como una fuente legítima de autoridad.
- Permitir a la mujer -adolescente o adulta-conectarse con su propia experiencia, emociones, sentimientos y valores y expresarlos sin que sea sometida a un juicio de reproche.
- Evitar imponer interpretaciones sobre la experiencia que la mujer está viviendo, facilitando que ella pueda tener su propia voz y perspectiva.
- Mostrar a la mujer -adolescente o adulta-que tiene disponible diversas opciones sobre las que puede elegir.
- Evitar el paternalismo y transmitir a la mujer -adolescente o adulta-que es ella quien tiene el derecho y la responsabilidad de la decisión final.
- Aceptar la ambigüedad y variabilidad en la toma de decisiones de la mujer -adolescente o adulta- , lo que es comprensible en el marco de este proceso. Desde ahí, evitar cualquier tipo de evaluación o juicio al respecto.
- Evitar cualquier tipo de dilación que dificulte acceder a tiempo a los procedimientos comprendidos en la atención.
- Facilitar los trámites administrativos y certificaciones necesarias para asegurar la oportuna atención.

Este proceso de acompañamiento a la mujer -adolescente o adulta-finaliza una vez desarrolladas las acciones programadas en el tiempo estipulado, cuando se agoten las intervenciones previstas en el plan de acompañamiento personalizado, o bien, cuando ella lo decida, aun cuando hubiese estado programado para durar más tiempo.

En su implementación, desde el punto de vista técnico, el programa de acompañamiento psicosocial considera tres momentos principales: acogida, acompañamiento en la decisión y continuidad del acompañamiento.

En cada causal el programa de acompañamiento desarrolla sus acciones de acuerdo con las necesidades específicas de la mujer -adolescente o adulta-en esa situación. Estas se detallan en las secciones siguientes.

2. Primera causal: La mujer se encuentra en riesgo vital

La primera causal de la Ley N° 21.030 señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando *“La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la *“muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”* (7). Por cada mujer que muere por causas vinculadas al embarazo, otras 20 o 30 sufren complicaciones graves que las podrían haber llevado a la muerte (morbilidad materna severa, “near miss”), o quedan con secuelas permanentes que afectan su salud y su calidad de vida futura.

La muerte materna constituye un evento dramático, la mayoría de las veces inesperado, de profundas e imprevisibles consecuencias. Se trata de muertes prematuras (en mujeres jóvenes), con un fuerte impacto a corto y largo plazo en su entorno familiar y social; se considera que una gran mayoría de estas serían evitables, por lo que no deberían ocurrir en presencia de servicios de salud eficaces (de prevención, ambulatorios, de hospitalización y otras acciones de salud).

2.1 Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos

Causas de morbi-mortalidad materna

Las causas de morbi-mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas. Las causas directas son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: hemorragias, patología hipertensiva, complicaciones infecciosas, y el aborto realizado en condiciones de riesgo³.

La revisión sistemática de las causas de mortalidad materna a nivel mundial y regional en el período 2003-09 (8) revela que las causas indirectas han aumentado globalmente, subiendo de un 20% a un 27,5% del total de muertes maternas, siendo más del 70% por enfermedades preexistentes; este cambio en la salud materna requiere revisar críticamente las prácticas de

³La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez.

Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>

atención del equipo de salud para visibilizarlas, identificarlas oportunamente y actuar preventivamente.

La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la maternidad, en un porcentaje importante se pueden prevenir a través de intervenciones simples, de alto impacto y de bajo costo. Una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo- embarazo, parto, puerperio - con “enfoque de riesgo”, permite la pesquisa y manejo oportunos de aquellas circunstancias o condiciones que puedan afectar a la mujer, su hijo/a, o a ambos, reduciendo eventuales daños (morbilidad, secuelas de largo plazo, muerte). Esta vigilancia debiera iniciarse en la etapa previa al inicio del embarazo – control preconcepcional – y una vez confirmado éste, a través de controles periódicos programados a lo largo de todo el embarazo – control prenatal.

La estrategia ministerial definida para reforzar la prevención de las muertes maternas en los últimos años comprende socializar en los equipos de salud en el cambio epidemiológico y demográfico de las mujeres que se embarazan, detectando factores que las hacen más vulnerables (mayor edad y comorbilidades asociadas, condición migratoria); fortalecer el control preconcepcional, a fin de pesquisar previo al embarazo condiciones de riesgo. En las mujeres con enfermedades preexistentes, debe evaluarse con la mujer la conveniencia de un nuevo embarazo, que puede significar un riesgo para su salud, y eventualmente su vida.

Las condiciones clínicas que a continuación se exponen no constituyen un catálogo taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de riesgo vital. Sin perjuicio de ello, siempre la evaluación del caso concreto, será realizada por el respectivo diagnóstico médico.

- a) Embarazo ectópico complicado o no complicado (tubárico, ovárico, cornual, ístmico o cervical).
- b) Embarazo no viable: muerte fetal in útero, embarazos no embrionados aborto inevitable.
- c) Neoplasia del embarazo: enfermedad trofoblástica (Mola hidatiforme).
- d) Patología o accidentes del embarazo: infección intrauterina, rotura prematura de membranas ovulares antes de la viabilidad fetal fuera del útero asociada a signos de infección, preeclampsia severa con compromiso de sistemas u órganos blanco (cerebro, riñón, hígado, etc.) o eclampsia; Síndrome de HELLP ("hemolysis", "elevated liver enzymes" y "low platelet count"); desprendimiento prematuro de placenta (normoinsera o previa), rotura uterina.
- e) Insuficiencia Cardíaca Congestiva con capacidad funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), Hipertensión arterial refractaria a tratamiento y Enfermedad hipertensiva severa con evidencia de daño de órgano blanco. Cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento; Hipertensión pulmonar; Síndrome de Eisenmenger; Historia de infarto del miocardio; Historia de cardiomiopatía del embarazo.
- f) Enfermedad neurológica severa que empeora con el embarazo: malformaciones vasculares encefálicas no tratadas tales como aneurisma o malformación arteriovenosa.

- g) Lupus eritematoso con daño renal severo refractario a tratamiento.
- h) Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia.
- i) Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión arterial de oxígeno <50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre <85%.
- j) Insuficiencia hepática severa.
- k) Enfermedad Genética: Síndrome de Marfán (disección aortica letalidad materna 30 %).
- l) Enfermedad Hematológica: Púrpura trombocitopénico trombótico.
- m) Enfermedad Renal: deterioro de la función renal en el embarazo temprano.
- n) Patología Neoplásica: Carcinoma invasivo del cuello uterino; cualquier enfermedad neoplásica en la cual la sobrevivencia materna depende de un tratamiento oportuno con quimioterapia o radiación en dosis teratogénica.
- o) Enfermedad materna terminal: etapa final de cáncer o SIDA.
- p) Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante debidamente fundamentada.

El análisis de las muertes maternas en los últimos años en Chile revela que aún existen muertes maternas consideradas prevenibles, tanto directas como indirectas (9).

Entre las causas directas, cabe destacar el Síndrome hipertensivo del embarazo (preeclampsia, eclampsia, HELLP), ya que de acuerdo con las auditorías de muerte materna en el país, en el período 2013-2015, 26,5% (18 de 68) de las muertes maternas directas se relacionaron a éstos (Fuente: DEIS, MINSAL, 2017). Estas patologías pueden presentarse tempranamente en el embarazo, a partir de las 20 semanas en cuyo caso se propone no dilatar la interrupción; dependiendo de su severidad es posible que la única estrategia de manejo sea la interrupción voluntaria oportuna del embarazo, antes de que el feto sea viable. En el contexto de penalización absoluta del aborto previo a la Ley N° 21.030, en muchas ocasiones esperar la viabilidad fetal en esta patología, representaba un aumento del riesgo de mortalidad materna. En las “Recomendaciones para la prevención y tratamiento de pre eclampsia y eclampsia” (10) se recomienda la inducción del trabajo de parto en mujeres con pre eclampsia grave, aun cuando por su edad gestacional el feto no sea viable, o es poco probable que alcance la viabilidad en el plazo de una o dos semanas.

Entre las causas indirectas, resultan de mayor frecuencia y se describe las enfermedades cardiovasculares, y la presencia o aparición de algún tipo de cáncer.

Enfermedades cardiovasculares

El impacto de las cardiopatías en el embarazo se fundamenta en los cambios hemodinámicos que ocurren en la gestación: aumento de la volemia en un 40%, disminución de la resistencia vascular periférica en un 30%, y luego aumento de la frecuencia cardiaca en un 10-20%, resultando en el aumento del gasto cardiaco en un 25-40% y más durante el parto. En el puerperio se produce una importante caída del gasto cardiaco. A esto se suma el estado protrombótico que ocurre en el embarazo, favoreciendo complicaciones tromboembólicas en mujeres con cardiopatías.

En los países desarrollados con baja mortalidad materna, la principal causa de muerte es la enfermedad cardíaca, la mayoría no diagnosticada previamente (11). Comprende una amplia gama de patologías: arritmias; enfermedad isquémica; patología valvular congénita o adquirida, que afecta cada vez a un mayor número de mujeres en edad fértil, debido a la mayor sobrevivencia de mujeres con cardiopatías congénitas. El aumento del embarazo en mujeres de mayor edad (sobre 35 años) con factores de riesgo cardiovascular asociados -obesidad, tabaquismo, dislipidemias- y patologías preexistentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus), es otro elemento a considerar.

En aquellos casos de patología conocida, o que presenten factores de riesgo cardiovascular asociados, previa al embarazo, es importante realizar una adecuada evaluación preconcepcional, que identifique a las mujeres que presentan un mayor riesgo en relación con un posible embarazo; esta evaluación incluye considerar el método anticonceptivo más adecuado y efectivo para postergar en forma transitoria, o permanente, un nuevo embarazo. En este sentido, es de la mayor importancia lograr una coordinación estrecha con los especialistas que manejan patologías que representan un riesgo de salud o de vida de la mujer ante un nuevo embarazo (12).

El riesgo cardiovascular en la evolución de un embarazo puede determinarse con distintos instrumentos: la clasificación de riesgo de la OMS para embarazo y enfermedad cardíaca (13), el puntaje de riesgo Canadian Cardiac Disease in Pregnancy (CARPREG) y el puntaje de riesgo ZAHARA, siendo la clasificación OMS la más usada (14). En la Guía realizada por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) el año 2011, la recomendación es usar la clasificación de riesgo OMS modificada (15). Esta clasificación incorpora todos los factores de riesgo de las cardiopatías y comorbilidades, incluyendo contraindicación de embarazo: aquellas mujeres en categoría III o IV deben recibir información respecto a la posibilidad de interrupción del embarazo dado el alto riesgo de mortalidad.

Tabla Nº 1: Clasificación de riesgo por patologías cardiovasculares

Categoría Riesgo	Condiciones	Riesgo de embarazo por condición médica
I	No complicada, leve o moderada <ul style="list-style-type: none"> • Estenosis pulmonar • Ductus arterioso persistente • Prolapso válvula mitral Lesiones reparadas exitosamente <ul style="list-style-type: none"> • Defectos septales atriales o ventriculares • Ductus arterioso persistente • Drenaje pulmonar venoso anómalo Latidos cardíacos ectópicos aislados	Con riesgo leve o no detectable de mortalidad materna y sólo riesgo de morbilidad

II	Defectos septales (aurícula o ventrículo) no operados Tetralogía de Fallot reparada La mayoría de las arritmias	Pequeño aumento riesgo de mortalidad materna o moderado aumento en morbilidad
II o III (dependiendo del caso)	Disfunción moderada ventrículo izquierdo Cardiomiopatía hipertrófica nativa o Enfermedad valvular cardíaca no considerada OMS I o IV Síndrome de Marfan sin dilatación aórtica Aorta < 45 mm en Enfermedad aórtica asociada con válvula aórtica bicúspide Coartación reparada	El riesgo debe ser determinado por equipo de expertos “La discusión debe darse con profesionales con experiencia o cardiólogos y obstetras con experiencia en manejo cardiopatías y embarazo” (14).
III	Válvula mecánica ventrículo derecho sistémico Circulación de Fontan Cardiopatía cianótica (no reparada) Otras cardiopatías congénitas complejas Sd de Marfan con dilatación aórtica 40-45 mm Dilatación aórtica 45-50 mm en Enfermedad aórtica asociada con válvula aórtica bicúspide	Riesgo significativamente aumentado de mortalidad materna o morbilidad severa. Requiere evaluación y consejo por equipo de expertos. Si se decide continuar con embarazo, debe haber un control por cardiólogo e intensivista y monitoreo obstétrico durante todo el embarazo, parto y puerperio.
IV	Hipertensión pulmonar de cualquier causa Disfunción ventricular sistémica severa (FE VI < 30) Cardiomiopatía periparto previa con deterioro de la función ventricular izquierda Estenosis mitral severa Estenosis aórtica severa sintomática Sd de Marfan con dilatación aórtica > 45 mm Dilatación aórtica > 50 mm en enfermedad aórtica asociada con válvula aórtica bicúspide Coartación nativa severa	Riesgo extremadamente alto de mortalidad materna o morbilidad severa. El embarazo está contraindicado y si ocurre debe discutirse la interrupción de éste. Si se decide continuar el embarazo, el cuidado es igual que para categoría III.

Fuente: Clasificación de riesgo OMS (14).

Ante un embarazo en una portadora de alguna de las patologías cardiovasculares con alto riesgo de morbi-mortalidad materna, se debe informar a la mujer los riesgos y beneficios de continuar o interrumpir el embarazo. En relación con la interrupción, ésta también presenta riesgos que aumentan con la edad gestacional: el primer trimestre representa el momento más seguro; en embarazos mayores de 20 semanas existe controversia, dado que ya se han establecido los cambios hemodinámicos adaptativos propios del embarazo, y podría no representar un mayor beneficio.

La recomendación de una interrupción voluntaria del embarazo en estas mujeres requiere contar con la participación activa de un especialista Ginecobstetra junto a otro/s calificado/s en el manejo

de la patología de base (cardiólogo, intensivista, otro).

La interrupción debe realizarse en un centro hospitalario terciario, que cuente con el equipo médico especializado y el equipamiento necesario para enfrentar eventuales complicaciones durante el procedimiento. El método y el tipo de anestesia a utilizar deben ser evaluados según el diagnóstico y la preferencia de la mujer, cuando sea posible. Si bien la profilaxis antibiótica para endocarditis no es recomendada por los cardiólogos a todas las pacientes, se aconseja profilaxis por el riesgo de endometritis (5-20% al no usar antibiótico) (13).

CÁNCER

El diagnóstico de cáncer previo a, o detectado durante el embarazo, siempre es un evento traumático inesperado para la mujer, su entorno y para el equipo de salud y su manejo es un desafío de gran complejidad, que requiere sopesar el riesgo para la salud y la vida de la mujer, versus la continuidad de la gestación.

Siempre se deben hacer todos los esfuerzos para lograr un resultado favorable para la mujer y su hijo/a en gestación; pero en algunas ocasiones la demora en iniciar el tratamiento requerido para esta patología puede llevar a un agravamiento o a la muerte de la mujer y, por consiguiente, del feto, situación que puede ocurrir más probablemente en el primer trimestre del embarazo. En estos casos, la aplicación de la interrupción voluntaria del embarazo por concurrencia de la primera causal es una herramienta para el adecuado manejo de la patología de base, si la mujer así lo decide.

La incidencia de cáncer en el embarazo es de 0,1%, la que puede elevarse a medida que las mujeres posterguen la edad del embarazo. Los cánceres más comunes en el embarazo son mama, cuello uterino, leucemia, linfoma, tiroides, ovario, melanoma y colon (16).

El diagnóstico puede demorarse debido a que la sintomatología puede atribuirse a síntomas característicos del embarazo (náuseas, vómitos, molestias mamarias, dolor abdominal), a dificultad en la interpretación de los hallazgos en el contexto de los cambios corporales propios de la gestación, o a limitaciones para realizar estudios de imágenes. Los estudios disponibles sobre el manejo de un cáncer durante el embarazo suelen ser retrospectivos con muestras pequeñas, no se dispone de estudios prospectivos de mayor potencia.

Es importante realizar una pesquisa activa de posibles cánceres en los controles prenatales, realizando una anamnesis completa y un examen físico que incluya el examen mamario y la toma del examen de Papanicolaou (PAP), si no estuviera vigente. En caso de sospecha, se deben realizar los exámenes indicados en cada tipo de cáncer, puesto que la demora en el diagnóstico puede afectar el pronóstico y las opciones de tratamiento. Para el estudio de imágenes, se recomienda optar por ultrasonido y Resonancia Nuclear Magnética (RNM), las cuales tienen poco o ningún riesgo, comparados con tomografía computada o radiografías que usan radiación ionizante que, puede ser teratogénica. La exposición a radiación ionizante con dosis menor de 5 rads no se asocia

con efectos adversos, especialmente después de completada la organogénesis (10 semanas de gestación); dosis mayores de 10-20 rads se consideran teratogénicas.

Para un adecuado manejo de esta asociación de embarazo y cáncer, se requiere de un equipo multidisciplinario que sea capaz de analizar todas las variables implicadas, como tipo de neoplasia, extensión, ubicación, edad gestacional, pronóstico y los efectos de la terapia específica sobre la mujer y el feto-, y de proponer las mejores alternativas de manejo en cada caso, para que la mujer pueda tomar una decisión debidamente informada sobre las alternativas disponibles: continuar su embarazo postergando el tratamiento específico hasta después del parto o interrumpir el embarazo.

Cánceres ginecológicos

1. Cáncer cérvico-uterino (Ca CU)

Alrededor de un 1% de las pacientes con Ca CU, se encuentran embarazadas al momento del diagnóstico. Se complica cerca del 5% de las mujeres con embarazos en etapas tempranas, durante el primer trimestre e inicio del segundo; la mayoría se presenta con citología alterada o sangrado genital anormal. Las principales consideraciones para el manejo oncológico son: extensión de la diseminación local (tamaño tumoral y estadio), compromiso ganglionar, edad gestacional, y tipo histológico (escamoso, adenocarcinoma).

En los casos que la gestante presenta lesiones preinvasoras, se evalúa con colposcopia y se posterga estudio histológico, siempre que no se sospeche Cáncer invasor (17). El tratamiento debe ser diferido hasta el periodo postparto, con seguimiento colposcópico trimestral y biopsia si existe lesión sospechosa (40-63% persisten con lesión después del parto).

En la actualidad, la tendencia en pacientes con enfermedad inicial sin compromiso ganglionar considera preservar el embarazo. Para determinar el tamaño tumoral se puede utilizar RNM sin agente paramagnético. Para determinar el compromiso ganglionar puede realizarse linfadenectomía por vía laparoscópica hasta las 20 semanas de gestación, o estudio con imágenes.

La serie de Lancet sobre cáncer y embarazo muestra un informe de compromiso ganglionar en 12% de las pacientes con enfermedad inicial (3/25 casos), y 50% (3/6 casos) en enfermedad avanzada, señalando que estos datos son similares a los registrados en pacientes no embarazadas en igual estadio evolutivo (18). El manejo en etapa I durante el embarazo considera el seguimiento y eventualmente postergar el tratamiento, o la cirugía con traquelectomía radical y conservación del útero. En la etapa IA se puede postergar el tratamiento hasta la madurez fetal; en etapa IB1 se recomienda la linfadenectomía y, en caso de ganglios negativos, puede postergarse el tratamiento hasta alcanzarse la madurez fetal. El tratamiento quirúrgico local (conización), presenta

complicaciones que incluyen hemorragia, aborto, parto prematuro, rotura prematura de membranas, e infección.

Un alto porcentaje de los cánceres de cuello en el embarazo se presentan en estadio I, y muchos son candidatos a cirugía. El estadio, tamaño, edad gestacional y deseos de la paciente comandan la decisión; en la mayoría de los reportes las 20 semanas de gestación son el límite para definir la conducta: bajo las 20 semanas de gestación, ante enfermedad invasora en general se recomienda manejo activo del cáncer cuyo efecto indirecto sin duda será la muerte fetal *in útero*. Para enfermedad en estadio I B (< 4 cm.) en este período, la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica puede ser realizada con feto *in situ*, o ser postergada para ser realizada después de la cesárea cuando se alcanza la madurez pulmonar fetal. En pacientes con enfermedad confinada al cuello, menor de 2 cm. y con ganglios negativos, interesadas en preservar el embarazo y la fertilidad, existen publicaciones que recomiendan traquelectomía radical por vía vaginal o abdominal, seguida de cerclaje (reportes de casos).

El manejo de las mujeres con enfermedad localmente avanzada es controversial y debe analizarse en función del tamaño tumoral, hallazgos radiológicos, edad gestacional y deseo de la paciente. La serie de Cáncer de Lancet (18) señala que, en la mayoría de los países, la recomendación para tumores circunscritos al cuello del útero > 4 cm, o compromiso de vagina y/o parámetros (etapa IB2 o mayor) o para enfermedad con compromiso ganglionar, es la quimio-radioterapia en mujeres no embarazadas; en el embarazo este abordaje implica interrumpir el embarazo antes de iniciar la terapia, o iniciar el tratamiento con radioquimioterapia pero si no fuese factible, se puede realizar radioterapia con feto *in utero*, lo que resultará en el óbito del embrión o feto, con un aborto espontáneo subsecuente, aproximadamente a las 3 semanas de exposición.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) señala que, en enfermedad localmente avanzada, la primera opción de manejo es radioterapia-quimioterapia con interrupción del embarazo (19). En los casos en que no se considera la interrupción, puede considerarse el manejo con quimioterapia neoadyuvante, dependiendo del estadio clínico y el status ganglionar (las series son de pocos casos y con resultados variables). Esperar hasta las 32 semanas permite abordaje quirúrgico con cesárea- histerectomía radical, con conservación de ovarios.

2. Cáncer de mama

Su incidencia en el embarazo es 1 en 3.000. Puede haber demora en el diagnóstico debido a los cambios fisiológicos del tejido mamario durante el embarazo. Tanto el ultrasonido como la RNM pueden ser usadas en forma segura en el embarazo; estudios recientes avalan el uso de mamografía con protección abdominal durante el embarazo, por su seguridad y relativa eficacia dado que las dosis de irradiación durante el procedimiento están dentro del rango de tolerancia (20), también indicada como método diagnóstico en la Guía clínica GES de cáncer de mama (21). La biopsia core guiada por ultrasonografía es el método preferido para el diagnóstico histológico.

El tratamiento depende la voluntad de la mujer, la edad gestacional, la biología tumoral y la extensión (estadio). Los tratamientos son esencialmente los mismos que en la no embarazada, con uso restringido de la radioterapia; la interrupción del embarazo requiere un enfoque multidisciplinario, caso a caso, para la toma de decisiones y manejo.

En caso que la mujer decida continuar con el embarazo, la mastectomía radical modificada es el estándar de tratamiento quirúrgico a cualquier edad gestacional, limitando virtualmente la necesidad de radioterapia; sin embargo, un número importante de pacientes requieren quimioterapia adyuvante o neoadyuvante. El compromiso linfático es el factor predictor, por lo cual es imprescindible su estudio, siendo el ganglio centinela lo más utilizado en la práctica clínica (22).

Dado el alto número de mujeres con ganglios positivos, la quimioterapia juega un rol real como adyuvante o neoadyuvante en estas pacientes. Utilizada durante el primer trimestre se da el fenómeno del “todo o nada”, con un alto porcentaje de pérdidas reproductivas o malformaciones congénitas, por lo que es habitualmente evitada en este período. En los siguientes trimestres, los agentes quimioterápicos utilizados aparecen como extrañamente seguros a pesar de ser considerados en categoría D, con cifras de un 3% de malformaciones fetales (23). La radioterapia habitualmente se ha contraindicado, sin embargo, cuando se conserva tejido mamario se puede posponer para después del parto, aunque actualmente existen reportes que suponen que los riesgos de realizarla con el feto in útero con adecuada protección están sobrevalorados (24).

En el primer trimestre el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) propone la interrupción del embarazo o cirugía, seguida de quimioterapia coadyuvante en el segundo trimestre, esta última recomendada cuando el diagnóstico se realiza en el segundo trimestre o al inicio del tercero.

Si el diagnóstico se realiza más tarde en el tercer trimestre se recomienda evaluar cirugía y quimioterapia coadyuvante, o postergar esta indicación hasta después del parto. La cirugía conservadora puede hacerse durante el tercer trimestre y diferir la radioterapia para después del parto (21). Sin embargo, es posible usar radioterapia, pero dependiendo de la dosis puede ser deletéreo para el feto. Tamoxifeno y trastuzumab están contraindicados en el embarazo.

3. Cáncer de ovario

La incidencia de tumores ováricos en el embarazo es 0,1% sobre el total de tumores; su riesgo de malignidad es 3 a 6% (18). Es frecuente detectarlos temprano en la gestación, a través de los exámenes de ultrasonido que se realizan en este período. Es importante considerar que los marcadores tumorales se elevan fisiológicamente durante el embarazo (bHCG, AFP y Ca 125), no habiendo cambios en el antígeno carcinoembrionario, CA19-9 y LDH.

El manejo es similar al de las mujeres no embarazadas, depende del diagnóstico, etapa y edad gestacional. El abordaje quirúrgico laparoscópico es factible en gestación menor de 16

semanas; esta vía presenta mayor riesgo de metástasis de la pared abdominal que la vía a cielo abierto. Los tumores con bajo potencial maligno tienen buen pronóstico, se tratan sólo con cirugía. Las neoplasias etapa 1 pueden ser tratadas con salpingo-ooforectomía unilateral, omentectomía y lavado peritoneal. En etapas más avanzadas, se indica quimioterapia (habitualmente platino y taxanos), la que podría realizarse desde el segundo trimestre, por cuanto no se asocia a consecuencias irreversibles para el feto, aunque faltan estudios a largo plazo.

En etapas avanzadas de cáncer ovárico, las opciones difieren según la voluntad de la mujer, edad gestacional y pronóstico materno.

Cáncer hematológico

De rara frecuencia, el más común es el Linfoma de Hodgkin, seguido del no Hodgkin (LNH) y la leucemia aguda. Existen pocos estudios (retrospectivos) en relación con la seguridad de los tratamientos indicados -quimioterapia y agentes biológicos- para conservar la vida de la mujer; dependiendo del tipo de cáncer y de la edad gestacional, se debe evaluar la interrupción del embarazo para permitir el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

1. Linfoma

Se presenta en 1/6.000 embarazos, es el 4º cáncer más común en el embarazo. Síntomas como respiración corta y cansancio pueden ser confundidos fácilmente con síntomas del embarazo; el diagnóstico se realiza por biopsia de ganglios. Para la seguridad del feto se recomienda RNM y protección abdominal en radiografía de tórax. Aunque el LNH es raro durante el embarazo, se espera que aumente a mayor edad de la embarazada. Respecto a los linfomas asociados a VIH, la mayoría son agresivos y la demora en el tratamiento puede llevar a un resultado adverso. Si bien la evidencia epidemiológica no muestra asociación entre LNH y exposición a hormonas (estrógeno y/o progesterona), existen algunos subtipos que expresan receptores hormonales que podrían aumentar la progresión de la enfermedad. Además, la inmunomodulación característica del embarazo, inducida principalmente por linfocitos T, podría influir negativamente en la progresión de la enfermedad (25).

2. Leucemia

Se presenta en 1/7.500-10.000 embarazos, 2/3 casos corresponden a leucemia mieloide aguda. La leucemia aguda es altamente maligna, pero curable, por lo que debe iniciarse quimioterapia independiente de la edad gestacional; si se diagnostica en el primer trimestre, considerar la interrupción del embarazo por los efectos teratogénicos asociados.

Otros cánceres

En los otros cánceres (Tiroides, Colorectal, etc.), en general de baja frecuencia en embarazadas, se debe seguir las recomendaciones clínicas respecto al tratamiento quirúrgico y eventual quimio o radioterapia acorde a la Edad gestacional. En general, en casos de proliferación o mayor grado de avance, las recomendaciones clínicas, a proponer a la mujer son, en embarazo menor de 20 semanas de gestación considerar interrupción del embarazo seguido de resección quirúrgica y eventual tratamiento posterior. Sobre las 20 semanas de gestación, es posible considerar –con el acuerdo de la mujer- la postergación de la cirugía hasta después del nacimiento, de acuerdo a criterio clínico.

Quimioterapia durante el embarazo

Depende de la voluntad de la mujer, la edad gestacional y del agente administrado. Está contraindicada durante las primeras 10 semanas de gestación, debido al riesgo de malformaciones congénitas en la etapa de organogénesis; a mayor edad gestacional este riesgo es menor, debiendo retrasarse en la medida que el estado evolutivo de la patología lo permita. En relación al agente a usar, los alquilantes (ciclofosfamida) y antimetabolitos (metotrexato) tienen mayor riesgo de resultados adversos (25). Respecto a los taxanos y platino, si bien tendrían menor riesgo, se requieren estudios adicionales respecto a la transferencia placentaria y seguimiento a largo plazo, habiéndose reportado concentraciones elevadas de cisplatino en el líquido amniótico, y presencia de cisplatino en el cordón umbilical de neonatos expuestos durante el embarazo.

Radioterapia durante el embarazo

Se ha usado con éxito en cáncer de mama y linfoma, con uso de protección pélvica para reducir la exposición fetal a menos de 10 rads; las emisiones mayores a 20 rads se asocian con teratogénesis o pérdida del embarazo (24). La radioterapia pélvica induce consecuencias letales o severas para el embarazo. En consecuencia, se aconseja usar terapias alternativas y diferir la radioterapia hasta el periodo postparto cuando sea posible.

El manejo de cualquier cáncer durante el embarazo requiere el apoyo de un equipo de especialistas calificados o el análisis por un comité oncológico.

2.2 Proceso de atención

El proceso de atención a la mujer en la primera causal se inicia siempre con la acogida y entrega de información que la Ley N° 21.030 estipula como obligación del prestador de salud (Inciso 10), señalada al inicio de este capítulo.

La acogida por el equipo de salud a una mujer gestante con un elevado riesgo, requiere un enfoque biopsicosocial del modelo de atención integral, en que las actuaciones biomédicas y psicosociales deben estar articuladas, considerando los siguientes momentos

Curso del caso	Aspectos biomédicos a considerar	Acogida por el equipo psicosocial
Surge sospecha de que el embarazo pueda poner en riesgo la vida de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Momento en que surge la sospecha: se puede hallar un significado subjetivo y riesgo diferente según el trimestre del embarazo. - Edad de la mujer: puede asociarse a distintos agravantes, así como también, limitar las alternativas a futuro respecto de la maternidad. - Patologías de base que puedan complicar el problema de salud o la intervención para su mejoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - En este período corresponde ofrecer soporte en momentos de angustia e incertidumbre, acogiendo y brindando contención a la mujer, y de requerirlo a su pareja y familia. - Se debe entregarle certeza de que no está sola en esta crisis, que cuenta con un equipo para apoyarla.
Diagnóstico confirmado situación crítica de salud, que se agrava por la condición de embarazo, poniendo en riesgo la vida de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> - Momento en que se recibe esta confirmación: la vivencia será diferente si esta situación se da en un contexto de urgencia, o si se trata de un diagnóstico que requiere un tratamiento específico para proteger la vida. En cada caso, el tiempo es un factor crítico, que tensiona y complejiza de manera particular la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Probablemente, en este momento la mujer requerirá el desarrollo de intervención en crisis, que permita contener las emociones que inundan y dificultan focalizarse en el enfrentamiento de la situación de urgencia vital.

a. Constitución de la causal

La constitución de la causal requiere el diagnóstico médico que establece que la continuidad de la gestación constituye riesgo de vida para la mujer.

El riesgo vital de una mujer embarazada se puede expresar de 2 formas, riesgo vital inminente y no inminente.

Riesgo Vital Inminente

En caso de **riesgo vital inminente**, las acciones estarán centradas en la secuencia de reanimación, estabilización hemodinámica de la mujer para derivarla, si fuese posible, o a interrumpir el embarazo si esa fuese la herramienta idónea que le pueda salvar la vida (síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) severo; embarazo ectópico roto, etc.).

Un médico cirujano define y deja estipulado en la ficha clínica que se debe realizar la interrupción inmediatamente para salvar la vida de la mujer.

Riesgo Vital no inminente

En caso de riesgo vital no inminente, un **ginecobstetra valorará** los antecedentes clínicos definiendo el riesgo de vida de la mujer gestante. Esto puede suceder en patologías agudas propias del embarazo (por ejemplo, SHE) y también en patologías crónicas. Estas se consideran causa de muerte materna indirecta (por ejemplo, las mujeres cardiópatas que no resisten el aumento de volemia de un embarazo).

En caso de otras patologías concomitantes a la gestación (como algunos cánceres), o en mujeres portadoras de patologías crónicas (como cardiopatías, hipertensión arterial (HTA) severa, enfermedades autoinmunes, etc.), el médico/a gineco-obstetra deberá contar con una evaluación realizada por un especialista con competencias en la patología, que señale el riesgo que presenta la mujer con dicha gestación. El médico deberá dejar por escrito los elementos clínicos que definieron que se constituyera la causal.

Para proceder a la interrupción se requiere:

El respectivo diagnóstico médico más la voluntad de la mujer

Constituida la causal, el/a médico/a responsable lo anotará en la ficha clínica. Para ello se sugiere el siguiente texto:

Este diagnóstico configura una condición clínica que habilita a la paciente para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo por riesgo vital.

Cuando sea posible, la noticia del diagnóstico deberá darse en conjunto entre médico y profesional psicólogo/a, y evitar triangulaciones de la información que pudieran afectar la relación de ayuda.

Si la mujer se encuentra en condiciones de salud (estado de conciencia) que le permitan decidir, se le deberá entregar la información de su estado de salud y de los tratamientos disponibles, incluida la interrupción voluntaria del embarazo.

Se debe entregar información clínica clara, respecto del desarrollo y desenlace posible de la condición de salud de la mujer, indicando los procedimientos a realizar para resguardar su vida. Informar sobre lo que señala a este respecto la Ley N° 21.030, brindándole respaldo y protección frente a la decisión que tome. Se debe responder las preguntas que la mujer y su entorno necesiten aclarar para tomar su decisión con tranquilidad y sin presión, considerando no esperar a riesgo de muerte inminente.

Asimismo, sobre los procedimientos clínicos disponibles para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo con la evaluación médica, incluyendo aspectos relacionados con los posibles riesgos y complicaciones asociadas al procedimiento elegido, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones.

Una vez entregada la información la mujer debe firmar el “Certificado de entrega y recepción de información sobre La ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales” (Anexo N°2).

En este momento corresponde ofrecer el programa de acompañamiento del establecimiento de salud, así como entregar el listado de instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas para ofrecer el programa de acompañamiento y el listado de aquellas que ofrecen apoyo adicional, si no lo hubiera recibido antes. Su decisión también quedará consignada en la ficha clínica.

b. Acciones del programa de acompañamiento – primera causal

Una vez que la mujer manifiesta su voluntad expresa de participar en el programa de acompañamiento voluntario, se debe asegurar la confidencialidad y la idoneidad de la información entregada en este proceso de apoyo.

Se deberá explicar en qué consiste el proceso de acompañamiento, las prestaciones que incluye y la necesidad construir conjuntamente un “**plan de acompañamiento**”, que podrá irse adecuando a las necesidades personales de la mujer -adolescente o adulta- en cada etapa, siempre contando con la voluntad de ella. En el proceso de acompañamiento se considerarán variables de tipo obstétrico en conjunto con las psicosociales.

En esta causal, probablemente el embarazo es un evento deseado o aceptado, por lo que conocer el diagnóstico de una patología que puede poner en riesgo la vida de la mujer implicará un quiebre en sus expectativas de llevar a término la gestación, con consecuencias psicológicas.

La propia decisión de interrumpir voluntariamente la gestación para proteger su vida puede agregar impacto emocional en la mujer, que se puede manifestar a través de sintomatología ansioso-depresiva.

Se debe considerar que su capacidad para enfrentar esta situación, así como la eventual aparición de síntomas de la esfera psicológica, estarán influidas por la edad gestacional, el momento de aparición de la patología, la urgencia para la toma de decisión, el manejo obstétrico de urgencia, antecedentes de pérdidas en embarazos, la existencia o no de otros hijos o hijas, las características personales de la mujer y de su red de apoyo.

Además de entregar atención biopsicosocial a la mujer y su familia, en estos casos de riesgo de vida se busca acompañar a la mujer en su opción de interrupción o continuidad del embarazo y evitar secuelas adversas.

Objetivos del acompañamiento en esta causal

- Entregar un acompañamiento profesional empático y respetuoso que apoye la toma de decisión informada de la mujer.
- Informar y ofrecer apoyo psicológico y social a la mujer que decide **interrumpir** el embarazo para proteger su vida.
- Proporcionar apoyo psicológico para la mujer que decide interrumpir su embarazo pueda vivir de la mejor forma posible el proceso de recuperación de su salud física y mental.
- Proporcionar apoyo psicológico para que la mujer que interrumpe su embarazo antes de la maduración funcional de su hijo/a, y si el recién nacido/a es hospitalizado en Neonatología.
- Proporcionar apoyo psicológico y social a la mujer que decide **continuar** su embarazo, aunque ello pudiera poner en riesgo su vida, incorporando en este proceso a sus personas significativas si ella así lo solicita.

Al acompañar a una mujer gestante con un elevado riesgo de salud, se estructurará un proceso con diferentes fases, correlacionadas con el curso clínico de cada caso y los aspectos biomédicos relevantes. Es decir, las actuaciones biomédicas y psicosociales deben estar del todo articuladas.

Estas fases pueden organizarse de la siguiente manera:

Curso del caso	Aspectos biomédicos a considerar	Acompañamiento psicosocial
Acogida	Se ha constituido la primera causal e informado a la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - El rol del acompañamiento es la contención en el dolor y el temor y apunta a favorecer la toma de la decisión respecto de continuar o interrumpir el embarazo. - En esta fase es recomendable indagar en las emociones, ideas y actitudes de la pareja y/o familia, apoyando y orientando para la aceptación,

		respeto y apoyo a la decisión de la mujer.
Decisión de la mujer: interrupción del embarazo	En los casos en que la mujer decida interrumpir su embarazo, el procedimiento clínico tendrá características específicas, en función de la edad gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> - Si bien el procedimiento de la interrupción del embarazo se enmarca en el ámbito biomédico, será significativo para la mujer saber que cuenta con el apoyo y disponibilidad del equipo psicosocial para acompañarla a ella y su entorno familiar si ella lo solicita. - Acompañarla proponiendo un encuadre de respeto y valoración a su decisión libre, sin juicio ni autoreproche.
Decisión de la mujer: continuar el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Situación de salud: características y cuidados paliativos correspondientes. - Desarrollo del feto a lo largo del embarazo: resguardo de su bienestar, en el contexto de la enfermedad de la mujer embarazada. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mujer que opta por llevar embarazo hasta la sobrevivencia del hijo/a sabe que puede perder su vida a causa de esa decisión. - En este escenario, la alternativa elegida puede implicar sufrimiento y angustia, para la mujer. Frente a eso, será relevante el apoyo en la contención y la compañía. - Este puede constituir un tiempo para elaborar la propia historia e identificar redes y personas significativas que puedan apoyar a la pareja en el cuidado y protección del hijo/a que nacerá.
Seguimiento post interrupción	Control médico posterior a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - El acompañamiento deberá adecuarse a la situación emocional y física de la mujer, para brindar contención y apoyar en la elaboración del duelo por la pérdida del hijo/a, cuando ello sucede. - Será relevante indagar en la posible presencia de sentimiento de culpa y sintomatología psíquica que pudiese derivar en algún cuadro psiquiátrico que requiera intervención específica. En ese caso se la debe tratar de forma integrada con la red de salud mental asegurando la continuidad de cuidados - En este momento será importante incorporar a las personas significativas que la mujer identifique. Orientando la construcción de un plan de vida centrado en sus capacidades y redes de apoyo
Cierre	Alta médica	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la continuidad del proceso de acompañamiento por el equipo, con una referencia vincular a atención primaria.

Acogida

Afrontar la noticia del riesgo vital de la mujer gestante es un proceso difícil, que podría ameritar contención en crisis según cada caso particular, facilitando la calma posible para hacer frente a esta situación.

Toma de decisión

Con los antecedentes recibidos, la mujer tendrá que tomar una decisión, a pesar de la angustia e incertidumbre que pueda sentir. Requerirá contención para que pueda comprender su situación de salud y evaluar las consecuencias asociadas a la decisión de interrumpir o continuar su embarazo en las mejores condiciones.

Tendrá que decidir si continuar con su embarazo o interrumpirlo. Es ella quien decide qué conducta seguirá y el equipo de salud siempre respetará esa decisión, la que deberá quedar registrada en la ficha clínica y en el Certificado de entrega y recepción de información (Anexo N°2).

Si decide interrumpir su embarazo, se le deberá explicar las características de los métodos de interrupción que el equipo pueda ofrecerle, de acuerdo a la evidencia científica y a la realidad local, sus riesgos y complicaciones, y se solicitará el Consentimiento Informado (Ver Anexo N°2). El establecimiento deberá entregarle documentación escrita sobre el método elegido, la que deberá adjuntarse al Consentimiento Informado.

En caso de que decida continuar con la gestación, se le deberá relatar la evolución esperable y los síntomas que presentará, aclarando las consecuencias de la decisión de continuar con la gestación, señalando siempre que ella puede cambiar su parecer. El equipo de salud resguardará los demás cuidados regulares de acuerdo con su estado de salud.

Continuidad del acompañamiento

La continuidad del acompañamiento se ajustará caso a caso, variando si se trata de una intervención de urgencia por riesgo inminente de vida de la mujer, o un caso de riesgo no inminente, en que la interrupción del embarazo no tiene plazo.

En el caso de la mujer que, tras la interrupción del embarazo, se encuentre hospitalizada y en un delicado del estado de salud, con su hijo o hija que habiendo nacido, se encuentre también hospitalizado/a, será importante propiciar su tranquilidad y el surgimiento de emociones asociadas al apego. A su vez, será necesario acompañar y contener a la pareja, familia y/o personas significativas que la mujer haya elegido.

En la medida en que sea posible articular y fortalecer las redes de apoyo de la mujer, se generarán espacios de calma que permitirán hacer frente al abordaje clínico y desenlace de la patología de la mujer. A su vez, se podrán garantizar redes de protección para el niño o niña que nazca, puesto que, dependiendo de la condición del/a recién nacido, se requerirá ese apoyo familiar para asumir el cuidado del mismo y a lo largo de su desarrollo, como un soporte frente a la gravedad de la salud de la mujer y su eventual muerte.

En caso de que el feto no sobreviva, se le deberá consultar a la mujer y su entorno (pareja y personas que ella autorice) si desea tener algún recuerdo del mortinato, y si quiere o no los restos del feto para darles sepultura (Ver Anexo N°5).

c. Atención clínica

En esta causal se considera que la mujer se encuentra en riesgo vital por una patología relacionada directamente con el embarazo, o agravada por este, razón por la cual la interrupción oportuna y adecuada de éste evite un riesgo para su vida. No es necesario que el riesgo sea inminente, se deben evitar demoras innecesarias que pongan en riesgo irreversible la vida de la mujer.

Las conductas clínicas dependerán directamente de la patología de que se trate y el nivel de riesgo vital en que se encuentre la mujer embarazada. Además, ellas dependerán del nivel de complejidad que tenga el establecimiento de salud al cual consulta la mujer.

El médico y/o equipo clínico, deberá diagnosticar las condiciones clínicas que permiten que se constituya la primera causal, es decir, que definen un riesgo vital de la mujer en caso de continuar con su gestación. La decisión de la interrupción del embarazo es de la mujer.

Si se trata de un cuadro de inicio abrupto, grave y no predecible, y la mujer embarazada llega a un servicio de urgencia de complejidad insuficiente para su mejor resolución, debe ser derivada en condiciones adecuadas (estabilidad hemodinámica) a un servicio clínico que cuente con las condiciones suficientes y apropiadas para resolver eficaz y oportunamente el caso, nivel de especialidad obstétrica. Si no es posible derivarla, por la gravedad de la paciente, o por las condiciones de aislamiento y acceso del lugar en que se encuentran, y la interrupción del embarazo es la herramienta terapéutica que le puede salvar la vida a la mujer, el médico y/o equipo médico deberá proceder a constituir la causal, informar a la mujer, y si ella decide interrumpir la gestación para salvar su vida, debe interrumpir el embarazo.

Las patologías obstétricas se resolverán según indica la Guía Clínica Perinatal del MINSAL vigente (26) y las que no estén allí consignadas, según la "Lex artis" ("ley del arte")⁴.

Las patologías no obstétricas que dieran origen a la causal deberán ser diagnosticadas en conjunto con el o los especialistas correspondientes (internista, cardiólogo, oncólogo, etc.) y evaluadas junto al ginecobstetra, lo que deberá quedar consignando en la ficha clínica. Lo anterior se realizará en un Centro de atención de especialidad ambulatoria (nivel secundario de atención),

⁴"LEX ARTIS: aquel criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. "Comporta no sólo el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas, aceptadas generalmente por la ciencia médica, y adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza. Debe tenerse en cuenta que por definición la lex artis médica sigue la evolución del progreso técnico-científico de la Medicina, así como las peculiaridades personales de cada paciente y las características del profesional.

centros de atención de especialidad cerrados (hospitales y/o clínicas) dependiendo de si se trata de un riesgo vital inminente o no inminente, o eventualmente en Servicios de Urgencia, sin existir un límite de edad gestacional para la interrupción.

Se le informará a la mujer sobre el diagnóstico y pronóstico de su salud y la de su hijo/a, de las posibilidades de interrupción del embarazo (aborto, parto prematuro o de término), además de las prestaciones médicas (de salud física y mental) a la que ella (y eventualmente otros miembros de su familia) tienen acceso.

En caso de continuar con la gestación, el equipo médico deberá tomar todas las medidas que permitan obtener un recién nacido en las mejores condiciones clínicas posibles.

Si la mujer opta por interrumpir el embarazo se deberá decidir la técnica de interrupción considerando:

1. Edad gestacional al momento de definirse la interrupción.
2. Condición de salud de la mujer (con o sin riesgo vital inminente).
3. Condiciones obstétricas (trabajo de aborto o parto en curso, cicatrices uterinas, presentación fetal, estado de la membrana amnios corial, infección ovular, etc.).
4. Presunta viabilidad fetal fuera del útero y salud fetal al momento de la interrupción.

Si la mujer -adolescente o adulta- se encuentra imposibilitada de expresar su voluntad y se estima que ésta es la medida idónea de acuerdo con el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584, se realizará la interrupción.

Una vez realizada la interrupción del embarazo, la mujer podrá seguir su plan de acompañamiento y el control médico en centros especializados de atención, y/o como lo disponga la red de prestadores definida por su seguro de salud o por ella.

En caso de que el/la recién nacido/a sobreviva a la interrupción del embarazo, éste/a se atenderá en la unidad de neonatología acorde a la normativa vigente (27, 28).

Al momento de la alta clínica, la mujer debe recibir indicaciones claras relativas a:

- Cuidados post procedimiento, signos de alarma de complicaciones y consulta al sistema de salud en cuanto sea necesario.
- Continuación de tratamiento de la patología de base.
- Control posterior, incorporando orientación y consejería anticonceptiva para evitar nuevo embarazo que ponga en peligro su vida, si ella así lo decide y fuese necesario.

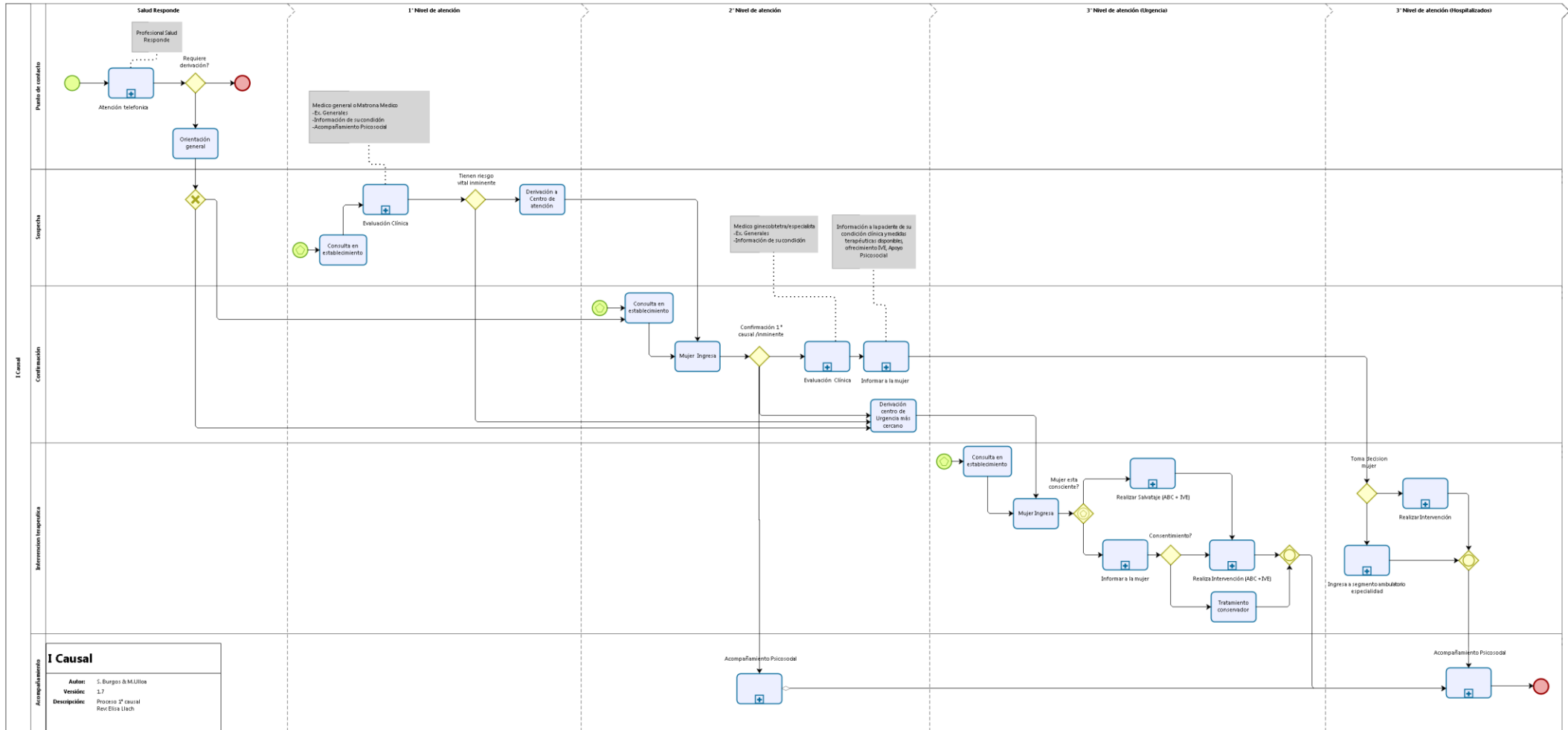
d. Atención del recién nacido

El recién nacido vivo, prematuro, nacido tras una interrupción del embarazo, recibirá la asistencia del o de los/as profesionales de atención inmediata de neonatología, según indicaciones de manejo clínico, en base a los lineamientos ministeriales vigentes.

El rol del acompañamiento a la mujer en esta fase se centrará en favorecer el desarrollo de experiencias significativas de apego en la medida en que sea posible, y sin imposición del vínculo.

En caso de que la mujer así lo solicite, se propiciará el contacto piel con piel de madre y padre, si este se encuentra presente, el inicio de lactancia materna (en el caso de ser posible) y la vinculación con el recién nacido de la familia o figuras significativas que la mujer elija.

2.3 Flujoograma del proceso clínico en la primera causal – Interrupción voluntaria del embarazo



3. Segunda causal: patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal

La Ley Nº 21.030 señala que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando “el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”.

En la literatura médica internacional no existe un consenso sobre el concepto de anomalía congénita letal. La Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría, definió como “Anomalía congénita de mal pronóstico vital (ACMPV)” a todo defecto estructural o funcional que compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina, que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles, y que determina invariablemente la muerte durante el periodo fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocia con un tiempo de supervivencia breve, aunque en condiciones muy excepcionales la supervivencia pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida (29).

En la actualidad **existe un número limitado de patologías** en las condiciones señaladas en la ley, las cuales están afectas al dinamismo del progreso de la ciencia y tecnología en la medicina moderna, y particularmente en la medicina materno-fetal, neonatología, cirugía infantil y genética.

3.1 Antecedentes epidemiológicos y diagnósticos

En base a la tecnología diagnóstica científica actual es posible definir un listado limitado de patologías congénitas adquiridas o genéticas, incompatibles con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, junto con sus incidencias esperadas, las cuales han sido aceptadas universalmente, y sobre la cual también la Sociedad Chilena de Pediatría se ha pronunciado(29).

Las patologías que a continuación se exponen no constituyen un catálogo taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de incompatibilidad con la vida extrauterina, en todo caso de carácter letal. Sin perjuicio de ello, siempre la evaluación del caso concreto, realizada por dos diagnósticos de médicos especialistas en igual sentido, es lo que determinará la posibilidad de constitución de una segunda causal.

- a) Anencefalia, exencefalia y acráneo: Malformación cerebral congénita caracterizada por la ausencia parcial o total del cerebro, cráneo y cuero cabelludo. Su prevalencia mundial es aproximadamente 1:1.000 nacimientos, aunque en Chile esta incidencia se ha reducido significativamente después de la incorporación del ácido fólico en la dieta de la población

chilena, reportándose para 2015 una tasa acumulada para anencefalia de 0,35:10.000 nacimientos, conforme al protocolo de seguimiento del programa nacional de fortificación (30).

- b) Holoprosencefalia alobar. Es una alteración precoz del clivaje del prosencéfalo, lo que se traduce en anomalías cerebrales y faciales severas. Se asocia con cromosopatías 13 y 18. Su prevalencia es 1:16.000 nacimientos, pero es mayor en estadios precoces de la gestación, alcanzando incluso a describirse en 1:250 gestaciones.
- c) Atresia laríngea o traqueal. Consiste en una obstrucción de la vía aérea. Su prevalencia es desconocida, pero es muy infrecuente. Conduce al fallecimiento del recién nacido por imposibilidad de respirar al nacer.
- d) Pentalogía de Cantrell. Se caracteriza por ectopia cordis (el corazón fuera de la cavidad torácica) y defectos de pared abdominal (onfalocele o gastrosquisis) asociados a disrupción del esternón distal, diafragma anterior, y pericardio diafragmático. Es una condición extremadamente rara, y su prevalencia es alrededor de 1,5:100.000 recién nacidos.
- e) Secuencia de Tallo corporal. Es un gran defecto de pared abdominal que genera hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones) que no se puede resolver vía quirúrgica. Su prevalencia es alrededor de 1:14.000 recién nacidos.
- f) Agenesia renal bilateral. La agenesia renal bilateral es una anomalía congénita mortal rara, originada por la ausencia del desarrollo de los riñones y falla en la división del esbozo ureteral. La falta de sistema excretor urinario produce el fallecimiento del recién nacido. Su prevalencia es 1:5.000 a 10.000 recién nacidos.
- g) Riñones multi o poliquísticos con secuencia Potter y de inicio precoz. Anomalías displásicas de ambos riñones que se asocian a hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones). Su prevalencia fluctúa de 1:10.000 recién nacidos para los riñones multiquísticos a 1:50.000 recién nacidos para los poliquísticos.
- h) Displasias esqueléticas con hipoplasia torácica y pulmonar. Son una serie de condrodisplasias incompatibles con la vida, siendo las más frecuentes la displasia tanatofórica tipo I y II (incidencia de 1:10.000 recién nacidos) y la osteogénesis imperfecta tipo II con una prevalencia de 1:60.000 recién nacidos.
- i) Las Alteraciones Cromosómicas incompatibles con la vida más frecuentemente observadas, y que habitualmente progresan más allá del primer trimestre de gestación, son la trisomía 18, 13, 9 y las triploidías. La prevalencia de la Trisomía 18 y 13 es alrededor de 1:4.000/1:8.000 recién nacidos y 1:5.000/1:20.000 recién nacidos respectivamente, mientras que la trisomía 9 y triploidías son mucho menos frecuentes.
- j) Gemelos acárdicos. Ausencia de formación de corazón en uno de los gemelos monocigóticos. Su prevalencia es muy infrecuente, alrededor de 1:100.000 embarazos.
- k) Otros, hay muchos más casos de anomalías congénitas complejas que son de muy baja frecuencia.

En la Tabla N°2 se muestran las cifras estimadas, a partir de la prevalencia reportada a nivel internacional, de anomalías incompatibles con la vida y asumiendo un número de partos por año de 250.000, similar a la realidad chilena, lo que permite inferir que debieran ocurrir alrededor de 500 casos anuales de patologías congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal en el país (31, 32).

Tabla 2. Estimación de casos anuales de malformaciones incompatibles con la vida sobre recién nacidos vivos

Malformación	Prevalencia	Casos/año
Anencefalia	1:1.000	250
Holoprocencefalia	1:16.000	15
Atresia Laríngea	Desconocida	1
Pentalogía de Cantrell	1:67.000	4
Secuencia Tallo corporal	1:14.000	18
Agnesia renal bilateral	1:10.000	25
Riñones multiquísticos	1:10.000	25
Riñones poliquísticos	1:50.000	5
Displasias esqueléticas tanatofórica	1:10.000	25
Osteogénesis imperfecta severa	1:60.000	4
Trisomía 18*	1:2.200	113
Trisomía 13*	1:6.900	36
Gemelos acárdicos	1:100.000	2
Otras (triploidía, trisomía 9, etc.)	<1:100.000	1
TOTAL		524

*Elaboración sobre la base de prevalencias estandarizadas en 12 semanas de gestación en población con edad materna promedio de 25 años.

3.2 proceso de atención

El proceso de atención se inicia siempre con la acogida y entrega de información que la Ley N° 21.030 estipula como obligación del prestador de salud (Inciso 10).

La acogida por el equipo de salud a una mujer gestante en que se presenta la inviabilidad fetal, requiere el enfoque biopsicosocial del modelo de atención integral, en que las actuaciones biomédicas y psicosociales están articuladas.

La atención biopsicosocial de la mujer, desde el momento en que se conoce la sospecha del diagnóstico de inviabilidad del embarazo, por parte del equipo de salud, es siempre una tarea compleja, pudiendo acrecentar la angustia de la mujer y la familia si no se realiza de manera adecuada. La forma en se entregue esta información influirá en el estado emocional de la mujer, en la construcción emocional de la mujer y su familia, en la manera de incorporar la información, en la toma de decisiones, así como el recuerdo que decida conservar.

Se deberá utilizar un lenguaje comprensible que dé la cercanía necesaria para generar confianza en quien recibe esa información. El equipo debe estar dispuesto a responder todas las preguntas y reconocer que no siempre se cuenta con todas las respuestas. En esos casos corresponde ser claro y comprometer mayores antecedentes cuando estén disponibles. Ello permitirá construir un adecuado vínculo entre la mujer (y su entorno familiar) y la institución de salud que la atiende, lo que contribuirá al manejo de la incertidumbre generada por la evolución clínica y en la aceptación de manera paulatina del proceso de pérdida que le/s toca vivir.

A continuación se detallan los momentos iniciales del proceso de atención psicosocial.

Curso del proceso	Aspectos emocionales significativos	Consideraciones para la atención psicosocial
Sospecha de anomalía congénita incompatible con la vida extra uterina.	<ul style="list-style-type: none"> - Momento de gran dolor e incertidumbre, pues la ilusión del hijo sano se enfrenta a la realidad de la enfermedad e inviabilidad. - Altos niveles de ansiedad podrían interferir en la concentración y memoria, dificultando la clara comprensión de la información que es entregada. 	<ul style="list-style-type: none"> - En la atención psicosocial, mientras se realizan los estudios para conocer el pronóstico del embrión o feto, será fundamental expresar a la mujer que el equipo de salud entiende el impacto de lo que está sucediendo. El proceso de diagnóstico puede ser doloroso y los tiempos de espera serán diversos. Por ello, se deberá destinar el tiempo adecuado y un espacio de privacidad para entregar este tipo de información, evitando terminología técnica difícil de entender y asegurándose que la mujer y sus personas significativas comprenden con claridad la información que reciben. - Será relevante establecer una relación de confianza a partir de la cual las consultantes sientan que pueden explicitar sus dudas y retomarlas en conversaciones sucesivas. Así también, se deberá acoger la angustia que provoque la incertidumbre de algunos momentos respecto de la letalidad del diagnóstico.
Confirmación diagnóstica de inviabilidad fetal	<ul style="list-style-type: none"> - Frente al diagnóstico de inviabilidad fetal, es esperable que la mujer y su red de apoyo pasen por distintas fases emocionales, las que 	<ul style="list-style-type: none"> - Al igual que en la causal anterior, se sugiere realizar la conversación para la entrega de la confirmación diagnóstica de letalidad en dupla entre el médico especialista y la psicóloga. Con esto, se espera fortalecer la relación de ayuda con la mujer, al transmitirle compañía y apoyo por parte de un equipo interdisciplinario articulado,

	<p>no son estáticas ni siguen un orden pre establecido, sino que pueden traslaparse y/o repetirse en diferentes momentos del proceso. Se detallan en cuadro aparte.</p>	<p>atento y sensible a su dolor, que la escucha, valida sus emociones y la contiene, comprometido y disponible para acompañarla en el proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se deberá entregar clara información a la mujer en relación a los hallazgos, en un espacio de contención y respeto, de manera dosificada y atingente a este momento. - Se deberá presentar el diagnóstico, pronóstico y todas las opciones de manejo, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo, asegurando su autonomía para la toma de decisiones. El equipo estará disponible para clarificar las múltiples dudas, y contener las angustias y temores que este diagnóstico implica.
--	---	---

a. Constitución de la causal

Para que se constituya la segunda causal, se requiere el diagnóstico de dos médicos especialistas en igual sentido, que corroboren la patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal. Establecida dicha causal, se abre el contexto que posibilita la toma de decisión de la mujer.

Cuando sea posible, la noticia del diagnóstico deberá darse en conjunto entre médico y profesional psicólogo/a, y evitar triangulaciones de la información que pudieran afectar la relación de ayuda. El equipo de salud debe entregar a la mujer información clara y completa, que le permita la resolución de sus dudas, y la contención de sus angustias y temores asociados a ellas.

Se le informará sobre el diagnóstico y pronóstico de su salud y la del embrión o feto, de la posibilidad de interrupción del embarazo (aborto, parto prematuro o de término), además de las prestaciones médicas (de salud física y mental) a la que ella (y eventualmente otros miembros de su familia) tienen acceso.

Se reiterará la información sobre la Ley N° 21.030, a la que podrá acogerse si lo desea, aclarando las dudas y explicando los alcances de la misma. Ella podrá decidir la interrupción del embarazo en cualquier momento de la gestación, sin límite de edad gestacional.

Una vez entregada la información la mujer debe firmar el “Certificado de entrega y recepción de información sobre La ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales” (Anexo N°2).

La ley no exige que los médicos autoricen la causal, el equipo sólo realiza el diagnóstico de una patología que configura la segunda causal. Quien decide sobre el curso de su gestación es la mujer portadora de una gestación en dichas condiciones.

Para poder proceder a la interrupción voluntaria del embarazo se requiere:

Dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas por escrito + el documento en que se consigne la decisión de la mujer

Constituida la causal, el/a médico/a responsable lo **anotará en la ficha clínica**. Para ello se sugiere detallar los nombres de los médicos que han concurrido con el diagnóstico luego del siguiente texto:

Este diagnóstico, en el que han coincidido dos médicos especialistas en igual sentido, configura una patología fetal congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, la paciente puede solicitar la interrupción voluntaria del embarazo.

Una vez constituida la causal se deberá ofrecer a la mujer -adolescente o adulta-, el programa de acompañamiento con que cuenta la institución de salud en que se encuentra, informándole que existen instituciones u organizaciones de la sociedad civil acreditadas que pueden otorgarlo. Se le entregará el listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa. Se informará a la mujer la gratuidad en el sistema público donde ella podrá acceder a las mismas prestaciones.

Si el recién nacido tiene un periodo de sobrevida al parto o la interrupción del embarazo, se entregarán los cuidados paliativos, tal como se hace en la actualidad. El recién nacido recibirá los cuidados que correspondan según lo determinan la ética médica y las normas vigentes, lo que implica asegurarle los cuidados básicos que requiera su condición (alimentación, hidratación, muda, abrigo, contacto con la madre y el padre, entre otras).

b. Acciones del programa de acompañamiento – Segunda causal

Para que la mujer acceda al programa de acompañamiento se requiere su voluntad expresa, registrada en la ficha clínica. Debe resguardarse siempre la confidencialidad y la idoneidad de la información entregada durante el proceso de apoyo.

El momento inicial es siempre la acogida, en este caso, a una mujer que enfrenta el diagnóstico de una segunda causal, es decir, un momento particularmente sensible, pues desde la expectativa inicial, el embarazo debió haberse orientado al nacimiento de un hijo vivo y sano. Esto agrega complejidad al acompañamiento en la toma de decisiones y desafía a los equipos a entregar presencia, cercanía y fortaleza en momentos de profundo dolor.

En este sentido, para los progenitores, las características físicas del feto no son lo que lo transforma en un hijo/a para ellos. Más bien es el lugar que ellos le dan en su mundo afectivo,

conformado por sus deseos, fantasías, proyecciones, temores y expectativas. En este momento irrumpe la “mala noticia” de que el embrión o feto no está sano, dando inicio a un proceso de duelo frente a las expectativas y deseos que no alcanzarán las condiciones para cumplirse.

El programa de acompañamiento busca entregar atención biopsicosocial a la mujer y, eventualmente a su familia y/o pareja, ante el diagnóstico recibido de parte del equipo de salud.

Objetivos específicos:

- Acoger y contener emocionalmente a la mujer que es informada del diagnóstico de segunda causal, considerando su red de apoyo.
- Entregar un acompañamiento profesional empático y respetuoso que apoye la toma de una decisión informada de la mujer, sobre la continuidad o interrupción de su embarazo, considerando las distintas dimensiones afectivas, familiares y contextuales, y sus creencias, expectativas y actitudes frente a esta posibilidad.
- Ayudar tanto a la mujer, como a su red de apoyo, a comprender y procesar la información sobre la patología congénita adquirida o genética y sus implicancias para el embarazo, procurando disminuir niveles de ansiedad y fantasías con respecto al diagnóstico.
- Proporcionar apoyo psicológico para que la mujer que decide **interrumpir** su embarazo pueda vivir de la mejor forma posible el proceso de recuperación de su salud física y mental.
- Proporcionar apoyo psicológico para la mujer que interrumpe su embarazo con sobrevivencia del recién nacido(a).
- Proporcionar apoyo psicológico y social a la mujer que decide **continuar** su embarazo, incorporando en este proceso a sus personas significativas, si ella así lo solicita.
- Apoyar a la mujer y a su red de apoyo a enfrentar el duelo durante el proceso, anterior y posterior a la decisión sobre continuar o interrumpir el embarazo.
- Reconocer las capacidades personales de la mujer y promover el fortalecimiento de una red de apoyo familiar u otra persona significativa indicada por ella.

El siguiente cuadro describe las etapas o momentos que pueden vivir la mujer y su entorno ante la sospecha de diagnóstico y una vez confirmado éste, así como los posibles abordajes. No obstante, también se presentarán mujeres que viven este proceso más rápidamente y llegan con menores dificultados a tomar una decisión respecto a la interrupción o continuidad del embarazo.

Fase	Reacción del Entorno	Acompañamiento Psicosocial
------	----------------------	----------------------------

<p>Negación Shock inicial, como un mecanismo de dosificación del dolor, que permite hacer frente al impacto de la noticia. Puede presentarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incredulidad, entumecimiento - Manifestaciones impulsivas - Confusión - Sufrimiento - Sentimiento de soledad - No querer saber acerca de lo sucedido. - Dificultad para comprender la información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor no reconocido socialmente. - Silenciamiento de la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al acompañar a esta mujer se hace necesario comprender y respetar el mecanismo protector de la negación, adecuándose a los tiempos internos de cada una para procesar la noticia. - Se sugiere realizar la conversación para la entrega de la confirmación diagnóstica de letalidad en dupla entre el médico especialista y la psicóloga. - La información se debe entregar en un espacio de contención y respeto, de manera dosificada y atingente a este primer momento.
<p>Ira Enojo volcado hacia sí misma, su pareja y/o el equipo de salud. Pueden presentarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rabia y dolor. - Conductas agresivas. - Sentimientos de traición, culpa y autorreproche por la posibilidad de haber sido causantes de la pérdida. - Ambivalencia: indefensión/ omnipotencia; amor/odio. - Cuestionamiento de creencias espirituales. - Sentimientos de envidia frente a parejas que están esperando un hijo o que han sido padres recientemente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflictos con la red de apoyo familiar o social. - Riesgo de pérdidas de relaciones sociales o laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones como esta podrían generar momentos de alto estrés para el equipo, lo que agrega especial importancia al trabajo colaborativo y a la organización de espacios de reunión, para revisar los abordajes, solicitar apoyo técnico y evitar quiebres con los afectados. - Se deben propiciar instancias de apertura emocional, que permitan a la mujer y su red de apoyo expresar su ambivalencia y dolor. A su vez, es necesario desarrollar estrategias consensuadas para fortalecer la relación de ayuda. - Pese a lo complejo de estas reacciones, es necesario proveer a la mujer de una experiencia humanizada en la atención de salud. Desde la comprensión de esta ira como parte de sus esfuerzos por enfrentar esta situación crítica y difícil, será posible empatizar con ella y transmitirle sintonía y disponibilidad para acompañarla en su dolor y angustia.
<p>Negociación Se trata de una etapa breve, en donde priman sentimientos de confusión y cuestionamiento respecto de si podría haberse hecho algo para evitar esta situación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Impotencia por no poder dar consuelo a sus seres queridos - Problemas para dar apoyo a los padres, por falta 	<ul style="list-style-type: none"> - En esta etapa, es importante indagar en el mundo afectivo de los progenitores y la relación emocional con su hijo/a. Conocer sus expectativas, miedos y creencias, para desmitificar temores y fantasías que pudiesen dificultar el proceso.

<p>Se suele buscar una respuesta o sentido espiritual a lo sucedido.</p> <p>Se presenta intensa nostalgia por lo que no pudo ser (fantasías de cómo hubiese sido la vida con su hijo/a).</p>	<p>de herramientas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Por otra parte, es necesario trabajar con las personas significativas de la mujer, en pro de favorecer su aceptación y apoyo a las decisiones que ella tome, respecto de su embarazo y proyectos de vida. - Las conversaciones en esta fase serán críticas para apoyar en la toma de decisiones. Se sugiere realizarlas en dupla médico – psicóloga, con el objeto de informar con claridad y contener en la emocionalidad que pueda desbordar. - Es necesario explicar los procedimientos a realizar para la interrupción del embarazo y los posibles escenarios a enfrentar, en función de la edad gestacional en que se realicen, así como adecuar el acompañamiento a las características de cada procedimiento de IVE.
<p>Tristeza</p> <p>Presencia de síntomas depresivos propios del duelo. Se reconoce la inevitabilidad de esta pérdida y de los proyectos que traía consigo. Pueden surgir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Culpa, angustia, dolor cansancio, desgano. - Trastornos de apetito y del sueño. - Profunda ansiedad y dudas respecto a las posibilidades de quedar embarazada nuevamente y volver a tener una pérdida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impotencia por no poder dar consuelo a sus seres queridos - Problemas para dar apoyo a los padres, por falta de herramientas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El acompañamiento en este momento apuntará a propiciar instancias de apertura emocional, que permitan a la mujer y su red de apoyo expresar y procesar el dolor. - Desde la contención y apoyo, se buscará fortalecer el vínculo de la mujer con sus figuras significativas (pareja, amigos o familiares), quienes podrán acompañarla y apoyarla en el proceso de duelo. - Será importante distinguir sintomatología sugerente de un dolor psíquico exacerbado y que pueda corresponder a algún diagnóstico de salud mental. En caso de detectarse alguna enfermedad mental que requiera manejo específico, se la deberá tratar en la red de salud mental, asegurando la continuidad del cuidado.
<p>Reequilibrio</p> <p>Aceptación de la pérdida y apertura hacia la oportunidad de vivir, a pesar de la ausencia del ser querido.</p> <p>Se distingue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se retoma la rutina cotidiana. - Se retoman proyectos. - Surgen sentimientos de 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de alivio. - Algunos miembros de la red de apoyo podrían requerir atención en esta etapa, dado que antes no pudieron dar espacio a su propio duelo, por 	<ul style="list-style-type: none"> - Es probable que esta fase se alcance posterior al cierre del proceso de acompañamiento. - Para facilitar el camino hacia esta fase se hace importante retroalimentar a la mujer y red de apoyo, destacando sus recursos personales, así como las áreas a fortalecer, explicitando la disponibilidad de la red de salud para apoyarla. - Se deberá reforzar a las figuras

<p>esperanza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay menor oscilación emocional. - Recuperación de las expectativas de vida y proyectos individuales y/o familiares. - Mejora en la sintomatología asociada al duelo. 	<p>tener que dar apoyo a sus seres queridos.</p>	<p>significativas, otorgando psicoeducación con respecto al duelo, de manera que puedan brindar apoyo en caso de que vuelvan a aflorar síntomas y sea necesario retomar el contacto con los equipos de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En caso de que se requiera continuidad de atención en el centro de APS o Nivel Secundario, se deberá realizar derivación asistida.
--	--	--

Al acompañar a una mujer que cursa un embarazo en que se ha constituido la segunda causal, se inicia un proceso que reconoce diferentes fases, ligadas al proceso emocional de la mujer y de su entorno familiar. El acompañamiento en estas fases puede organizarse de la siguiente manera:

Curso del proceso	Aspectos emocionales significativos	Consideraciones para el acompañamiento psicosocial
Acogida	<ul style="list-style-type: none"> - Mujer enfrenta el dolor de la pérdida, en soledad o junto a su familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Las reacciones emocionales de la mujer y su red familiar dependerán de sus expectativas; su relación con el embarazo; su construcción simbólica de la maternidad; sus proyecciones de vida a partir del embarazo, la sociedad y la cultura a la que pertenecen, entre otros factores. De esta forma, será necesario incorporar dichos factores en el proceso de acompañamiento, así como también, comprender y acoplarse a los mecanismos protectores para el enfrentamiento del estrés y a la expresión emocional de cada mujer, adecuándose a sus tiempos para procesar la noticia y visibilizando sus esfuerzos por enfrentar esta situación crítica y difícil.
Acompañamiento en la decisión	<ul style="list-style-type: none"> - Esta situación representa una crisis tanto para la madre como para su red familiar, en cuanto desarma y empuja a reajustar sus expectativas con respecto a su situación actual y futura, tanto en lo personal como en su entorno. - Es posible que durante este proceso las emociones que primen sean de dolor, rabia, 	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario conocer el significado de esta pérdida desde la perspectiva de la mujer y su pareja, de manera de considerar y responder a la particularidad de cada experiencia. Los equipos están llamados a estar presentes y disponibles, a escuchar y comprender el dolor de la pérdida. Las conversaciones en esta fase serán críticas para apoyar en la toma de decisiones. Se sugiere realizarlas en dupla médico – psicóloga, con el objeto de informar con claridad y contener en la emocionalidad que pueda desbordar. Es

	<p>tristeza e incertidumbre. En este escenario, el discernimiento y la toma de decisiones se tensionan y pueden verse interferidas por la emocionalidad que pueda desbordarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Así también, es posible que la mujer enfrente su proceso de decisión en calma y con tranquilidad, viviendo su tristeza acompañada y con un buen soporte en su red de apoyo. - Será necesario considerar cada estado emocional y redes de apoyo presentes, de manera de construir un proceso de acompañamiento que se acople a cada caso y se desarrolle de manera pertinente a las necesidades de cada mujer. 	<p>necesario explicar los procedimientos a realizar para la interrupción del embarazo y los posibles escenarios a enfrentar, en función de la edad gestacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ese contexto, el factor tiempo se presenta también como un elemento crítico que requiere el equilibrio entre el respeto a los ritmos de cada mujer y el evitar dilaciones innecesarias que puedan tener efectos sobre los procedimientos a realizar y la sobrevida posible, si la interrupción se realiza en etapas más avanzadas del embarazo. - En línea con lo anterior, será importante incorporar en las conversaciones y orientaciones la reflexión y la mirada a la muerte del hijo o hija que se espera. El acompañamiento deberá adecuarse a la opción que tome la mujer respecto de la continuidad o interrupción de su embarazo, incorporando distintos objetivos y acciones, construyendo un plan de acompañamiento de mutuo acuerdo.
<p>Acompañamiento a enfrentar la decisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cualquiera sea la decisión, esta experiencia se caracterizará por enfrentar el dolor por la pérdida del hijo o hija, que no se esperaba, ni era parte de las expectativas aparejadas al proceso de embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El acompañamiento en esta etapa apuntará a propiciar instancias de apertura emocional, que permitan a la mujer y su red de apoyo expresar y procesar el dolor. - Dese la contención y apoyo, se buscará fortalecer el vínculo de la mujer con sus figuras significativas (pareja, amigos o familiares), quienes podrán acompañarla y apoyarla en el proceso de duelo. A su vez, se observarán con ella los recursos personales y familiares con los que cuenta, de manera de reconocerlos, fortalecerlos y movilizarlos para el enfrentamiento y la vivencia del duelo. - Será relevante abordar la vinculación con el hijo que va a morir, así como acompañar a la mujer a anticipar la manera en que desea se vivan los momentos de una eventual sobrevida, transmitiendo el compromiso del equipo para responder a los requerimientos, en la medida de sus posibilidades. Se

		deberán abordar, por ejemplo, ámbitos como el contacto piel con piel, lactancia, compañía de personas significativas, desarrollo de rituales que se enmarquen en su espiritualidad y creencia religiosa.
Seguimiento	- El enfrentamiento de esta experiencia habrá movilizado una serie de emociones, imágenes, recuerdos y reflexiones que podrían requerir de un seguimiento especial, ya sea desde la mirada de la vulnerabilidad y riesgo, como de la oportunidad para generar, potenciar o fortalecer procesos de cambio significativos.	- Se deberá reforzar a las figuras significativas, otorgando psicoeducación con respecto al duelo, de manera que puedan brindar apoyo en caso de que vuelvan a aflorar síntomas y sea necesario retomar el contacto con los equipos de salud. - En caso de que se requiera continuidad de atención en el centro de APS o Nivel Secundario, se deberá realizar derivación asistida.

Frente al diagnóstico de feto con patología incompatible con la vida extrauterina independiente, es esperable que la mujer y su red de apoyo pasen por distintas fases emocionales, las que no son estáticas ni siguen un orden pre establecido, sino que pueden traslaparse y/o repetirse en diferentes momentos del proceso.

Acogida

Ante el diagnóstico de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, la mujer necesita ser escuchada y validada en sus emociones, comprendida y contenida. De esta forma, el equipo de salud deberá apoyarla para afrontar la crisis que significa este diagnóstico, conteniendo y apoyando el proceso de asumir la pérdida de las expectativas de tener un hijo/a sano y con proyección vital, propiciando las condiciones para generar un vínculo terapéutico, de confianza, contención y que permita dar herramientas de apoyo a la mujer y su pareja y/o familia durante el proceso de duelo.

Toma de la decisión

Con los antecedentes recibidos respecto de la patología que presenta su gestación y su letalidad, la mujer tendrá que decidir si interrumpe su embarazo o si continúa con él, esperando la resolución espontánea. Es ella quien decide qué conducta seguir.

Una vez que decida interrumpir el embarazo se le entregará toda la información sobre los procedimientos clínicos disponibles para dicho procedimiento, de acuerdo con la evaluación médica, incluyendo aspectos relacionados con los posibles riesgos y complicaciones asociadas al

procedimiento elegido, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones. Se le solicitará el Consentimiento Informado en el formulario correspondiente (Ver Anexo N°2). El establecimiento debe entregar documento escrito sobre el método elegido el que se debe adjuntar al Consentimiento informado.

Se reiterará que en el caso que el/a recién nacido/a tenga un periodo de sobrevida al parto o la interrupción del embarazo, se entregarán los cuidados paliativos que correspondan, según lo determinan la ética médica y las normas vigentes actuales, lo que implica asegurarle los cuidados básicos que requiera su condición (alimentación, hidratación, muda, abrigo, contacto con la madre y el padre, entre otras).

En caso de continuar con la gestación se deberán tomar todas aquellas medidas que permitan un adecuado acompañamiento al contexto que le toca vivir. Podrá cambiar de opinión y solicitar la interrupción en cualquier momento.

En este contexto, el protagonismo y la responsabilidad en la toma de decisiones por parte de la mujer puede evitar sentimientos de impotencia, favorecer un mejor desarrollo del duelo y evitar el surgimiento o agravamiento de patología de salud mental.

Para el adecuado desarrollo del acompañamiento, se deberán explorar las necesidades de atención psicosocial de la mujer: situación familiar, red de apoyo, significado de este embarazo en su vida, creencias espirituales y religiosas, condiciones de vulnerabilidad social, problemas de salud mental.

Así, será de gran importancia el acompañamiento del equipo interdisciplinario a la mujer y a las personas significativas que ella solicite. Esto permitirá comprender el impacto de esta crisis al interior de la pareja y la familia, de manera de entregarles estrategias de afrontamiento para que en conjunto se apoyen para hacerle frente.

Si bien la potestad de la decisión recae sobre la mujer, la opción compartida puede aliviar y prevenir el surgimiento de sentimientos de culpa, así como también favorecer el apoyo mutuo, fortaleciendo la empatía y evitando recriminaciones. Será importante que las figuras significativas para la mujer puedan comprender su decisión y apoyarla en estas circunstancias, teniendo en consideración que será su opción la que marcará el proceder del equipo de salud.

Continuidad del acompañamiento

El duelo por muerte perinatal varía según las expectativas de los progenitores, la sociedad y la cultura a la que pertenecen. Este duelo puede desencadenar un sufrimiento psicológico que podría complicarse y transformarse en una experiencia difícil de sobrellevar.

El acompañamiento en el duelo perinatal es determinante para procesar la pérdida, considerando las circunstancias en que esta ocurre. Para ello, se deberá considerar algunas variables como el

momento en que se produce la pérdida o se interrumpe el embarazo; si la pérdida ha sido en el primer embarazo o no; que el hijo haya sido deseado, independiente de que el embarazo haya sido programado o no; que se trate de una gestación al final de la vida reproductiva o fruto de técnicas de fertilización asistida, entre otros aspectos. Finalmente, se deberá considerar también, factores psicosociales y dependientes de la personalidad y la cultura.

Cabe mencionar que el duelo perinatal puede dar lugar a problemas de salud mental como trastornos depresivos, de ansiedad, y trastorno por stress postraumático. Dentro de las estrategias que pueden favorecer un mejor desarrollo de dicho proceso de duelo y, desde ahí, prevenir el surgimiento de sintomatología psiquiátrica, se encuentran aquellas que propicien la sensación de control a partir de la capacidad de decidir, así como las que apunten a resguardar momentos significativos de contacto y apego con el hijo o hija durante su tiempo de sobrevivencia.

A veces los padres no han pensado si quieren tener recuerdos o nombrar a su bebé, por lo que se debe entregar información sobre esas opciones. También es importante consultarles si desean que se realice una autopsia que permita tener más antecedentes ante la patología presentada en la gestación. En caso de hacerlo, se sugiere que los resultados se den en persona, evitando hacerlo por correo electrónico o carta.

Se le puede sugerir tomar fotos, recogerles un mechón de pelo, guardar el brazalete identificativo, imprimir las huellas de sus pies y/o manos, entregar una caja de memoria si estuviese disponible en el centro de salud en recuerdo de su recién nacido si lo desea.

Cuidar la terminología, se recomienda utilizar el término “recién nacido” o preguntar a la mujer si quiere llamarlo por el nombre elegido para su hijo/a y nunca referirse a él/ella como “feto”, lo que resulta ofensivo.

También, si es posible, se sugiere reservar una habitación de despedida, que se ubique en una zona poco transitada, identificada como lugar especial (nombre/símbolo) y facilitar la compañía permanente de una persona significativa.

c. Atención clínica

La atención de inicia con el diagnóstico de la patología congénita posterior a la sospecha clínica ecográfica. La confirmación deberá llevarse a cabo en centros de especialidad de segundo o tercer nivel.

Los procedimientos de interrupción del embarazo (Ver Capítulo VIII. Métodos para el vaciamiento uterino) se realizarán de acuerdo con los siguientes criterios fundamentales:

- 1.** Edad gestacional en el momento de definir la interrupción del embarazo.

2. Condición de salud de la mujer (con o sin morbilidades que aumenten el riesgo o restrinjan el uso de algunos fármacos).
3. Condiciones obstétricas (trabajo de aborto o parto en curso, cicatrices uterinas, presentación, estado de la membrana amniocorial, infección ovular, etc.).

Para efectos diagnósticos, la obstetricia moderna, y en particular la medicina materno-fetal, han definido que los exámenes de pesquisa y diagnóstico de las patologías congénitas incompatibles con la vida extrauterina se deben efectuar por medio de dos ecografías realizadas en periodos gestacionales específicos: 11+0 a 13+6 semanas y 20+0 a 22+6 semanas de gestación.

Pesquisa y diagnóstico

La realización de la ecografía precoz en la población de embarazadas bajo control está incluida en los modelos de atención del embarazo de bajo riesgo, y en la Guía Perinatal del Ministerio de Salud (8). Respecto a la segunda ecografía -de 20 a 22 semanas-, esta se ha incorporado paulatinamente en el nivel primario y está recomendada.

En base a los hallazgos ecográficos y frente a la sospecha fundada de genopatía, se podrá realizar un estudio de cariograma, pilar de los estudios de esta segunda causal.

Frente a una duda razonable sobre la letalidad del caso clínico, el médico tratante deberá evaluar la necesidad de complementar el estudio con otros exámenes de mayor especificidad según sospecha diagnóstica (resonancia nuclear magnética (RNM)), o estudios genéticos que permitan precisar el diagnóstico y pronóstico (cariotipo, FISH, PCR, estudio de mutaciones puntuales, etc.).

Establecido el diagnóstico, con la opinión concordante de dos especialistas (dos ginecobstetras o uno de ellos, más un genetista o especialista en medicina materno fetal), se deberá informar de éste a la mujer, su pronóstico y las diversas opciones de manejo disponibles, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

En caso de que esté indicada la realización de estudios diagnósticos de aneuploidía, la toma de las muestras necesarias será realizada por un especialista calificado en estos procedimientos. Los métodos disponibles son varios, y la mujer gestante será informada sobre la relevancia y los riesgos de las pérdidas reproductivas asociadas a cada procedimiento, para que acepte o no su realización:

- **Biopsia de vellosidades coriónicas:** se realiza entre las 11+0 a-13+6 semanas, su riesgo de pérdida reproductiva es 1:500, y la latencia al resultado del cariograma es de 7 días hábiles (33, 34).
- **Amniocentesis:** se realiza después de las 16 semanas, su riesgo de pérdida reproductiva es 1:1.000 (33, 34); la latencia del resultado del cariograma es de 15 -20 días hábiles, del FISH 7 días hábiles, de la PCR para aneuploidías, 2 días, y del estudio de mutaciones puntuales para displasia tanatofórica I y II, de 10 días.

- **Cordocentesis:** se realiza después de las 20 semanas, el riesgo de pérdida asociada al procedimiento es alrededor de 2%; la latencia del resultado del cariograma es de 7 días hábiles, del FISH, 7 días hábiles, de la PCR para aneuploidías, 2 días, y del estudio de mutaciones puntuales para displasia tanatofórica I y II, de 10 días (34).

La muestra de placenta, líquido amniótico o sangre que se obtenga de estos estudios deberá ser enviada a Laboratorios de Genética

Pesquisa universal en Ecografía 11+0 a 13+6 semanas en atención primaria y secundaria

i. Pesquisa universal en Ecografía 11+0 a 13+6 semanas en atención primaria y secundaria:

- Pesquisa de aneuploidia: se utilizarán dos estrategias para derivación a nivel terciario:
 - Cálculo de riesgo combinado de aneuploidía > 1:100 mediante el programa en línea, de acceso gratuito de la FMF (Fetal Medicine Federation), basado en edad materna, historia previa de aneuploidía, frecuencia cardíaca y medición de translucidez nucal y hueso nasal⁵.
 - Marcadores ecográficos aislados sospechosos de aneuploidía:
 - Traslucencia nucal > 3 mm
 - Hueso nasal ausente
 - Malformaciones asociadas a trisomías 18 y 13: onfalocele, holoprosencefalia alobar, megavejiga que requieren cariograma
- Pesquisa de malformaciones congénitas incompatibles con la vida: estas embarazadas deben ser referidas al nivel terciario:
 - Acránea/anencefalia
 - Iniencefalia
 - Holoprosencefalia alobar
 - Tallo corporal
 - Defecto de pared abdominal (Onfalocele para descartar trisomías 18 y 13)
 - Feto acárdico en embarazo gemelar monocorial
 - Megavejiga para descartar trisomías 18 y 13

ii. Pesquisa universal de Ecografías 20+0 a 22+6 semanas en atención primaria y secundaria

- Pesquisa de aneuploidía de segundo trimestre: búsqueda de marcadores sutiles asociados a aneuploidía letales que deben ser referidos al nivel terciario **(dos o más):**

⁵ Este se puede revisar en el sitio web gratuito: <https://www.fetalmedicine.org/research/assess/trisomies>

- Trisomía 18:
 - RCIU (retardo crec. Intrauterino) asociado a PHA (polihidroamnios)
 - Quiste de plexos coroideos
 - Cuerno posterior de ventrículos laterales > 10 mm
 - Megacisterna magna > 10 mm
 - Agenesia vérmix
 - Labio leporino con o sin fisura palatina
 - Micrognatia
 - Hipoplasia (< percentil 2,5) o ausencia de hueso nasal
 - Malformación cardíaca
 - Hernia diafragmática (estómago en tórax o desplazamiento mediastino)
 - Riñones poli o multiquísticos
 - Ausencia de estómago en abdomen
 - Pielectasiauni o bilateral (> 5 mm)
 - Pie bot
- Trisomía 13:
 - Holoprosencefalia
 - Defectos faciales como labio leporino central, oculares o nasales
 - Polidactilia
 - Riñones poliquísticos
- Triploidía:
 - RCIU severa asociado a malformaciones estructurales
- Sospecha de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal:
 - *Anencefalia*: ausencia de Cráneo/Ausencia de encéfalo o distorsión anatómica.
 - *Encefalocele*: frontal o Etmoidal de cualquier magnitud. Occipital asociado a microcefalia. (circunferencia craneana menor al percentil 5 para edad gestacional).
 - *Hidroanencefalia*: Ausencia de tejido encefálico, meninges, cráneo y estructuras posteriores presentes.
 - *Holoprosencefalia alobar*: cavidad única frontal en corte transventricular.
 - *Agenesia Renal bilateral*: ausencia de líquido amniótico e imposibilidad de visualizar riñones. Ausencia bilateral de arterias renales.
 - *Riñones poliquístico bilaterales (perinatal)*: ausencia de líquido amniótico y presencia de grandes riñones e hiperecogénicos.
 - *Riñones multiquísticos bilateral*: ausencia de líquido amniótico y presencia de ambos riñones con múltiples quistes, no comunicados entre sí.
 - *Hernia diafragmática* (descartar hipoplasia pulmonar severa). La HD extrema tiene sobrevida menor a 5%.
 - *Onfalocele* (descartar trisomía 18 y 13).
 - *Ectopia Cordis*: Corazón fuera del tórax.

- *Pentalogía de Cantrell* (onfalocele alto, hernia diafragmática anterior, hendidura esternal, ectopia cordis, defecto cardíaco).
- *Megavejiga* con anhidramnios (descartar trisomía 18 y 13).
- *Secuencia de Tallo corporal* (gran defecto de pared abdominal, cifoescoliosis y cordón umbilical rudimentario).
- *Sirenomelia*: Extremidades inferiores fusionadas, agenesia renal uni o bilateral.
- *Huesos largos bajo percentil 1*:
 - Asociado a Hidrops o Relación Fémur/abdomen > 0,16.
 - Displasia esquelética tanatofórico (huesos largos cortos bajo percentil 1 e hipoplasia pulmonar).
 - Osteogénesis imperfecta tipo 2.
 - Acondrogénesis.
- *Triploidía*: Restricción de crecimiento intrauterino precoz y severo, placenta molar.
- *Gemelar Pago Inseparable*: Toracopagos con un solo corazón.

La pesquisa de aneuploidía empleando una estrategia de combinar historia clínica (edad materna e historia previa) y marcadores ecográficos, detecta en el primer trimestre de la gestación, con una tasa de falsos positivos de 3%, alrededor de 84% de los fetos con aneuploidía, incluidas triploidías, trisomía 18 y 13. Utilizando solamente marcadores ecográficos asociados a aneuploidía en el primer trimestre, o segundo trimestre, se puede detectar alrededor del 70% de los fetos con aneuploidía, con una tasa de falsos positivos cercana al 1%. Sin embargo, las trisomías letales y la triploidía tienen una tasa de detección cercana al 90% (35, 36).

La pesquisa de malformaciones estructurales fetales tiene una menor sensibilidad a las 11+0 a 13+6 semanas que las 20+0 a 22+6 semanas debido a la capacidad técnica de las ecografías y a las características evolutivas de algunas anomalías congénitas (Tablas N°3 y 4), sin embargo, para las anomalías incompatibles con la vida extrauterina, la ecografía inicial al igual que la ecografía de 20+0 a 22+6 semanas, tienen una sensibilidad cercana al 100% tanto en publicaciones nacionales como internacionales (Tablas N°3 y 5).

Tabla N°3. Tasa de detección global de anomalías congénitas en fetos euploides en ecografía 11+0-a 13+6 semanas y sensibilidad en el sub-grupo de anomalías congénitas con mal pronóstico vital

Malformación	Publicaciones Internacionales (n=118.110 17 artículos)	HCUCH-HSBA (n=9.910)
Acránea/anencefalia	60/61 (98,4%)	14/14 (100%)
Encefalocele	2/2 (100%)	4/4 (100%)
Holoprosencefalia alobar	2/2 (100%)	7/7 (100%)
Hernia diafragmática	4/12 (33,3%)	0/5 (0%)
Ectopia Cordis	1/1 (100%)	4/4 (100%)
Onfalocele	60/60 (100%)	15/16 (93,6%)

Megavejiga	29/29 (100%)	10/10 (100%)
Agnesia renal bilateral	2/8 (25,0%)	-
Riñón multiquístico bilateral	0/3 (0%)	0/3 (0%)
Riñón poli-quístico	2/6 (33,3%)	0/3 (0%)
Displasia esquelética letal	6/10 (60,0%)	0/6 (0%)
Tallo corporal	10/10 (100%)	3/3 (100%)
TOTAL	933/2.147 (43,4%)	90/210 (42,9%)

Publicaciones internacionales (37, 38).

HCUCH-HSBA, Hospital Clínico Universidad de Chile y Hospital San Borja Arriarán 2000-2016 (39).

En la Tabla N°4 se observa la tasa de detección global de anomalías congénitas entre 20+0-22+6 semanas en diversas publicaciones internacionales y nacionales:

Tabla N°4. Prevalencia y tasa de detección global entre 20+0 a 22+6 semanas de anomalías fetales en publicaciones internacionales y nacionales

Grupos	N°	Prevalencia (n, %)	Sensibilidad (n, %)
Internacionales (40, 41)	3.408.216	82.313 (2,4%)	47.239 (57,4%)
González, R, Chile, 1999 (42)	41.340	475 (1,15)	237 (50)
Parra, M, Chile 2007 (43)	5.707	209 (3,67)	137 (66)

En la Tabla N°5 se observa la tasa de detección de las anomalías incompatibles con la vida en la ecografía de segundo trimestre.

Tabla N°5. Tasa de detección de anomalías incompatibles con la vida entre 20+0 a 22+6 semanas

Malformación	FMF (n=45.016)	HCUCH (n= 5.707)
Anencefalia	29/29 (100%)	5/5 (100%)
Encefalocele	-	1/1 (100%)
Holoprosencefalia alobar	2/2 (100%)	3/3 (100%)
Hernia diafragmática	8/8 (100%)	5/6 (83,3%)
Onfalocele	60/60 (100%)	1/1 (100%)
Megavejiga	29/29 (100%)	3/3 (100%)
Agnesia renal bilateral	1/1 (100%)	-
Riñón multiquístico bilateral	3/3 (100%)	1/1 (100%)
Riñón poli-quístico	6/6 (100%)	2/2 (100%)
Displasia esquelética letal	6/6 (100%)	2/2 (100%)
Tallo corporal	5/5 (100%)	4/4 (100%)

FMF, Fetal Medicine Foundation; HCUCH, Hospital Clínico Universidad de Chile (37); caso/total y %.

iii. *Pesquisa de Anomalías en Ecografía mayor a 24 semanas en atención primaria y/o Secundaria*

Aunque las ecografías protocolizadas para la pesquisa son las de 11+0-13+6 semanas y 20+0 – 22+6 semanas, en la Tabla N°6 se puede observar que en la Unidad de Medicina Materno Fetal (UMMF) del Hospital San Borja Arriarán, tienen confirmación diagnóstica después de las 22 semanas. Por lo tanto, los mismos criterios de derivación descritos para la ecografía 20+0 a 22+6 semanas se deberán aplicar para ecografías mayores a 23 semanas.

Tabla N° 6. Edad Gestacional (EG) Promedio al Diagnóstico de anomalías de mal Pronóstico Vital en HSBA.

Malformación	Frecuencia (en 10.000)	E.G. en semanas
Anencefalia	2,7	20 (29-21)
Holoprosencefalia Alobar	1,5-2,0	25 (24-26)
Hernia Diafragmática	8,0	26 (25-27)
Disp.Esq. Letal	2,0	29 (24-34)
Agnesia Renal	2,0-4,0	25 (21-30)
Riñón Poliquistico	1,0	28 (21-35)
Tallo Corporal	1,0	24 (23-25)
Trisomía 18	6,0	24 (14-26)
Trisomía 13	1,7-2,5	18 11-25)

Pesquisa y Diagnóstico de aneuploidía

i. *Pesquisa de aneuploidía*

La pesquisa corresponde a la selección rigurosa, mediante marcadores específicos, de aquellos individuos de alto riesgo de presentar alguna anomalía en una población determinada. La pesquisa se aplica a la población general, y la prueba diagnóstica se realiza a las mujeres seleccionadas por la pesquisa. Los marcadores usados deben ser lo suficientemente sensibles para identificar una proporción significativa de los afectados (sensibilidad), con una mínima identificación errónea de no afectados (falsos positivos); además debe existir una prueba diagnóstica que determine si las personas con pesquisa positiva están o no afectadas (44).

La pesquisa de aneuploidías se fundamenta en el cálculo de riesgo basal, dado por la edad de la mujer, edad gestacional y antecedentes previos de aneuploidías; y el riesgo ajustado se calcula en base a multiplicar el riesgo basal por la razón de verosimilitud de los diferentes marcadores ecográficos evaluados entre las 11+0 y 13+6 semanas (45). La evaluación de la translucidez nucal y hueso nasal se debe realizar siguiendo los criterios establecidos por la Fundación de Medicina Fetal (FMF) por especialistas capacitados. Este esquema de evaluación fundamentalmente ecográfica del primer trimestre es avalado por el modelo publicado por Kagan et al., en el cual la utilización de edad materna más translucidez nucal, hueso nasal, ductus venoso o regurgitación tricuspídea logra una tasa de detección de 84% con 3% de falsos positivos (46) (Ver Anexo N°4).

En todas las mujeres embarazadas que se efectúa pesquisa de aneuploidías se efectúa asesoría y en aquellas en las cuales la pesquisa es considerado positivo, (riesgo > 1:100) se ofrece la posibilidad de efectuar una prueba diagnóstica invasiva (biopsia de vellosidades coriales o amniocentesis genética). En las mujeres embarazadas en las cuales la pesquisa de aneuploidías es considerado negativo se cita a control ecográfico entre las 20+0 - 22+6 semanas. Esta opción está avalada en estudio europeo del año 2006 en el cual la pesquisa ecográfico combinado de primer y segundo trimestre logra tasa de detección de 90% con 4% de falsos positivos, y uno chileno que muestra una sensibilidad de 72% con una tasa de falsos positivos de 1% (36, 47).

Un metanálisis reciente de 48 estudios que evalúan la utilidad de marcadores ecográficos de segundo trimestre, en la evaluación de riesgo de trisomía 21 plantea que la presencia de ellos aumenta el riesgo de aneuploidía y la ausencia de ellos disminuye el riesgo. La presencia de ventriculomegalia, edema nuczal y arteria subclavia derecha aberrante aumenta el riesgo de aneuploidía en 3 a 4 veces y la presencia de hueso nasal hipoplásico lo aumenta en 6 a 7 veces (48).

ii. Diagnóstico de aneuploidía

Una vez realizado la pesquisa de aneuploidía, para aquellas mujeres catalogadas en riesgo, las alternativas de procedimientos invasivos son determinados por la edad gestacional y la necesidad de un diagnóstico rápido. Los procedimientos empleados son la biopsia de vellosidades coriales, amniocentesis y cordocentesis.

- La biopsia de vellosidades coriales (BVC) se efectúa entre las 11+0 -13+6 semanas, por vía transabdominal, bajo visualización ecográfica, en el espesor de la placenta; posteriormente se conecta a una jeringa de 20 ml con 5 ml de medio de transporte, para la obtención de la muestra mediante presión negativa.
- La amniocentesis se efectúa después de las 16 semanas, bajo visión ecográfica lejos de los anexos y el feto; se extraen 15- 20 ml de líquido amniótico.
- La cordocentesis se realiza sobre las 20 semanas, se extrae 1 ml de sangre fetal en aguja de tuberculina con baño previo de heparina sódica.

Las muestras obtenidas con estos procedimientos se deben enviar al laboratorio de genética de referencia. Existen exámenes rápidos mediante reacción de polimerasa en cadena (PCR) con resultado en menos de 48 horas (estudio de trisomía 21, 13, 18 y cromosomas sexuales), además del estudio del cariotipo convencional tras cultivo de sangre fetal y líquido amniótico, del cual se obtienen resultados entre 1 y 4 semanas respectivamente. También se pueden enviar muestras de líquido amniótico y/o sangre para estudio de mutaciones puntuales para estudio de displasia tanatofórica, con resultados en 10 días.

En un estudio descriptivo realizado en Chile acerca de la prevalencia de procedimientos invasivos, en 17.906 mujeres usuarias de pesquisa ecográfico de aneuploidías y malformaciones congénitas, durante el primer y segundo trimestre, se encontró que se efectuaron procedimientos invasivos en el 0,45% de la muestra, lo cual es 10 veces menor que en los países en los cuales el aborto es

legal. Las principales indicaciones fueron anomalías congénitas en un 48% y aumento de riesgo de aneuploidías en un 40%; aproximadamente en la mitad de los procedimientos efectuados se encontró un cariotipo alterado (34).

Para evaluar la seguridad de los procedimientos invasivos, un meta-análisis efectuado en 14 estudios randomizados demostró, que la amniocentesis realizada después de las 16 semanas y la biopsia de vellosidades coriales, realizada transabdominalmente entre las 11 y 14 semanas, tienen similar pérdida reproductiva sobre el basal para esas edades gestacionales. Para ambos procedimientos la tasa de pérdida reproductiva fue alrededor de 1% (49). Más recientemente, en una revisión sistemática de las complicaciones relacionadas a los procedimientos invasivos (29 estudios de AMCT y 16 estudios con BVC), se demostró que los riesgos de pérdida reproductiva para AMCT y BVC a los 14 días, <24 semanas y total fueron 0,6 vs 0,7%, 0,9 vs 1,3%, y 1,9 vs 2,0%, respectivamente (50). Por último, otro meta-análisis en 42.716 embarazadas demostró que el riesgo de pérdida reproductiva en <24 semanas fue de 0,11% (1:1.000) para AMCT realizada después de las 16 semanas y 0,22% (1:500) para BVC entre 11+0 a 13+6 semanas (39).

Finalmente, la incorporación de un sistema de pesquisa de alteraciones cromosómicas, así como el diagnóstico de malformaciones congénitas lleva implícita la utilización de métodos invasivos para confirmar o complementar dichas sospechas diagnósticas. Independientemente de los aspectos técnicos y el riesgo atribuido a estos procedimientos, la utilización de estos métodos invasivos requiere una adecuada asesoría, donde se respete la autonomía de las mujeres y se entregue una acabada información sobre los beneficios y desventajas de realizar esta etapa diagnóstica (51, 52).

d. Atención del recién nacido: cuidados paliativos

Es necesario establecer los procedimientos que se deberán desarrollar en aquellos recién nacidos que presenten signos de vida, pese a su mal pronóstico vital. El objetivo es resguardar la dignidad y la calidad de vida del recién nacido y su familia, de acuerdo con la voluntad de la mujer.

Al presentar el/a recién nacido/a una condición de salud que amenaza su vida y no responde al tratamiento curativo, el énfasis de la atención debe ser el alivio del sufrimiento, el control del dolor y de otros síntomas asociados, promoviendo un cuidado continuo, evitando el estrés innecesario, inmerso en un modelo de atención integral de acompañamiento psicosocial.

Se recomienda la proporcionalidad terapéutica, la que implica evitar o suspender tratamientos a pacientes en quienes, por la complejidad de su condición patológica, no hay proporcionalidad entre las intervenciones médicas y los resultados esperados (9).

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos (CP) como *“la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo interdisciplinario, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”*, basando sus acciones en el control de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, brindados por un equipo interdisciplinario (53, 54, 55).

El cuidado paliativo en recién nacidos se da en un contexto diferente a la situación que viven los adultos, ya que en general la sociedad no espera que los embarazos terminen en muerte del neonato. Tanto para la mujer como para los equipos médicos, las altas expectativas que se generan en relación con la posibilidad de curación condicionan el inicio de intervenciones de carácter no curativo.

El objetivo básico de la práctica de cuidados paliativos es la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y su entorno familiar antes de su muerte. Este doloroso periodo familiar puede ser mejorado mediante la aplicación de principios simples y de fácil implementación, constituyéndose como parte del modelo de acompañamiento psicosocial.

Previo al nacimiento, se debe entregar información de forma objetiva e imparcial, en que el equipo de salud frente al pronóstico, pueda plantear alternativas de acción a la mujer, teniendo en consideración su decisión de interrumpir ese embarazo.

En el caso de solicitud de interrupción del embarazo realizada por la mujer, ella tiene la alternativa de no establecer lazo alguno con el/a recién nacido, debiendo seguirse los pasos habituales de registro del nacimiento, defunción y entrega del cuerpo a la familia para su entierro (Ver Anexo N°5).

Alternativamente, y habiendo manifestado de manera explícita a la mujer la limitación del esfuerzo terapéutico, ella puede desear conocer al recién nacido o neonato y realizar apego asistido. Puede solicitar presencia y asistencia espiritual de acuerdo con sus creencias.

En este caso, se deberán proponer la posibilidad de contacto y presencia con el hijo o hija al nacer, de manera de incorporar su existencia a la propia historia materna y familiar, dándole un espacio emocional y afectivo que permita elaborar el duelo perinatal en forma respetuosa.

Para algunas mujeres, permanecer en contacto con su hijo posterior al parto puede favorecer el desarrollo del duelo y evitar el surgimiento o agravamiento de una patología de salud mental, si la hubiera.

En estos casos, la unidad de neonatología realizará un manejo humanizado en el trato al recién nacido y su familia, preservando la dignidad de atención y cuidado durante todo el periodo de sobrevivencia, favoreciendo el deceso acompañado y generando, en lo posible, un espacio acogedor para el término de un complejo proceso.

En el caso de que el recién nacido sobrevive la primera hora, y así la mujer lo hubiera decidido, se hospitaliza en forma conjunta y se ofrece atención de confort. La mujer puede permanecer con su hijo o hija, realizar apego primario y favorecer el desarrollo de rituales de significación espiritual para ella y su familia.

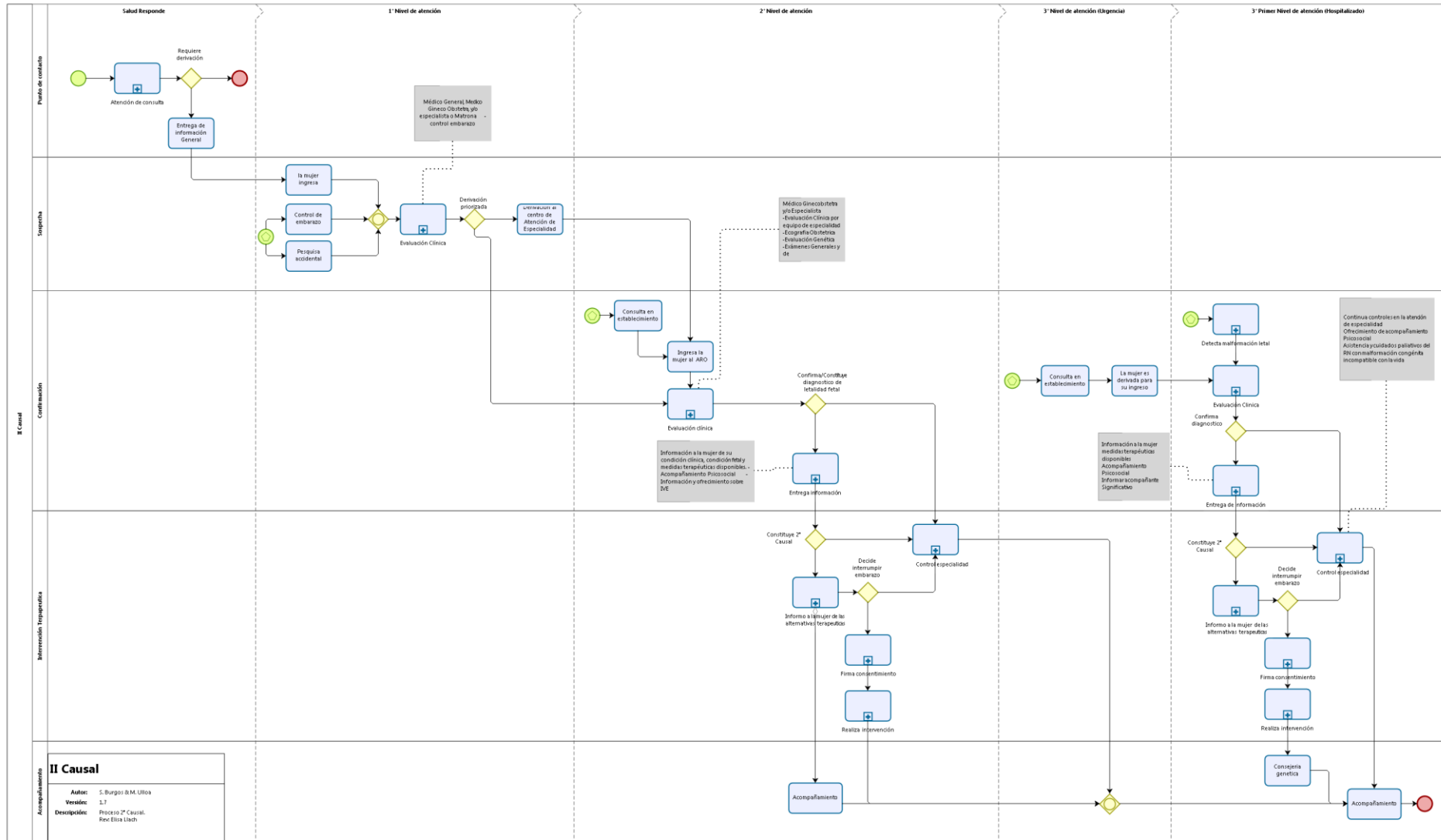
Se deben realizar las mínimas acciones de intervención, evitando en todo momento cualquier acción inofensiva. Sólo se puede considerar la realización de los exámenes que permitan complementar el diagnóstico, principalmente pensando en asesoría reproductiva para futuras gestaciones.

Si el neonato sobrevive más allá de 6 horas se ofrece alimentación con solución glucosada oral o leche, por la técnica menos invasiva posible. Se evitará instalación de fleboclisis, aunque esta decisión es técnica, caso a caso, y en caso de ser instalada se debe evitar cualquier examen adicional de control.

Si el recién nacido sobrevive varios días y si los padres lo solicitan, considerar la posibilidad de alta a domicilio, con entrega de cuidados paliativos previa educación y entrenamiento de los padres. Este proceso se puede asociar al programa de acompañamiento, aceptado por la mujer, otorgando apoyo por profesional de psicología según el plan definido. Este apoyo puede hacerse extensivo al padre si la mujer así lo considera; no obstante, él puede acceder a atención de salud mental disponible, de acuerdo con su sistema de salud previsional.

Se recomienda aceptar la manifestación emocional del duelo, posibilitar la elaboración de la memoria del recién nacido, facilitar la comunicación adecuada entre el equipo de salud y los padres (9), y que se informe y apoye sobre los procesos y trámites pertinentes.

3.3 Flujoograma del proceso clínico en la segunda causal – Interrupción voluntaria del embarazo



II Causal
 Autor: S. Burgos & M. Lillo
 Versión: 1.7
 Descripción: Proceso 2ª Causal.
 Rev: Esta Llach

4. Tercera causal: embarazo resultado de una violación

La tercera causal de la Ley N° 21.030 explicita que se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando éste *“Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación”*.

El Código Penal, Artículo 361 señala que *“Comete violación el que accede carnalmente por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de 14 años en alguno de los siguientes casos: 1° Cuando se usa la fuerza o intimidación. 2° Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha de su incapacidad para oponerse. 3° Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima”*. El artículo 362 agrega que: *“El que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, será castigado con presidio mayor en cualquiera de sus grados, aunque no concurra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior”*(56).

Por lo tanto, en esta causal se consideran todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento. Su característica principal es la **coacción**, y puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas, engaños, o en aquellas condiciones en que la mujer no puede transmitir o expresar su voluntad. **Es decir, es un acto sexual sin consentimiento**. Esto se puede presentar en los casos de mujeres - adolescentes y adultas- con compromiso de conciencia por el efecto del alcohol, otras drogas o estupefacientes, o mentalmente incapacitadas.

La violación se produce en el marco de relaciones de asimetría de poder, en donde quien abusa supera a su víctima ya sea por edad, fuerza física, jerarquía, situación familiar, social, laboral, económica, entre otras. Dicha asimetría somete a interacciones sexuales diversas, donde la violación aparece como una de alta vulneración, que la víctima se ve forzada y obligada a soportar.

La Federación Latinoamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) señala que *“la coerción sexual existe como un continuo, desde la violación forzada hasta otras formas de presión que empujan a las niñas y mujeres a tener sexo en contra de su voluntad. Para muchas mujeres la iniciación sexual fue un hecho traumático acompañado de fuerza y miedo”*⁶.

⁶Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe, FLASOG, 2011 en <http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2014/01/Factores-Relacionados-Maternidad-Menores-15-anos-LAC-FLASOG-2011.pdf>

En todos estos casos será importante dar a la mujer -adolescente o adulta-la acogida y certeza de la disponibilidad de equipos y redes de atención, articuladas y comprometidas con su protección y apoyo.

Los equipos de salud deben considerar que el estigma de la violación y el aborto favorece que la mujer violada no se atreva a plantear a otros su situación, o a solicitar interrumpir su embarazo, por vergüenza, aislamiento, coerción, miedo a solicitar ayuda a la familia y a los servicios de salud.

4.1 Prevalencia y magnitud de la violencia sexual

Existen pocos antecedentes sobre la prevalencia de la violencia sexual en la población, más bien se conocen los registros de denuncias y causas ingresadas a la Fiscalía Nacional.

La Segunda Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2012) señala que el 7,3% de los niños y niñas encuestados (población escolar) declararon haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad, o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad de contenido sexual. Entre ellos, el 33% declaró que le ha ocurrido más de una vez o con frecuencia. Las mujeres señalan haber sido víctimas de abuso sexual en mayor proporción que los hombres, llegando a una prevalencia del 9,9%. En relación con la edad en que ocurrió el primer y el último abuso sexual, mientras el primer abuso ocurrió en promedio a los 10,5 años concentrándose entre los 10 y 13 años (51,7%), el último ocurrió en promedio a los 11,5 años y se concentra entre los 10 y 14 años (59,5%). Cabe destacar en ambos casos la alta tasa de abusos ocurridos entre los 4 y 9 años (32,8% primer abuso y 25,4% último abuso) (57).

La Tercera Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2017) señala que el 6,7% de las mujeres adultas encuestadas (15 a 65 años), declara haber sufrido durante su vida al menos un episodio de violencia sexual por parte de la pareja o ex pareja, y un 2,1% declara haber sufrido al menos una situación durante los últimos doce meses, con un leve aumento sobre los datos de 2012. En el grupo de 15 a 18 años, sin embargo, se informa de un aumento desde 0,5% de prevalencia durante el año anterior en 2012, a 7,6% en 2017. En el grupo de 19 a 25 años, también hay un aumento importante, desde 1,6% en 2012, a 3,5% en 2017. El mayor aumento se da en el grupo socioeconómico bajo. El porcentaje de mujeres que denuncia los delitos sexuales, muestra un incremento importante, desde el 12% en 2012 al 23% en 2017 (57).

Con respecto a las denuncias de delitos sexuales, no existe un sistema de registro oficial unificado de estadísticas sobre el tema, y la información disponible es, por tanto, incompleta y fragmentaria. Si sólo un pequeño porcentaje de mujeres (23%) denuncia la violencia sexual, hay una cifra mayoritaria desconocida de violaciones y otros delitos sexuales.

Durante el año 2016 hubo 1.727 casos policiales de violación con mujeres víctimas (46,3% menores de 18 años), y 5.547 de abusos sexuales con un total de 7.274 mujeres víctimas de violación o abuso sexual, 58% de ellas menores de 18 años (Fuente: Centro de Estudios y Análisis del Delito. Ministerio del Interior. Estadísticas Oficiales de Delitos de Mayor Connotación Social (DMCS).

Una persona víctima de violación dentro de un entorno cotidiano, se encuentra manipulada, confundida y amenazada. Ha debido experimentar una interacción sexual violenta que la vulnera, pero que, a su vez, la manipula pudiendo hacerla sentir responsable y culpable y eso la lleva a caer en la llamada “ley del silencio”.

Es importante tener presente que, **tanto en situaciones de violación que califican como “delito violento”** (ataque sexual, uso de sustancias para someter), como en otras que se enmarcan en relaciones de coerción y violencia de pareja, la mujer no consiente el acto sexual, vive una intensa angustia y confusión. En los casos de agresión sexual intrafamiliar o del entorno cercano, suelen encontrarse sometidas a una *ley del silencio*, en la que el abusador chantajea, miente y culpabiliza a la víctima, para mantener oculto el abuso.

4.2 Proceso de atención

El proceso de atención se inicia siempre con la acogida y entrega de información que la Ley N° 21.030 estipula como obligación del prestador de salud (Inciso 10), señalada al inicio de este capítulo.

Las mujeres -adolescentes y adultas- que sospechen o confirmen un embarazo producto de una violación podrán obtener las acciones requeridas dependiendo del lugar de contacto y acceso:

- **Servicio Salud Responde - MINSAL**

Los/as profesionales de Salud Responde están capacitados para entregar de información acerca de la Ley, brindar soporte en caso de crisis, transmitir confianza junto con la orientación para el acceso a atención de salud especializada a la mujer -adolescente o adulta- que consulte.

El número de teléfono de Salud Responde es 600 360 7777 y cuenta con equipos profesionales durante todo el día (24/7) los 365 días del año.

- **Derivación desde Fiscalía, Tribunales de Justicia y Servicio Médico Legal**

Estos órganos del Estado podrán derivar a las mujeres –adolescentes o adultas- directamente al nivel de servicios de atención de especialidad de cada territorio, de manera de permitir el acceso oportuno a las prestaciones de salud correspondiente. Con este fin deberán coordinarse con los directores/as de los establecimientos de salud.

- **Primer Nivel de atención de salud**

En este nivel de atención, el rol de los/as profesionales radica en la entrega de información sobre la Ley N° 21.030 y la derivación asistida e inmediata según el Modelo de atención integral descrito (Cap. IV).

El objetivo es facilitar el acceso oportuno a la atención clínica de especialidad y al acompañamiento. Para ello, los equipos deberán actuar de manera empática ante la situación de la mujer - adolescente o adulta-, sin juzgarla y sin solicitar el relato de lo sucedido, evitando la revictimización y estigmatización, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la atención, favoreciendo el contacto con la red de apoyo social con que cuenta la mujer. Si durante esta atención surge la sospecha de riesgos para la mujer en el entorno familiar, se adoptarán medidas tendientes a la protección.

La calidad de este primer contacto será crucial para favorecer una adecuada vinculación con la red de salud. La solicitud de ayuda podría darse en fases agudas, donde prime una alta intensidad emocional, o bien, por ejemplo, en situaciones en que la mujer sea víctima de agresión sexual persistente, inserta en una relación abusiva, y no logre mantenerse más en dicho contexto de coerción.

En el enfrentamiento de una vulneración tan extrema como la violación, es crítico el acceso oportuno a salud. De esta forma, la referencia coordinada y/o asistida al nivel secundario de especialidad, Policlínicos de Alto riesgo Obstétrico (ARO) o nivel de especialidad obstétrica acorde a su seguro de salud o las Urgencias Gineco-Obstétricas, debe realizarse antes de las **24 horas**.

a. Constitución de la causal

- **Atención en la Unidad de Salud de Especialidad – Segundo nivel de atención**

En el marco de la tercera causal se convoca a un equipo de salud, especialmente constituido para estos efectos, que debe confirmar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal y la edad gestacional, debiendo entregar su informe escrito en un plazo de 24 horas.

Para la constitución de la tercera causal, la Ley N° 21.030 señala:

En el caso del número 3) del inciso primero del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante

legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso”.

Serán funciones iniciales de este equipo profesional la acogida y la evaluación de la constitución de la causal. Ante situaciones de desborde emocional, el equipo psicosocial podrá realizar intervención en crisis, con el objeto de favorecer la calma y apoyar a la mujer para hacer frente a la situación.

La edad gestacional debe estar dentro de los plazos establecidos por la Ley: 12 semanas para mujeres de 14 años y más; 14 semanas para niñas menores de 14 años.

El equipo de biopsicosocial deberá informar por escrito a la mujer -adolescente o adulta- , o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento, si se configura o no la tercera causal, señalando la fecha de ingreso de la solicitud y la fecha en que se llega a este convencimiento, con las principales consideraciones sobre plausibilidad del relato de la violación, la idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo y la concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada. Este documento será firmado por al menos dos profesionales que hayan participado de la evaluación.

Se debe informar sobre los procedimientos clínicos disponibles para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo con la evaluación médica, incluyendo aspectos relacionados con los posibles riesgos y complicaciones asociadas al procedimiento elegido, manejo del dolor, riesgos potenciales y posibles complicaciones.

Considerando la complejidad de la situación en la que se encuentra una mujer -adolescente o adulta- que ha sido víctima de violación, y que además ha quedado embarazada producto de ello, se requiere que la acogida sea realizada por un/a profesional del área psicosocial, con competencias en intervención en crisis y desarrollo de entrevista clínica. Esta persona entregará información inicial respecto de los requisitos para acogerse a esta ley, así como de su derecho al acompañamiento psicosocial.

La orientación que se entregue debe ser adecuada al momento en que la mujer se encuentra, con especial consideración de su edad, para adecuarse a la particularidad de la vivencia de esta crisis en cada momento del ciclo vital. La acogida debe estar centrada en las necesidades y requerimientos de las mujeres, de acuerdo con su etapa de vida, conocimientos, intereses, cultura y valores. Será importante transmitir consideración y respeto a la persona, a través del lenguaje verbal y no verbal.

A su vez, será relevante la articulación con las instancias intersectoriales que sean requeridas, en función de las necesidades detectadas y priorizadas con la persona. Para esto el equipo de salud deberá realizar un mapeo de todas las instancias del intersector en el territorio, con quienes se tendrán que establecer redes de colaboración para apoyar el logro de los objetivos del plan de apoyo psicosocial construido con la mujer.

En el policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) (nivel secundario de atención), se da inicio a los procedimientos de comunicación o denuncia de la sospecha de delito, según corresponda de

acuerdo con la edad de la mujer. También se le entregará orientación para optar a algunas ayudas socioeconómicas y jurídicas a las que puede acceder y sobre procesos de adopción a los que puede optar.

Considerando la variabilidad de oferta intersectorial en cada región, es esencial la conformación de redes para dar respuesta al menos a las siguientes necesidades:

- Protección y representación judicial (Ministerios asociados)
- Apoyo social y económico (Sistema intersectorial de protección social)
- Programa de adopción de SENAME (cuando esa sea la decisión)
- Programas de reparación de la violencia sexual

Por otra parte, se deberán realizar derivaciones asistidas, en las que se propicie el contacto con los equipos del primer nivel de atención (público o privado), a fin de asegurar la continuidad de la atención correspondiente y pertinente en áreas como salud sexual y reproductiva, salud mental, apoyo para la familia, entre otros. Cuando exista una complejidad mayor por patología psiquiátrica se deberá realizar derivación asistida a centros de atención de especialidad en salud mental del territorio.

La acogida por el equipo de salud requiere las siguientes consideraciones:

Fase	Rol del equipo de salud	Consideraciones para la acogida psicosocial
Acogida	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en crisis, frente a posible desborde emocional: contención para detener la descompensación aguda y aliviar el dolor y sintomatología psíquica. - Recepción desde una profunda empatía y respeto, explicitando una postura clara respecto del rechazo de toda vulneración, en especial, la agresión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acoger a la mujer -adolescente o adulta- es una primera aproximación que puede determinar la calidad del vínculo que se establezca con el equipo. - Es importante tener presente que la mujer -adolescente o adulta- víctima de violación siempre debe ser considerada como un Sujeto de Derecho.

Para que se pueda proceder a la interrupción de un embarazo por la tercera causal se requiere:

Equipo biopsicosocial informa por escrito la concurrencia de la causal + la mujer decide interrupción

Constituida la causal, el/a médico/a responsable lo **anotará en la ficha clínica**. Para ello se sugiere el siguiente texto:

Contando con el diagnóstico de edad gestacional, que se encuentra dentro de los plazos legales según la edad de la paciente, y con el informe emitido por el equipo conformado para la confirmación de la concurrencia de los hechos constitutivos de la causal de violación, la paciente puede solicitar la interrupción voluntaria del embarazo.

Evaluación de la concurrencia de los hechos que constituyen la tercera causal

a) Valoración de la edad gestacional

En consideración a los plazos estipulados por ley -en el caso de las mayores de 14 años, corresponde a 12 semanas; si es menor de 14 años, a 14 semanas-, luego de la acogida se deberá evaluar si la edad gestacional permite a la mujer acceder a esta causal.

La valoración de la edad gestacional se realizará a través de ecografía obstétrica. Previo a su realización se consultará a la mujer si desea ver y escuchar la ecografía, explicándole que es su derecho, pero no su obligación hacerlo. Si ella no lo desea, el/la profesional a cargo del procedimiento deberá girar la pantalla del ecógrafo y poner en silencio el sonógrafo del mismo, con el objeto de que se respete su decisión y no se transforme en un elemento que viole su estado emocional.

En situaciones en que la edad gestacional exceda el plazo permitido por la ley, el equipo de salud deberá hacer las coordinaciones necesarias para que la mujer pueda acceder a nuevas alternativas de apoyo en la red de salud e intersectorial, tanto durante el desarrollo de su embarazo, como posterior al parto.

b) Recepción de antecedentes

Al acoger a una persona víctima de violación, es importante tener en consideración lo difícil que puede ser para ella referirse a su experiencia de vulneración. En este contexto, el establecimiento de vínculos de colaboración puede favorecer la reparación y entregar seguridad. De ahí, la importancia de manifestar una genuina empatía y profundo respeto, de manera de generar confianza.

Con el objeto de evitar la revictimización, si la mujer adulta ha denunciado el delito de violación, el equipo de salud puede, con consentimiento previo de la mujer, incorporar la declaración que ésta haya dado en el contexto de la denuncia para evitar que deba repetir el mismo relato. Asimismo, si la menor de 18 años ha declarado previamente, el equipo de salud podrá prescindir de exigir un nuevo relato a la víctima y utilizar esas declaraciones previas para determinar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal de violación. En el caso de las menores de 14 años se debe prescindir del relato para efectos de corroborar la causal porque hay violación por definición legal.

Para la escucha a la mujer -adolescente o adulta- se requerirá:

- Contar con un espacio de privacidad, que favorezca el encuentro en la conversación y la expresión emocional, sin recibir juicios y favoreciendo la contención. Será relevante la escucha atenta y activa, con una gestualidad y emocionalidad acorde a la situación, teniendo especial cuidado en que la persona pueda *sentirse escuchada* y acogida.
- Presentar al/a profesional que acoge (de preferencia, la dupla biopsicosocial), señalando su disposición y la del equipo a acompañarla y apoyarla a lo largo del proceso.
- Invitar a conversar de manera abierta, informando a la víctima del compromiso del equipo de salud para resguardar la confidencialidad de su historia. Sin perjuicio de lo anterior, debe informarse a la mujer mayor de edad sobre la obligación que tienen los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares de poner en conocimiento del Ministerio Público el delito de violación, con la finalidad que se investigue de oficio al o los responsables. Al dar esta información debe agregarse que la ley asegura que se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente y se le explicará que su comparecencia a los actos del procedimiento, de solicitarse, será siempre voluntaria. Asimismo, se deberá informar que el contenido de la ficha clínica es reservado y que los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la mujer no tienen acceso a ella, salvo en los casos excepcionales establecidos en el artículo 13 de la Ley N° 20.584:

“Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan: a) Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos. b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario. c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo. d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo”.

- Se debe entregar refuerzo a la mujer -adolescente o adulta-, destacando el valor que ha tenido para hablar acerca de lo ocurrido.
- En esa línea, será relevante construir un encuadre que se fundamente en su voluntad y en el respeto del equipo a su opción.

Junto con la escucha activa y empática, que debe estar acompañada de la evaluación de las figuras protectoras, así como también, de las que pudiesen ser potencialmente riesgosas para la víctima, se debe asegurar la protección de la víctima y el cese de las agresiones sexuales.

La violencia sexual –y en ese marco, la violación– puede darse en contextos tanto extra como intra familiares. En este último, la distinción de las figuras protectoras se vuelve un punto especialmente crítico, que obliga a los equipos a generar adecuadas distinciones, plantearlas a la familia, o representantes en menores 18 años; siempre que no exista sospecha de que alguno de ellos esté involucrado en los hechos de violencia. Se informará de manera asertiva acerca sobre los pasos a seguir respecto a la denuncia.

La literatura muestra que la mayoría de las personas víctimas de agresión sexual, especialmente las/os niñas/os, lo ocultan, siendo muy pequeño el porcentaje que devela. Por lo tanto, la entrevista será una herramienta importante para obtener información sólo si se establece una relación positiva con el/a entrevistador/a, basada en el apoyo y acogida, sin juicios.

Se debe tener presente que el estilo expresivo de las víctimas de agresión sexual puede variar desde una alta reactividad emocional, hasta el bloqueo o inhibición. Así, las características del relato dependerán de la individualidad de cada mujer -adolescente o adulta- y su disposición emocional en el momento de la exploración.

En todo caso, tratándose de violaciones cometidas por conocidos o familiares se debe considerar que las víctimas de violencia sexual se encuentran inmersas en la llamada “Ley del Silencio”, y será difícil que puedan entregar información sobre su victimario, pudiendo verse coaccionadas y/o amenazadas por los mismos. Se sostendrá la o las entrevistas en privado con la víctima, donde el espacio de confianza le permita sentirse libre y resguardada para hablar acerca de su experiencia y, eventualmente, poder sindicar a quién la haya agredido sexualmente

El relato recogido deberá quedar por escrito y ser firmado en conformidad por la mujer, con el debido resguardo que permita la confidencialidad de los antecedentes en el establecimiento. Para ello se dispondrá de un archivo anexo a la ficha clínica, de responsabilidad del director/a del establecimiento. Sólo podrá ser entregado al Ministerio Público de ser requerido según lo regulado en el artículo 13 de la Ley 20.584.

c) Valoración del Antecedentes

Al analizar el relato de violación, es necesario tener presente las circunstancias diversas en que esta puede ocurrir, pudiendo variar desde episodios en donde se utiliza la violencia, hasta interacciones en que priman diversas formas de manipulación y la amenaza.

El tiempo dedicado a esta evaluación debe ser calmo pero oportuno para evitar dilaciones en la definición de la concurrencia de la causal.

En caso que la víctima sea una mujer judicialmente declarada interdicta, se tendrá en consideración en forma preponderante este hecho para la evaluación de su relato, si lo ha podido otorgar. Aunque no medie declaración de interdicción, pero se detecte discapacidad mental o intelectual en la mujer, se ponderará también este factor, pues es presumible que dificulte la entrega del relato por parte de la mujer.

El rol del equipo en este contexto, es acotar la distinción de elementos que, en el relato, respalden la sospecha fundada de violación, los que deberán consignarse en el Anexo a la ficha clínica junto con el relato, quedando en manos del director del establecimiento. Entre estos elementos, destacar las características de la memoria y el recuerdo; el contexto en que se da la revelación; correlato conductual y emocional frente a la experiencia traumática; actitud frente a la denuncia, y momento del ciclo vital y etapa del desarrollo en que sucede la violación.

La concurrencia de esta causal será evaluada por los equipos de salud sobre la base de las siguientes consideraciones:

- Análisis de la plausibilidad del relato.
- Idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo.
- Concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada.

Es importante precisar que el equipo de salud no tiene competencias investigativas y no sustituye ni al Ministerio Público ni a los tribunales en la comprobación de la concurrencia del delito de violación ni en la determinación de sus autores. Se debe tener presente la diferencia entre el análisis que realiza el equipo de salud y el *Peritaje para Evaluación de Veracidad del Relato*⁷, que corresponde al proceso penal.

Una vez constituida la causal, y considerando que ninguna mujer debe quedar sola en estas circunstancias de violencia extrema, es fundamental que se informe a la mujer sobre el programa de acompañamiento voluntario disponible en el establecimiento en que se encuentra. En caso de un prestador privado, se le informará que el programa está disponible en el sistema público de salud en forma gratuita, independiente de su seguro de salud.

Tras la constitución de la causal se deberá acordar con la mujer mayor de 14 años y menor de 18 cuál es el momento apropiado para informar a su representante legal, como dispone la Ley. No es un requisito para realizar la interrupción, si esa es la decisión de la adolescente.

b. Acciones del programa de acompañamiento – tercera causal

⁷El *Peritaje para Evaluación de Veracidad del Relato* será parte de la investigación pericial que desarrolle el Ministerio Público.

Para que la mujer acceda al programa de acompañamiento se requiere el consentimiento y voluntad expresa, registrada en la ficha clínica, y se debe resguardar la confidencialidad y la idoneidad información entregada en este proceso de apoyo.

Ante un embarazo resultante de una violación, se debe tener en consideración que la profundidad del trauma y la gravedad de su sintomatología dependerán, en mayor medida, de la respuesta que reciba la mujer víctima -adolescente o adulta- del propio entorno familiar y social frente a su develación. Reacciones como ignorar, minimizar, no creer, culpar y juzgar a la víctima, constituyen violencia y revictimización. Sin calificar los motivos de dichas respuestas, la indiferencia, complicidad, falta de empatía y comprensión pueden reducir las perspectivas de recuperación.

Por ello, el acompañamiento psicosocial puede constituir una experiencia reparadora, al ofrecer a la víctima, un espacio de respeto y compromiso frente a su decisión.

Para que sea así, las instituciones de salud deben constituirse en *terceros protectores* y proveer de experiencias reparadoras a estas mujeres -adolescentes y adultas- , movilizándose como red para romper los círculos de violencia. La respuesta de los/as profesionales de la salud debe considerar estos aspectos, actuar de manera pertinente y contribuir a aminorar las consecuencias psicológicas de la violencia sexual. Desestimarlos podría acrecentar el dolor psíquico y generar consecuencias negativas para la salud de la víctima.

Además de proporcionar atención biopsicosocial a la mujer -adolescente o adulta-, en caso de un embarazo producto de una violación, el programa busca acompañarla en su opción de interrupción o continuidad del embarazo, y evitar o aminorar los posibles efectos adversos.

Objetivos Específicos

- Acoger y contener a la mujer -adolescente o adulta- embarazada como consecuencia de una violación.
- Brindar un espacio de contención emocional a la mujer, donde la violencia sexual pueda ser reconocida y se valide su experiencia subjetiva.
- Apoyarla en la toma de una decisión respecto de continuar o interrumpir el embarazo, considerando sus sentimientos, emociones, creencias y expectativas frente a este.
- Apoyarla ante las consecuencias traumáticas de la agresión sexual, que puedan influir en su proceso de decisión, teniendo especial consideración en el desarrollo de abordajes pertinentes al momento del ciclo vital en que la mujer se encuentra.
- Detectar condiciones de vulnerabilidad, que permitan sospechar el posible desarrollo de problemáticas de salud mental que requieran manejo terapéutico específico.
- Si la mujer –adolescente o adulta- decide continuar con el embarazo, asegurar el desarrollo de derivaciones asistidas, que resguarden el vínculo con la red de salud, favoreciendo con ello la continuidad del cuidado.
- Asimismo, propiciar la articulación intersectorial, para el desarrollo de coordinaciones necesarias en cada caso, que permitan movilizar los recursos sociales e institucionales

existentes para apoyar a la víctima, independientemente de su decisión de interrumpir o no el embarazo.

- Promover el desarrollo y fortalecimiento de una red de apoyo familiar y social, que pueda constituirse en fuente de protección y soporte para la víctima.

El siguiente cuadro describe las fases del proceso que vive la mujer, el rol del equipo de salud y las consideraciones para el acompañamiento. No obstante, también se presentarán mujeres que ya han tomado una decisión respecto a la interrupción del embarazo.

Fase	Rol Equipo de Salud	Consideraciones para el acompañamiento psicosocial
Proceso de Toma de Decisión	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar a la víctima las alternativas de decisión y reflexionar con ella sobre las consecuencias de cada una, teniendo especial cuidado de mantener una actitud neutral sin influir en su decisión. - Explicitar el respeto y la ausencia de juicio respecto de su decisión, mostrando una actitud y conducta consistente con ello. - Asumir frente a la persona el compromiso de hacer valer su decisión, resguardando posibles conflictos en su entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se promoverá el que la toma de decisión sea vivida como un acto de autodeterminación por parte de la víctima, en un contexto en el que se respeta su voluntad y libertad de decisión, a diferencia de la vulneración sufrida producto de la violación. Esto podrá constituirse en una experiencia reparatoria en sí misma. - Si bien quien se acerque al sistema de salud posiblemente ya habrá pensado en la opción de interrumpir su embarazo, de todas formas, se deberá entregar información clara respecto de la ley y el marco temporal en el que es posible realizar el procedimiento.
Opción por la Interrupción del Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar el compromiso con su decisión, mostrando una actitud consistente con ello. - Propiciar la tranquilidad y calma para enfrentar el procedimiento. - La mujer debe saber que, por Ley, al estar invocando la causal violación, se deberán tomar muestras de ADN del feto expulsado, el que podrá ser usado para perseguir al violador en el proceso judicial que se iniciará. 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de la voluntad de la víctima de ser acompañada a lo largo de este proceso, se indagará con ella en las temáticas críticas en las que requiera focalizarse y recibir apoyo. - Favorecer abordaje de miedos sobre creencias y posibles estigmas sobre su decisión.
Opción por llevar el embarazo a	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar el compromiso con su decisión, mostrando una actitud consistente con ello, sin 	<ul style="list-style-type: none"> - El plan de acompañamiento se construirá en función de las necesidades que identifique la

<p>término y asumir la maternidad de ese hijo/a.</p>	<p>estigmatizar decisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y comprensión de la opción, sin realizar juicios. - Compromiso con dicha opción, mostrando una actitud consistente con ello. - Refuerzo a las características personales que pueden potenciar la resiliencia de la víctima. 	<p>víctima.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se acompañará a la mujer a distinguir y fortalecer sus redes de apoyo, así como a articular recursos sociales e institucionales para apoyarla en su maternidad, con las complejidades que ésta pueda presentar.
<p>Opción por llevar el embarazo a término y entregar a su hijo/a en adopción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulación con la Unidad de Adopción del SENAME y construcción conjunta de un plan de abordaje de acuerdo con cada caso 	<ul style="list-style-type: none"> - En el marco del trabajo intersectorial, se deberá asegurar el manejo respetuoso de la información sensible que se comparta entre equipos, para favorecer el logro de los objetivos del acompañamiento. - Se dirigirá la mirada a los sentimientos y emociones que surjan en torno a la opción, validando su derecho a decidir y destacando que esto se ha realizado de manera responsable e informada. - Se apoyará la vinculación con los organismos pertinentes para el proceso de adopción.
<p>Cierre y Derivación Vincular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el cierre, acotándolo a este proceso de acompañamiento. - Establecer redes con instituciones y programas de reparación a víctimas de violencia sexual a los que puedan ser referidas las mujeres al cierre del proceso - Realizar, en caso necesario, una derivación asistida de la mujer a instituciones que ofrezcan terapia de reparación del trauma de violación 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizarse en los recursos personales, grupales y sociales reforzándolos y transmitiendo confianza en la capacidad de resiliencia de la persona para el afrontamiento de las crisis, así como para seguir avanzando hacia su bienestar integral.

Acogida

El rol del o la profesional no puede, ni debe ser directivo, disuasivo o impositivo. Se requiere que acoja e informe, sin dar sugerencias, recomendaciones ni instrucciones. Será importante facilitar

que las mujeres -adolescentes o adultas- tomen sus propias decisiones, sin influir, abierta o sutilmente, sobre la definición de sus opciones.

Se debe explorar la red de apoyo con que cuenta la víctima, para distinguir a las figuras significativas y protectoras, así como también levantar alertas frente a posibles riesgos. Cuando se trate de menores de edad que no cuenten con adultos protectores que puedan asumir dicha responsabilidad y cuidado, se deberá evaluar el requerimiento de protección en cada caso, debiendo movilizarse hacia la denuncia y solicitud de medidas de protección.

En esta etapa se deberá elaborar, en conjunto con la mujer -adolescente o adulta- , un plan para el acompañamiento, el que es voluntario y puede ser modificado o suspendido cuando ella así lo decida.

Toma decisión de la mujer

El equipo deberá mostrar a la mujer -adolescente o adulta- las alternativas de decisión y reflexionar con ella sobre las consecuencias de cada una, teniendo especial cuidado de mantener una actitud neutra, sin influir en su decisión.

Se debe explicitar el respeto y la ausencia de juicio respecto de su decisión, mostrando una actitud y conducta consistente con ello. Asumir frente a la mujer -adolescente o adulta- el compromiso de hacer valer su decisión, resguardando posibles conflictos en su entorno.

Las alternativas que se deben poner a disposición de la mujer -adolescente o adulta- son:

1. Interrumpir la gestación. Explicar claramente el proceso médico que se realiza según la edad gestacional y su estado de salud.
2. Continuar el embarazo y quedarse con el hijo o hija. Se le explicará el conjunto de beneficios sociales a los cuales podrá postular, y en los cuales ella será acompañada por un equipo multidisciplinario a través del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
3. Continuar el embarazo y dar al hijo o hija en adopción. Se le deberá explicitar que contará con el apoyo continuo de un/a trabajador/a social que la acompañará y asesorará durante el proceso.

La mujer -adolescente o adulta- debe estar en conocimiento que se tomarán muestras de los restos del feto para la persecución del violador/es, y la eventual activación del proceso judicial correspondiente.

Acompañamiento para la decisión

El establecimiento de una relación de ayuda para el acompañamiento requiere el encuentro con la persona, para conocerla en su situación actual e historia de vida. Considerando la diversidad posible en la expresión emocional y conductual frente a la violación, se deberá distinguir con ella sus necesidades específicas, para construir en conjunto, un plan de acompañamiento psicosocial.

Para la construcción de este plan, se deberá explorar y considerar:

- La situación familiar (pareja, familia nuclear y ampliada)
- Identificación de figuras significativas
- Red de apoyo
- Creencias espirituales y religiosas
- Significados asociados a la interrupción del embarazo y a la maternidad
- Presencia de problemas de salud mental
- Condiciones de vulnerabilidad social
- Requerimientos de protección

Se deberá acoger la ambivalencia y variabilidad en las reacciones, así como también incorporar la posibilidad de cambio en las decisiones. Esto se comprenderá como parte del proceso de enfrentamiento de situaciones tan complejas y delicadas como ésta. Se deberá reforzar el valor de la voluntad de la mujer para elegir, así como el respeto sin juicios a la opción que tome.

Apoyo psicosocial posterior a la decisión

La toma de decisión informada marca un hito significativo, que se traducirá en acciones concretas, que generarán efectos físicos y emocionales en la víctima. La opción en libertad y con la certeza del apoyo sin juicios de valor será un elemento importante que podrá constituirse en un factor protector, que favorezca la resiliencia.

Si ha decidido interrumpir el embarazo, acompañar en esta opción implica el compromiso de resguardar la voluntad de la mujer -adolescente o adulta-, pese a posibles tensiones contrarias de su entorno familiar y social, sobre todo aquellos casos que requieren autorización de representante legal. Será necesario estar alerta a posibles cambios conductuales, cognitivos y emocionales, proponiendo nuevas conversaciones frente a los signos de alerta que se distinguen, las que podrían derivar en nuevas estrategias para el acompañamiento.

Si ha decidido continuar su embarazo, se ofrecerá a la mujer contactarla con el nivel primario de atención de salud para su ingreso al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) en la Red Asistencial del Subsistema *Chile Crece Contigo*, con el objeto de hacer seguimiento del caso clínico y desarrollar el apoyo psicosocial intensivo que requiera cada caso. Esto último también se realizará si en el caso presentado no se constituye la tercera causal.

El equipo de salud ofrecerá su plena disposición para acompañar y apoyar a la mujer, y movilizará las redes intersectoriales necesarias para propiciar su acceso al sistema de protección social.

Por último, teniendo presente la valoración del vínculo establecido por la persona y el equipo de acompañamiento, se deberán estructurar instancias de seguimiento, que se traduzcan en conversaciones, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias posteriores a la contrarreferencia, según sea necesario. En ningún caso, estas acciones reemplazarán el rol de los equipos de primer nivel de atención, pero podrán complementarlo, para potenciar la vivencia de contar con vínculos significativos.

c. Atención clínica

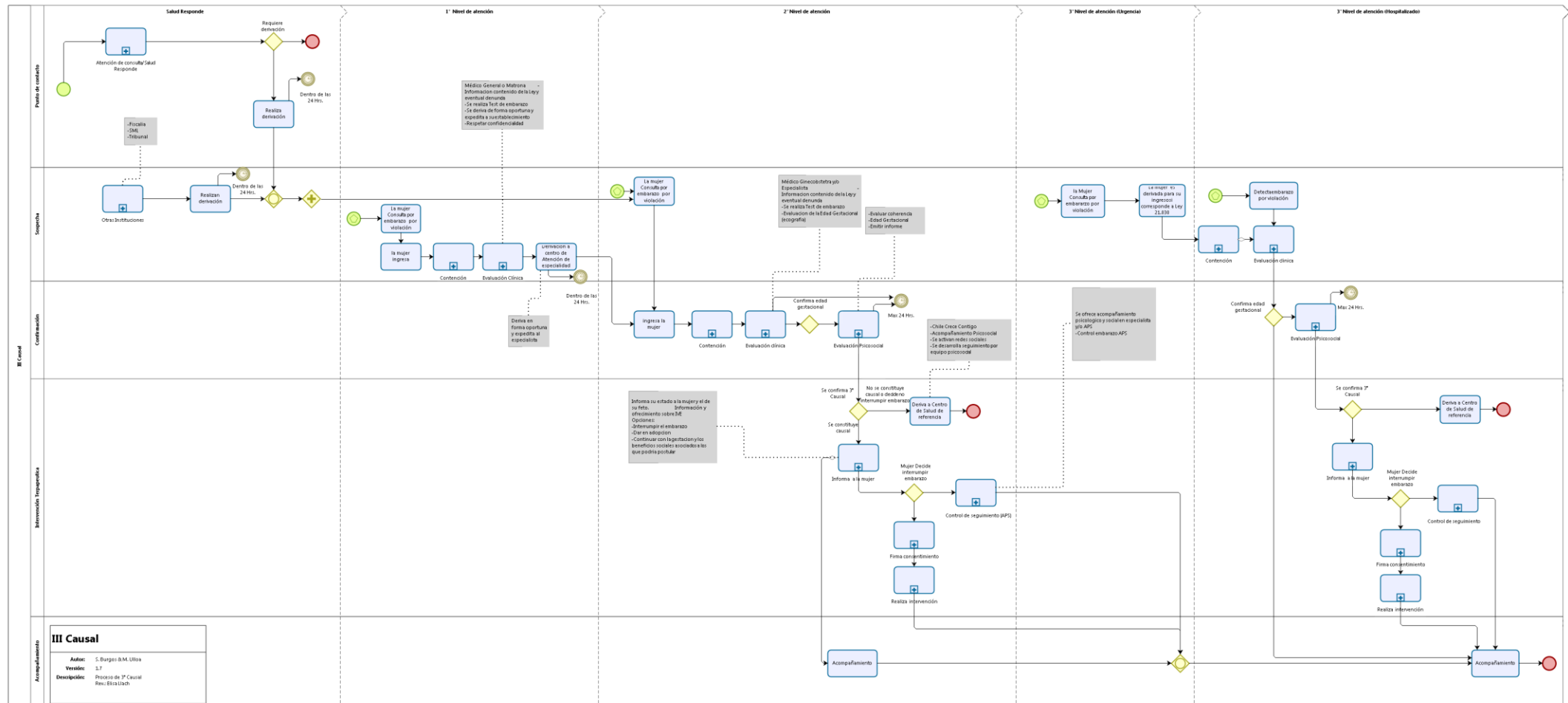
En el caso de la tercera causal existe definición de plazos diferenciados para la realización de la Interrupción del embarazo, hasta 12 semanas en caso de mujeres mayores de 14 años y hasta 14 semanas en caso de adolescentes menores de 14 años.

En ambos casos, a estas edades gestacionales se utilizará los métodos farmacológicos de interrupción y/o el método AMEU (Ver Capítulo VIII.). Para elegir el método de interrupción del embarazo el equipo médico deberá considerar la edad gestacional, estado de salud de la mujer – adolescente o adulta-, condiciones de acceso a los servicios de salud, y otros determinantes sociales que puedan interferir en una adecuada atención (lugar de residencia lejano a un centro asistencial, ruralidad, dificultades para entender indicaciones, entre otros).

Con estos elementos el equipo podrá valorar caso a caso la mejor alternativa de interrupción del embarazo a proponer a la mujer, y será ella quien decida y autorice el procedimiento que se desarrollará en el centro de atención de especialidad ginecobstétrica.

Posterior a la interrupción se debe indicar el reposo que corresponda según su estado de salud, la elección de un método de regulación de la fertilidad si la mujer así lo estima necesario, el control posterior, los cuidados y signos de alarma que la tienen que hacer consultar al servicio de urgencia. También se asegurará la continuidad del acompañamiento psicosocial, medidas de protección junto con referir a la mujer –adolescente o adulta-a las instancias de apoyo intersectorial que hayan sido contactadas o sean requeridas en el curso de su evaluación.

4.3 Flujograma del proceso clínico en la tercera causal – Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)



4.4 Denuncia o comunicación al ministerio público

Cuando la víctima de violación es menor de 18 años, el delito es de acción penal pública (artículo 53, inciso II, Código Procesal Penal), por lo que el Ministerio Público puede perseguir el delito de oficio, y cualquiera que tome conocimiento del hecho puede denunciarlo para que se proceda a investigar. La Ley N° 21.030 no innovó en esta materia.

En el caso de mujeres mayores de edad, de acuerdo con el artículo 369 inciso I del Código Penal⁸, se trata de una acción penal pública previa instancia particular, ello implica que no se puede proceder a la persecución del delito si la víctima no denuncia o ratifica la denuncia presentada por otro. Sin embargo, la Ley N° 21.030 establece una norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación. En los casos en se invoque la tercera causal y la víctima no haya realizado denuncia previa, el jefe del establecimiento de salud deberá comunicar este hecho al Ministerio Público, quedando este habilitado para iniciar la investigación de oficio.

De acuerdo con la Ley N° 21.030, una vez que se toma conocimiento de los hechos y no consta que se haya presentado previamente una denuncia, el obligado a realizarla o a comunicar la invocación de la causal, según corresponda, es el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular, por lo que se deberá coordinar internamente el flujo de la información para que ello se lleve a cabo. En ese sentido, no corresponde que se solicite a la víctima o a su representante legal, que realice la denuncia o comunicación y regrese con posterioridad al recinto de atención.

Cabe aclarar que, si bien de acuerdo con la Ley, el Ministerio Público siempre tomará conocimiento de los hechos que fundan la causal, ya sea por denuncia o comunicación de ellos, esto no es requisito para practicar la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que dichos procesos pueden realizarse con posterioridad a la intervención.

La denuncia -obligatoria en los casos de menores de edad-, deberá realizarse ante la autoridad correspondiente. Puede interponerse la denuncia ante:

- El funcionario de Carabineros que haya sido destinado al recinto asistencial
- El funcionario de Carabineros que haya sido destinado a las dependencias del Servicio Médico Legal.
- Policía de Investigaciones de Chile.
- Ministerio Público respectivo.

⁸“No se puede proceder por causa de los delitos previstos en los artículos 361 a 366 quáter, sin que, a lo menos, se haya denunciado el hecho a la justicia, al Ministerio Público o a la policía por la persona ofendida o por su representante legal”.

- Tribunal de Garantía correspondiente al territorio.
- Tribunal de Juicio oral en lo Penal correspondiente al territorio.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de *“veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho”*. Cabe señalar, en torno a este punto, que quien omita realizar la denuncia -conforme lo dispone el artículo 177 del Código Procesal Penal, incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal (multa de 1 a 4 UTM) o en aquellas que señalen disposiciones especiales, si correspondiere.

Por su parte, la comunicación establecida para el caso que la solicitante sea mayor de 18 años, esta deberá estar dirigida a la sede del Ministerio Público que corresponda según el territorio en que se encuentre el establecimiento de salud. Puede realizarse por diversas vías que permitan hacer constar que fue efectuada, tales como carta certificada, oficio o correo electrónico. En ella deberá indicarse que se ha invocado el delito de violación, el nombre y RUT de la requirente mayor de edad.

Deberá informarse de esta denuncia o comunicación a la mujer -adolescente o adulta- . Cuando la víctima sea una mujer -adolescente o adulta-interdicta por demencia se informará también a su representante legal, siempre y cuando éste/a no haya sido señalado como el/la agresor/a por la víctima. Si el equipo de salud tiene sospechas fundadas de que éste/a puede ser el agresor/a, ya sea de manera directa o a través de la negligencia, además de la denuncia al Ministerio Público es recomendable compartirle los fundamentos de la sospecha. En estos casos, se deberá tomar medidas para garantizar el fin de la violencia sexual y la protección de la víctima, esto incluye la solicitud de medias de protección en Tribunales de Familia. Si la sospecha se refiere a exposición a explotación comercial sexual, también se realizará la denuncia pertinente.

El deber del equipo de salud se agota con la denuncia o la comunicación, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida de manera exclusiva por el Ministerio Público. No obstante, existe la posibilidad de que el Ministerio Público o el Tribunal respectivo, solicite la declaración de integrantes del equipo o la solicitud de todo o parte de la información de la ficha clínica o documentos anexos conforme al artículo 13 de la Ley N° 20.584.

Además, en los casos en que la solicitante sea una mujer menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios y clínicas particulares deberán notificar al Servicio Nacional de Menores.

4.5 Toma de muestra para análisis médico legal y cadena de custodia⁹

El artículo 198 del Código Procesal Penal, en el caso de los delitos sexuales señala que “los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes”.

Se debe distinguir la toma de muestra de restos fetales, que es obligatoria de acuerdo al artículo 198 del Código de Procesal Penal, la cual será informada a la mujer, pero no requiere expresamente su autorización, de aquella muestra de sangre que se requiere para cotejar el ADN de la víctima, se rige por el artículo 197 del Código Procesal Penal, por lo que se le debe requerir autorización a la víctima para realizarla, informándole que tiene derecho a negarse, pero que eventualmente, en el transcurso de la investigación el juez, a instancias del Fiscal, podrá ordenar que se le practique el examen igualmente.

Por su parte, la Ley N° 19.970 que crea el Sistema Nacional de Registros de ADN, dispone que toda persona que intervenga en la toma de muestras, deberá mantener la reserva de los antecedentes y la integridad tanto de la muestra biológica como de la cadena de custodia, de acuerdo con las exigencias que imponga el reglamento (Decreto N° 634 del 2009 del Ministerio de Justicia). Este sistema de cadena de custodia tiene el propósito de garantizar la trazabilidad, integridad de la muestra, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son obtenidos en el centro de atención, hasta que son incorporados como prueba en un tribunal, para así obtener, los resultados periciales correspondientes.

El médico debe tener clara la importancia de este hecho en la atención de una paciente que concurra por la tercera causal del artículo 119 del Código Sanitario, modificado por la Ley N° 21.030 (embarazo resultado de violación), para evitar que el material biológico se extravíe o sufra alguna afectando la posterior investigación y la administración de justicia. Es de suma importancia conocer a cabalidad el procedimiento de cadena custodia el cual valida la muestra obtenida como prueba válida en el peritaje ordenado por el o la Fiscal.

En caso de que la víctima fuere mayor de edad, haya o no presentado una denuncia, igualmente se deben tomar las muestras y guardar en un lugar previamente determinado, bajo medidas de

⁹ Esta sección se basa en la Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual (Servicio Médico Legal, Ministerio de Salud, Fiscalía, 2016.

seguridad, hasta por 1 año (6). La recolección de los materiales biológicos puede permitir establecer la vinculación del agresor con la víctima y la identificación del agresor mediante la recuperación de ADN.

Además, cabe indicar que contar con la huella genética indubitada de la víctima cobra gran importancia en la realización de los peritajes de ADN, ya sean estos comparativos o bien para búsquedas en la base de datos del Sistema Nacional de Registros de ADN que dispone el SML.

En cada centro asistencial donde se realizará este procedimiento, se deberá identificar a un profesional denominado “custodio”, a cargo de Cadena de Custodia y responsable de su correcto almacenamiento y manejo de ésta. Asimismo, éstos centros que manejarán muestras biológicas para ADN, deberán disponer de un refrigerador con freezer, que permita mantener las muestras congeladas entre -15 y -20°C, el cual también deberá disponer de un sistema de cerradura con llave. Este refrigerador debe quedar en un lugar protegido del tráfico o en el laboratorio del dispositivo de salud.

Se recomienda reforzar la capacitación en cadena de custodia, con énfasis en la recolección, resguardo y traslado de este tipo de material biológico. (Ley N° 19.970 y su reglamento).

1) Toma de muestra

El profesional capacitado deberá identificar y recolectar una muestra de restos fetales en un envase plástico de tapa rosca con capacidad de hasta 100 ml, con cierre hermético (frasco de toma de muestra de orina estéril). La cantidad a recolectar deberá ser como mínimo un tercio de la capacidad del contenedor. Si hubiera menos cantidad de restos fetales, se recolectará lo que se encuentre en su totalidad. El frasco se debe sellar con sello parafilm o cinta adhesiva para evitar derrames y rotular como: “restos fetales”. Además debe consignar el nombre de la víctima y adherir a dicho frasco una lengüeta autoadhesiva, de las que van adheridas en la parte superior del Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia (R-FUCC). Posteriormente este frasco se deposita en una bolsa plástica transparente (contenedor secundario o de traslado) y se sella con la parte adhesiva del reverso del Rótulo. Es importante cautelar que en la sección de eslabones o Cadena de Custodia (bajo el prepicado), se registre claramente la descripción de la especie, que debe ser igual a la descripción hecha en el Rótulo; el médico que inicia la cadena de custodia, debe quedar correctamente identificado en la sección “Entrega” del primer eslabón.

En caso de no disponer de la bolsa plástica transparente, se podrá usar un contenedor de papel kraft, tomando la precaución de adherir una segunda lengüeta autoadhesiva a este sobre. Si la muestra no es entregada inmediatamente por indicación del fiscal, se debe congelar entre -15 y -20°C en un refrigerador con freezer destinado a muestras biológicas en cadena de custodia en forma exclusiva.

La muestra de sangre para cotejar ADN de la víctima, que debe ser indubitada, será obtenida previo su consentimiento, en un tubo con sistema TAPVAL con EDTA, el cual debe ser procesado

preferentemente antes de 6 meses, con el fin de evitar fenómenos de degradación del ADN y asegurar la determinación de una huella genética fiable.

Para efectos de la toma de muestras fetales el procedimiento realizado por AMEU permite revisión inmediata de la muestra y selección de los restos ovulares. En caso de que éste sea realizado por medicamentos, se debe colocar una bandeja estéril bajo las nalgas que permita recoger los fluidos y restos, con bandeja disponible para intercambiar. Al verificar la expulsión de restos embrionarios o fetales, éstos se deben depositar en el frasco seleccionado, separándolos del resto de los fluidos

2) Respeto de Cadena de Custodia

El formulario denominado Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia debe acompañar en todo momento a la evidencia. La cadena de custodia debe ser observada, mantenida y documentada. Es un procedimiento que tiene el propósito de garantizar la integridad e inalterabilidad de elementos, desde el momento en que son obtenidos del paciente, ya sea víctima o imputado, hasta que son entregados a algún funcionario de Fiscalía o de alguna Policía.

La Cadena de Custodia debe individualizar inequívocamente la especie, así como registrar e identificar en forma completa e ininterrumpida, a todas las personas que estuvieron o están a cargo de la custodia de la misma. Características:

- Sistema de control de cada paso del material biológico.
- Sistema que permite conocer en cualquier etapa, en dónde se encuentra la evidencia, quién la tiene, su estado y motivo de la tenencia.
- Se expresa en un Formulario que acompaña en todo momento a la evidencia, de forma ininterrumpida, llamado Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia el cual tiene asociado un número único de la evidencia (N.U.E.) otorgada por el Ministerio Público.
- Cada persona que tuvo la evidencia en su poder tiene la obligación de registro, cuidado y vigilancia de ella.

3) Sistema de Cadena de Custodia en Caso de Proceso Penal

Incluye los siguientes formularios:

- a. Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia con NUE.
- b. Hoja Nº ____ / del Formulario de Cadena de Custodia (segundas hojas).
- c. Anexo Complementario del Formulario de Cadena de Custodia para grandes volúmenes de evidencia.
- d. Sello de la Evidencia para el caso de restos fetales/Sello de la toma de muestra biológica para muestras indubitadas (víctima)

Los encargados de la custodia **nunca** deben romper los sellos o los empaques, sólo deben recibir el contenedor y verificar que esté en buen estado, correctamente sellado y guiarse por lo estampado en el “Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia” (6).

4) Consideraciones

Es importante comprender que es responsabilidad de todo funcionario o profesional capacitado de una institución del Estado que toma contacto con el material biológico el de resguardar, así como completar el Formulario *ad hoc*, mientras esté transitoriamente en su poder. El desconocimiento de las Normas para el manejo de la Cadena de Custodia no exime de responsabilidad legal y administrativa al miembro de la institución que deba asumir este rol.

1. La Cadena de Custodia se inicia en el mismo lugar de la obtención del material biológico, por el funcionario o profesional que realiza dicho procedimiento de toma de muestra.
2. Los procedimientos de manejo de la Cadena de Custodia deben aplicarse a toda evidencia cualquiera sea su naturaleza (papel, arma, bala, ropa, cadáver, vehículo, etc.), en este caso material biológico.
3. El registro de antecedentes solicitados debe ser efectuado de puño y letra por todos y cada uno de los funcionarios, que en forma sucesiva han tomado contacto con éste tipo de muestra biológica o evidencia, ya sea para tomarla u obtenerla, según sea el caso, trasladarla, custodiarla o periciarla. (Art. 16, Reglamento de Ley N° 19.970).
4. Es muy importante dejar en claro que el Formulario de Cadena de Custodia acompaña en todo momento al material biológico, no existiendo copias ni recibos ni documentos que lo sustituyan. Evidentemente el extravío del Formulario puede generar consecuencias similares al extravío de la Evidencia.

5) Forma de registrar en el Rótulo y Formulario único de cadena de custodia con N.U.E.

En el “Rótulo y Formulario Único de Cadena de Custodia”, sólo se pueden ingresar evidencias o muestras biológicas de una misma naturaleza de origen y relacionadas con un mismo procedimiento.

El formato cuenta con un “Número Único de Especie o Evidencia”, denominado N.U.E. Este corresponde a un número que viene pre-foliado, irreplicable (entre diferentes formularios) y universal, lo que permite codificar el material biológico desde el primer momento y a la vez organizar a los intervinientes de todas las instituciones afines a una investigación, facilitando a la vez la comunicación entre ellos.

El Formulario Único de Cadena de Custodia con NUE, consta de tres secciones o pasos: Rótulo, Sellado e Inicio de la Cadena de Custodia. Así se garantiza que toda evidencia cuente con su rótulo y cadena y número único. Además, se diseñó un formulario de continuación de cadena de custodia (segundas hojas) de ser necesario.

El formulario cuenta, en su parte SUPERIOR, con 4 estampillas o lengüetas pre-picadas con el NUE. Se adhieren a cada uno de los contenedores (envases primarios) de las evidencias las cuales deben ser todas de una misma especie o en el caso de muestras biológicas indubitadas se adhieren según el procedimiento específico para este caso, según el manual de toma de muestras del Registro Nacional de ADN del SML.

VI. CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este capítulo se resumen elementos centrales sobre el proceso de Consentimiento Informado (CI) para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Para las acciones de atención de salud, en general, el Consentimiento Informado es fundamentalmente un proceso relacional, continuo, dialógico, deliberativo y comunicativo al interior de la relación clínica entre el profesional de salud y un paciente competente, por medio del cual se toman conjuntamente las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar cada problema de salud que se presenta. Este proceso forma parte del acto clínico, es importante su registro en la ficha clínica, y debe ser otorgado previo a cualquier procedimiento de salud. En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, en función de sus características, corresponde a aquellas intervenciones en las que la manifestación de voluntad de la paciente debe ser consignada por escrito (artículo 14 inciso tercero de la Ley N° 20.584) (58, 59).

Se considera que una persona otorga su consentimiento informado sólo si:

- se le ha proporcionado la suficiente información,
- esta información la ha comprendido adecuadamente y ha tenido la oportunidad de aclarar las dudas,
- actúa voluntaria y libremente, y
- es competente para otorgar activamente el consentimiento, en tanto se cumplen las condiciones previas y contemplando los apoyos que esa persona pueda requerir para ello.

Por otra parte, el consentimiento informado por definición es revocable. Por ello, la mujer puede modificar su decisión, en uno u otro sentido, sin expresión de causa y sin que ello afecte su acceso a la atención de salud que requiera, estando dentro de plazo, si aplica.

La Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, describe en su artículo 15 situaciones en que no se requerirá la manifestación de voluntad de la persona para la intervención en salud, casos en que se adoptarán las medidas apropiadas en orden a **garantizar la protección de la vida**, a saber:

*“a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan **un riesgo para la salud pública**, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.*

*b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique **riesgo vital o secuela funcional grave** de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.*

*c) Cuando la persona se encuentra en **incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal**, por no existir o por no ser habido. En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.”*

El Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión de Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud emitido a través de la Resolución N° 31 del año 2012, determina de manera práctica esta obligación de los profesionales de la salud a comunicar la información referente a la situación de salud de las personas que atienden, según se señala en la ley antes mencionada.

1. Consentimiento en la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales

En cualquiera de las tres causales que permite acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, consideradas en la Ley N° 21.030, se señala que “... *la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo*”.

Acto seguido contempla una excepción, para los casos en que no sea posible recabar el consentimiento de la forma expresada anteriormente, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la Ley N° 20.584, ya señalados en los párrafos anteriores, esto es en caso de riesgo vital o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable y cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal.

Esta Ley contempla distintas situaciones particulares de las mujeres, ya sea de tipo etarias, por discapacidad y condición de interdicción por demencia, a tener en consideración para la solicitud voluntaria de la interrupción del embarazo. De esta manera se puede distinguir: Mujeres menores de 14 años; Mujeres mayores de 14 y menores de 18 años; Mujeres de 18 años y más; Mujeres con discapacidad no sometidas a interdicción; y Mujeres con discapacidad sometidas a interdicción.

Los requisitos, condiciones y/o procedimientos para el consentimiento que considera la Ley para cada uno de estos grupos antes señalados, se detallan a continuación.

1.1 Mujeres que pueden expresar su preferencia y consentir en forma plenamente autónoma: Mujeres de 18 años y más

En cualquiera de las tres causales, se deberá cumplir lo referido precedentemente como regla general, es decir manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo

1.2 Mujeres que pueden decidir su preferencia, pero cuyo representante legal debe ser informado: Mujeres mayores de 14 años y menores de 18 años

Para este grupo particular de adolescentes, la Ley reconoce su autonomía progresiva y le permite decidir por sí misma continuar o interrumpir su embarazo. No requerirá autorización de un tercero para validar su manifestación de voluntad en orden a solicitar la interrupción.

Sin perjuicio de ello, el equipo de salud que la atendió debe informar la voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por la adolescente a un adulto, quien no podrá modificar su decisión. El receptor de esta información está definido por la ley en orden de prelación:

- 1) Su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

Sólo si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se podrá informar en su lugar a:

- 2) El adulto familiar que ella indique, y en caso de no haberlo
- 3) El adulto responsable que ella señale.

1.3 Mujeres que requieren de la autorización del representante legal

La autorización del representante legal para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo es requerida en los casos de las mujeres menores de 14 años y mujeres con discapacidad psíquica o intelectual que han sido declaradas interdictas, contemplándose un procedimiento de autorización judicial sustitutiva en los casos particulares que se describen a continuación.

a. Mujeres menores de 14 años

En los casos de estas menores de edad que soliciten interrupción voluntaria del embarazo, la ley exige, además de la voluntad de la adolescente, la autorización de su representante legal:

“Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno.”

La voluntad de la adolescente será manifestada en el formulario de Asentimiento Informado, adjunto a la autorización del representante legal.

La Ley dispone un procedimiento de autorización judicial sustitutiva para los casos de:

- 1) Falta de autorización del representante legal. Se entiende que falta la autorización cuando:
 - i) El representante indicado por la adolescente se niega a autorizar. Cabe aclarar que en el caso inverso, en el que la adolescente opta por continuar el embarazo y el representante insiste en que se realice la interrupción, no procede la autorización sustitutiva, debiendo respetarse la voluntad manifestada por la adolescente.
 - ii) El representante legal indicado por la adolescente no es habido. Podrá entenderse que el representante no es habido cuando:
 - a) Se encuentra ausente del territorio de la República y no es posible esperarlo sin un detrimento grave de salud de la adolescente o con riesgo de vencimiento del plazo definido por la ley para practicar la interrupción.
 - b) La adolescente ignora el lugar de su residencia.
 - c) Aun conociendo presuntamente su residencia, no puede establecerse una comunicación, a pesar de haberse realizado gestiones para ello, tales como contacto telefónico, correo electrónico, visita domiciliaria u otra.
 - d) Estuviera privado de la patria potestad por sentencia judicial.
- 2) Sospecha de vulneración de derechos. Si a juicio del médico existen antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. **En estos casos la opinión del médico tratante deberá constar por escrito.**

La sospecha acerca de los riesgos puede surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la adolescente, no obstante, la Ley lo circunscribe al médico.

Frente a estas situaciones, un integrante del equipo de salud asistirá a la adolescente o mujer para que un juez constate la concurrencia de la causal, para ello se deberá acudir ante el Tribunal de Familia competente, esto es, aquel que corresponda al territorio en el que se encuentra la adolescente menor de 14 años o mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. Requerida esta asistencia, el establecimiento de salud deberá coordinar la disponibilidad de un integrante para dichos efectos, idealmente el/la abogado/a del establecimiento, el/la trabajador/a social o cualquiera del equipo biopsicosocial que haya estado vinculado a la atención de la adolescente o mujer.

Para dar inicio a las gestiones de la autorización sustitutiva, el establecimiento de salud deberá comunicarse con el Juez de Turno del Tribunal competente, indicando la situación que la fundamenta y, considerando los plazos de edad gestacional establecidos en la ley 21.030, así como el interés superior de la adolescente, cerciorarse del modo o vías más expeditos que el tribunal admita para recepcionar los antecedentes del caso, a fin de remitirlos por esas vías, tales como correo electrónico, información telefónica u otra forma idónea que permita informar al tribunal, sin perjuicio de la presentación física de los mismos, si así le es requerido. Sólo con la autorización expresa del juez se podrá tomar registro auditivo o visual de la conversación telefónica.

Es recomendable presentar al tribunal, de la forma que este indique:

- El diagnóstico de embarazo, de la edad gestacional y de cualquier otra condición de salud que sea relevante para la decisión.
- La anamnesis realizada a la paciente, si la hubiere.
- Certificación de entrega y recepción de información sobre la Ley N° 21.030.
- La evaluación realizada por el equipo biopsicosocial por la cual se determinó la concurrencia de la causal, en el caso del numeral 3 del artículo 119 del Código Sanitario.
- Información sobre la manifestación de voluntad por parte de la adolescente o mujer y su representante legal respecto del programa de acompañamiento a que tiene derecho y las intervenciones realizadas a la fecha, si corresponde.
- Información sobre las circunstancias que se han considerado para solicitar la intervención del Tribunal.
- Información sobre la red de apoyo de la adolescente o mujer, si ésta se hubiere recabado.
- Cualquier otro antecedente que el equipo considere relevante tener en cuenta en la decisión judicial.

De todas maneras el Tribunal puede solicitar otros antecedentes para la evaluación del caso concreto.

El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la adolescente o mujer y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización.

En caso de que el Tribunal constate la concurrencia de la causal, si el representante legal no la hubiere apelado, se procederá a realizar el procedimiento de interrupción.

En caso de que el Tribunal deniegue la constatación de la causal, se asistirá a la adolescente o mujer para apelar dicha decisión, si ella persiste en su manifestación de voluntad. Se deberá

esperar el pronunciamiento de la Corte de Apelaciones respectiva para proceder o no a la interrupción voluntaria del embarazo, según lo que ésta resuelva.

Se entenderá como parte de la asistencia del equipo aquella que realice el abogado del establecimiento para la apelación, si se requiriere.

De todas las gestiones se dejará constancia en la ficha clínica.

Sin perjuicio de lo señalado, es recomendable que cada Servicio de Salud se comunique con el Juez Presidente del Tribunal competente en su territorio para coordinar la forma de implementación de este aspecto de la Ley, de modo de agilizar la aplicación del procedimiento cuando éste sea necesario.

b. Mujeres con discapacidad psíquica o intelectual declaradas interdictas “por causa de demencia”.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal. Sin embargo, la Ley de todas maneras ordena que se debe recabar la opinión de la mujer en esta circunstancia, la que siempre se deberá tener en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla. La opinión de la mujer se consignará en el formulario de Consentimiento Informado que firmará su representante legal.

En esta situación, se dispondrán los mecanismos de apoyo pertinentes que permitan conocer la opinión o preferencias de la mujer interdicta, si fuere posible.

La Ley también dispone del procedimiento de autorización judicial sustitutiva, referido precedentemente, para los casos en que, a juicio del médico, existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la mujer judicialmente declarada interdicta, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad. En el caso de discrepancia entre la mujer interdicta y su representante legal, en el que ella manifestare opinión contraria a la interrupción, se deberá indagar la posibilidad de la existencia de los riesgos señalados, para solicitar, si corresponde la intervención del Tribunal de Familia. En estos casos la opinión del médico deberá constar por escrito, sin perjuicio de que la sospecha acerca de los riesgos pueda surgir en cualquier integrante del equipo de salud que atiende a la mujer.

1.4 Mujeres que requieren ser apoyadas para tomar una decisión y expresar su preferencia y consentir: Mujeres con discapacidad.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ref: CRPD/C/11/4 Observación General sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) ha señalado que:

“En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. “

“El grado de apoyo que necesite una persona (especialmente cuando es elevado) no debe ser un obstáculo para obtener apoyo en la adopción de decisiones”.

Cualquier forma de apoyo debe respetar la voluntad y preferencias de la mujer. Si pese al apoyo entregado, no se puede conocer la preferencia y voluntad de la mujer, podrá acudirse a lo dispuesto en el artículo 15 b) y c) de la ley 20.584, cuando corresponda.

2. Del proceso para la firma de formulario de Consentimiento Informado

2.1 Entrega de la información

Previo a la firma del formulario Consentimiento Informado es esencial e imperativo que la persona reciba toda la información sobre el procedimiento de salud que está consintiendo, de manera clara, veraz y comprensible para ella. .

En relación con lo anterior, inciso décimo del artículo 119 del Código Sanitario, modificado por la Ley N° 21.030, estipula:

“El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo las de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante, lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.”

Así también reconoce la necesidad de contemplar medios alternativos de entrega de la información para las mujeres que puedan presentar dificultades especiales., como ya fue mencionado previamente.

2.2 Información a entregar y certificación de la entrega de la información

Al menos los siguientes aspectos deberán ser desarrollados en forma previa a la firma de formulario de Consentimiento Informado:

- La información pertinente referente a la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo.
- Una descripción del procedimiento específico a realizar con la paciente.
- Señalar si el método a utilizar será ambulatorio o requerirá hospitalización.
- Las condiciones en que éste se realiza (uso o no de anestesia o de sedación).
- Posibles riesgos y efectos secundarios, los más frecuentes y los más graves, aunque no sean frecuentes.
- Derecho al programa de acompañamiento.
- Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de invocar la tercera causal.
- Destino de los restos ovulares o embrionarios cuando proceda.
- Pasos a seguir en caso de complicaciones.
- Si habrá o no seguimiento después del procedimiento y cómo se realizará.
- A quién y cómo contactar en caso de requerir más información.

Esta acción deberá quedar consignada en la ficha clínica, señalando la identificación del/a profesional que la entrega y la fecha en que esto se realiza. Es recomendable que los equipos cuenten con documentos informativos, disponibles para la mujer, sobre algunas o todas estas materias.

2.3 Condiciones para el proceso

Es importante tener en cuenta que este proceso requiere ser realizado:

- Por un/a profesional de salud que cuente con las competencias para efectuarlo, quien luego deberá identificarse en el Consentimiento informado.
- En un espacio físico adecuado que permita el resguardo de la privacidad y confidencialidad.
- Considerando la condición psíquica, cognitiva, emocional y el contexto particular de la persona que deberá consentir.
- Contar con el suficiente tiempo para permitir que la mujer comprenda la información que se le entrega, pueda realizar las consultas y aclarar las dudas que le surjan, que éstas le sean

respondidas a su satisfacción y contar con la libertad para manifestar su voluntad, sin coacción.

- En los casos en que la mujer requiera de más tiempo para reflexionar respecto de su decisión, podrá regresar posteriormente a informar su decisión, recordando que es perentorio en el caso de la 3ª causal, que el acceso a este procedimiento tiene un límite acotado de tiempo para ser realizado: hasta las 12 semanas en el caso de mujeres mayores de 14 años o hasta las 14 semanas en mujeres menores de 14 años.

2.4 Condiciones particulares de la mujer -adolescente o adulta-

La mujer -adolescente o adulta- podrá presentar situaciones particulares, las que se deberán tener en consideración cuando se lleve a cabo este proceso. Algunos ejemplos se mencionan a continuación.

Si la mujer -adolescente o adulta- , a quien se solicita otorgue su consentimiento informado:

- Requiere de la asistencia de un facilitador intercultural, esto deberá considerarse cuando sea necesario, tanto para la entrega de la información como para el momento en que se solicita la firma del formulario de Consentimiento Informado. De concurrir, se registrará este hecho con identificación de la persona, su nombre en el documento que se firma.
- Presenta una limitación sensorial visual o auditiva, no sabe leer, así como en el caso de mujer -adolescente o adulta- con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para conocer su preferencia. Las terceras personas que acompañan el proceso quedarán formalmente identificadas en el documento que se firma.
- No sabe escribir, se le debe permitir acreditar su consentimiento por medio de su huella digital.
- En el caso de las adolescentes menores de 14 años, se consignará en un documento que le fue entregada toda la información pertinente y se recogerá su asentimiento para interrumpir su embarazo el que deberá ser firmado por ella.

3. Contenido del formulario de Consentimiento Informado

Este formulario debe contener de manera general:

- Qué se está consintiendo;

- Contener la identificación de quien otorga su consentimiento y de la persona que realiza el proceso, así como de terceras personas que actúan como facilitador o como apoyo a la toma de decisiones, asistente para la lectura, o como Ministro de Fe;
- Señalar el lugar y fecha en que se firma el documento;
- Indicar a quién y cómo contactar, en caso de algún imprevisto de salud que se presente en su evolución antes del control al que fue citada.

El formulario de Consentimiento Informado se firma en dos copias: una copia firmada para dejar constancia en la ficha clínica y una para entregar a la persona que consiente. Cualquier cambio en la decisión manifestado por la mujer, será consignado por escrito, solicitando su firma en dicho registro.

En el Anexo N°2 se incluyen los modelos de formularios de Consentimiento y Asentimiento informado que deberán ser utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.

VII. METODOS DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

En la selección del método a utilizar en la interrupción voluntaria del embarazo por las tres causales aprobadas en esta Ley, se deben considerar algunos factores relevantes: la causal invocada, la edad gestacional, las condiciones de salud de la mujer (sana o con morbilidad) incluyendo la condición del embarazo (complicado o no), y las condiciones del embrión o feto (estado vital – tamaño). Una vez establecida la causal que fundamenta la interrupción, se requiere la decisión informada de la mujer y su consentimiento informado, además de considerar las condiciones locales de la Red asistencial, y las competencias de los profesionales en el método a utilizar.

Sobre la base de la evidencia internacional disponible en distintas circunstancias, se recomienda la utilización de métodos que proporcionen mayor seguridad, menores complicaciones y con menor invasión instrumental sobre la mujer gestante.

En la actualidad, los métodos más recomendados son el uso de medicamentos y la aspiración por vacío; la habitual técnica de dilatación y raspado (legrado, curetaje) debiera eliminarse progresivamente de las prácticas asistenciales en el país, en la medida que se cuente con el personal capacitado en las técnicas de aspiración por vacío, y los insumos requeridos para realizarla.

Los procedimientos descritos en el presente Anexo pueden ser utilizados en situaciones de pérdidas reproductivas espontáneas (aborto espontáneo incompleto, aborto retenido, muerte fetal in útero) y en las interrupciones voluntarias de embarazo por las tres causales aprobadas en esta Ley.

Debe considerarse en cada técnica las condiciones en las cuales se debe proceder en el establecimiento de salud.

Las condiciones básicas en las cuales se debe desarrollar el procedimiento de Interrupción del embarazo en las mujeres en los centros de salud de especialidad son:

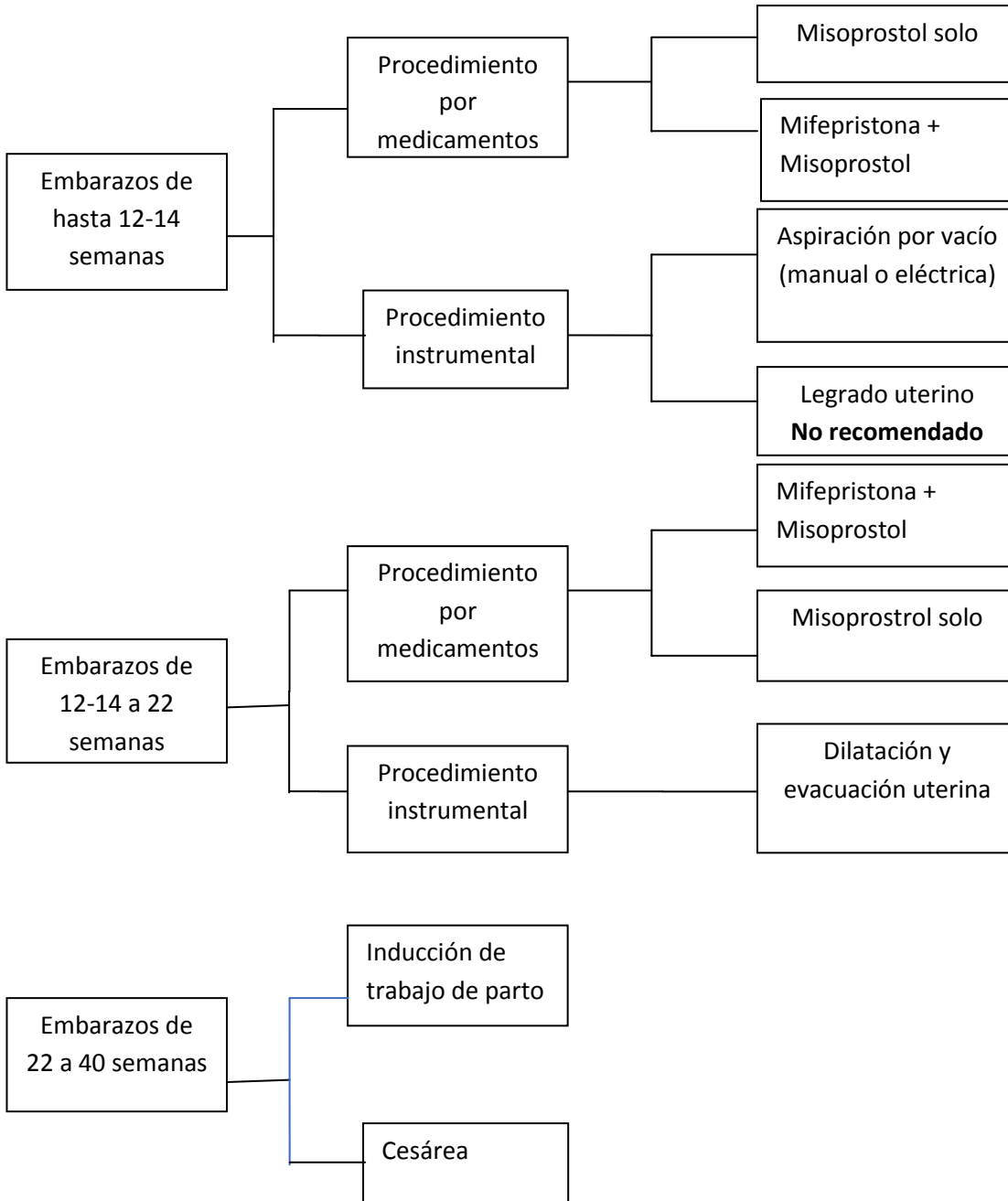
- Citar a la mujer en ayunas el día del procedimiento
- Idealmente venir acompañada.
- En el centro de salud, contar con una sala de espera y de atención que permita la privacidad y confidencialidad de la atención.
- Contar con una sala de monitorización del efecto del tratamiento farmacológico, idealmente con las mujeres sentadas en un asiento cómodo con acceso rápido y oportuno a baño privado.
- No podrá quedar ninguna mujer parada esperando el efecto farmacológico.
- Establecer un monitoreo de signos vitales horaria que permita la pesquisa precoz de sangramiento excesivo.

- Contar con los fármacos que le permitan tratar los efectos secundarios esperados (anti inflamatorio, anti espasmódico, anti térmicos, etc.)

Si se decide realizar el procedimiento de vaciamiento por aspiración endouterina (sea manual o eléctrica):

- la mujer deberá ingresar al pabellón ambulatorio acompañada por un/a matró/a que deberá estar en forma permanente a su lado, cuya función principal será contener emocionalmente a la mujer, y explicar todo el procedimiento que se le está realizando, si ella así lo desea.
- La iluminación del pabellón deberá ser tenue, con luz potente sólo en la zona genital en la cual deberá trabajar el equipo obstétrico.
- Se recomienda habilitar el pabellón con música que baje la tensión, neutra.
- También se recomienda utilizar calor local (guatero de semillas u otro sistema) en la zona del hipogastrio que permita disminuir el dolor por la contracción.

ESQUEMA DE MÉTODOS DE INTERRUPCION SEGÚN EDAD GESTACIONAL, BASADOS EN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y UTILIZADOS MUNDIALMENTE.



1. Métodos para la interrupción del embarazo con medicamentos

La interrupción del embarazo con medicamentos es el procedimiento que logra el vaciamiento uterino completo mediante el uso sólo de medicamentos. Es un método seguro y eficaz, **de elección a cualquier edad gestacional**, si las condiciones clínicas del caso lo permiten y la mujer lo decide, tratando de evitar el uso de los procedimientos quirúrgicos. Es una alternativa al manejo expectante en aquellas mujeres con un proceso de aborto espontáneo incompleto que quieran acortar el tiempo de evacuación, y no desean un procedimiento quirúrgico.

Actúa modificando las condiciones físicas del cuello uterino (reblandecimiento, acortamiento y dilatación) e induciendo las contracciones uterinas, con la finalidad de obtener la expulsión total del contenido uterino (embrión o feto, más los anexos ovulares –membranas, placenta, cordón).

Si no se produce el vaciamiento total y se mantienen restos ovulares en el interior del útero, se puede insistir con medicamentos (sólo en interrupciones de primer trimestre) o bien, completar el procedimiento con el método instrumental que se considere más adecuado según las condiciones locales existentes: profesionales capacitados, insumos, instrumental y local físico apropiado. En este caso, las alternativas a considerar son Aspiración manual o eléctrica y procedimiento instrumental (legrado, curetaje o raspado).

Los medicamentos utilizados en la interrupción medicamentosa de un embarazo son:

- Mifepristona
- Misoprostol
- Oxitocina (inducción de parto)

La Mifepristona es un esteroide sintético activo por vía oral con acción anti progesterona y anti glucocorticoide. Produce necrosis decidual, reblandecimiento cervical, aumento de la contractilidad uterina y aumento de la sensibilidad a las prostaglandinas.

El Misoprostol es un análogo sintético de prostaglandina E_1 que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a expulsar el producto de la concepción (60).

La Oxitocina es un derivado sintético de la hormona natural, mediadora de los procesos fisiológicos de la contractilidad uterina.

El uso o no de cada uno de ellos, sus formas de uso -solas o acompañadas de otras acciones, en forma primaria o secundaria a ellas- y las dosis respectivas a utilizar, variarán de acuerdo a la edad del embarazo. Por su mayor eficacia, la OMS recomienda utilizar el régimen de Mifepristona seguida de Misoprostol; también se ha descrito el uso de Misoprostol solo, pero su eficacia es inferior y los efectos colaterales son más intensos y prolongados (61). Ambos productos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS (62).

Consideraciones previas al procedimiento

- Se debe confirmar un embarazo normotópico, su edad gestacional, y descartar un embarazo ectópico concomitante (embarazo heterotópico, de muy rara frecuencia, 1 de cada 1.800 a 2.600 embarazo) realizar examen bimanual y utilizar los medios diagnósticos disponibles, incluida la ecografía abdominal (63).
- La mujer debe ser informada de todas las opciones disponibles para la interrupción de embarazo para que pueda tomar una decisión libre e informada (64).
- Si la mujer estaba en control prenatal, verificar clasificación de grupo sanguíneo y factor Rh, y valores de hematocrito, hemoglobina para la detección de anemia. Si no están disponibles, se solicitan antes de realizar el procedimiento, siempre que la espera del resultado no signifique sobrepasar la edad gestacional límite establecida para la interrupción de embarazo (en especial, en la tercera causal).
- La determinación de factor Rh (RhD) y la administración de profilaxis para evitar sensibilización a factor RhD (inmunoglobulina anti-D o anti-Rh) no constituyen requisitos para acceder a la prestación. Diversas guías internacionales han demostrado la utilidad de usar IG anti Rh-D 300 mg. IM como el mejor método de isoimmunización en mujeres Rh (-) no sensibilizadas, siendo incorporado en la Guía perinatal (8).
- Debe verificarse el resultado de los exámenes para la detección de sífilis y VIH. En todo caso, la realización de estos exámenes no constituye requisito o impedimento para realizar el procedimiento; el procedimiento no debe retrasarse a la espera de exámenes confirmatorios.
- La presencia de infección por VIH, sífilis u otra infección de transmisión sexual (ITS) requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médicas o quirúrgicas. Si se sospecha alguna ITS, debe ser derivada para la confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento.
- Si hay signos clínicos de infección, la mujer deberá recibir tratamiento de inmediato.

Esquemas recomendados para interrupción de embarazo con medicamentos

A nivel mundial existen distintos protocolos para la interrupción del embarazo con medicamentos. Algunos indican la administración de los medicamentos en forma ambulatoria, pero bajo supervisión clínica en un centro de salud, otros consideran la auto-administración domiciliaria de los medicamentos recomendados (Mifepristona, Misoprostol) (65). Chile adoptó un modelo centrado en la atención en el nivel de especialidad, de acuerdo con la estructura de salud del país y los requerimientos que implica la implementación de la Ley N° 21.030.

A continuación se detallan los esquemas de interrupción con medicamentos en las distintas edades gestacionales.

Regímenes de administración de medicamentos

Tabla N°7: Régimen de Mifepristona y Misoprostol hasta las 9 semanas						
Opciones	Edad gestacional	Mifepristona Día 1	Misoprostol			Eficacia*
			Dosis	Vía	Momento oportuno	
Opción recomendada	Hasta las 9 semanas	200 mg por vía oral (una tableta de 200 mg)	800 µg (cuatro tabletas de 200 µg)	Bucal (vestibular) o sublingual	Día 2 o 3	95%- 98% (66)
Otras opciones	Hasta las 9 semanas	200 mg por vía oral (un comprimido)	800 µg (cuatro comprimidos de 200 µg)	Vaginal	Día 2 o 3	93%- 97% (67)
		200 mg por vía oral (un comprimido)	400 µg (dos comprimidos de 200µg)	Sublingual **	Día 2 (24 horas después de Mifepristona)	98,7%
	Hasta las 7 semanas	200 mg por vía oral (un comprimido)	400 µg (dos comprimidos de 200 µg)	Oral	Día 2 o 3	89%- 93% (68,69)

*La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa, que no requiere un procedimiento instrumental complementario (aspiración o legrado).

**Misoprostol 400 µg por vía sublingual un día después de administrada la Mifepristona es una modalidad prometedora. Un ensayo controlado aleatorizado encontró tasa de eficacia de este régimen fue del 98.7%. Aún es necesario realizar más estudios para poder evaluar mejor este régimen de Misoprostol.

Tabla N°8: Mifepristona y Misoprostol entre 9 y 13 semanas					
Edad gestacional	Mifepristona Día 1	Misoprostol			Eficacia*
		Dosis	Vía	Momento oportuno	
9 a 13 semanas.	200 mg por vía oral (una tableta de 200 mg)	Dosis inicial: 800µg (cuatro comprimidos de 200 µg). Seguir con hasta 2 dosis adicionales de: 400 µg de Misoprostol cada 3 o 4 horas	Sublingual o vaginal	36 – 48 horas	97% (70)
	200 mg por vía oral (una tableta de 200 mg)	Dosis inicial: 800 µg (cuatro comprimidos de 200 µg). Seguir con hasta 2 dosis adicionales de:400 µg de Misoprostol cada 3 horas	Oral o Vaginal	Día 2 o 3	95%-97%

*La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa sin más intervención con aspiración por vacío o legrado.

Tabla N° 9: Mifepristona y Misoprostol entre 14 a 24 semanas					
Edad gestacional	Mifepristona Día 1	Misoprostol			Eficacia*
		Dosis	Vía	Momento oportuno	
14 a 18 semanas.	200 mg por vía oral (un comprimido)	Dosis inicial: 800µg (cuatro comprimidos de 200 µg). Seguir con hasta 2 dosis adicionales de 400 µg de Misoprostol cada 3 hrs.	Vaginal o Sublingual	36 – 48 horas	97%
18 a 24 semanas	200 mg por vía oral (un comprimido)	Dosis 400 µg (dos comprimidos de 200 µg). Repetidos hasta 2 dosis cada de 4 horas	Vaginal o Sublingual	24 – 36 horas	95%-97%

*La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa sin más intervención con aspiración por vacío o legrado.

Tabla N°10: Misoprostol solo hasta las 9 semanas			
Dosis de Misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia*
800 µg (cuatro comprimidos de 200 µg)	Sublingual	Seguir la dosis inicial con hasta dos dosis más de 800 µg de Misoprostol por vía sublingual cada 3 a 4 horas	84% (71)
800 µg (cuatro comprimidos de 200 µg)	Sublingual	Seguir la dosis inicial con hasta dos dosis de 800 µg de Misoprostol por vía vaginal, repetidas cada 4 a 6 horas	83%-90%

* La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa sin más intervención con aspiración por vacío o legrado.

Tabla N°11: Misoprostol solo entre las 9 y 13 semanas			
Dosis de Misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia*
800 µg (cuatro comprimidos de 200 µg)	Vaginal o sublingual	Seguir la dosis inicial con hasta dos dosis más de 800 µg de Misoprostol por vía vaginal cada 4 a 6 horas	83%-87% (72)

* La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa sin más intervención con aspiración por vacío o legrado.

Tabla N°12: Misoprostol solo entre las 14 y 18 semanas			
Dosis de Misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia*
400 µg (dos comprimidos de 200 µg)	Vaginal	Seguir la dosis inicial con hasta dos dosis de 400 µg de Misoprostol por vía vaginal cada 4 a 6 hrs.	83%-87%

* La eficacia se define aquí como la evacuación completa. Si no se ha expulsado la placenta 30 min. Posterior a la expulsión del feto se puede repetir una dosis de Misoprostol

Tabla N°13: Misoprostol solo entre las 18 y 24 semanas			
Dosis de Misoprostol	Vía	Momento oportuno	Eficacia*
400 µg (dos comprimidos de 200 µg)	Vaginal	Seguir la dosis inicial con hasta dos dosis de 200 µg de Misoprostol por vía vaginal cada 4 a 6 hrs.	83%-87%

* La eficacia se define aquí como la evacuación uterina completa, incluyendo la placenta.

1.1 Inducción de parto con medicamentos

La inducción de trabajo de parto prematuro en la primera y segunda causal requiere considerar que la respuesta uterina a los fármacos que estimulan la contractilidad uterina (prostaglandinas, ocitocina) es menor en comparación a lo requerido en un embarazo de término (68).

La evidencia disponible, basada en recomendaciones de expertos, señala que la mejor alternativa es el uso de Misoprostol, por vaginal o sublingual; es más efectivo que la infusión de oxitocina o la amniotomía, lo cual favorece el parto vaginal y reduce las tasas de cesárea. A medida que se acerca el término del embarazo, disminuyen las dosis requeridas.

La última guía de FIGO (73) recomienda para la interrupción del embarazo en base a evidencia internacional el uso de dosis de 200 mg. cada 4 horas en EG 24 a 26 semanas, 100 mg. cada 4 hrs. en EG de 27 a 28 semanas y 50 a 100 mg. cada 6 hrs en EG de > 28 semanas.

Si ya se inició la actividad contráctil uterina, aunque sea leve, no se debe usar una nueva dosis de Misoprostol; para la mantención y progresión del trabajo de parto, se recomienda seguir con una infusión endovenosa continua de oxitocina.

La inducción medicamentosa del parto en portadoras de cicatrices de cesárea anteriores requiere una monitorización estricta, por posibles riesgos de rotura uterina.

Contraindicaciones para interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos

Las contraindicaciones absolutas para una interrupción del embarazo con medicamentos son escasas; las siguientes condiciones se consideran criterios de exclusión:

- Anemia con Hb menor a 9,5 g/dl (74)
- Embarazo ectópico.
- DIU in situ (extraerlo antes de iniciar tratamiento).
- Terapia prolongada con corticoesteroides.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Coagulopatías conocidas o tratamiento anticoagulante en curso.
- Intolerancia o alergia a la Mifepristona.
- Insuficiencia hepática severa.
- Insuficiencia renal severa.
- Insuficiencia respiratoria severa.
- Hipertensión no controlada.
- Enfermedad cardiovascular (angina de pecho, enfermedad valvular, arritmia o falla cardíaca).

El Misoprostol no debe ser usado en mujeres con alergia o intolerancia al Misoprostol. El asma no es una contraindicación para su uso (75).

Efectos colaterales

En las mujeres que opten por un vaciamiento uterino medicamentoso se espera un sangrado un poco mayor que una menstruación, con presencia de coágulos, y eventuales efectos colaterales. Tanto la Mifepristona como el Misoprostol producen contracciones uterinas y sangrado similar a una menstruación prolongada, que puede durar, en promedio, nueve días.

Se le debe informar a la mujer que debe acudir a consultar a un centro asistencial competente para su manejo, si

1. Ocupa dos toallas higiénicas nocturnas empapadas en una hora, durante dos horas consecutivas.
2. Se espera que eliminen coágulos, de un volumen no mayor a un limón pequeño a mediano; en caso de ser de mayor tamaño, o ir asociado a fatiga, taquicardia o sudoración, mareos, debe consultar;
3. Los signos I y II pueden indicar la presencia de una hemorragia severa;
4. También puede presentarse fiebre leve y dolor abdominal por el efecto prostaglandínico; si la fiebre dura más de 24 horas, o el dolor intenso no cede con analgésicos, debe consultar a un Servicio de Urgencia.


Otros efectos colaterales asociados al uso de Mifepristona y Misoprostol incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, mareos y alteraciones de la termorregulación (76). Estos síntomas deben ser advertidos a la mujer y deben ser manejados con tratamiento sintomático (antitérmicos y analgésicos: ketoprofeno vía oral; Ibuprofeno, etc.), antieméticos (ondasentrón) en caso de náuseas incoercibles; anti espasmódicos o antidiarreicos, o loperamida, por lo que se recomienda que los días de tratamiento se mantenga en reposo relativo, sin realizar grandes esfuerzos que puedan aumentar el sangrado y pueda enfrentar esta sintomatología sin mayores inconvenientes.


El uso del **Misoprostol sólo se asocia además**, a alteraciones gastrointestinales, **menos** comunes cuando es administrado por vía vaginal, que cuando se usa por las vías oral, bucal (vestibular) o sublingual (77, 78).

Figura N°1 Vías de administración de medicamentos

Mifepristona: se toma por vía oral.

Misoprostol:

Vía bucal o vestibular	
Colocar dos píldoras en la mucosa bucal entre la encía y la mejilla. Después de 30 minutos tragar el excedente con agua.	

Vía sublingual	
Colocar cuatro píldoras debajo de la lengua. Después de 30 minutos tragar el excedente con agua.	

Los profesionales deben ofrecer a las mujeres las distintas vías de administración del Misoprostol, informando sobre la eficacia, el intervalo de tiempo y los efectos adversos. Diversas investigaciones han mostrado que las mujeres informadas prefieren la vía vaginal por sobre la bucal (vestibular) debido al tiempo de respuesta más corto (79).

Régimen de Misoprostol solo

Por sus efectos uterotónicos y de modificación del cuello uterino, el uso del Misoprostol es útil y seguro en obstetricia y ginecología, reduciendo hasta en un 60% la necesidad de manejo quirúrgico (80). El uso del Misoprostol solo, sin Mifepristona, tiene menor eficacia, el tiempo para completar la evacuación uterina es más prolongado, el procedimiento es más doloroso y está asociado a más efectos gastrointestinales que cuando se asocia con Mifepristona (81). Las tasas de eficacia del Misoprostol en vaciamiento uterino hasta las 12 semanas, sobrepasan el 85%.

El Misoprostol puede administrarse por 5 vías: oral, bucal (vestibular), sublingual, vaginal y rectal; cada una tiene sus particularidades, tanto farmacocinéticas como en eficacia y posibles efectos colaterales.

1. Vía rectal: se reserva para el tratamiento de hemorragia uterina post parto.
2. Vía vaginal: consiste en la introducción de las tabletas humedecidas al interior de la vagina; la mujer debe permanecer acostada por 30 minutos. Si después de este período las tabletas se caen cuando la mujer deambule, no es necesario reinsertarlas; permite un aumento plasmático gradual alcanzando su máximo en 70-80 minutos, para disminuir también gradualmente, permaneciendo hasta 6 horas en el plasma sanguíneo. La biodisponibilidad por la vía vaginal es mejor que por vía oral.
3. Vía oral: alcanza altos niveles plasmáticos rápidamente teniendo el nivel máximo a los 30 minutos, declinando también rápidamente a los 120 minutos.
4. Vía sublingual: consiste en introducir las tabletas bajo la lengua, mantenerlas ahí por 30 minutos, y después tragarse con agua lo que quede; desde el punto de vista farmacocinético se comporta de forma similar a la vía oral, pero genera mayor número e intensidad de efectos colaterales que la vía oral.
5. Vía bucal (vestibular): consiste en colocar las tabletas entre las encías y la mucosa bucal, mantener ahí por 30 minutos y después tragarse con agua lo que quede. Junto con las vías vaginal y sublingual, es más eficaz que la vía oral.

El régimen de Misoprostol en primer trimestre recomendado por los organismos internacionales especializados (OMS, FIGO, FLASOG) es de 800 µg, administrados por vía vaginal, sublingual o bucal (vestibular); si no se logra la evacuación uterina completa, se puede repetir la dosis con un intervalo de 3 horas o más, hasta 12 horas como máximo, con un máximo de tres dosis (82). Este régimen tiene una eficacia de entre el 75% y el 90%. No se recomienda la administración oral por su baja eficacia.

Teratogenicidad

Hasta la fecha no existe evidencia de un efecto teratogénico de la Mifepristona (64).

En relación con el Misoprostol, la evidencia sugiere que puede dar lugar a anomalías congénitas cuando se utiliza durante el primer trimestre del embarazo, posiblemente debido a las contracciones uterinas que reducen el flujo sanguíneo durante la organogénesis. Las malformaciones descritas asociadas incluyen defectos de los huesos frontales o temporales y anomalías de las extremidades con o sin síndrome de Möbius.

Consideraciones posteriores

El seguimiento incluye:

- I. Control clínico a los 7 a 10 días de iniciado el régimen de fármacos para evaluación estado general y evaluación clínica de la evacuación uterina por medicamentos

- II. Confirmación de la expulsión completa de material ovular mediante ecografía; los síntomas reportados por la mujer también deben ser considerados para determinar si ha ocurrido una expulsión completa.

Tener en cuenta las siguientes consideraciones clínicas:

- Todas las mujeres deben recibir medicación para el dolor. Los antiinflamatorios no esteroidales inhiben la síntesis de nuevas prostaglandinas, pero no bloquean la acción de los receptores de prostaglandinas por lo tanto no inhiben la acción de la prostaglandina para una interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos. Entre los antiinflamatorios no esteroidales, el ibuprofeno es el medicamento de elección para el manejo del dolor en una interrupción de embarazo con medicamentos, siendo más eficaz que el paracetamol (83).
- La infección uterina después de una interrupción de embarazo con medicamentos es infrecuente (0,9%) por lo tanto, no se recomienda realizar profilaxis antibiótica (84).
- Las mujeres deben acceder a asesoramiento y atención de urgencia ante sospecha de posibles complicaciones (hemorragia, fiebre, dolor).
- Se debe realizar consejería en anticoncepción si no se realizó previamente.

1.2 Protocolo de uso de medicamentos

El Ministerio de Salud define el siguiente protocolo y sus acciones:

1. Informar a las mujeres la condición que constituye la causal de interrupción de embarazo en su caso, indicando los métodos de interrupción disponibles.
2. La decisión de interrumpir, o no, su gestación por medicamentos es propia de la mujer, en base a la información entregada por el equipo de salud que la atiende, y al acompañamiento realizado por la dupla sicosocial.
3. Una vez confirmada la decisión de la mujer, se le debe solicitar la firma del consentimiento informado.
4. **Régimen de Mifepristona y Misoprostol** (Ver Tablas Página 116 y 117): es eficaz y seguro para interrupción voluntaria del embarazo hasta las 24 semanas; hasta las 9 semanas su eficacia en el vaciamiento uterino es de hasta el 98% (66). La mayor eficacia se logra con una dosis oral de 200 mg. de Mifepristona, seguida de 800µg de Misoprostol 24 a 48 horas después administrado por vía vaginal, sublingual o bucal (vestibular). Se debe enfatizar a la mujer que la dosis de Misoprostol debe tomarse igualmente, aunque se produzca sangrado después de tomar la Mifepristona.
5. En aquellas mujeres que tienen acceso expedito a un establecimiento de salud en caso de complicación o sintomatología, que cuente con los especialistas adecuados o un servicio de urgencia (dependiendo de la hora de la presentación de los síntomas), se podrá iniciar el esquema de tratamiento farmacológico con Mifepristona de manera ambulatoria a completar en 48 horas, como se señala más adelante.

6. La mujer puede retirarse a su casa poco después de recibir Mifepristona, informada que una vez iniciada la ingesta de medicamentos, no puede suspenderlos por los posibles efectos teratogénicos de los medicamentos utilizados.
7. Se citará a la mujer a las 24 a 36 horas para indicar y administrar la dosis de Misoprostol en el establecimiento, manteniéndola en observación (hospitalización transitoria) por 4 a 6 horas para completar evacuación uterina, manejo de efectos secundarios y toma de muestra de restos del feto en caso que corresponda a tercera causal.
8. En aquellas mujeres en que el Establecimiento de salud se encuentre lejos de su domicilio, o se consideren situaciones sociales particulares, se recomienda su hospitalización para entregar una atención oportuna y adecuada en caso de producirse un sangrado mayor al esperado, o cualquier otra sintomatología asociada.
9. Toda interrupción de embarazo con medicamentos, de segundo y tercer trimestre se realizará con hospitalización.
10. Se deberá programar un control a los 7 a 10 días, y en caso de constatar que no ha ocurrido la expulsión completa de los tejidos ovulares, o queden restos de estos, se debe ofrecer una nueva dosis de Misoprostol o completar la evacuación uterina con un método instrumental disponible.
11. Se debe informar en forma verbal y escrita los síntomas que deben hacer consultar a la mujer.

Fertilidad futura

El posible impacto de una interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos sobre la fertilidad futura se ha evaluado en el período de un año posterior al procedimiento. La evidencia no muestra diferencias significativas en relación con el riesgo de parto prematuro y recién nacidos con bajo peso al nacer, cuando se compara entre las mujeres que tuvieron una interrupción del embarazo con medicamentos con las que utilizaron métodos quirúrgicos. Además, paradójicamente se evidenció que mujeres con aborto previo con Mifepristona tuvieron menos probabilidades de tener un parto prematuro en comparación con aquellas que nunca habían estado embarazadas (85).

Anticoncepción después de una interrupción del embarazo con medicamentos

En toda mujer que se realiza una interrupción voluntaria del embarazo por cualquiera de las tres causales, previo al procedimiento de vaciamiento, se debe realizar orientación sobre métodos anticonceptivos, para que ella pueda elegir el método que le parece más aceptable; el inicio del método queda sujeto a decisión de la mujer: en el momento de realizar la interrupción del embarazo, o en forma diferida, en su centro de salud.

En la interrupción voluntaria del embarazo por la tercera causal, junto con alejarla de un potencial nuevo riesgo de violencia sexual, se le puede ofrecer a la mujer anticoncepción si ella lo estima necesario; el método a utilizar debe considerar los Criterios de Elegibilidad de la OMS, con especial consideración a su edad y crecimiento y desarrollo, en el caso de las adolescentes (86).

De acuerdo con los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS todos los métodos anticonceptivos disponibles pueden iniciarse inmediatamente después de una interrupción del embarazo del primer trimestre con medicamentos (87). Los anticonceptivos orales combinados y de progestina sola, los inyectables combinados y de progestina sola, y los implantes subdérmicos, pueden iniciarse el mismo día que se administra el Misoprostol. En el caso específico de método inyectable con acetato de medroxiprogesterona o de implante subdérmico, estos podrían interactuar con la Mifepristona y disminuir su eficacia, por lo cual se recomienda postergar su inicio y hacerlo junto con la primera dosis de Misoprostol (24 a 48 horas después de la Mifepristona) en el centro de salud junto a la inserción del implante (88).

En relación con los dispositivos intrauterinos (DIU), debe evaluarse el momento óptimo para su inserción pues no pueden iniciarse antes de constatar la evacuación uterina completa. La evidencia sugiere que la inserción temprana, en los primeros 7 días después de una interrupción voluntaria del embarazo con medicamentos, no presenta diferencias significativas en cuanto a tasas de expulsión comparada con la inserción tardía (entre 4 a 6 semanas después de una interrupción del embarazo con medicamentos). Sin embargo, las tasas de expulsión son más altas - 7% a 11%- en mujeres con inserción tardía, comparadas con las mujeres con inserción inmediata después de una interrupción del embarazo con métodos quirúrgicos. El riesgo de expulsión de un DIU debe ser sopesado con el riesgo de que la mujer no regrese para una inserción tardía (89).

La esterilización quirúrgica, previa solicitud y consentimiento de la mujer, puede realizarse una vez confirmada la evacuación uterina completa.

2. Métodos instrumentales y quirúrgico de interrupción del embarazo

Los métodos instrumentales para el vaciamiento uterino son aspiración manual o al vacío, dilatación y curetaje (D&C) o legrado, y dilatación y evacuación (D&E), que se realizan a través a través del cuello uterino. A estos se suma, en el tercer trimestre, la cesárea.

La interrupción del embarazo instrumental consiste en el vaciamiento del útero mediante aspiración por vacío (usando jeringa manual, o bomba eléctrica), o mediante dilatación y curetaje (legrado o raspado uterino). **La OMS recomienda la aspiración por vacío como la técnica quirúrgica de primera elección para la interrupción del embarazo de primer trimestre por su alta eficacia y seguridad.** Sin embargo, los medios necesarios para la preparación del cuello (medicamentos) y para el procedimiento de aspiración (insumos) pueden no estar disponibles en algún servicio clínico del país. En esas situaciones, se podrá utilizar la dilatación y curetaje (D&C) requiriendo especialistas capacitados.

La dilatación y curetaje (D&C), de acuerdo con la evidencia científica disponible, es un procedimiento de mayor riesgo, más traumático para la mujer, eventualmente puede dejar más secuelas a nivel cervical (90). Por ello se hace necesario su reemplazo por aspiración o por el uso de medicamentos en forma progresiva.

Un método instrumental (de preferencia la aspiración) debería usarse sólo si:

- Es la opción de la mujer.
- Existen contraindicaciones para utilizar un método de interrupción del embarazo con medicamentos, o bien, complementario a este si no se logró el vaciamiento completo de la cavidad uterina.
-

2.1. Aspiración por vacío

La aspiración por vacío consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal, unida a una fuente de vacío. Con la aspiración manual, el vacío se crea utilizando un aspirador plástico (jeringa) de 60 ml., sostenido y activado manualmente por el operador. Los aspiradores disponibles se ajustan a distintos tamaños de cánulas de plástico y para cada procedimiento, se debe elegir la cánula de tamaño adecuado según la edad del embarazo y la dilatación del cuello uterino.

Eficacia

La eficacia de la aspiración por vacío se define como una interrupción del embarazo que no requiere ninguna otra intervención complementaria. Esta técnica es altamente efectiva, con vaciamientos completos entre el 95% y el 100% de los casos (91). La necesidad de repetir la aspiración debido a un vaciamiento incompleto es de 0,28%, y la tasa de continuación del embarazo fue de 0,16% (92).

La aspiración manual y la aspiración eléctrica parecen tener la misma eficacia, pero el procedimiento manual se asocia a menos dolor en embarazos menores a 9 semanas, y mayor dificultad en el procedimiento después de las 9 semanas. La aspiración por vacío durante el primer trimestre es más eficaz y está asociada con menos complicaciones que la interrupción del embarazo con medicamentos.

Seguridad

La aspiración por vacío es un procedimiento muy seguro. La evidencia señala que menos del 0,1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieron hospitalización. Las complicaciones mayores que necesitaban intervención (tales como hemorragias que requirieron una transfusión, o perforación que requirió resolución quirúrgica), se observan en $\leq 0,1\%$ de los procedimientos y la hospitalización fue necesaria en $\leq 0,5\%$ de los casos (93). Aunque infrecuentes, se describen también evacuación incompleta y continuación del embarazo, y otras complicaciones,

como infección pélvica, lesión del cuello del útero, complicaciones anestésicas. No se han reportado diferencias significativas en cuanto a la tasa de complicaciones entre mujeres sin y con morbilidad médica (Diabetes, hipertensión, VIH, epilepsia, y trastornos hemorrágicos o coagulopatía) (94). Tampoco se han reportado diferencias en las tasas de complicaciones entre mujeres obesas y con sobrepeso comparadas con mujeres de peso normal (95).

Distintas investigaciones muestran que en los Estados Unidos la tasa de mortalidad por aborto inducido por métodos quirúrgicos fluctúa entre 0,6 a 0,73 muertes por 100.000 abortos, con una razón de mortalidad materna de 17,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Seguridad en adolescentes

Las adolescentes enfrentan barreras para obtener servicios de interrupción de embarazo y buscan servicios de aborto a una edad gestacional más avanzada que las adultas. Se ha descrito que presentan mayor riesgo de complicaciones después de un aborto inseguro por la demora en solicitar asistencia, por buscar atención de prestadores de servicios no calificados, o por no buscar atención médica cuando surgen complicaciones. Es probable que estas conductas se observen en la implementación de la Ley N° 21.030, solicitando la interrupción del embarazo muy cerca del límite de 14 semanas o sobrepasado este, en la tercera causal (embarazo producto de una violación). En este contexto, la implementación de los procedimientos requeridos: acompañamiento, diagnóstico e interrupción del embarazo, requieran ser realizados con la diligencia necesaria si la víctima de violación elige la interrupción después del proceso inicial de acompañamiento.

La aspiración por vacío es eficaz y segura en adolescentes, encontrándose tasas más bajas de letalidad y morbilidad grave en este grupo etario, comparadas con mujeres adultas. Por otro lado, la edad menor a 17 años se asoció con lesión cervical durante la aspiración, por tanto, se debe considerar la preparación adecuada del cuello antes de la aspiración (96).

Los resultados perinatales adversos en adolescentes que se realizan una interrupción voluntaria del embarazo no muestran diferencias significativas con adolescentes que han presentado otras formas de aborto

Procedimiento de Aspiración por vacío

Examen bimanual (tacto ginecológico)

El examen bimanual es un paso rutinario antes de cualquier procedimiento intrauterino y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El examen bimanual proporciona información sobre el estado del embarazo, la edad gestacional, la presencia de infección, anomalías anatómicas y la posición uterina, todos los cuales influyen en la toma de decisiones durante la realización de los procedimientos intrauterinos. Se puede realizar un ultrasonido para ayudar a definir la Edad gestacional, pero éste no sustituye el examen bimanual antes de un procedimiento intrauterino.

La determinación del tamaño uterino puede mejorar la técnica de aspiración pues permite determinar mejor el tamaño de la cánula a utilizar, el conocimiento de la posición uterina ayuda al operador a evitar complicaciones, en especial una perforación

Dilatación cervical

La preparación del cuello es una intervención previa, para su reblandecimiento y dilatación, con agentes farmacológicos como la Mifepristona o el Misoprostol, que facilita la aspiración, reduciendo la necesidad de dilatación mecánica y permitiendo que el procedimiento sea más rápido y sencillo (97). Resulta especialmente beneficioso para mujeres adolescentes, jóvenes, nulíparas, con anomalías cervicales, con cirugía previa del cuello uterino, por el alto riesgo de complicaciones que podrían presentarse. También podría facilitar el procedimiento en profesionales que tienen menos experiencia (98).

La preparación del cuello con medicamentos tiene ciertas desventajas relativas, como molestias adicionales para las mujeres y costos adicionales para los servicios de salud. Entre las que tomaron Misoprostol para preparación cervical antes del procedimiento quirúrgico, el 55% presentó dolor abdominal y el 27% sangrado vaginal previo a la aspiración, en comparación con el 22% y el 7% que recibieron placebo (99). Además, la preparación cervical implica más costos, más procedimientos y más tiempo para lograr el vaciamiento pues, si se usa Misoprostol, la mujer debe esperar en el centro asistencial dos a tres horas hasta que esté preparado surta efecto.

Aún no se ha estudiado en ensayos controlados aleatorizados la satisfacción de las mujeres con la preparación cervical, pero se debe considerar en relación con la calidad de la atención y la prestación de servicios.

Para los abortos quirúrgicos durante el primer trimestre, la dilatación cervical puede realizarse en forma eficaz con la administración de 400 µg de Misoprostol por vía vaginal entre 3 y 4 horas antes del procedimiento, o por vía bucal (vestibular) o sublingual entre 2 y 3 horas antes (97); es preferible utilizar la vía sublingual por su eficacia y menor latencia, aun cuando presenta más efectos colaterales gastrointestinales. No se recomienda la administración oral del Misoprostol por el hecho de que, a pesar de su eficacia, se requieren dosis más elevadas y períodos de tratamiento más prolongados (8-12 horas). El uso de 200 mg. de Mifepristona 24 a 36 horas antes de la aspiración tiene mayor eficacia que el Misoprostol solo, pero añade tiempo y costos al procedimiento. El uso de laminaria (o dilatadores osmóticos) muestra similares tasas de eficacia que el Misoprostol, pero la colocación de estos elementos implica más dolor, es un procedimiento más largo y reduce la satisfacción de las mujeres (100).

Tabla N°14: Alternativas recomendadas para la preparación cervical*			
Medicamento	Dosis	Vía	Tiempo de administración
Misoprostol	400 µg	Sublingual	2 a 3 horas antes
Misoprostol	400 µg	Vaginal	3 a 4 horas antes
Mifepristona	200 mg	Oral	24 a 36 horas antes
*Adaptado de Guía OMS (2012). (61)			

Profilaxis antibiótica

La administración de profilaxis antibiótica antes de la aspiración uterina en el primer trimestre disminuye considerablemente el riesgo de infección post-aborto (101). La OMS y otras organizaciones científicas (102, 103) recomiendan el uso profiláctico de antibióticos en todas las mujeres a quienes se les va a practicar una aspiración. La profilaxis antibiótica es más eficaz y menos costosa que realizar pruebas diagnósticas sistemáticas a todas las mujeres y tratar sólo a aquéllas con evidencias de infección. En todo caso, la falta de antibióticos no debe limitar el acceso a los servicios de interrupción del embarazo.

En relación con los regímenes de antibióticos para uso profiláctico, se recomienda una dosis única de Nitroimidazoles (Metronidazol, Tinidazol) o tetraciclinas (Doxiciclina), por su eficacia clínica, disponibilidad oral, bajo costo y bajo riesgo de reacciones alérgicas. Aunque los estudios sobre uso profiláctico de antibióticos en aborto son limitados, la evidencia de la literatura obstétrica, ginecológica y quirúrgica general apoya la práctica de administrar antibióticos antes del procedimiento para disminuir el riesgo de infección, no siendo necesario continuar los regímenes de antibióticos después del período inmediato al procedimiento (104).

Si al momento de realizar el procedimiento, se pesquisan signos y síntomas de infección de transmisión sexual, la mujer debe tener acceso inmediato a confirmación diagnóstica y tratamiento de acuerdo con las Normas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual(105). El tratamiento de estas infecciones no debe retrasar el vaciamiento uterino.

Tabla N°15: Regímenes de profilaxis antibiótica recomendados	
Régimen	Organización que recomienda
100 mg de Doxiciclina por vía oral 1 hora antes del procedimiento y 200 mg después del procedimiento.	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2016) (102)
500 mg de Metronidazol por vía oral dos veces al día durante 5 días.	
200 mg de Doxiciclina por vía oral antes del procedimiento.	Planned Parenthood Federation of America (PPFA Manual of Medical Standards and Guidelines, 2016) (91)
500 mg de Azitromicina por vía oral antes del procedimiento	
500 mg de Metronidazol por vía oral antes del procedimiento.	

Manejo del dolor

La mayoría de las mujeres que se someten a una aspiración uterina sienten dolor durante el procedimiento, el cual podría ser subestimado por el personal de salud. El grado del dolor varía según la edad, la paridad, los antecedentes de dismenorrea y el nivel de ansiedad o temor de la mujer. Condiciones como edad y paridad, así como mayor experiencia por parte del profesional disminuyen el dolor durante la evacuación uterina. Un procedimiento más breve está asociado con menos dolor.

- **Manejo no farmacológico del dolor**

El asesoramiento y un tratamiento comprensivo (acompañamiento) podrían reducir los temores y la percepción de dolor de la mujer, como se ha informado en el caso de mujeres tratadas por un aborto incompleto. Las técnicas de relajación no farmacológicas pueden conducir a procedimientos más breves y a una menor necesidad de medicamentos para el dolor. Escuchar música podría reducir el dolor durante el procedimiento quirúrgico de evacuación (106). La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente deben mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. En lugares donde sea posible, y si la mujer lo desea, también puede ser de ayuda la compañía de una persona que la apoye, como el esposo o pareja, un miembro de la familia, una amiga o quien ella desee, la acompañe durante el procedimiento.

Las mujeres califican positivamente a las intervenciones no farmacológicas y recomiendan su uso, en particular las que incluyen a personas dedicadas a brindar apoyo (107).

No obstante lo anterior, los enfoques no farmacológicos no reemplazan las medidas de alivio farmacológico del dolor cuando la mujer lo solicite, son complementarias entre sí.

- **Manejo farmacológico del dolor**

El uso de antiinflamatorios no esteroideos, como el Ibuprofeno, previo a la aspiración, administrados por vía oral o intramuscular (108), disminuye el dolor (incluidas las contracciones uterinas) durante y después del procedimiento. El uso previo de analgésicos narcóticos también alivia el dolor, pero es probable que sea menos eficaz que los antiinflamatorios no esteroideos y podrían aumentar las náuseas posoperatorias. Los ansiolíticos usados por vía oral podrían disminuir la ansiedad relacionada con el procedimiento, pero no alivian el dolor y pueden provocar amnesia en algunas mujeres.

El paracetamol no es eficaz para reducir el dolor durante el procedimiento, ni para aliviar el dolor posterior y tampoco reduce el dolor durante un vaciamiento con medicamentos (109), por lo cual no se recomienda su uso en el manejo farmacológico del dolor.

La sedación intravenosa con una combinación de narcóticos y ansiolíticos controla el dolor de manera eficaz y mejora la satisfacción de la mujer con el procedimiento de evacuación uterina. Sin embargo, aumenta el costo, la complejidad y los posibles riesgos del procedimiento.

La anestesia general aporta sus propios riesgos a los riesgos asociados con el vaciamiento uterino, no se recomienda su uso rutinario. Por otra parte, la anestesia o bloqueo paracervical constituye un componente necesario y esencial del manejo del dolor durante todos los procedimientos de aspiración uterina (110).

Protocolo de uso de la aspiración manual endouterina (ameu)

El Ministerio de Salud define el siguiente protocolo y sus acciones:

Criterios de Inclusión de AMEU:

- Paciente con consentimiento informado firmado y que acepte el procedimiento.
- Presencia de profesional médico capacitado y entrenado en la técnica del AMEU.
- Paciente con diagnóstico de aborto incompleto con altura uterina menor o igual a 120 mm y dilatación cervical menor o igual a 20 mm.
- Paciente con diagnóstico de huevo anembrionado menor o igual a 120 mm y dilatación cervical menor o igual a 20 mm.
- Paciente con diagnóstico de aborto retenido con embrión por LCN <12sem.
- Paciente con diagnóstico de mola hidatiforme, independientemente del tamaño uterino.
- Paciente con constatación de ingreso a causales de interrupción del embarazo
- Paciente con diagnóstico de aborto séptico. Hasta 6 a 8 horas iniciado el tratamiento antibiótico
- Paciente con diagnóstico de cuadro séptico concomitante al diagnóstico de aborto.

Criterios de Exclusión de AMEU:

- Paciente no acepta el procedimiento o no firma el consentimiento.
- Falta de profesional médico entrenado en la técnica del AMEU.
- Paciente con diagnóstico de aborto incompleto con tamaño uterino mayor de 120 mm o dilatación cervical mayor 20 mm.
- Paciente con diagnóstico de huevo anembrionado mayor a 120 mm o con dilatación cervical mayor a 20 mm.
- Paciente con diagnóstico de aborto retenido con embrión por LCN >12 sem.

Condiciones para realizar una AMEU

El procedimiento de Aspiración Manual endouterina (AMEU) lo deberá realizar un médico Ginecobstetra capacitado en esta técnica.

Se deberá realizar en un pabellón, idealmente ambulatorio, lo que dependerá del número de semanas de la gestación y de las condiciones clínicas de la mujer.

Deberá contar con un equipo conformado por al menos 2 personas más, un/a matrn/as o enfermera-matrona/o que asista y apoye directamente a la paciente, y un/a auxiliar de pabelln que asista al mdico/a en el procedimiento.

Eventualmente podr requerir de un profesional de anestesia que realice sedacin de la mujer, en particular en los casos de Tercera causal en que sea evaluado como necesario.

La paciente deber estar en ayunas de a lo menos 4 horas, y deber contar con una va venosa permeable

Procedimiento

Antes de iniciar el procedimiento, el mdico debe explicar debidamente la condicin actual y las posibilidades de resolucin. Luego de que la informacin entregada haya quedado clara, se procede a firmar el Consentimiento Informado.

- a) Seleccin de la cánula
- Se har de acuerdo con el tamao del útero segn la edad gestacional (se ratificará por medio de la histerometría) y al grado de dilatacin cervical (cánula, generalmente, 1 ó 2 diámetros menor que el tamao del útero).
 - En cuanto la rigidez de las cánulas, las semi-rígidas se caracterizan por otorgar la sensacin táctil como la cureta metálica. Tienen el adaptador integrado (base-fija), en forma de asa por lo que no necesita ningn adaptador individual. Esto permite que se conecten directamente a la jeringa de válvula simple.

Cuadro 1	
Tamao de la cánula en relacin con la altura uterina	
Altura uterina en semanas despus de la FUM	Tamao de cánula sugerido
de 4 a 6 semanas despus de la FUM	de 4 a 7 mm
de 7 a 9 semanas despus de la FUM	de 5 a 10 mm
de 9 a 12 semanas despus de la FUM	de 8 a 12 mm

- b) Preparacin de la jeringa
- Inspeccionar las jeringas y las cánulas: desechar inmediatamente las que tengan cualquier rotura visible.
 - Revisar el émbolo y la válvula: el émbolo deber estar colocado totalmente dentro del cilindro y con la válvula de seguridad abierta, con los botones de la válvula abiertos.
 - Cerrar la válvula de seguridad empujando el botn hacia abajo y adelante hasta que se escuche que encajó en su lugar.
 - Preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrs hasta que los brazos de este hagan un “click” hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados

sobre el borde del cilindro, de forma tal que el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.

- En la jeringa de válvula simple buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo. Revisar la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Abrir la válvula de seguridad.
- Deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que había vacío dentro de esta. Desechar la jeringa si no mantiene el vacío.
- Volver a preparar la jeringa tomando el cilindro y tirando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de este hagan un “click” hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente.
- Depositar la jeringa cargada en el área estéril lista para realizar el procedimiento.

Preparación de la paciente

- Solicitarle que evacue la vejiga y trasladarla a la sala de procedimientos.
- Canalizar una vena con catéter N°18, administrar solución fisiológica 500 ml con los medicamentos que corresponda.
- Pedirle que se coloque en posición ginecológica, de acuerdo a técnica.
- Colocarse los guantes estériles desechables.
- Realizar el examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición y características del útero y la dilatación del cuello uterino.
- Desechar los guantes desechables.
- Lavarse cuidadosamente las manos con técnica aséptica (lavado quirúrgico de manos) y colocarse los guantes estériles.
- Realizar antisepsia de la región vulvar con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Canalizar una vena con catéter N°18, administrar solución fisiológica 500 ml.

Anestésicos

Lidocaína (1%). Duración: 60 a 90 minutos.

Tiene pocas reacciones alérgicas, tiempo de latencia corto, mejor efecto terapéutico 5-20 minutos después de administrada, degradación hepática y económico.

Analgésicos:

Ketoprofeno 100 a 200 mg.EV o Ibuprofeno 400 -800 mg. VO, 30 a 60 minutos antes.

El uso previo de analgésicos narcóticos también alivia el dolor, pero podrían aumentar las náuseas posoperatorias.

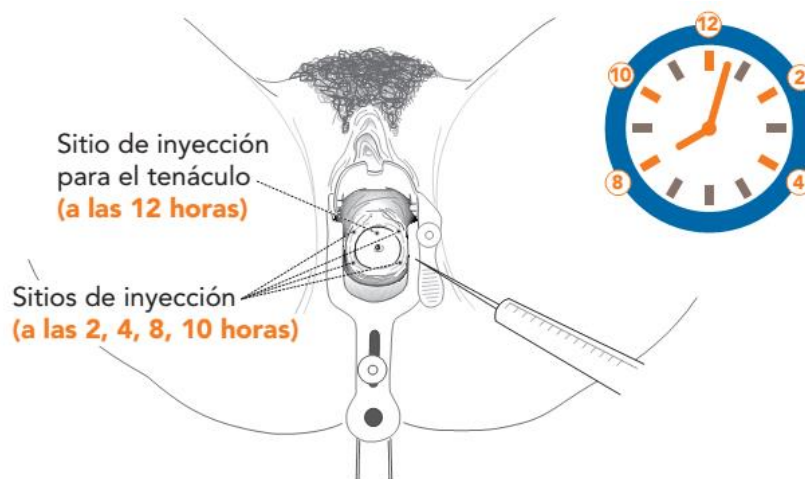
Los ansiolíticos usados por vía oral podrían disminuir la ansiedad relacionada con el procedimiento, pero no alivian el dolor y pueden provocar efectos adversos

Realizar el bloqueo paracervical

En una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, cargar 5 ml de Lidocaína al 2% sin epinefrina más 5 ml de solución fisiológica salina o agua destilada, o bien 10 ml de Lidocaína al 1%, para obtener la concentración de Lidocaína al 1 %. Incorporar el extensor de aguja o su equivalente, si está disponible.

- Colocar cuidadosamente el espejo vaginal adecuado para las características de la mujer, realizar antisepsia del cuello uterino con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Aplicar Lidocaína preparada 2 ml en posición horario 12
- Tomar labio anterior del cuello, o posterior de acuerdo a posición del útero, con una pinza de cuello (Pozzi) y aplicar una suave tracción que permita observar el repliegue cérvicovaginal posterior.
- Aplicar el bloqueo paracervical 4 ml en los puntos horarios 5 y 7 con aguja de punción lumbar No 18, o si se cuenta con extensor de aguja se puede utilizar la misma aguja 21 G x 1 y medio. También se puede utilizar 2 ml en 4 puntos en hora 2, 4, 8 y 10 hrs. (según imagen adjunta) (111).

Técnica del bloqueo paracervical



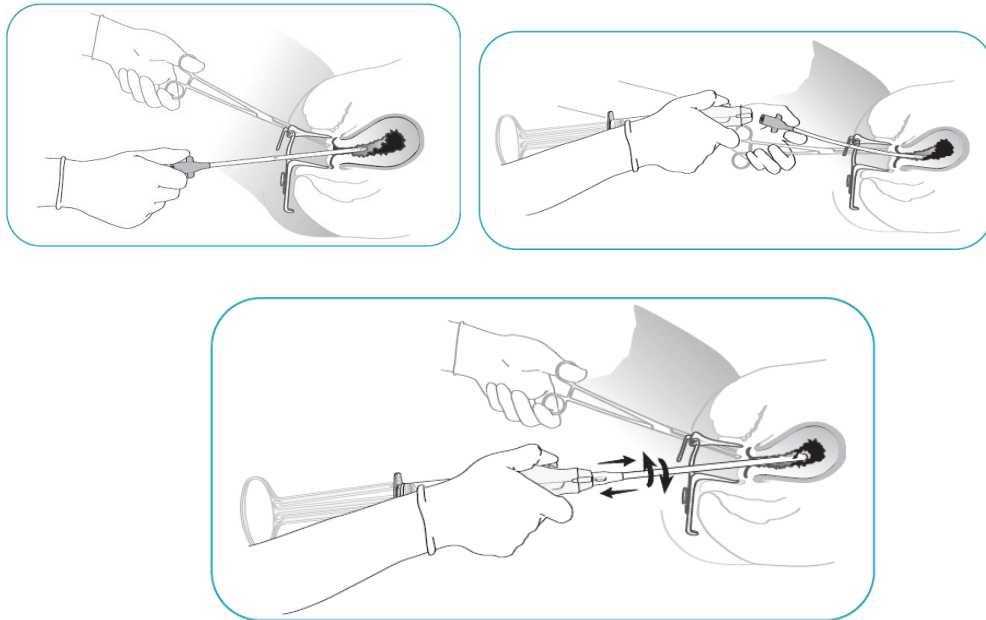
- Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo. Administrar 1 ml para verificar probable reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente. Esperar 3 a 5 minutos hasta que haga efecto el anestésico.

Complicaciones del bloqueo paracervical

Raras veces convulsiones y/o muerte por dosis excesivas o inyección en vena. Para minimizar los riesgos usar dosis eficaces bajas (10 ml al 1%), aspirar antes de inyectar, efectos tóxicos leves parestesias en labios y lengua, sabor metálico, mareo y aturdimiento, por último, zumbido de oídos.

Pasos de la AMEU

- Dilatar el cérvix uterino, en los casos en que el cuello esté cerrado, para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero. Para introducir la cánula semirígida elegida tomarla por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno (OCI).
- Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría, el primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm del borde romo de la misma. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm.
- Retirar un centímetro antes de conectar a la jeringa. Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgares e índice y la jeringa con la otra mano.
- Conectar la cánula a la jeringa. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.
- Soltar la válvula de seguridad de la jeringa y rotar 360 grados de la jeringa para distribuir el vacío en la cavidad uterina.
- Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la jeringa suave y lentamente hacia adelante y atrás, rotando la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.



Si el vacío de la jeringa se pierde o disminuye, es porque: La jeringa está llena o la cánula está obstruida por restos, la cánula ha salido del orificio externo del cérvix, la cánula está mal adaptada a la jeringa, la dilatación cervical es mayor que la cánula seleccionada, en muy raras ocasiones pudiera existir una perforación uterina.

Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula, dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).

- Abrir la válvula de seguridad y empujar suavemente el embolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en un recipiente para inspeccionarlo.
- Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración, o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración.
- Verificar las señales de haber completado el procedimiento y desconectar la jeringa.

Las señales de haber completado el procedimiento de AMEU son:

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma.
- Se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el paso de la cánula por las superficies ásperas.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.
- La mujer manifiesta dolor cólico.

Para dar término al procedimiento se deberá:

- Inspeccionar el tejido para cerciorarse de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
- Retirar la cánula y la pinza de cuello.
- Verificar que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello (Pozzi).
- En caso de sangrado presionar con una tórula de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retirar suavemente el espéculo.

Recuperación post AMEU

- Evaluar signos vitales mientras la mujer aún está en la mesa ginecológica.
- Permitir que la paciente descanse cómodamente donde se pueda vigilarse su recuperación, por al menos una hora.
- Verificar que el sangrado y dolor uterino hayan disminuido.
- Si la mujer es Rh (-), suministre Gamma-globulina anti Rh, 1 ampolla, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores.

Criterios de alta

- La paciente debe estar estable y poder deambular sin ayuda.
- La paciente debe recibir información sobre su recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).
- La paciente debe recibir información y consejería sobre métodos anticonceptivos.

- El hospital debe proveer los siguientes métodos contraceptivos a la paciente según su elección: anticonceptivos orales, DIU, implantes subdérmicos y contraceptivos inyectables.
- La paciente debe ser citada a un control para seguimiento.

Uso de los métodos de regulación de la fertilidad post interrupción de embarazo

Una mujer puede ovular dentro de los 10 días posteriores a la evacuación uterina, por lo cual es sumamente importante el inicio inmediato del método anticonceptivo que la mujer escoja, previa entrega de orientación e información (112).

En comparación con los métodos de corta duración, tales como los métodos anticonceptivos orales o inyectables, los métodos anticonceptivos de larga duración, como los implantes y los dispositivos intrauterinos (DIU), tienen tasas más altas de continuidad de uso, satisfacción de la usuaria y tasas más bajas de embarazos repetidos y abortos que otros métodos (113).

Las mujeres que usaron implantes anticonceptivos inmediatamente después de un aborto muestran altas tasas de continuidad de uso con este método (114).

La inserción del DIU inmediatamente después de terminado el vaciamiento uterino o de un aborto completo, es segura y práctica no encontrándose ninguna diferencia en eventos adversos serios, tales como infección o perforación, entre la inserción inmediata y la inserción diferida (115). Las tasas de expulsión fueron levemente más altas con la inserción inmediata del DIU, pero las tasas de continuidad de uso fueron mayores después de la inserción inmediata del DIU. Aquellas mujeres que escogen inserción posterior son menos propensas a concurrir para la inserción del dispositivo y más propensas a tener otro embarazo (116). En algunas realidades geográficas (ruralidad), derivar a las mujeres a una consulta de seguimiento para la inserción del DIU, constituye una barrera significativa e innecesaria para obtener el método.

2.2 Dilatación y Evacuación (DyE)

Es el método quirúrgico a utilizar después de las 12 o 14 semanas de edad gestacional, usando aspiración al vacío y pinzas. En nuestro país debe constituir un **procedimiento excepcional**.

El procedimiento requiere de profesionales con experiencia y habilidad, y que dispongan del equipamiento adecuado. Puede realizarse en forma ambulatoria con un bloqueo paracervical, antiinflamatorios no esteroideos, o sedación consciente.

Las complicaciones severas con la DyE son raras, el riesgo de perforación del útero es menor del 0,1%. El uso de ultrasonido durante el procedimiento puede reducir el riesgo de perforación, especialmente durante la capacitación en la técnica. Otras complicaciones como hemorragia o infección son poco frecuentes. Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos.

Requiere una preparación cervical que permita lograr una dilatación adecuada para el procedimiento de evacuación, entre 2 y 24 horas. La dosis de Misoprostol recomendada es 400 mcg vía bucal o vaginal, y se puede repetir la dosis si la dilatación no es suficiente, con frecuencia hay que usar dilatadores rígidos para llegar a la dilatación necesaria. En la segunda etapa del procedimiento se usan pinzas no-traumáticas (como pinzas Sopher or Beier) para remover el feto a través del cérvix.

2.3 Cesárea

Cuando en un embarazo de tercer trimestre existen contraindicaciones formales para una inducción medicamentosa, o esta fracasa dentro de los plazos aceptables, se realiza una operación Cesárea. Por tratarse de una técnica de uso frecuente en Obstetricia, su descripción excede del marco de la presente normativa.

VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Se entiende como “Sistema de Información en Salud” un conjunto de elementos que abarcan desde el diseño de información, la estandarización de datos y el soporte tecnológico hasta la optimización de procesos de trabajo, orientados a recopilar, almacenar, procesar y analizar datos para generar información relevante para la toma de decisiones en las diferentes instancias del sistema de salud. También se consideran funciones de administración centralizadas para velar por la calidad y seguridad de la información, así como por la comunicación de dicha información a los grupos de interés que correspondan, para el monitoreo de la implementación de la política pública y el pertinente cumplimiento de la ley.

En términos de la confidencialidad y privacidad de la información, cualquier sistema de información se rige por las normas y políticas generales de tratamiento de datos privados que emanan de la ley 19.628 y sus normas complementarias, ley de documentos electrónicos, 19.799 y su normativa complementaria y normativa técnica de seguridad de la información del sector de la salud¹⁰. A lo anterior, se suman aspectos específicos de la confidencialidad que requiere esta política en particular.

Dada la trascendencia que implica la implementación de la Ley N° 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales, es necesario contar con un sistema de información robusto¹¹, de cobertura nacional (sistema de salud público y privado), que permita monitorear todos los aspectos relevantes de la implementación de esta política pública, tanto a nivel de proceso de atención, como los resultados obtenidos.

Objetivo del Sistema de Información

El objetivo del Sistema de Información es recopilar información pertinente tanto para la gestión de las redes de atención como para el monitoreo y evaluación de la política, con foco en identificar claramente la concurrencia de la causal de IVE, la decisión de la mujer, los procedimientos

¹⁰ El sistema de información, en cualquiera de sus componentes deberá actualizarse cada vez que esta norma y/o sus normas reglamentarias sufran modificaciones.

¹¹ Basados en el Modelo Genérico del Proceso Estadístico (Generic Statistical Business Process Model-GSBPM v5.0) promovido por la UNECE (United Nations Economic Commission for Europe), un sistema de información robusto requiere de la identificación de los datos (variables) a recopilar, su definición semántica (estándar), la identificación o creación de registros apropiados, la definición explícita de procesos de recopilación, almacenamiento, procesamiento, validación y análisis de datos, así como los procesos y medios para la diseminación de información.

aplicados y los resultados de dichos procedimientos tanto en la mujer como en el feto o recién nacido. Todo ello a través de la captura de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que permiten construir los indicadores de monitoreo y evaluación.

Objetivos específicos del Sistema de Información

De acuerdo con los flujos de atención y necesidades de gestión e información de los diferentes actores del sistema de salud, el Sistema de Información tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Capturar activamente datos relevantes para caracterizar a la población objetivo que recibe los servicios, identificar y caracterizar los hitos del proceso de atención, incluyendo los puntos de contacto más relevantes: Puertas de Entrada (Salud Responde, Urgencias, Control Prenatal, Consulta morbilidad o matrona) y Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y medir los resultados obtenidos.
2. Generar análisis de datos consolidados desde diferentes fuentes complementarias, contribuyendo a lograr una visión holística y con enfoque de determinantes sociales de la salud para la mejor comprensión de las necesidades de salud y la óptima implementación de la política.
3. Producir información de alta calidad para el monitoreo de la política, en base a procesos estandarizados de gestión de información en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
4. Disponibilizar información para la gestión de las redes de atención del sistema público y privado lo más cercano a tiempo real, así como generar información centralizada para el seguimiento de los procesos de atención y resultados a nivel nacional.
5. Avanzar en la estandarización de la información para el sector, lo que facilitará la gestión integrada de los servicios de salud. Este estándar será publicado a través de la Norma 820 emitida por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

1. Datos a Capturar

De acuerdo al objetivo del sistema de información, los procesos de atención y el monitoreo de la implementación de la política, se ha definido un CMBD a recopilar desde los diferentes prestadores públicos y privados.

Este CMBD es un subconjunto de los datos que deben registrarse en las fichas clínicas de los centros de atención conforme a las recomendaciones y procedimientos descritos en los capítulos

previos de esta Norma Técnica. La recopilación centralizada de este CMBD responde a las funciones Rectora, Reguladora y de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de salud, con foco en el monitoreo y evaluación de la política, medición y gestión de la calidad de los servicios, medición de los resultados, análisis de determinantes sociales de la salud y análisis integrales y perfilamiento de riesgos, entre los más importantes.

Los datos que componen el CMBD son los siguientes¹²:

- A) Proceso de atención: se refiere a un conjunto de datos que deben permitir la trazabilidad de la mujer que solicita una interrupción del embarazo, por cualquier puerta de entrada al sistema de salud público o privado, es evaluada y se enfrenta a la decisión de una interrupción voluntaria del embarazo por alguna de las tres causales. Estos datos incluyen:
- 1) Puerta de entrada al sistema (para todas las causales):
 - a. Salud Responde.
 - b. Atención de urgencia en cualquier nivel de atención.
 - c. Controles prenatales en APS.
 - d. Consultas de morbilidad.
 - e. Control o consulta en policlínico de especialidad obstétrica.
 - 2) Cumplimiento de criterios de concurrencia de cada Causal:
 - a. Diagnóstico de la mujer para la primera causal (ver capítulo V., 2.)
 - b. Diagnóstico del producto de la gestación para la segunda causal (ver capítulo V., 3.).
 - c. Relato de concurrencia de causal 3 y semanas de gestación (<12 semanas para mujeres de 14 y más años, <14 semanas para mujeres de menos de 14 años) para la tercera causal (ver capítulo V., 4.).
 - 3) Causal de interrupción del embarazo:
 - a. Riesgo Vital de la mujer: se distingue el riesgo vital inminente y no inminente.
 - b. Embrión o feto con patología incompatible con la vida extrauterina.
 - c. Embarazo resultado de una violación.
 - 4) Cartera de servicios: realización de las prestaciones protocolizadas por Causal de interrupción del embarazo.
 - a. Biomédicas: Procedimientos, exámenes, imagenología, etc. Estándar según arancel Fonasa.
 - b. Psicosociales: atenciones por psicólogo/a y/o trabajador/a social.
 - 5) Decisión de la mujer, o de quien la represente legalmente (menores de 14 años), de continuar o interrumpir el embarazo.

¹² Esta lista de datos no pretende ser exhaustiva y puede variar conforme se avance en la implementación de la política, pudiendo requerirse y/u omitirse otros datos en el mediano plazo.

- 6) Punto del flujo y lugar del sistema de salud en que se toma la decisión:
 - a. Centro de especialidad obstétrica.
 - b. Servicio de hospitalización.
 - 7) Seguimiento administrativo-clínico de la mujer según su decisión (IVE, no IVE)
 - 8) Seguimiento administrativo-clínico del feto o recién nacido según su decisión.
- B) Prestaciones realizadas: se refiere a los datos que representan las prestaciones biomédicas y psicosociales protocolizadas para cada causal de interrupción del embarazo:
- 1) Prestaciones control prenatal habitual que reciben las mujeres que entran en el proceso de decisión de interrupción voluntaria del embarazo.
 - 2) Atenciones recibidas en Centro de especialidad obstétrica.
 - 3) Prestaciones específicas asociadas a los protocolos de atención de cada causal:
 - a. Atención integral a la mujer y su entorno más cercano:
 - (i) Procedimientos diagnósticos para la 1° y 2° causal.
 - (ii) Consejería genética.
 - (iii) Cuidados paliativos en 2° causal.
 - (iv) Atención salud mental:
 - (a) Atención por duplas.
 - (b) Atención por psicólogo/a.
 - (c) Atención psiquiátrica.
 - (v) Prestaciones sociales:
 - (a) Atención por trabajador/a social.
 - b. Procedimiento de interrupción del embarazo.
 - c. Atenciones biomédicas asociadas a la causal específica:
 - (i) Atención de la mujer en riesgo vital.
- C) Resultados del proceso de atención: se refiere al desenlace del proceso de atención derivado de la decisión de la mujer:
- 1) Resultados en torno a la mujer:
 - a. Parto o aborto.
 - b. Condición de la mujer viva o fallecida.
 - c. Causa de muerte.
 - 2) Resultados en torno al producto de la gestación
 - a. Condición del producto de la gestación:
 - (i) Según signos vitales: Vivo o Fallecido.
 - (ii) Según edad Gestacional: embrión, feto, recién nacido.
 - b. Causa de muerte.

2. Fuentes de Datos

Para la captura del CMBD la fuente más importante es la ficha clínica en que se consigna el proceso de atención asociado a la interrupción del embarazo.

Si el centro de atención cuenta con registro clínico electrónico (RCE), éste deberá adoptar el marco normativo de la información (Norma 820) en sus formularios locales y deberá tributar al Minsal el CMBD de acuerdo a un protocolo de traspaso especialmente diseñado para ello.

Si el centro de atención no cuenta con RCE, deberá tributar el CMBD a través del registro directo de los datos en un formulario especialmente diseñado para estos fines. Éste considerará los niveles de atención y responsables de cada uno de los procesos definidos para cada causal, las redes de derivación y contra derivación de los servicios de salud y macrorredes. Este registro directo podrá ser reemplazada por los RCE locales en la medida que éstos adopten el marco normativo de la información tanto a nivel de estándar de datos, como estándar de seguridad.

Dado que el proceso puede ocurrir secuencialmente en diferentes puntos de contacto y establecimientos de la red, cada instancia deberá hacer la tributación de datos o usar el formulario ad hoc, según corresponda a su realidad local.

En los **Resúmenes Estadísticos Mensuales** (REM-REMSAS), se incorporaron registros en la Serie A, Serie P y Serie BS, para obtener datos agregados de algunas variables de interés que complementan al CMBD. Estas modificaciones serán comunicadas en Febrero 2018 y se implementarán como parte del REM y REMSAS 2018.

Información para el Monitoreo:

Las mediciones iniciales para el monitoreo y evaluación de la política, así como para la gestión local de los casos, se refieren a:

- A) Indicadores orientados a la medición de la implementación de la política:
 - 1) Cuantificación y caracterización sociodemográfica de los casos por cada causal
 - 2) Distribución de casos por tipo de causal
 - 3) Caracterización de los casos por diversas variables del proceso de atención (aceptación de la IVE, latencia del procedimiento, tipo de procedimiento, tipo de acompañamiento, etc.)
 - 4) Resultados por cada causal:
 - a. Mortalidad Materna
 - b. Mortalidad Perinatal
 - c. Sobrevida de las mujeres
 - d. Sobrevida del producto de la gestación
 - e. Tasa de derivaciones
 - f. Tasa complicaciones
 - g. Tasa hospitalizaciones
 - 5) Adhesión a protocolos por cada causal (cumplimiento de las recomendaciones y plazos de atención)
 - 6) Calidad de la atención (acceso, oportunidad, aceptabilidad, cobertura, satisfacción usuaria)

- B) Mediciones para identificación de mejoras del sistema de información (recopilación, almacenamiento, procesamiento y producción de información)
 - 1) Precisión de datos
 - 2) Precisión de registros

IX. ANEXOS

Anexo N°1 Ley N°21.030

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile



Legislación chilena



Tipo Norma	:Ley 21030
Fecha Publicación	:23-09-2017
Fecha Promulgación	:14-09-2017
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD
Título	:REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES
Tipo Versión	:Única De : 23-09-2017
Inicio Vigencia	:23-09-2017
Id Norma	:1108237
URL	: https://www.leychile.cl/N?i=1108237&f=2017-09-23&p=

LEY NÚM. 21.030

REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente

Proyecto de ley:

"Artículo 1.- Incorpóranse las siguientes modificaciones en el Código Sanitario:

1. Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente:

"Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

- 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- 3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes. En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla.

Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la



autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito.

La autorización judicial sustitutiva regulada en los incisos anteriores será solicitada al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentre la menor de 14 años o la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos del representante legal que hubiere denegado la autorización. La resolución será apelable y se tramitará según lo establecido en el artículo 69, inciso quinto, del Código Orgánico de Tribunales.

La voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por una adolescente de 14 años y menor de 18 deberá ser informada a su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

Si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generar a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de la comunicación al representante y, en su lugar, se informará al adulto familiar que la adolescente indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que ella señale.

En el caso de que la adolescente se halle expuesta a alguno de los riesgos referidos en el inciso anterior, el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular deberá informar al tribunal con competencia en materia de familia que corresponda, para que adopte las medidas de protección que la ley establece.

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley Nº 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.

En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

En la situación descrita en el número 2) del inciso primero, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

Las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento a las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales serán reguladas por un decreto de las autoridades a que se refiere la letra b) del artículo 143 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Asimismo, se establecerán los criterios para la confección de un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa de acompañamiento, el que deberá ser entregado de acuerdo al inciso undécimo. La madre podrá siempre solicitar que el acompañamiento a que tiene derecho le sea otorgado por instituciones u organizaciones de la sociedad civil, las que deberán estar acreditadas mediante decreto supremo dictado por el Ministerio de Salud, todo ello conforme a un reglamento dictado al efecto. La mujer podrá elegir libremente tanto la entidad como el programa de acompañamiento que estime más adecuado a su situación particular y convicciones personales.

En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley Nº 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo



máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a treinta días corridos. Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3 y siguientes de la ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación."

2. Incorpórase el siguiente artículo 119 bis:

"Artículo 119 bis. Para realizar la intervención contemplada en el número 1) del inciso primero del artículo anterior, se deberá contar con el respectivo diagnóstico médico.

En el caso del número 2) del inciso primero del artículo referido, para realizar la intervención se deberá contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas. Todo diagnóstico deberá constar por escrito y realizarse en forma previa.

En el caso del número 3) del inciso primero del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

En los casos en que la solicitante sea una niña o adolescente menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares en que se solicite la interrupción del embarazo procederán de oficio conforme a los artículos 369 del Código Penal, y 175, letra d), y 200 del Código Procesal Penal. Deberán, además, notificar al Servicio Nacional de Menores.

Tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que investigue de oficio al o los responsables.

En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

En el proceso penal por el delito de violación, la comparecencia de la víctima a los actos del procedimiento será siempre voluntaria y no se podrá requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal."

3. Introdúcese el siguiente artículo 119 ter:

"Artículo 119 ter. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deberán asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución.

Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e imposterizable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención."

4. Incorpórase el siguiente artículo 119 quáter:



"Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4º del título II de la ley N° 20.584."

Artículo 2.- Reemplázase el artículo 344 del Código Penal por el siguiente:

"Artículo 344. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio."

Artículo 3.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley N° 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo."

Artículo transitorio.- Las prestaciones reguladas en esta ley serán exigibles a contar de la dictación del decreto a que se refiere el inciso decimotercero del artículo 119 del Código Sanitario, la que deberá tener lugar en el plazo de noventa días contado desde la publicación.

El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley, en su primer año presupuestario, se financiará con cargo a los recursos que se consulten en la Partida 16 "Ministerio de Salud" de la Ley de Presupuestos respectiva. No obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con tales recursos. Para los años siguientes se contemplará el financiamiento en las leyes de Presupuestos."

Habiéndose cumplido con lo establecido en el N° 1 del artículo 93 de la Constitución Política de la República y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto promúlguese y llévese a efecto como Ley de la República.

Santiago, 14 de septiembre de 2017.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.- Gabriel de la Fuente Acuña, Ministro Secretario General de la Presidencia.- Jaime Campos Quiroga, Ministro de Justicia y Derechos Humanos.- Claudia Pascual Grau, Ministra de la Mujer y Equidad de Género.

Transcribo para su conocimiento Ley N° 21.030, 14-09-2017.- Saluda atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.

Tribunal Constitucional

Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, correspondiente al boletín N° 9895-11.

El Secretario del Tribunal Constitucional, quien suscribe, certifica que la Honorable Cámara de Diputados envió el proyecto de ley enunciado en el rubro, aprobado por el Congreso Nacional, a fin de que este Tribunal ejerciera el control preventivo de constitucionalidad respecto de los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 119 del Código Sanitario, contenido en el numeral 1º del artículo 1º permanente del proyecto de ley y, que esta Magistratura, por sentencia de 7 de septiembre de 2017, en el proceso Rol N° 3.739-17-CPR.

Se declara:

1º. Que, el artículo 1º, numeral 1º, incisos cuarto, quinto y sexto, con la



salvedad de la expresión "que deniegue la autorización", contenida en este último, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es conforme con la Constitución Política.

2°. Que, la expresión "que deniegue la autorización", contenida en el artículo 1º, numeral 1º, inciso sexto, del proyecto de ley, que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario, es inconstitucional y, en consecuencia, debe eliminarse del texto del proyecto de ley sometido a control preventivo de constitucionalidad.

3°. Que este Tribunal Constitucional no emite pronunciamiento en examen preventivo de constitucionalidad, por no versar sobre materias propias de ley orgánica constitucional, de las disposiciones contenidas en el artículo 3º, que intercala en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley Nº 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: "así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo".

Santiago, 7 de septiembre de 2017.- Rodrigo Pica Flores, Secretario.

Anexo Nº 2 Formularios

**DECLARACIÓN DE ENTREGA Y RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
LA LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES**

Nombre:

Cédula de Identidad N°.....

.....

Fecha de nacimiento.....

N° de Ficha Clínica.....

Domicilio.....

Ciudad..... Región

Diagnóstico de embarazo, Gestaciones-Partos-Abortos (GPA) y Edad Gestacional (EG) Fecha..... Individualización del o las profesionales que realizaron el diagnóstico

Declaro que:

- 1.- He recibido toda la información verbalmente y por escrito sobre las alternativas para continuar o interrumpir mi embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles.
- 2.- He comprendido todas las alternativas, he podido aclarar mis dudas, las que me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 3.- He sido informada que tengo derecho a participar en un programa de acompañamiento, previo a tomar mi decisión, tanto para el proceso de orientación como de la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.
- 4.- De acuerdo con a lo que me han explicado, puedo cambiar mi decisión, si me encuentro dentro de los plazos requeridos, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Y me han informado de (marcar con una X la información recibida):

Mi condición de salud y de la gestación, de los riesgos que involucra tanto la continuación como la interrupción del embarazo, y de otras consideraciones clínicas relevantes para la toma de decisión.	
Programa de acompañamiento al que tengo derecho.	
Atención integral y cuidados paliativos al recién nacido, en caso de sobrevivencia, según corresponda	
Denuncia o comunicación a Fiscalía en caso de tratarse de una violación y mi derecho a comparecencia voluntaria	
Procedimiento de toma de muestra para análisis médico legal cuando corresponda y su destino.	
En caso que yo sea menor de 14 años, o mujer declarada interdicta	

judicialmente, que la interrupción del embarazo requiere también la autorización de mi representante legal o de un Tribunal, en subsidio en determinadas condiciones	
En caso que yo haya cumplido 14 años y sea menor de 18, mi decisión de la interrumpir mi embarazo debe ser informada a mi representante legal, u otro adulto, en determinadas circunstancias	

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

➤ Firma de la mujer

.....

○ Representante Legal si procede

Nombre:

Teléfono:

RUT:

Firma.....

DECLARACIÓN DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

➤ Identificación del profesional responsable de la entrega de la Información sobre la Ley N°21.030

Nombre	RUN	Firma

Ciudad:

Fecha:

El presente documento, se extiende en duplicado, el original debe incorporarse a la Ficha Clínica y la copia se entrega a la mujer

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO PARA
MUJERES ADULTAS, ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 18 AÑOS Y MUJERES CON DISCAPACIDAD NO
DECLARADAS INTERDICTAS**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N° 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (incluida vía de administración)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
	• Aspiración endouterina (manual o eléctrica)	
	• Legrado uterino	
	• Dilatación y evacuación uterina	
	• Inducción parto prematuro	
	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Seré contratada en:
- En caso de dudas o consultas, debo contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Nombre de la Paciente:	Firma:
Nº de RUN:	Fecha de Nacimiento:

Nombre del médico o profesional que aplica el CI:	Firma:
Nº de RUN:	

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura o entrega de información en caso de discapacidad sensorial, mental psíquica o intelectual/Facilitador intercultural cuando corresponda:	Firma:
Nº de RUN:	

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

- Si en el proceso de firma del Formulario de CONSENTIMIENTO INFORMADO participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la ficha clínica y entregando otra a la paciente.

ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

• **ASENTIMIENTO DE LA ADOLESCENTE**

Estoy en conocimiento de que presento un embarazo cuyas características me permite solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030, y por ello manifiesto mi voluntad de acceder a este procedimiento.

Declaro que se me ha entregado y explicado por parte del equipo médico, toda la información sobre el procedimiento que se me realizará, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (incluida vía de administración)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
•	Aspiración endouterina (<i>manual o eléctrica</i>)	
•	Legrado uterino	
•	Dilatación y evacuación uterina	
•	Inducción parto prematuro	
•	Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la mujer que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia (local o general) que se utilizará, incluidos sus riesgos, y que recibiré medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Debo consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Seré contralada en:
- En caso de dudas o consultas, debo contactar a (*indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto*):
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este asentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que tengo derecho.

Se me ha explicado también que, debido a mi edad, además de manifestar mi voluntad para la interrupción del embarazo, se requiere solicitar la autorización de mi Representante Legal.

➤ **Firma del asentimiento por parte de la adolescente:**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la adolescente*)

RUN: Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la interrupción voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley N° 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (<i>incluida vía de administración</i>)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
	• Aspiración endouterina (<i>manual o eléctrica</i>)	
	• Legrado uterino	
	• Dilatación y evacuación uterina	
	• Inducción parto prematuro	
	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la persona que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:

- Será controlada en:

- En caso de dudas o consultas, debemos contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la interrupción del embarazo, es necesario contar también con el asentimiento de mi representada.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

RUN:

Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el Asentimiento/CI:

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre el asentimiento de la adolescente y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Asentimiento/Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, o como facilitador intercultural, debe quedar individualizado.
- Si la persona no sabe escribir, puede poner su huella digital.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELLECTUAL DECLARADAS INTERDICTAS QUE
CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la mujer que se representa*)

RUN:

Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Declaro que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Medicamentoso (<i>incluida vía de administración</i>)	
Mifepristona	
Misoprostol	
Instrumental	
• Aspiración endouterina (<i>manual o eléctrica</i>)	
• Legrado uterino	
• Dilatación y evacuación uterina	
• Inducción parto prematuro	
• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la persona que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Será contratada en:
- En caso de dudas o consultas, debemos contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la IVE en el caso de mi representada **se debe hacer lo posible por conocer y respetar su voluntad o preferencia al respecto.**

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento por parte de la mujer**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

RUN: Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el consentimiento informado:

.....

RUN:..... Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural/Persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

- Recordar que en caso de discrepancia entre la voluntad de la mujer representada y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, como facilitador intercultural y/o como persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad, debe quedar individualizado.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
PARA MUJERES CON DISCAPACIDAD MENTAL PSIQUICA O INTELECTUAL DECLARADAS INTERDICTAS QUE
CUENTAN CON REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre del Establecimiento de Salud/Ciudad/Región:

.....

Nº de Ficha Clínica:

Estoy en conocimiento de que mi representada (*indicar nombre completo de la mujer que se representa*)
.....

RUN:

Fecha de Nacimiento:

Presenta un embarazo cuyas características le permiten solicitar la Interrupción Voluntaria de éste, según lo previsto en la Ley Nº 21.030.

Certifico que he recibido de parte del equipo médico toda la información sobre su situación de salud y del procedimiento a utilizar para la interrupción del embarazo, que será el que se indica a continuación:

(NOTA: El profesional que solicita el consentimiento informado, deberá marcar con una X el o los procedimiento(s) que corresponda(n))

Con medicamentos (incluida vía de administración)		
	Mifepristona	
	Misoprostol	
Instrumental		
	• Aspiración endouterina (<i>manual o eléctrica</i>)	
	• Legrado uterino	
	• Dilatación y evacuación uterina	
	• Inducción parto prematuro	
	• Cesárea	

(NOTA: En los temas a continuación, solicitar a la persona que firma el consentimiento informado, marcar con una X la información recibida)

He recibido información sobre:

Riesgos más frecuentes del procedimiento	
Efectos secundarios o complicaciones posibles y su manejo	

También me han informado que este procedimiento se realizará de forma:

Ambulatoria	
Hospitalizada	

Se me ha explicado el tipo de sedación y/o anestesia que se utilizará (local o general), incluidos sus riesgos, y que recibirá medicamentos para tratar el dolor según lo requiera.

Entiendo que el procedimiento que se me realizará, puede ser modificado por decisión médica durante la realización de éste, por razones clínicas que se presenten en el momento con el fin de resguardar mi salud.

Me han explicado también que, una vez de alta mi representada:

(Nota: El profesional debe detallar la información a continuación según corresponda al caso)

- Deberá consultar inmediatamente en caso de presentar:
.....
- Será contralada en:
- En caso de dudas o consultas, debemos contactar a *(indicar nombre o cargo de la persona, teléfono u otra forma de contacto)*:
.....

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

Se me ha explicado que, de acuerdo con lo que señala esta Ley, para proceder a la IVE en el caso de mi representada **se debe hacer lo posible por conocer y respetar su voluntad o preferencia al respecto.**

Entiendo también que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento, antes del procedimiento, sin que ello afecte la atención de salud a la que mi representada tiene derecho.

➤ **Firma del consentimiento por parte de la mujer**

Nombre de la Paciente:

Nº de RUN:..... Fecha de Nacimiento:.....

Firma:

➤ **Firma del consentimiento informado por el Representante Legal**

Por lo anterior, manifiesto estar de acuerdo con que mi representada acceda a este procedimiento.

Nombre completo del Representante Legal:

RUN:

Firma:.....

Nombre del médico o profesional que aplica el consentimiento informado:

.....

RUN:.....

Firma:.....

Nombre Ministro de Fe/Asistente para la lectura/Facilitador intercultural/Persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad (si lo hubiera):

.....

Nº de RUN:.....

Firma:.....

Ciudad: _____

Fecha: _____

Nota:

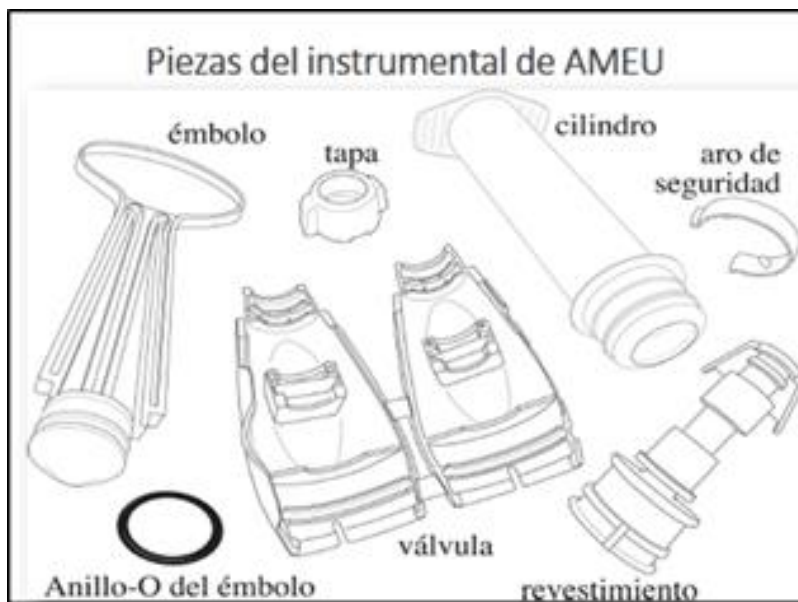
- Recordar que en caso de discrepancia entre la voluntad de la mujer representada y el de su representante legal, el equipo de salud puede solicitar la autorización judicial sustitutiva.
- Si en el proceso de firma del Formulario de Consentimiento participa un tercero ya sea como Ministro de Fe, como asistente para la lectura del documento, como facilitador intercultural y/o como persona que contribuye a conocer la preferencia de la mujer con discapacidad, debe quedar individualizado.
- Firmar el documento en duplicado dejando una copia en la Ficha clínica y entregando otra a la paciente y su representante legal.

ANEXO N° 3 Instructivo para esterilización del instrumental de Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

La técnica de AMEU, es una técnica mecánica de vaciamiento intrauterino, rápida y segura, que requiere de capacitación, entrenamiento y preparación de los instrumentos e insumos a utilizar. Dado el carácter invasivo del procedimiento en que el instrumental estará en contacto directo o indirecto con mucosas que pueden no estar indemnes y sitios normalmente estériles, si el material no está correctamente preparado puede causar infecciones.

El equipo de AMEU está formado por dos partes:

- Una jeringa de 50 cc con abertura ancha, que al “cargarla de aire” crea el vacío necesario para aspirar el contenido uterino.
- Un set de tubos plásticos o cánulas de diferentes lúmenes (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm). Cada una de éstas capaz de conectarse a la jeringa manteniendo el circuito de vacío aspirativo.



De acuerdo a la normativa nacional vigente, ambas partes, son dispositivos reutilizables clasificados como “críticos” de acuerdo a la clasificación Spaulding, por lo que deben estar estériles al igual que pinzas, jeringas para administración de analgesia para-cervical, guantes y campo quirúrgico que requerirá el operador. En general ambas partes del equipo AMEU son esterilizables y el número de veces que puede ser procesado será de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Algunas instrucciones e identificación de puntos críticos del procedimiento de AMEU son:

Antes del Procedimiento

- El procesamiento y manejo de este material debe ser establecido en conjunto con los responsables de los procesos de esterilización del establecimiento.
- El establecimiento proveerá material estéril, sea adquirido estéril desde el productor o procesado en un establecimiento de salud, de acuerdo a la normativa vigente. Las etapas del proceso son: lavado, preparación, empaque, exposición al agente esterilizante y almacenamiento. Además, su manejo durante el procedimiento clínico debe ser con técnica aséptica para evitar su contaminación.
- De procesarse en el establecimiento, la jeringa para AMEU debe ser sometida a proceso de esterilización y de acuerdo a su material e instrucciones del fabricante: autoclave de vapor o si el material es termolábil, por óxido de etileno.

Durante el Procedimiento

- Durante el procedimiento se cumplirán las precauciones estándares de prevención de IAAS de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La cánula, una vez introducida en la cavidad uterina, no se desplazará hasta que haya finalizado el procedimiento. Lo anterior será observado en particular cuando se requiera recargar la jeringa de aspiración para continuar el vaciamiento.

Post Procedimiento

- Una vez terminado el procedimiento, los dispositivos deben ser colocados inmediatamente en agua, a modo de remover precozmente por arrastre los restos biológicos, facilitando así su posterior lavado y esterilización. Se recomienda que el contenedor este ubicado cerca de donde se realiza el procedimiento de AMEU.
- Posteriormente se enjuagará la cánula y el aspirador juntos, con abundante flujo de agua, hasta que la cánula se vea limpia.
- Si el proceso de lavado y esterilización no será inmediato, se recomienda mantener los dispositivos en remojo inmersos en agua potable sin soluciones cloradas. Para este remojo se desmontará completo el sistema. Si el modelo en uso contempla un anillo O, éste debe removerse hacia abajo hasta colocarlo en la ranura del embolo, apretándolo por los lados.
- Las cánulas de aspiración serán empacadas individualmente y se abrirán de acuerdo a la necesidad. Si se preparan empaques con más de una cánula, todas se considerarán contaminadas una vez abierto el empaque y serán reprocesadas antes de usar en otra paciente.
- Durante el procesamiento de esterilización en la central de esterilización, el lavado debe ser minucioso, con uso de detergente enzimático.
- Durante la etapa de exposición al método de esterilización se utilizarán sólo ciclos descritos en la norma vigente. No se usarán métodos de esterilización por vapor para uso inmediato de los materiales, o periodos abreviados en alta temperatura en autoclave, o “esterilización flash”.

- Los ciclos de exposición al método de esterilización son:

Método	Temperatura	Otro Parámetro	Tiempo de exposición al agente esterilizante*
Calor Húmedo	• 134 °C	• Presión: 3,1 bar	• 3 minutos
	• 126 °C	• Presión: 2,4 bar	• 10 minutos
	• 121 °C	• Presión: 2,0 bar	• 15 minutos
Óxido de Etileno	• 35 °C	• concentración: 450-740 mg/l	• 5 horas**
	• 55 °C	• humedad: > 40%	• 1 horas**

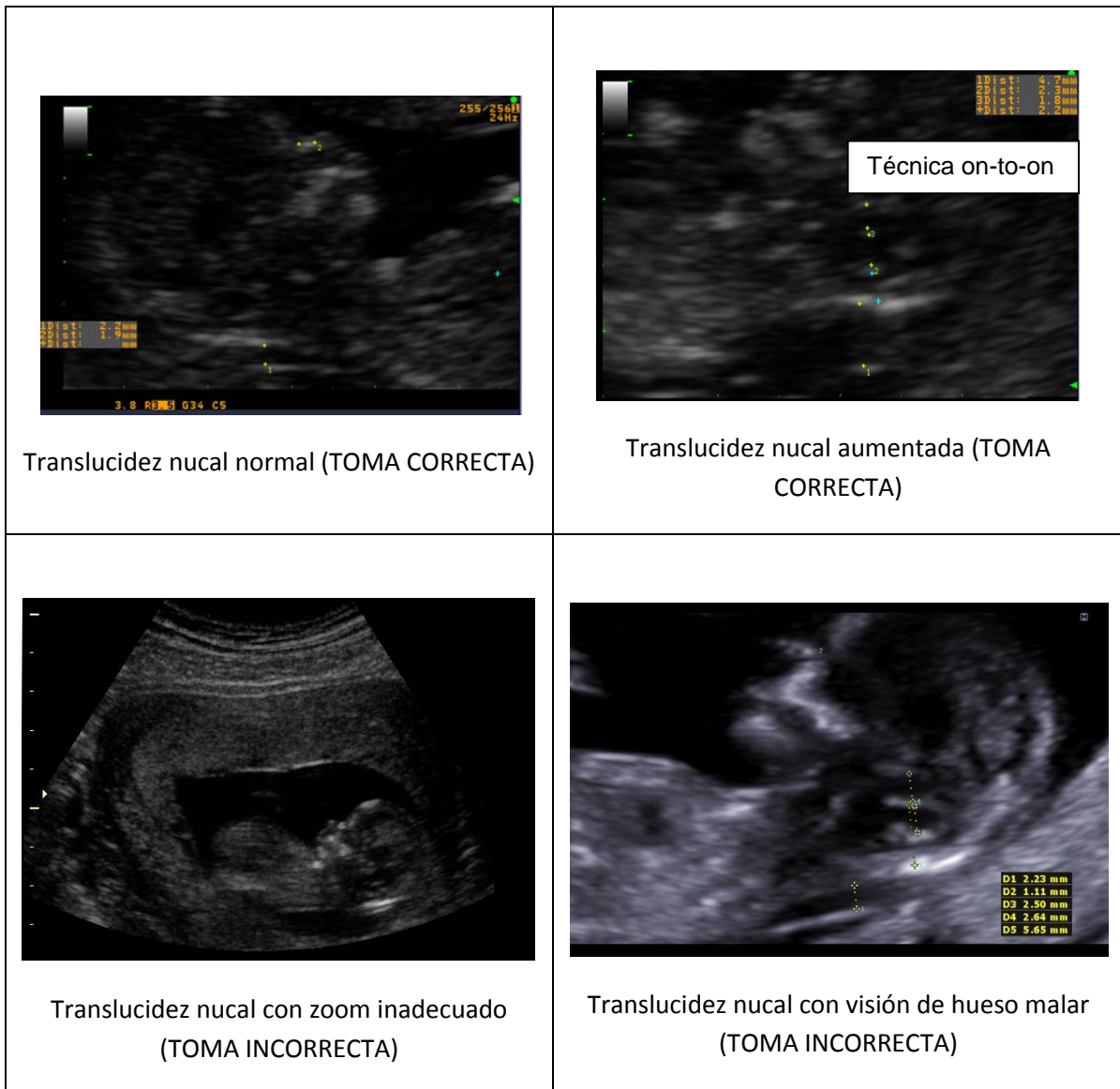
*El tiempo de exposición se evalúa una vez que los todos parámetros se hayan alcanzado, por lo que la duración total del ciclo puede variar de acuerdo a los tiempos de vacío de la cámara, tiempos de secado u otros.

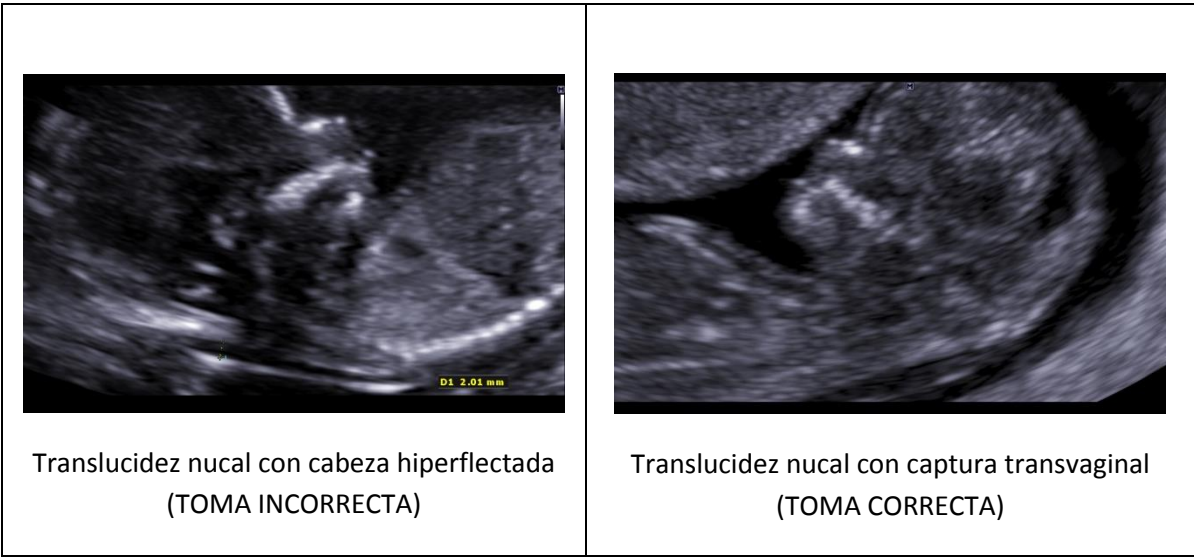
** Requiere adicionalmente 8 a 12 horas aireación

ANEXO N° 4 Diagnósticos ecográficos

A. Metodología práctica de la pesquisa de aneuploidía y evaluación de anatomía fetal entre 11+0-13+6 semanas

- i. **Translucidez nucal:** Según los criterios de la FMF, requiere cuello fetal en posición neutra, en corte medio-sagital (no visualizar hueso malar), visualizar hueso nasal, piel sobre el hueso (signo =) y punta de la nariz, medición con técnica on-to-on (ver figura), y ampliación suficiente para que tórax y cabeza fetal ocupen el 75% de la pantalla. Si se observa circular de cordón debe medirse por sobre y bajo la circular y registrar el promedio de ambas.





ii. **Hueso nasal:** debe evaluarse con los mismos parámetros que la translucidez nuchal. El hueso debe ser más grueso y refringente que la piel que lo cubre, formando el signo “=”. Se debe visualizar una tercera línea correspondiente a la punta de la nariz. Si la refringencia es igual o menor a la piel que lo cubre, debe considerarse ausente para la pesquisa.

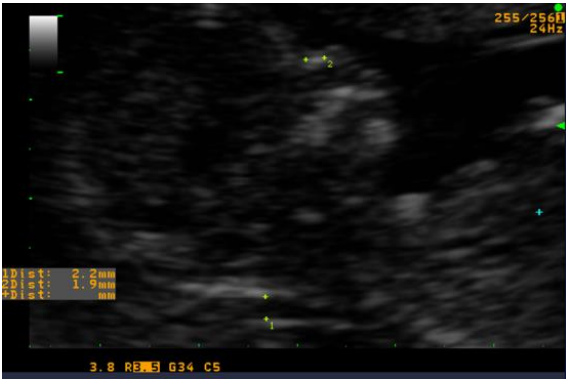
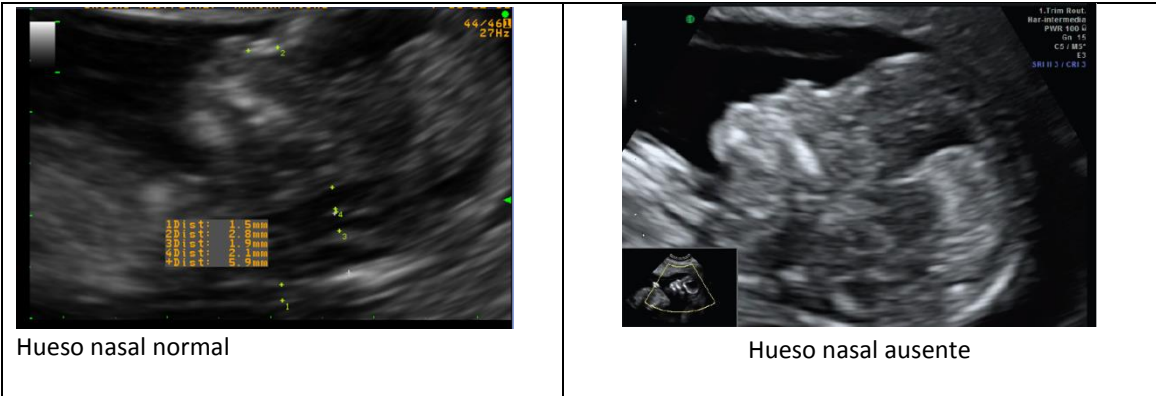


Imagen ideal para evaluación de hueso nasal



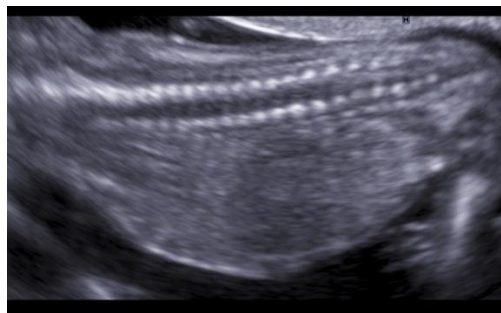
iii. **Evaluación de anatomía fetal entre 11+0 – 13+6 semanas**

Durante la ecografía de 11+0 – 13+6 semanas se deberá evaluar metódicamente las siguientes estructuras:

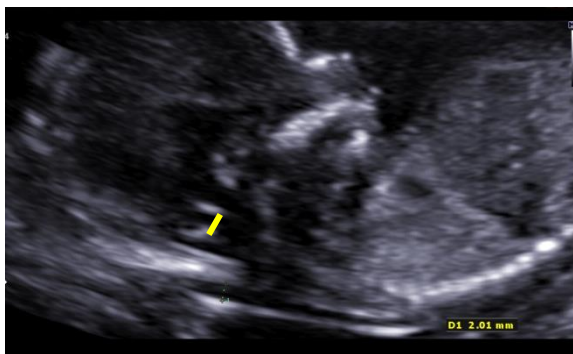
- **Sistema nervioso central:** visualizar “signo de mariposa” en cráneo para descartar holoprosencefalia, acrania y medición de diámetro biparietal y circunferencia craneana. Se debe evaluar columna en todo su trayecto para descartar mielomeningocele. En corte de medición para translucencia nuchal debe medirse el 4° ventrículo (translucidez intracraneana) para descartar espina bífida abierta, la cual deberá sospecharse ante la ausencia del espacio correspondiente a la translucidez intracraneana por herniación del 4° ventrículo



“Signo de la mariposa”



Columna normal

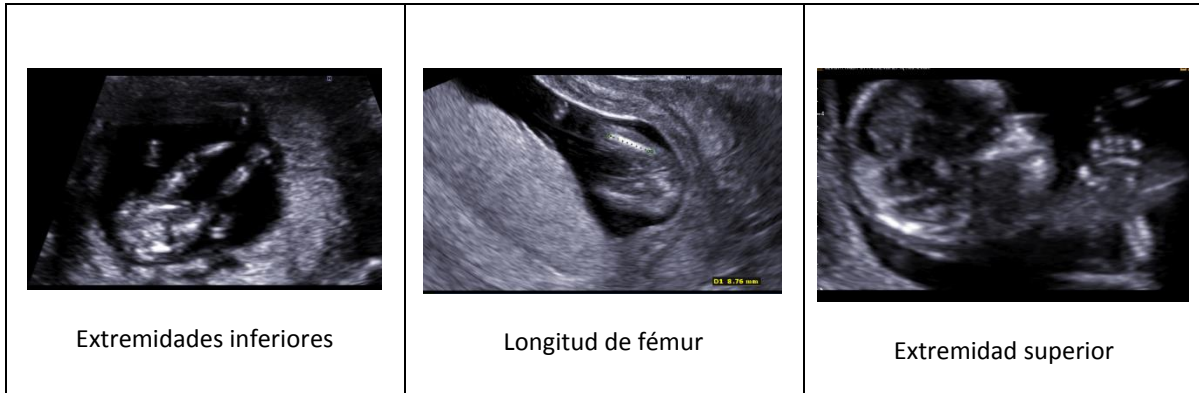


Translucidez intracraneana

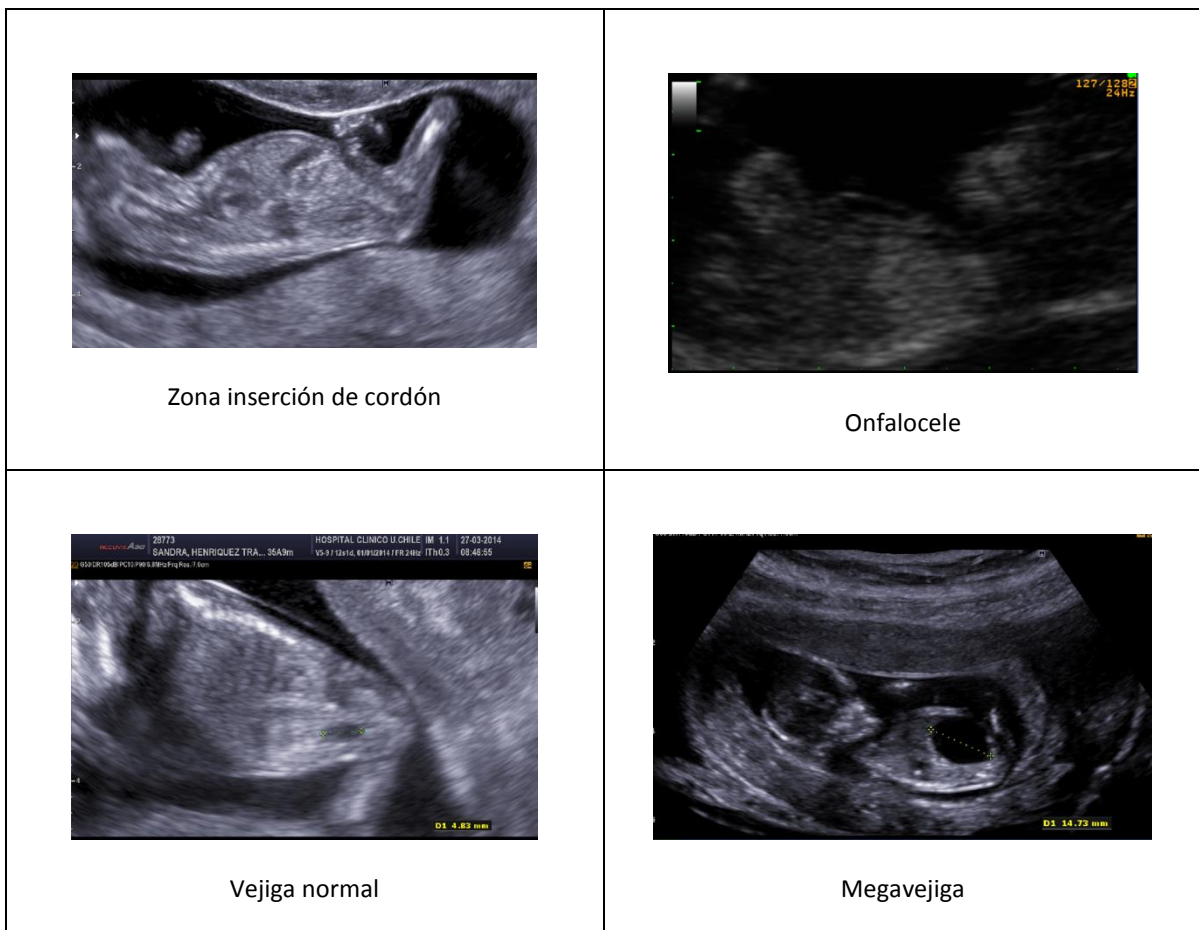


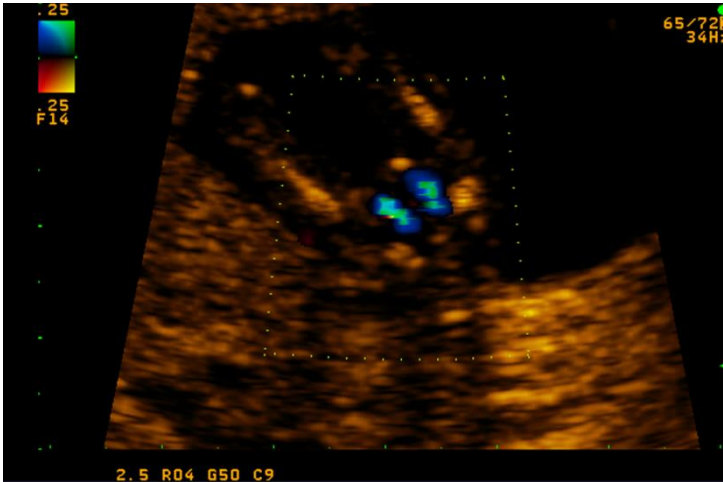
Acrania / Anencefalia

- **Extremidades:** visualizar presencia de brazos, piernas, manos y pies. Se deberá medir la longitud del fémur en todas las pacientes.



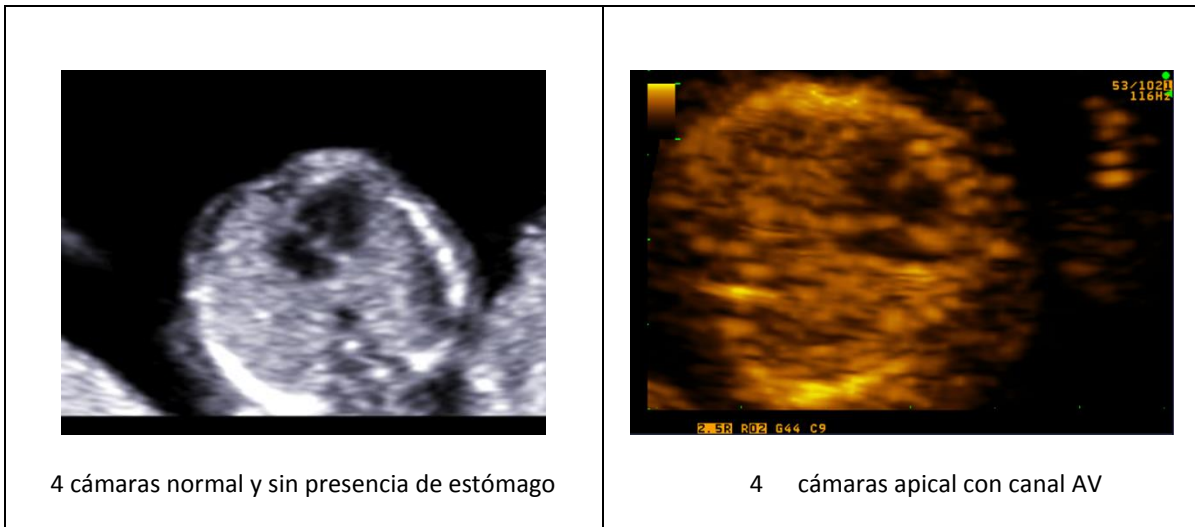
- **Abdomen:** se debe evaluar la circunferencia abdominal y la zona de inserción del cordón (en 2D convencional o Doppler color) para descartar onfalocele y gastrosquisis, y observar la presencia de las dos arterias umbilicales a nivel vesical. Medir la longitud vesical, considerando megavejiga con valores sobre 7mm (sobre 15mm debe considerarse severa).





Evaluación de dos arterias umbilicales a nivel vesical

- **Tórax:** en visión de 4 cámaras descartar presencia de estómago (hernia diafragmática) y sospecha de cardiopatía congénita.



B. Evaluación anatomía fetal entre 20+0-22+6 semanas

La evaluación ecográfica entre 20+0-22+6 semanas debe realizarse sistemáticamente en la detección de alteraciones estructurales y consiste en:

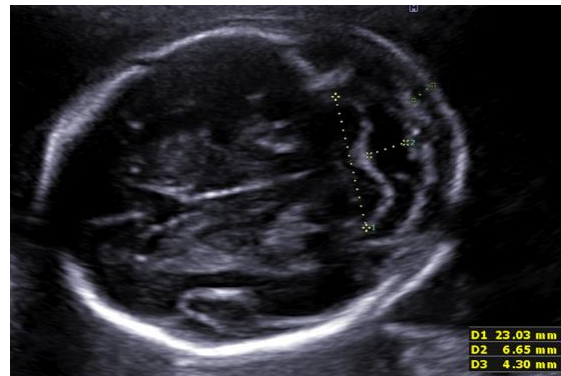
- Cráneo: medición del diámetro biparietal, fronto-occipital, evaluación de la forma, y en algunos casos de sospecha de microcefalia, evaluación de las suturas y fontanelas.
- Cerebro:
 - o medición hemisferios, cuerno posterior del ventrículo lateral (<10 mm) y distancia entre la cara medial del ventrículo lateral y el hemisferio.
 - o Medición del cerebelo y fosa posterior (<10 mm)

- Evaluación de los otros ventrículos, tálamo, cuerpo calloso indirectamente a través de visualizar el cavum septum pellucidum y en algunos casos, el cuerpo calloso y su arteria directamente vía transvaginal.
- Cara: visualizar en sus tres planos los labios, maxilares superior (paladar duro) e inferior, perfil fetal (medir longitud del hueso nasal), órbitas oculares y su relación entre ellas (1/3 cada una de las órbitas y el espacio interorbitario).
- Cuello y piel: medir el grosor del pliegue nuchal en un plano sub-occipito bregmático (<7 mm) y observar su característica imagen de edema.
- Tórax: observar ambos campos pulmonares en búsqueda de quistes o ecorrefringencias y que junto con el corazón se distribuyen equitativamente 1/3 del tórax cada uno.
- Corazón: observar en forma ascendente la presencia de:
 - Cuatro cámaras, observar el eje del corazón y su relación con el estómago, reconocer el ventrículo derecho a través de ser el anterior, por la banda moderadora, y la válvula tricúspideas más apical que la mitral.
 - Salida de los grandes vasos: observar salida de aorta en forma de “S” itálica y pulmonar, más superior y cruzando la arteria aorta, en línea recta a columna.
 - Visión de tres vasos: regla “PAC”, pulmonar, aorta y vena cava superior.
- Abdomen: medir dimensiones antero-posteriores, observar inserción del cordón umbilical.
- Gastro-intestinal: visualizar estómago, hígado, intestinos y descartar presencia de ascitis.
- Riñones: observar ambos riñones en secciones antero-posteriores y longitudinales. Medir la pelvis renal de ambos riñones en un plano antero-posterior (<4 mm a las 18 semanas, <5 mm a las 23 semanas, <7 mm a las 32 semanas)
- Genitales: observar alteraciones en los órganos sexuales
- Columna: visualizar la integridad de la columna en los tres planos de sección, anteroposterior, longitudinal y coronal.
- Extremidades: medir el fémur y húmero, evaluar la presencia y posición en relación a la pierna de ambos pies, evaluar la planta del pie, observar la presencia de ambas manos y visualizar la apertura de los dedos

Evaluación sistema nervioso central



Corte transhemisférico para evaluación de biometría



Corte transcerebelar para evaluación de fosa posterior (cerebelo, cisterna magna y pliegue nual)

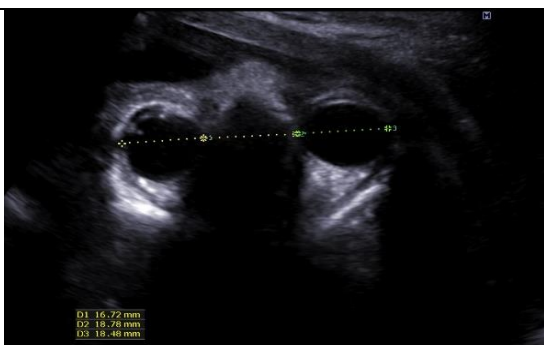


Columna cervical y dorsal.



Columna lumbo-sacra.

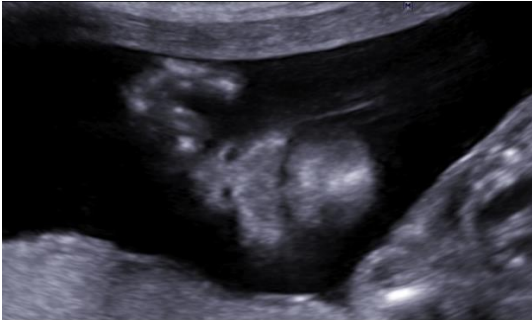
Evaluación cara fetal



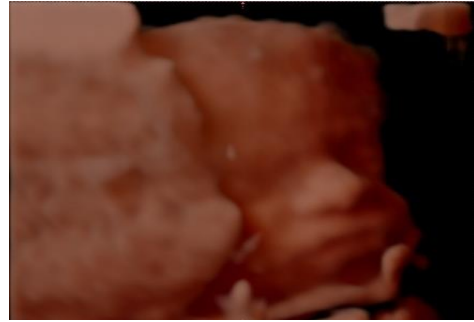
Visión y biometría ocular



Perfil fetal para evaluación de hueso nasal, espesor prenasal y mentón



Visión fosas nasales y labios



Cara fetal 3D a las 23 semanas

Evaluación Tórax y corazón



Visión 4 cámaras apical



Tracto de salida ventrículo izquierdo (Aorta)



Tracto de salida ventrículo derecho (pulmonar)



Visión 3 vasos tráquea



Bifurcación arteria pulmonar

Evaluación pared abdominal y gastrointestinal



Visión de estómago y vena umbilica

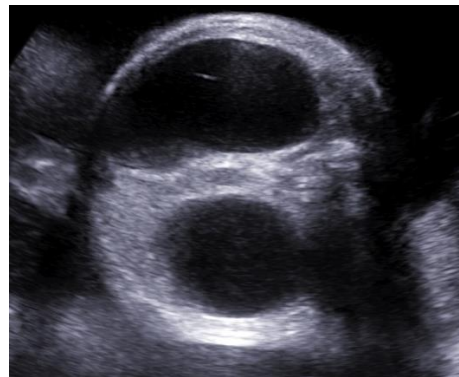


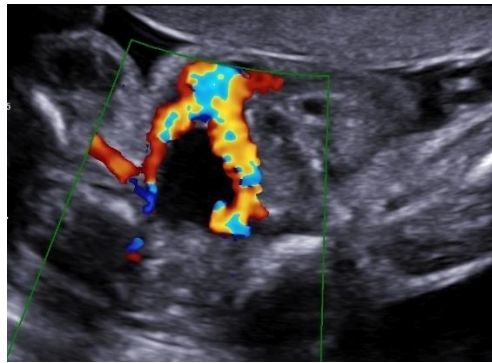
Imagen doble burbuja (atresia duodenal)



Visión para medición de pelvis renales



Inserción de cordón umbilical



Visión de vejiga y dos arterias umbilicales

Evaluación extremidades



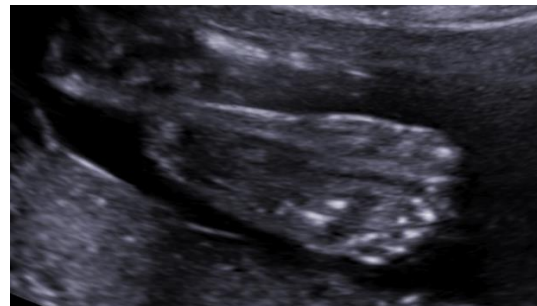
Visión longitudinal de extremidades inferiores alineadas



Visión normal de manos extendidas



Polidactilia



Visión normal de pie

ANEXO N°5 Defunciones fetales y de recién nacidos

En caso de un recién nacido fallecido, el artículo 40 del Decreto N° 161 de 1982, Ministerio de Salud, Reglamento de Hospitales y Clínicas, indica que corresponderá al médico tratante o al profesional que asistió el parto según el caso extender el certificado médico de defunción.

A su vez, la Resolución Exenta N° 517 de 2007, que aprueba Norma General Técnica N° 86, Normas y Procedimientos para el Registro de las Defunciones Fetales y de Recién Nacidos, expresa que los(as) médicos(as) y las(os) matronas(es) que atiendan partos deberán extender el respectivo Comprobante de Parto que permitirá la inscripción del nacimiento en las oficinas del Servicio de Registro Civil e Identificación, la que deberá practicarse incluso si el recién nacido fallece a los pocos minutos de su nacimiento. De hecho, desde mediados del 2002 el Registro Civil practica inscripción automática del nacimiento en los casos en que la inscripción de la defunción de un recién nacido o lactante revele que no existe inscripción previa del nacimiento

Asimismo, se deberá entregar la “Estadística de Mortalidad Fetal” (en la práctica es el Certificado de Defunción) a todos los deudos que soliciten los restos dentro del plazo de 72 horas posteriores al parto para su inscripción en el Registro Civil. En caso de que los restos no sean retirados, el Certificado será enviado al Departamento o Unidad de Estadísticas del Servicio de Salud correspondiente que despachará mensualmente las Estadísticas de Mortalidad Fetal que reciba al Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS), para su procesamiento. La Dirección del establecimiento deberá hacerse cargo de inscribir en el Registro Civil los Certificados de Defunción respectivos, dentro del plazo de 72 horas posteriores a la defunción, rigiéndose por lo establecido en virtud del artículo 181 del DFL 2128, Reglamento Orgánico del Servicio de Registro Civil, que establece que “pasados tres días desde la fecha de una defunción, no se podrá proceder a inscribirla sin decreto de la justicia ordinaria”.

La misma norma específica que las defunciones de Recién nacidos de muy bajo peso y de muy baja edad gestacional deberán ser igualmente certificadas por el médico, señalando los datos de edad en minutos, horas, días o meses. Se indica expresamente que los cuerpos de estos recién nacidos muy pequeños fallecidos deberán ser tratados según lo autoriza el artículo 147 del Código Sanitario ya mencionado. Se recomienda en todo caso ceñirse al plazo de 72 horas y no de 24, en señal de voluntad humanitaria y de apoyo a los deudos.

Por su parte, el Decreto N° 161 de 1982, en su artículo 40 i. II señala que respecto de los productos de la concepción que no alcanzaron a nacer, y que sean identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario, cualquiera sea su peso o edad gestacional, corresponderá al médico tratante o profesional que haya asistido el proceso, extender el Certificado Médico de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal. Agrega que será entregada a sus progenitores, quienes dispondrán de un plazo de 72 horas para solicitar la entrega de los restos con fines de inhumación.

En el caso de que dicho producto no sea reclamado es aplicable el Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS), Decreto N° 6 de 2009 del Ministerio de Salud.

IX. REFERENCIAS

1. Holmes, M., Resnick, H., Kilpatrick, D., Best, C. Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996; 175 (2):320-325.
2. Mulugeta, E., Kassaye, M., Berhane. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian medical journal* (1998). 36 (3): 167–74.
3. Lathrop, A. Pregnancy Resulting from Rape. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* (1998) 27 (1): 25–31.
4. MINSAL, Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. Santiago de Chile: Serie Cuadernos Modelo de Atención Nº 1; Santiago de Chile, 2005.
5. Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en las Americas. Serie OPS: La renovación de la atención primaria; 2010
6. MINSAL, Chile. Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual. Santiago de Chile; 2016
7. OPS/OMS. (2003). Estándares y requerimientos para los informes para los requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington C.D. (EE.UU.), 2003 p. 139-140.
8. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp O., Moller A.B., Daniels J., et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014; 2 (6):323–33.
9. MINSAL, Chile. Orientaciones técnicas para auditoria y vigilancia de Mortalidad materna; 2016
10. OMS. Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [Internet]. 2011 [consultado el 4 October 2017]. Disponible en:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/index.html
11. Arif, S., Thorne, S. Heart disease in pregnancy. *Medicine*, Volume 42, Issue 11, 644 - 649
12. Thorne, S., MacGregor A., Nelson-Piercy C. Risks of contraception and pregnancy in heart disease. *Heart* 2006; 92:1520–1525.
13. Regitz-Zagrosek, V., Blomstrom Lundqvist, C., Borghi, C., et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the task force on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur heart J* 2011; 32: 2179-84.
14. Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow. Addressing the Heart of the Issue Good clinical practice in the shared obstetric and cardiology care of women of childbearing age adressing the heart of the issue standars of good clinical shared obstetric cardiology. (2016).

[ebook] Disponible en: <https://rcpsg.ac.uk/media/news/1808/addressing-the-heart-of-the-issue.pdf> [Consultado el 19 agosto 2017].

15. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal* (2011) 32, 3147–3197

16. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, Volume 24, Issue 11, November 2014, Pages 333-339 Ayshini Samarasinghe, Mahmood I. Shafi

17. MINSAL, Chile. *Guía Clínica GES: Cáncer Cervicouterino*; 2015

18. Morice, P., et al. Gynaecological cancers in pregnancy. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9815, 558 - 569.

19. ACOG Practice Bulletin No. 99: Management of Abnormal Cervical Cytology and Histology. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 112(6):1419-1444.

20. Streffer, C., Shore, R., Konermann, G., Meadows, A., Uma Devi, P., Preston Withers, J., Holm, LE, Stather, J., Mabuchi, K., H R. Biological effects after prenatal irradiation (embryo and fetus). A report of the International Commission on Radiological Protection. *Ann ICRP* 2003;33:5-206

21. MINSAL, Chile. *Guía clínica GES: Cáncer de Mama*; 2015

22. Gentilini O; Cremonesi M; Toesca A; Colombo N; Peccatori F; Sironi R; Sangalli C; Rotmensz N; Pedrolí G; Viale G; Veronesi P; Galimberti V; Goldhirsch A; Veronesi U; Paganelli G. Sentinel lymph node biopsy in pregnant patients with breast cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*; 2010;37: 78-83

23. Kalter H., Warkany J. Congenital malformations. *N Engl J Med* 1983; 308:491-497

24. Kal, H.B. and Struikmans, H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction. *Lancet Oncol*. 2005; 6: 328–333

25. Cooke L., Shafi M. Cancer in pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2013; 23 (10):317-319.

26. MINSAL, Chile. *Guía Perinatal*. Santiago de Chile; 2016.

27. MINSAL, Chile. *Guías Nacionales de Neonatología*. Santiago de Chile; 2005.

28. MINSAL, Chile. *Normas de atención Recién Nacidos*. Santiago de Chile; 2017.

29. Pardo Vargas, R., Aracena, M., Aravena, T., Cares, C., Cortés, F., Faundez, V. et al. Consenso de la Rama de Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría sobre las anomalías congénitas de mal pronóstico vital (ACMPV). *Revista Chilena de Pediatría*. 2016; 87 (5):422-431.

30. Cortés, F., Mellado, C., Pardo, R.A., Villarroel, L.A., Hertrampf, E. Wheat flour fortification with folic acid: changes in neural tube defects rates in Chile. *Am J Med Genet A*. 2012; 158A:1885-90.

31. Pilu, G., Nicolaides, K.H. *Diagnosis of Fetal Abnormalities: The 18-23-Week Scan*. CRC Press. June 15, 1999.

32. Nicolaides, KH, Heath, V., Liao, AW. The 11-14 week scan. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14(4): 581-94
33. Akolekar, R., Beta, J., Picciarelli, G., Ogilvie, C., D'Antonio, F. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 45(1): 16-26.
34. Parra, M.Q., L.; Perez, S.; Rau, C.; Terra, R.; Pedraza, D.; Muñoz, H.; Valdés, E. Prevalencia de procedimientos invasivos en una población chilena usuaria de métodos de cribado y diagnóstico prenatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2007; 72(6): 390-6.
35. Nicolaides, KH. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 week's assessment. *Prenat Diagn* 2011; 31(1): 3-6.
36. Parra-Cordero M, Quiroz L, Rencoret G, et al. Screening for trisomy 21 during the routine second-trimester ultrasound examination in an unselected Chilean population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30 (7): 946-51.
37. Syngelaki A., Bredaki F.E., Vaikousi E., Maiz N., Nicolaides K.H. Body Mass Index at 11-13 Weeks' Gestation and Pregnancy Complications. *Fetal Diagn Ther* 2011; 30:250-65
38. Iliescu, D., Tudorache, S., Comanescu, A., et al. Improved detection rate of structural abnormalities in the first trimester using an extended examination protocol. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42(3): 300-9.
- 39 Parra-Cordero MA, D.; Márquez, N.; Aguirre, C.; Lazarte, R.; Muñoz, H.; Figueroa, J.; Rencoret, G. Tasa de detección de Anomalías congénitas con un mal pronóstico vital entre 11+0-13+0 semanas. In: SOCHOG, editor. Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Viña del Mar; 2017.
40. Stoll, C., Garne, E., Clementi, M. Evaluation of prenatal diagnosis of associated congenital heart diseases by fetal ultrasonographic examination in Europe. *Prenat Diagn* 2001; 21(4): 243-52
41. Grandjean, H., Larroque, D., Levi, S. The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(2): 446-54.
42. Gonzalez, RC, M.; Gomez, R. Resultados de la aplicación de un esquema de cribado de malformaciones congénitas a través de la ecografía de 22-25 semanas en una población chilena no seleccionada. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1999; 64(4): 247-55.
43. Parra MV, E.; Muñoz, H.; Pedraza, D.; Caballero, R.; Pérez, S.; Rau, C. Resultados de la aplicación de un esquema de cribado de malformaciones congénitas a través de la ecografía de 22-25 semanas en una población chilena no seleccionada. In: SOCHOG, editor. Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Viña del Mar; SOCHOG, 2007.
44. Chitayat, D., Langlois, S., Douglas Wilson R., Douglas Wilson, R., Audibert, F., Blight, C. et al. Prenatal Screening for Fetal Aneuploidy in Singleton Pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2011; 33(7):736-750.
45. Nicolaides, KH., Spencer, K., Avgidou K., Faiola, S., Falcon, O. Multicenter study of first-trimester screening for trisomy 21 in 75 821 pregnancies: results and estimation of the potential

impact of individual risk-orientated two-stage first-trimester screening. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25(3): 221-6.

46. Kagan, KO, Staboulidou, I., Cruz, J., Wright, D., Nicolaides, KH. Two-stage first-trimester screening for trisomy 21 by ultrasound assessment and biochemical testing. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36(5): 542-7.

47. Rozenberg, P., Bussieres, L., Chevret, S., Bernard, J.P., et al. Screening for Down syndrome using first-trimester combined screening followed by second-trimester ultrasound examination in an unselected population. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(5):1379-87.

48. Agathokleous, M., Chaveeva, P., Poon, L., Kosinski, P., Nicolaides, K. Meta-analysis of second-trimester markers for trisomy 21. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2013; 41(3):247-261.

49. Alfirevic, Z., Sundberg, K., Brigham, S. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3): CD003252.

50. Mujezinovic, F., Alfirevic, Z. Procedure-related complications of amniocentesis and chorionic villous sampling: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007; 110(3): 687-94.

51. Clementi, M., Di Gianantonio, E., Ponchia, R., Petrella, M., Andrisani, A., Tenconi, R. Pregnancy outcome after genetic counselling for prenatal diagnosis of unexpected chromosomal anomaly. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 128(1-2): 77-80.

52. Alouini, S., Moutel, G., Venslauskaitė, G., Gaillard, M., Truc, JB, Herve, C. Information for patients undergoing a prenatal diagnosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 134(1): 9-14.

53. MINSAL. Guía clínica AUGÉ: Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Series de guías clínicas, 2011.

54. Ross, J. Palliative care ethics: a good companion. *HEC (Healthcare Ethics Committee) Forum* 1996 July; 8(4): 226-229.

55. Bruera E, R.K. Portenoy R.K. (Eds.), *Topics in palliative care*, Volume 5, Oxford University Press, New York (2001)

56. Código penal 12-nov-1874 Ministerio de Justicia- Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2017 [Consultado 21 agosto]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>

57. GFK. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, julio 2013.

58. Bascuñán, M. Doctrina del Consentimiento Informado: Reflexión sobre sus principales objeciones y el papel de la comunicación en la relación asistencial. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2003.

59. Simón, P., Barrio, I. Consentimiento informado en Bioética Clínica, Juan Pablo Beca y Carmen Astete, editores. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 2012, pág. 192- 204.

60. Allen, R., O'Brien, BM. Uses of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Rev. ObstetGynecol* 2009; 2:159-68 (Level III)

61. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. 2012.
62. WHO Model List of Essential Medicines, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
63. Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E.S., Schweikert, S.M., Tanenhaus, J., Barajas, A., et al. Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG* 2011; 118: 17-23 (Level II-3).
64. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Clinical Guidelines. Medical management of first-trimester abortion. Society of familyplanning clinical guideline. *Contraception* 89 (2014) 148 – 161
65. World Health Organization, Task Force on Postovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
66. Tang, Oi Shan, Carina, C.W. Chan, Ernest H.Y. Ng, Sharon, W.H. Lee, and Pak Chung Ho. 2003. A prospective randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, 18: (11) 2315-8.
67. Von Hertzen, Helena, Helena Honkanen, Gilda Piaggio, Gyorgy Bartfai, et cols. 2003. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG*, 110: 808-18.
68. Organización Mundial de la Salud, Comisión Especial sobre los Métodos Postovulatorios de Regulación de la Fertilidad. 2000. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG*, 107: 524.
69. Shannon, C., E. Wiebe, F. Jacot, S. Dunn, W.R. Sheldon, and B. Winikoff. 2006. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG*, 113: 621-8.
70. Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gilliam M.M. Flett, and Allan Templeton. 2005b. Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71: 327-32.
71. Von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Nguyen Thi My Huong, et cols. for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. 2007. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369: 1938-46.
72. Bugalho A, Bique C, Pereira C, Granja AC, Bergstrom S. Uterine evacuation by vaginal Misoprostol after second trimester pregnancy interruption. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;
73. Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., Kapp, N., Castleman, L., Kim, C., Ho, P. C. and Visser, G. H.A. (2017), FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics *Int J Gynecol Obstet*, 138: 363–366:10.
74. Cleland, K., Creinin, M.D., Nucatol,a D., Nshom, M., Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *ObstetGynecol* 2013; 121:166-71 (Level III).

75. Bernstein, P., and L. Kandinow. Use of misoprostol for labor induction in patients with asthma. *Medscape* 2004. <http://www.medscape.com/>.
76. Winikoff, B., Dzuba, I.G., Creinin, M.D., Crowden, W.A., Goldberg, A.B., Gonzales, J., et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1303-10 (Level I).
77. Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, AM, HofmeyrGJ, Cheng, L., Campana, A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4. (Meta-analysis).
78. Honkanen, H., Piaggio, G., Herten, H., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion.
79. Arvidsson, C., Hellborg, M., Gemzell-Danielsson, K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. *Eur J ObstetGynecolReprodBiol* 2005; 123:87-91 (Level I)
80. Neilson, J.P., Hickey, M., Vazquez, JC. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002253
81. Kulier, R. et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
82. Faundes, A. et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172–S177.
83. Livshits, A.,Machtinger, R., David, LB, Spira, M., Moshe-Zahav, A., Seidman, DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *FertilSteril* 2009; 91:1877-80 (Level I).
84. Shannon, C., Brothers, LP, Philip, NM, Winikoff, B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183-90 (Level III).
85. Oliver-Williams, C., Fleming, M., Monteath, K., Wood, AM, Smith, GC. Changes in association between previous therapeutic abortion and preterm birth in Scotland, 1980 to 2008: a historical cohort study. *PLoS Med* 2013; 10:e1001481 (Level II-3).
86. MINSAL. Norma Nacional de Regulación de la Fertilidad. Ministerio de Salud, Chile. 2017.
87. World Health Organization (WHO). (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition - WHO guidelines on maternal, reproductive and women’s health
88. Douthwaite M, Candelas JA, Reichwein B, Eckhardt C, Ngo TD, Domínguez A. Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Jun; 133 (3):329-33.

89. Shimoni, N., Davis, A., Ramos, ME, Rosario, L., Westhoff, C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *ObstetGynecol* 2011; 118:623-8 (Level I).
90. International Planned Parenthood Federation. Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. 2012
91. Niinimaki, M. et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795 – 804.
92. Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F. y Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.
93. White, K., Carroll, E. y Grossman, D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature 2015. *Contraception*, 92, 422-438.
94. Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J. y Teal, S. Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*, 2015, 92(5), 453-7.
95. Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C. y Prager, S. W. Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology* 2016, 128 (5), 1065-1070.
96. Kapp, N. et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
97. Allen, R. y Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Guideline: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception* 2016, 93(4), 277-291.
98. Newmann, S.J. et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
99. Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E. y von Hertzen, H. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentrerandomised trial. *TheLancet* 2012, 379(9828), 1817-1824.
100. MacIsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E. y Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 93(5 Pt 1), 766-770.
101. Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. y Kapp, N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3, CD005217.

102. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2009, reafirmado 2016). Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Practice Bulletin No. 104. *Obstetrics & Gynecology*, 113, 1180-1189.
103. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care. Londres, Reino Unido: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
104. Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C. y Cianci, A. [Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: a randomized controlled trial]. *Minerva Ginecology* 2008, 60(1), 1-5.
105. MINSAL. Normas de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual Ministerio de Salud, 2016.
106. Renner, RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009; (2):CD006712.
107. Tschann, M., Salcedo, J., Kaneshiro, B. Nonpharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: a review. *Journal of Midwifery Women's Health* 2016, 61(3), 331-338.
108. Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 89(2):116-121.
109. Jackson, E., Kapp, N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116 –126.
110. Tangsirawatthana, T., Sangkomkamhang, U.S., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M. Paracervical local anesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 9, CD005056.
111. Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., Bednarek, P. H. Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: a randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 25 de mayo de 2016, publicación electrónica antes de la versión impresa.
112. Stoddard, A. y Eisenberg, D. L. Controversies in family planning: timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception* 2011, 84, 119-121.
113. Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J. y Brynhildsen, J. Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2016, 95 (5), 565-571.

114. Madden, T., Eisenberg, D. L., Zhao, Q., Buckel, C., Secura, G. M. y Peipert, J. F. Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate postabortion placement. *Obstetrics & Gynecology* 2012, 120(5), 1053-1059
115. Okusanya, B. O., Oduwole, O. y Effa, E. E. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 7, doi:10.
116. Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. y Jensen, J. T. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine* 2011, 364(23), 2208-2217

