



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A MUJERES VIVIENDO CON VIH

ORIENTACIONES COMPLEMENTARIAS PARA EL PROGRAMA
NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	5
MARCO CONCEPTUAL	5
OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
ANTECEDENTES	8
Epidemiología del VIH/SIDA en Mujeres	8
Cifras de Transmisión Vertical VIH	9
NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA	10
Control Preconcepcional	12
Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical	13
Control Prenatal Integral	14
Atención Integral del Parto	14
Atención Integral del Puerperio	14
Atención Integral de las mujeres que presentan un Aborto y otras Pérdidas Reproductivas	15
Indicación de MAC post parto-post aborto	15
Control Ginecológico	17
Pesquisa y detección de cánceres ginecológicos	21
Cáncer de Cuello Uterino	22
Cáncer de Mama	22
Interacción farmacológica entre TAR y Terapia para tratamiento de cánceres	23
Pesquisa y detección de Infecciones de Transmisión Sexual	25
DOCUMENTOS DE CONSULTA	27
ANEXOS	29
Anexo N° 1: Resolución Exenta N° 2326	29

PRESENTACIÓN

Para el Ministerio de Salud es de gran relevancia presentar y poner a disposición de la Red Asistencial Pública, este Protocolo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres Viviendo con VIH, como una contribución hacia el mejoramiento de su calidad de vida, bajo los principios del enfoque de ética, derechos, equidad y no discriminación.

En este contexto, como documento técnico contribuye además, a evitar que se produzcan hechos como son las esterilizaciones involuntarias, la discriminación en la atención, la vulneración de la confidencialidad, (incumplimiento de la Ley N° 19.779 del SIDA) y el no acceso a las prestaciones establecidas por normativa¹ y reitera la obligación, de la Autoridad Sanitaria y a la Red Asistencial de velar por la implementación de las normativas existentes que regulan y cautelan los derechos de las personas y en especial los derechos sexuales y reproductivos².

Esperamos, que este documento de trabajo sea un aporte al quehacer cotidiano del sector salud, e inspire la discusión social, institucional y familiar sobre este tema.

Este protocolo es complementario al Programa Nacional de Salud de la Mujer.

1 Vivo Positivo, Centro de Derechos Reproductivos. "Dignidad Negada. Violaciones de los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas en Establecimientos de Salud Chilenos". Bogotá, Colombia; 2011

2 Ministerio de Salud. Ordinario N° 2675, reitera regulación en materia de VIH/SIDA y Derechos de las Personas. 2012

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

Las políticas públicas del sector consideran en su elaboración la situación de salud de la población, los compromisos internacionales y nacionales en la materia y la evidencia científica disponible. Se estructuran en torno a planes y programas orientados a mejorar el estado de salud de las personas, planificando y organizando la oferta de servicios preventivos y asistenciales a la comunidad. En la atención de la mujer que vive con VIH concurren diversos programas de salud, los que coordinados deben contribuir a mejorar la calidad y prolongación de vida de estas mujeres.

MARCO CONCEPTUAL

La salud se reconoce universalmente como un derecho fundamental del ser humano, y la salud sexual y reproductiva como un componente integral de la salud en general. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual y seguridad sexual, a la privacidad, a la igualdad, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención de salud, entre otros.(1) Incluye además el derecho a adoptar decisiones relativas a la sexualidad y reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo,1994 (2).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, plena y sin riesgos, la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. (3-4).

Por tanto, la salud sexual y reproductiva está centrada en las personas y en sus derechos, las reconoce como sujetos activos que participan junto a las y los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí mismas, sus parejas y sus familias.

Esto implica reconocer que para lograr un óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, decidir libremente si tener o no hijos, cuantos y cuando, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura. También implica que el proceso reproductivo culmine de modo satisfactorio, con la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la o el recién nacido, de modo que los hijos e hijas puedan llegar en buenas condiciones a la vida adulta.

El hecho de que el VIH/SIDA afecte a mujeres en edad reproductiva, nos sitúa en un contexto de alta complejidad, que exige la definición de políticas públicas amplias, que considere a la mujer desde su individualidad hasta su entorno social, reconociéndola como sujeta de derechos sociales y políticos dentro de su comunidad.

Estos derechos incluyen en primer lugar el derecho a ser atendida de manera integral por un equipo capacitado y coordinado que conozca sus necesidades. Necesidades que implican apoyo para ele-

gir los métodos de regulación de la fertilidad, de programar el momento de embarazarse, de tener acceso expedito a exámenes, derivación/referencia oportuna a la (s) especialidades requerida para su salud.

En la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe³, en acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, señala:

“Reconociendo que, a pesar de los avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral y en la disminución de la transmisión vertical del VIH, continúan vigentes desafíos en materia de conocimiento y prevención del VIH/SIDA, detección voluntaria oportuna, atención de las personas con VIH/SIDA y eliminación del estigma y la discriminación”.

Se acuerda, entre sus puntos:

38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;

39. Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus;

40. Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños;”

FUNDAMENTO

La prevención y el control de las ITS son un componente esencial de los servicios de salud sexual y reproductiva integrales para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y responder a una mejor salud sexual y reproductiva según lo definido en el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (El Cairo, 1994).

Salud sexual y reproductiva.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son los más indicados para velar por la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños en colaboración con los programas orientados a prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Las interacciones entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA son ampliamente reconocidas. Ambos se proponen mejorar la calidad de vida, y en particular la vida sexual y reproductiva de mujeres y hombres. Además las enfermedades de transmisión sexual y reproductiva y el VIH/SIDA comparten causas de origen, incorporando la pobreza, la inequidad de género y la marginalización social de las poblaciones vulnerables. A nivel internacional hay consenso que los Objetivos de Desarrollo

³ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2013-
[http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/0/50700/2013-595/Consenso_Montevideo_PyD.pdf] Consulta 13.09.2013

del Milenio no se alcanzarán sin garantizar el acceso a los servicios de SSR y una respuesta efectiva al VIH/SIDA.

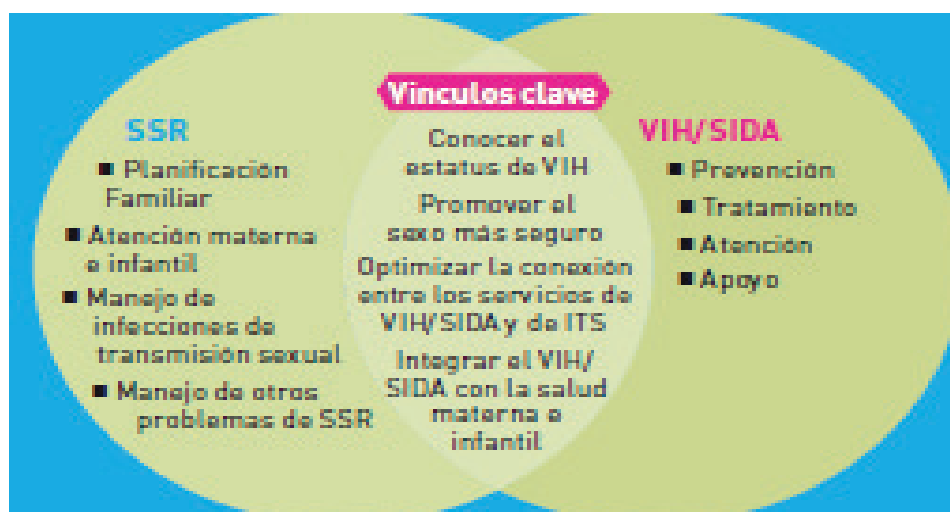
La mayoría de las infecciones por VIH en las mujeres en edad reproductiva, se diagnostican asociada con el control del embarazo, el parto y la lactancia.

La existencia de vínculos más estables y consistentes entre los programas de SSR y el VIH/SIDA logrará beneficios importantes en salud pública. Sin embargo, es necesario avanzar en definir cuáles son los vínculos que tendrán un mayor impacto, y como fortalecer los priorizados en los diferentes dominios programáticos.

Según evaluación de prioridades y una implementación fundada de los programas, se pueden lograr los beneficios señalados a continuación:

- Mejor acceso y utilización de servicios en VIH/SIDA y SSR, tales como: control prenatal, salud materno infantil y de planificación familiar, que atienden a mujeres en edad reproductiva, ampliando la cobertura de detección de las infecciones de transmisión sexual, a un número importante de la población femenina, favoreciendo el ingreso a centros especializados de infecciones de transmisión sexual. Además la entrega de educación, sobre prevención de infecciones y factores de riesgo.
- Mejor acceso de las personas que viven con VIH/SIDA a servicios de SSR, según sus necesidades
- Disminución de la discriminación asociada con el VIH/SIDA
- Mejor cobertura de servicios de SSR para poblaciones con bajo acceso, tales como personas con antecedentes de drogadicción y alcoholismo.
- Mayor apoyo para la doble protección contra el embarazo no planeado e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH para las personas que acuden a la atención de salud reproductiva
- Mejor calidad de atención
- Mayor efectividad y eficiencia programática

Vínculos programáticos entre la Salud Sexual y Reproductiva y el VIH/SIDA.



OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Objetivo General

Organizar y articular las intervenciones en salud sexual y reproductiva disponibles según las normativas vigentes, considerando la especificidad que requieren las mujeres que viven con VIH/SIDA.

Objetivos Específicos

1. Especificar las particularidades de entrega de servicios de salud, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva a mujeres que viven con VIH/SIDA, en los distintos niveles de la red asistencial.
2. Profundizar en los equipos de salud la No discriminación arbitraria, en la entrega de servicios de Salud Sexual y Reproductiva a mujeres que viven con VIH/SIDA.

ANTECEDENTES

Epidemiología del VIH/SIDA en Mujeres

El primer caso VIH/SIDA en Chile se diagnosticó en 1984 y desde entonces los casos nuevos han aumentado progresivamente notificándose hasta el año 2011 un total de 26.740 casos (5).abarcando a todas las regiones del país. Sin embargo, en el último quinquenio, las tasas de incidencia de casos nuevos más altas se observan en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Metropolitana y Valparaíso (en orden descendente). En 1985 se notificó la primera mujer con VIH en el país, mientras que el primer caso pediátrico notificado fue en 1987.

En Chile la infección afecta principalmente a hombres, cuyo número supera al de mujeres desde el inicio de la epidemia. Sin embargo, las mujeres aumentan su participación en el total de casos y en los últimos años la proporción hombre: mujer muestra una tendencia a la disminución, llegando en el último quinquenio a 4,4 en VIH y 5,8 en SIDA. Lo anterior puede estar influenciado por una mayor oportunidad de acceso al diagnóstico en las mujeres considerando las normativas vigentes en el país, en las cuales y a través de distintos programas, las mujeres acceden al examen, como es el caso de las embarazadas.

Al analizar las notificaciones por grupos de edad, se constata que tanto en hombres como en mujeres, la mayor concentración de casos de VIH se ubica en los grupos entre 20 y 29 años, un decenio antes que en los casos de SIDA. Se destaca que éste grupo muestra tasas ascendentes en los últimos tres quinquenios.

La prevalencia de VIH observada en población general entre 18-64 años es de 0,21% para el año 2010, sin diferencias significativas entre ambos sexos (6). La prevalencia estimada para el año 2011 en población total de 15 y más años es de 0,37%, mientras que en el grupo de 15 a 49 años llega a 0,46%, cifras más altas a la observada en la medición transversal mencionada⁴. La prevalencia estimada en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) es de 0,07% para el año 2011.

4 Modelo de Proyecciones y Estimaciones Spectrum. ONUSIDA. 2011

En relación a la vía de exposición, los datos muestran que la principal es la sexual, con un 99% de los casos en el último quinquenio. En las mujeres el principal mecanismo de transmisión es el heterosexual, mientras que en los hombres la exposición homobisexual es la más declarada (98% y 79% en el último quinquenio respectivamente).

El primer caso de infección por VIH por transmisión vertical se reportó en 1987.

La tasa de la transmisión vertical del VIH, muestra un descenso notorio y sostenido a través del tiempo, pasando de una cifra cercana a 30% en el período previo a la implementación en 1996, del primer protocolo de prevención de la Transmisión Vertical (ACTG 076) a 5% observado en el año 2011, mediado por la aplicación del actual Protocolo de Prevención.

Chile presenta una epidemia de tipo concentrada, esto significa que la prevalencia de la infección afecta mayoritariamente a un subgrupo de población, que en nuestro caso es el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, cuya prevalencia es superior al 5%. La prevalencia de VIH en embarazadas se estima por debajo del 1%.

La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta el 2001, año en que se observó la tasa más alta del período (3,6 por cien mil habitantes). En los últimos siete años (2004–2010), la mortalidad por SIDA ha mostrado una relativa estabilización llegando el 2010 a 2,5 por cien mil habitantes.

La tendencia observada en la curva de mortalidad puede atribuirse al impacto de la terapia anti-retroviral, cuya eficacia ha ido en aumento en los últimos años, observándose un incremento de los niveles de CD4 y disminución de la carga viral. La estabilización de la mortalidad observada es coherente con el estudio de evaluación del impacto del tratamiento antirretroviral en el que se ha verificado un aumento de la supervivencia de las personas con terapia a tres años de seguimiento, desde 85% en 2005 a 90,9% en 2008, concentrándose la muerte en personas con inicio de tratamiento en etapa avanzada de deterioro clínico e inmunológico.

Entre los años 2001 y 2010 los hombres disminuyeron la tasa de mortalidad de 6,2 a 4,2 por cien mil habitantes. Sin embargo, en el último quinquenio la tasa se ha mantenido estable, experimentando mínimas fluctuaciones. En las mujeres, el último quinquenio presenta tasas que se han mantenido estables entre 0,6 a 0,8 por cien mil habitantes.

Cifras de Transmisión Vertical VIH

	2009	2010	2011
Cobertura Control Prenatal ⁵	n/d	99,6%	99,7%
Acceso a examen VIH en gestantes ⁶	70,1%	62,5%	95,1%
Prevalencia estimada de VIH en gestantes ⁷	0,085%	0,084%	0,087%
Tasa Corregida de transmisión vertical del VIH ⁸	6,7	2,7	5,1*

* Cifra preliminar

5 Fuente: DEIS, Minsal

6 Fuente: DEIS, Minsal

7 Fuente: Estimaciones ONUSIDA, programa Spectrum,

8 Fuente: ISP-Programa Nacional Prevención y Control VIH/SIDA e ITS

Cifras programáticas

	2009	2010	2011
Mujeres VIH (+) en Tratamiento antirretroviral	2.213	2.527	2.758
Hombres VIH (+) en Tratamiento antirretroviral	8.852	10.108	11.040
Total personas VIH (+) en Tratamiento antirretroviral	11.065	12.635	13.791

NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Actualmente, la mujer que vive con el VIH/SIDA no se distingue de la mayoría de las mujeres que son atendidas en los establecimientos de salud, y tienen todos los problemas de salud y estilo de vida que cualquier otra mujer tiene, además de los relacionados con el VIH. Por tanto, ella cumple los roles asignados tradicionalmente a las mujeres, son hermanas, esposas, madres y en muchos casos son jefas de hogar y sostenedoras de la familia. Por tanto, los temas más importantes para ella variarán de acuerdo a sus circunstancias personales, sociales, culturales y económicas. El VIH forma parte de estas circunstancias, pero su propia percepción respecto de la importancia que le de a esta enfermedad puede variar de mujer a mujer.

Los equipos de salud deben brindar una atención centrada en la usuaria, propiciando un ambiente cálido basado en la confianza, el respeto mutuo y las necesidades de cada persona.

En este contexto es importante señalar algunas precisiones en relación a los principios que debe considerar cualquier atención de salud.

- **Comunicación**

La interacción entre el equipo de atención y la usuaria debe contemplar una comunicación clara y sin prejuicios, utilizando un lenguaje sencillo y terminología de fácil comprensión, que considere la edad de la mujer, sus antecedentes culturales y el nivel de educación. En caso de necesitar interconsulta con algún otro profesional, las personas deben recibir instrucciones escritas sobre cómo acceder a la atención.

- **Respeto**

Cada persona merece respeto, para lo cual debe evitarse el uso de diminutivos o apodosos que tiendan - propios de la familiaridad -, a ser incómodos, irrespetuosos u ofensivos. Ejemplo de esto son el uso de "mijita", "gordita", "mamita", "chiquilla", etc. El respeto por el individuo incluye el respeto a sus creencias y valores, la pertinencia cultural, el respeto por el uso de terapias complementarias, no ridiculizando, sino propiciando el diálogo si éstas son potencialmente dañinas, haciendo hincapié en la probada eficacia de los regímenes recomendados actualmente.

- **Sensibilidad**

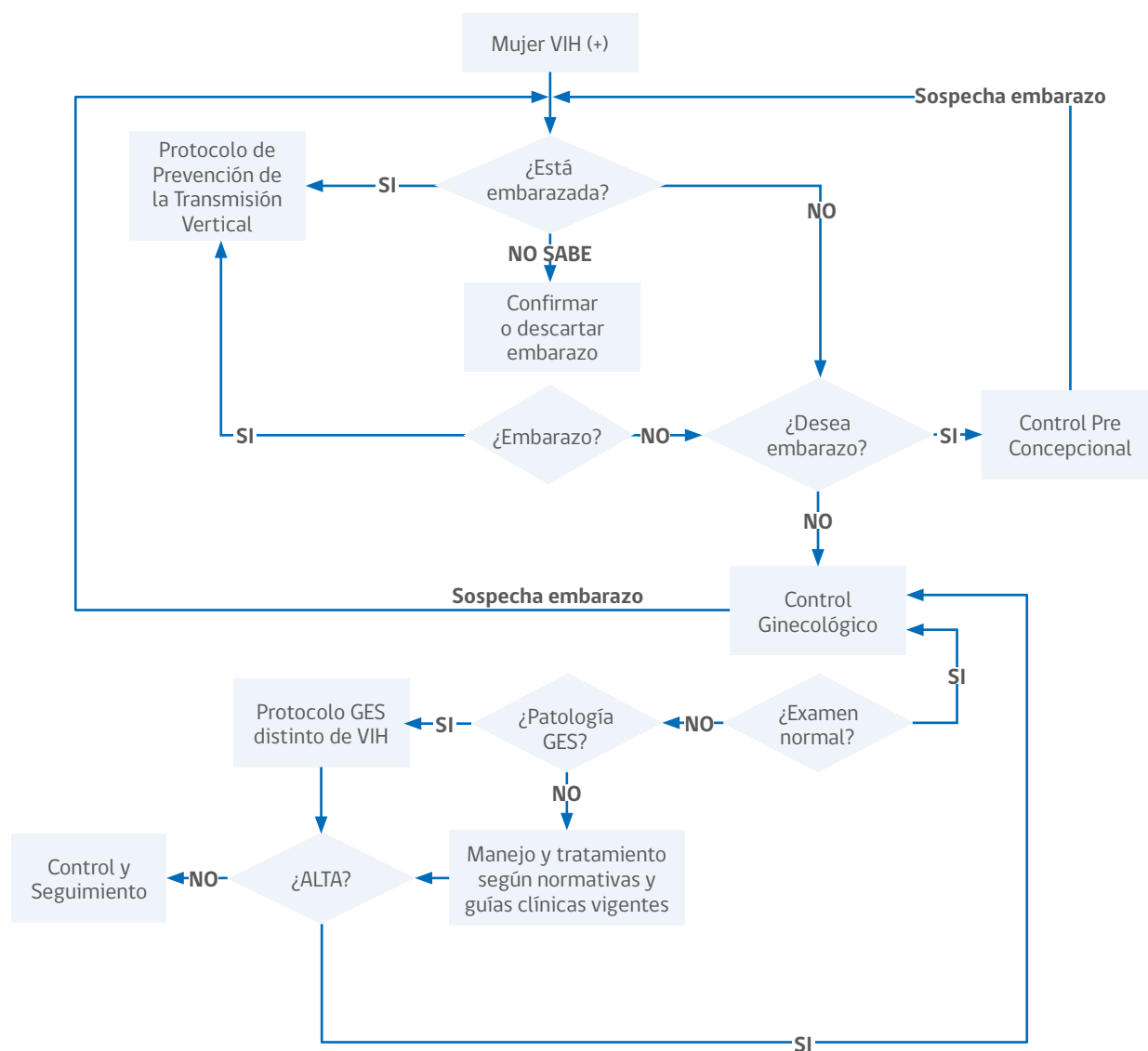
La sensibilidad es esencial para recopilar y difundir información importante para fomentar la confianza y asegurar un seguimiento permanente. El VIH como enfermedad crónica lleva consigo una enorme carga de vulnerabilidad y pérdida de control, que cambia la percepción y estilo de vida, por lo que hay que considerar a la persona como un todo incluido su contexto de su vida.

Confidencialidad

La confidencialidad es una piedra angular de la relación terapéutica. Esto tiene un significado especial para las personas con VIH que han experimentado la discriminación, la estigmatización y el abandono. La información sobre el estado de una persona que vive con VIH o detalles sobre su condición médica es estrictamente confidencial, lo que significa que no puede ser divulgada a terceros, fuera del ámbito de salud. No obstante lo anterior, el equipo de atención de la persona debe conocer su situación para brindar los cuidados y atenciones de salud pertinentes. Para ello, existen documentos institucionales de registro de la atención de salud (ficha clínica, recetas, interconsultas, etc). Los datos consignados en los documentos de registro habituales de la atención de salud, están regulados por leyes que protegen su contenido⁹.

No consignar en estos documentos la información de la persona, constituye una falta que puede derivar en negligencia.

Flujograma general Atención en Salud Sexual y Reproductiva a Mujeres VIH (+)



*Si la mujer no desea embarazarse se deriva a Control de Regulación de Fertilidad.

⁹ Ministerio de Salud de Chile. LEY-20584, Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Biblioteca del Congreso de Chile; 2012. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Control Preconcepcional

El control preconcepcional, tiene como objetivo corregir, eliminar o disminuir factores de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Se recomienda sugerir tamizaje a toda mujer que desee embarazarse. En mujeres con pruebas positivas, se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos existentes para la prevención de la transmisión del VIH al recién nacido. En aquellas mujeres que decidan no embarazarse, se deberá ofrecer anticonceptivos seguros^{10,11} y propiciar la continuidad de controles en Centros de Atención de VIH/SIDA.

Por lo anterior es fundamental que la mujer VIH (+) esté en control en el Centro de Atención de VIH. En los casos donde los dos integrantes de la pareja viven con el virus, se debe reforzar la adherencia a controles, cumplimiento de los esquemas de tratamiento Antirretroviral (TAR) si corresponde y la indicación o mantención de métodos anticonceptivos (MAC) hasta que la situación inmunológica y virológica sea propicia para un embarazo más seguro.

En los casos de serodiscordancia, se debe fomentar el diálogo al interior de la pareja que permita planificar el embarazo con el menor riesgo de transmisión del VIH al compañero sexual.

En los casos donde se desconoce la situación serológica de la pareja, debe estimularse a la mujer a que le informe su serología y acuda a un centro de atención para recibir información y orientación, oferta de test, atención y tratamiento si corresponde.

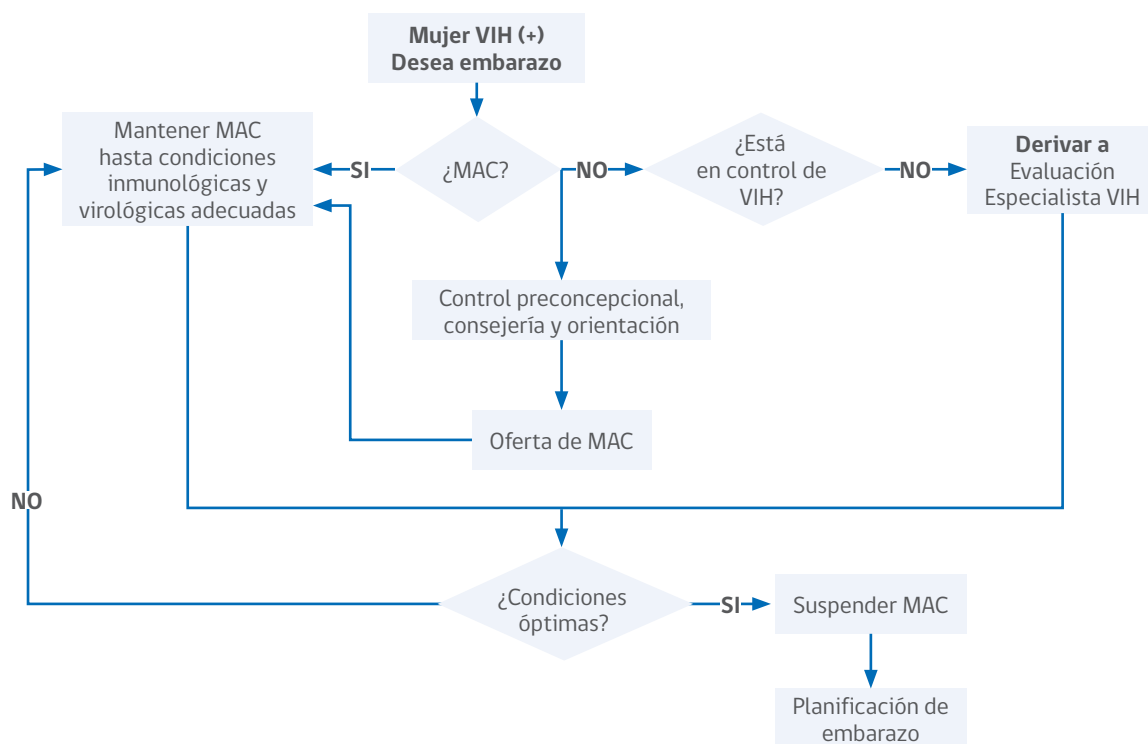
En todos los casos se entregará educación y orientación para la indicación o mantención de métodos anticonceptivos (MAC) y uso de condones hasta que la situación inmunológica y virológica sea propicia para un embarazo más seguro.

En los casos en que la mujer no esté en control por el VIH, debe ser derivada a control al Centro de Especialidad de VIH.

10 OPS Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva

11 MINSAL Programa Salud de la Mujer

Flujograma Control Preconcepcional



Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical

Objetivo: Evitar el nacimiento de niños y niñas infectados con el VIH.

Este protocolo contempla la atención prenatal, la atención del parto, atención integral del posparto y del recién nacido establecido en la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis (Minsal, 2012).

El proceso gestacional de una mujer que vive con VIH, requiere de todas las medidas necesarias para evitar la transmisión de la infección a los recién nacidos. Actualmente no se conoce con exactitud por qué algunos hijos de madres VIH (+) se infectan y otros no, pero se han identificado factores de riesgo que aumentan y estrategias preventivas que disminuyen la tasa de transmisión. El diagnóstico de VIH en la embarazada y la aplicación del protocolo completo para la prevención de transmisión vertical permiten reducir la tasa de transmisión de entre 13 a 48% hasta menos de 2%.

La transmisión vertical del VIH, se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14% hasta 29%.

Acciones: Este protocolo considera 5 aspectos, cada uno de los cuales dispone de sus propias acciones:

- Control Prenatal Integral
- Atención Integral del parto
- Atención Integral del post parto
- Atención integral del recién nacido
- Atención Integral de las mujeres que presentan un aborto u otra pérdida reproductiva
- Indicación de MAC post parto-post aborto

Control Prenatal Integral

El control de embarazo de la gestante VIH (+) debe brindarse coordinadamente entre las diferentes instancias de atención de la gestante, para compartir resultados de exámenes, procedimientos, tratamientos y evolución de las patologías y del embarazo para asegurar la calidad y oportunidad de las intervenciones, en favor del bienestar de la madre-hijo/a.

Por lo anterior, es relevante que el control prenatal se realice de manera coordinada por el equipo de salud gineco obstétrico e infectológico, realizada en el Alto Riesgo Obstétrico y en el Centro de Atención de VIH/SIDA, donde indicarán el protocolo de antiretrovirales a usar durante la gestación, durante el parto y al recién nacido.

La atención de la gestante VIH (+), debe incluir anamnesis, examen físico y obstétrico completo, así como exámenes que permitan monitorear el estado de salud e identificar co-morbilidades¹².

La atención de la Gestante VIH (+), debe contemplar además los cuidados del equipo de salud necesarios para prevenir la amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, dado que junto con el parto son dos situaciones consideradas de riesgo para la transmisión vertical. Por tanto, deben adoptarse todas las medidas necesarias de acuerdo a lo establecido en la Guía de Prevención de Parto Prematuro vigente, en coordinación con el médico tratante de VIH/SIDA.

Atención Integral del Parto

La atención de parto de las mujeres VIH (+), considera la administración de antiretrovirales desde 4 horas antes del parto, hasta la ligadura del cordón.

La vía de resolución dependerá de las condiciones obstétricas, virológicas y los antecedentes de administración de antiretrovirales durante la gestación.

Atención Integral del Puerperio

La transmisión de VIH en el período del puerperio ocurre a través de la lactancia materna, lo cual constituye un cambio en el paradigma tradicional de considerarla como la alimentación de elección para proteger la salud de los/as niños/as a nivel mundial.

La tasa de transmisión durante el primer mes es sustancialmente más alta que en los meses posteriores, pues incluye calostro rico en células y linfocitos con la consecuente mayor carga viral, además de la inmadurez del sistema inmunológico del recién nacido.

12 Ministerio de Salud 2008. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo

La transmisión depende de muchos factores como son la carga viral de la madre, la presencia de grietas en el pezón, mastitis, etc.

La atención del puerperio, considera la suspensión por medios farmacológicos de la lactancia materna, y las derivaciones necesarias al equipo de salud mental, que permita a la mujer que vive con VIH disponer de herramientas para afrontar la presión social respecto de la lactancia, sobre todo aquellas en las cuales su familia y su círculo social desconoce su situación serológica.

El equipo de atención perinatal e infectológico debe coordinarse con el resto de la red asistencial para apoyar a la mujer que vive con VIH y evitar la colocación del niño/a al pecho y promoción de la lactancia en estas mujeres.

Atención Integral de las mujeres que presentan un Aborto y otras Pérdidas Reproductivas

La atención de mujeres que viven con VIH que presentan una pérdida reproductiva, se enmarca en las orientaciones técnicas vigentes¹³, para el manejo de estas situaciones, debiendo ser oportuna, integral y multidisciplinaria. El equipo de atención ginecológico e infectológico debe coordinarse para asegurar la indicación de TAR según corresponda¹⁴.

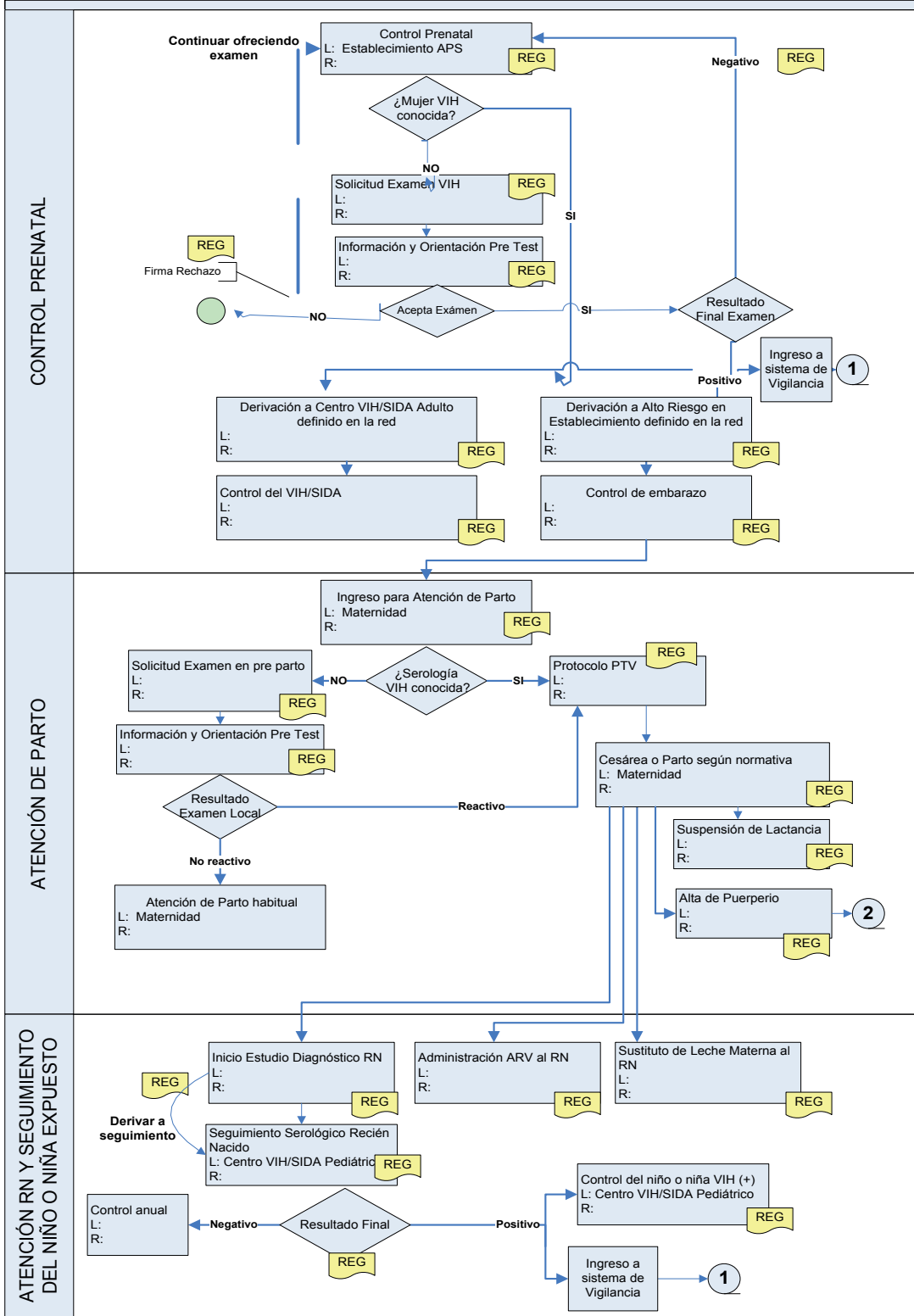
La atención de puérperas de una pérdida reproductiva, que viven con VIH debe orientarse al apoyo psicológico por parte del equipo de salud, debiendo hacer las derivaciones correspondientes.

Indicación de MAC post parto–post aborto

La primera atención posterior al alta de la mujer VIH (+) que ha tenido un parto o una pérdida reproductiva se realiza en el Alto Riesgo Obstétrico, lugar donde se realizará el control posparto, se dará la consejería para la anticoncepción y se indicará el método de regulación de fertilidad escogido.

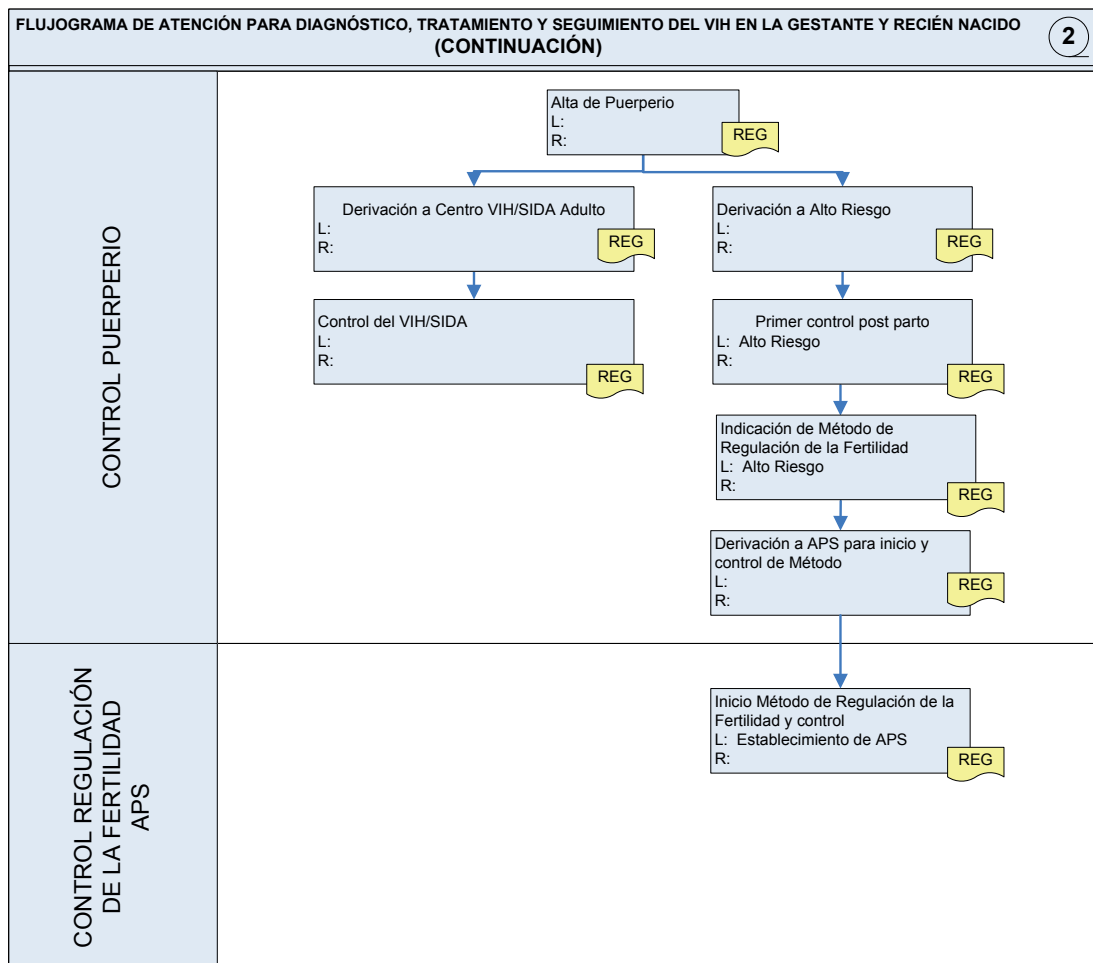
13 Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presenta un aborto y otras pérdidas reproductivas 2011

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL VIH EN LA GESTANTE Y RECIÉN NACIDO



GLOSARIO

- Proceso
- Decisión
- Registro
Ver flujograma gestión de la información
- Proceso continúa en otro Flujograma
- Cierre Proceso



Control Ginecológico

Objetivo: Prevenir y detectar precozmente afecciones ginecológicas, ITS, Cáncer Cervico Uterino, Cáncer de Mama y alteraciones en la esfera emocional a fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres VIH(+).

Por lo anterior, la atención ginecológica considera una serie de acciones destinadas en el ámbito biomédico y psicosocial, de la mujer en el curso de vida¹⁵.

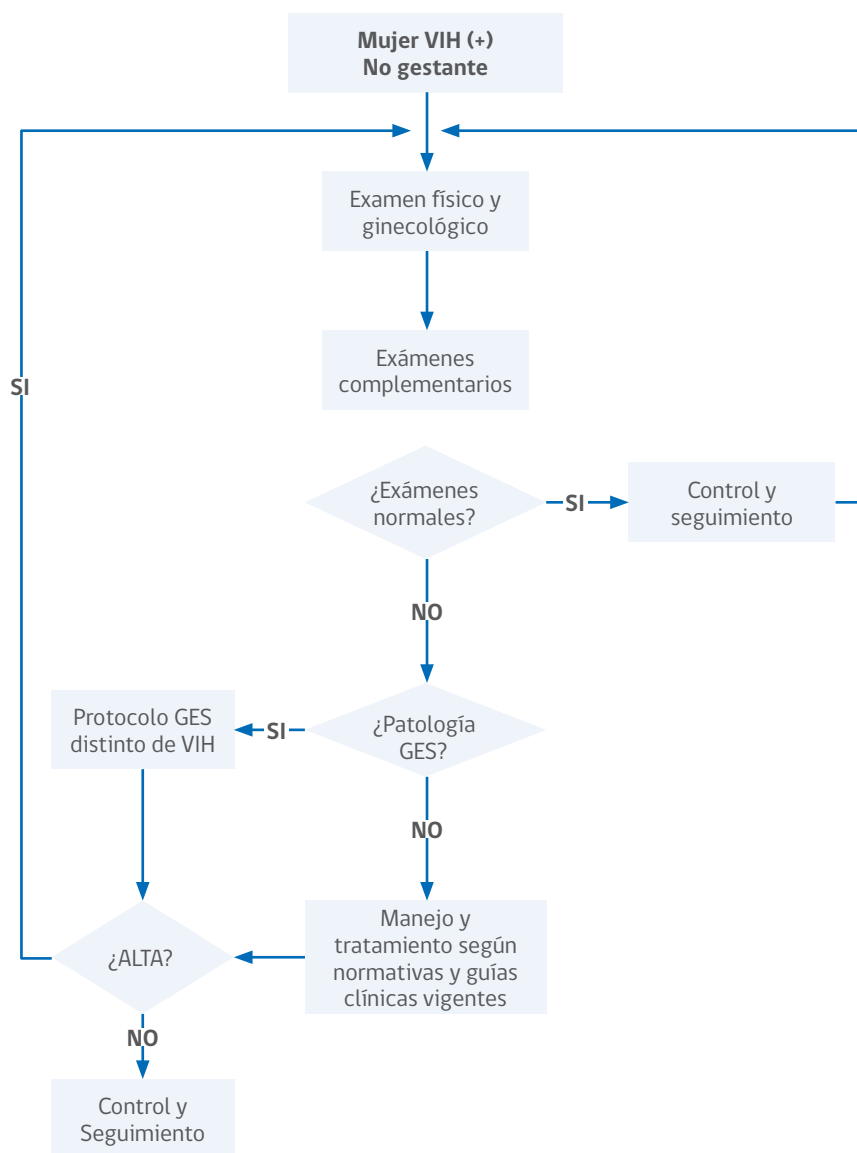
El énfasis que este control adquiera en la mujer que vive con VIH, dependerá de las condiciones inmunológicas, siendo necesario centrarse en forma general en la búsqueda de otras ITS y su tratamiento de acuerdo a normativas vigentes, y referencia a los Centros de Atención de Especialidades de VIH/SIDA y de ITS cuando corresponda. Otras búsquedas importantes asociadas a la infección VIH, es el desarrollo de Cánceres Ginecológicos como el cáncer cervico uterino y cáncer de mama, así como alteraciones en la esfera emocional, la cual debe ser referida a la atención por profesionales del área de psiquiatría y psicosocial.

¹⁵ Ministerio de Salud. Programa salud de la Mujer

Acciones: Este protocolo considera 3 aspectos, cada uno de los cuales dispone de sus propias acciones:

- Indicación y Control Regulación Fertilidad
- Pesquisa y detección de cánceres ginecológicos
- Pesquisa y detección de co- infecciones de transmisión sexual

Flujograma Control Ginecológico



Control de Regulación de la Fertilidad

El inicio de métodos anticonceptivos debe considerar siempre la doble protección, es decir la protección simultánea para el embarazo no planeado y las ITS/VIH. Esto se puede obtener con el uso correcto y consistente del condón masculino¹⁶.

¹⁶ Ministerio de Salud. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad

La elección del método anticonceptivo en la mujer que vive con VIH debe ser considerando la preferencia de la mujer, su situación inmunológica/clínica y las recomendaciones nacionales.

Según los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) para el Uso de Métodos Anticonceptivos de la OMS, la infección por VIH y el SIDA están en Categoría 1 para la elegibilidad de métodos anticonceptivos hormonales combinados y de progestágenos solos. En una mujer viviendo con VIH, el uso de DIU de cobre y de levonorgestrel está en Categoría 2, y en una mujer con SIDA, el inicio de uso de un DIU con cobre y de un DIU con levonorgestrel está en Categoría 3. (Tabla 1) (7)

El uso de espermicidas en mujeres viviendo con VIH o con SIDA está en Categoría 4, el uso de diafragma está en Categoría 3 y el uso de condones masculinos y femeninos está en Categoría 1. Se debe tener especial cuidado, con el uso de anticonceptivos hormonales combinados en mujeres que tienen SIDA y que están con terapia antirretroviral (TAR) por las posibles interacciones farmacológicas que pueden alterar la seguridad y la efectividad de estos anticonceptivos y de los fármacos antirretrovirales (ARV).(8)

Hay pocos estudios clínicos sobre esta interacción, sin embargo, se han observado importantes disminuciones en los niveles de esteroides anticonceptivos en sangre, al utilizar ciertos ARV, como los inhibidores de la proteasa (IP) reforzados con ritonavir, lo que podría afectar su eficacia. Los efectos de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI) son de menor magnitud y no se ha evaluado su importancia clínica. No se han reportado interacciones clínicamente significativas entre las hormonas anticonceptivas y los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI).

Algunas de las interacciones entre anticonceptivos hormonales combinados y los ARV también han dado lugar a una mayor toxicidad de algunos ARV.

Según los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS, el uso de TAR en mujeres VIH (+) usando IP reforzados con ritonavir estaría en categoría 3 en usuarias de anticonceptivos hormonales combinados, como píldoras, parche transdérmico, anillo vaginal mensual e inyectables mensuales. (Tabla 2)

Estudios pequeños en mujeres VIH (+) usuarias de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), no mostraron interacciones significativas entre DMPA y la TAR con INTI, INNTI e IP reforzados con ritonavir. (11). Los CME de la OMS han establecido que el uso de anticonceptivos de progestágenos solos en mujeres que usan TAR está en Categoría 1 a 2, tanto para la DMPA, como para los implantes subdérmicos de levonorgestrel y de etonogestrel.

El uso de DIU con cobre y con levonorgestrel en mujeres con TAR está en Categoría 2 a 3.

Tabla 1: Resumen criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos¹⁷

CONDICIÓN	ACO	ACI	PPS	AMPD EN/NET	IMPL LNG/ ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I=Inicio - C=Continuación									
VIH/SIDA**									
Alto Riesgo de VIH	1	1	1	1	1	I	C	I	C
						2	2	2	2
Infección por VIH	1	1	1	1	1	2	2	2	2
SIDA clínicamente bien con terapia antirretroviral	1	1	1	1	1	3	2	3	2
						2	2	2	2

Fuente: Ministerio de Salud. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad 2010

Tabla 2: Interacciones farmacológicas de métodos anticonceptivos hormonales

CONDICIÓN *Consulte también los comentarios adicionales al final de la tabla	CATEGORÍA I=Inicio, C=Continuación				ACLARACIONES/EVIDENCIA
	AOC	PAC	AVC	AIC	
AOC=anticonceptivos orales combinados PAC= parche anticonceptivo combinado AVC= anillo vaginal anticonceptivo combinado AIC= anticonceptivos inyectables combinados					
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS					
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL					<p>Aclaración: Los fármacos antirretrovirales tienen el potencial tanto para disminuir o aumentar la biodisponibilidad de las hormonas esteroideas en los anticonceptivos hormonales. Los datos disponibles limitados (expuestos en el Apéndice 1) sugieren que las probables interacciones farmacológicas entre varios fármacos antirretrovirales (particularmente algunos INNTI e inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir) y los anticonceptivos hormonales pueden alterar la seguridad y efectividad de los anticonceptivos hormonales y de los fármacos antirretrovirales.</p> <p>De este modo, si una mujer con terapia ARV decide iniciar o continuar el uso de anticonceptivos hormonales, debe aconsejarse paralelamente el uso de condones para prevenir la transmisión del VIH. Además, este método puede compensar cualquier reducción posible en la efectividad del anticonceptivo hormonal. Si se opta por un AOC, se debe usar una preparación que contenga un mínimo de 30 mg de etinilestradiol (EE).</p>
a) Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	1	1	1	1	
	2	2	2	2	
b) Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI)	3	3	3	3	
c) Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir					

Fuente: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos OMS. 2009 4ª edición

17 ACO: Anticonceptivos Hormonales Combinados Orales ACI: Anticonceptivos Hormonales Combinados Inyectables PPS: Píldoras de Progestágeno Solo AMPD: Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito EN/NET: Enantato de norestisterona IMPL LNG/ETG: Implante de Levonorgestrel o Implante de Etonorgestrel DIU: Dispositivo intrauterino DIU Cu: Dispositivo intrauterino con cobre DIU- LNG: Dispositivo intrauterino con levonorgestrel

Esterilización

La esterilización femenina es una decisión personal, que se encuentra regulada a través de la Resolución Exenta N° 2326, del 30 de noviembre del 2000. (anexo N° 1)

La esterilización quirúrgica, se puede realizar en mujeres VIH (+) que lo solicitan y que firmen consentimiento informado. Si la mujer tiene SIDA y/o está con TAR, el procedimiento debe ser realizado en un servicio de salud que cuente con un equipo médico capacitado y experimentado, y una red de apoyo adecuada. El procedimiento debe ser retrasado ante la presencia de una patología relacionada con el SIDA y que signifique un mayor riesgo operatorio, hasta que la condición sea superada.

Anticoncepción de Emergencia

Las mujeres con VIH pueden recibir entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, los fármacos para anticoncepción de emergencia con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

Las mujeres viviendo con VIH, con SIDA y/o con terapia ARV pueden usar la PAE para evitar un embarazo no planeado. La PAE debe tomarse los primeros tres a cinco días después de una relación sexual sin protección anticonceptiva. Mientras antes se tome, es más efectiva.

Pesquisa y detección de cánceres ginecológicos

Las personas con infección por el VIH tienen un riesgo considerablemente más alto de ciertos tipos de cáncer que las personas del mismo grupo de edad que no tienen dicha infección.

La infección por el VIH debilita el sistema inmunitario y reduce la capacidad para combatir infecciones que pueden resultar en cáncer (9,10). Muchas personas infectadas por el VIH presentan también infección por otros virus que causan ciertos tipos de cánceres (11). La infección por la mayoría de estos virus es más común entre las personas infectadas por el VIH que entre quienes no presentan infección. Además, la frecuencia de ciertos factores de riesgo tradicionales, especialmente fumar (una causa conocida del cáncer de pulmón) y el consumo excesivo de alcohol (lo cual puede aumentar el riesgo del cáncer de hígado), es más alta en personas infectadas por el VIH (12).

La terapia antirretroviral altamente activa reduce la cantidad de VIH que circula en la sangre y permite así la restauración parcial de la función del sistema inmunitario.

La American Cancer Society reporta que en países industrializados como los Estados Unidos, el panorama sobre el cáncer y el VIH ha estado cambiando a medida que el tratamiento contra el VIH ha mejorado.

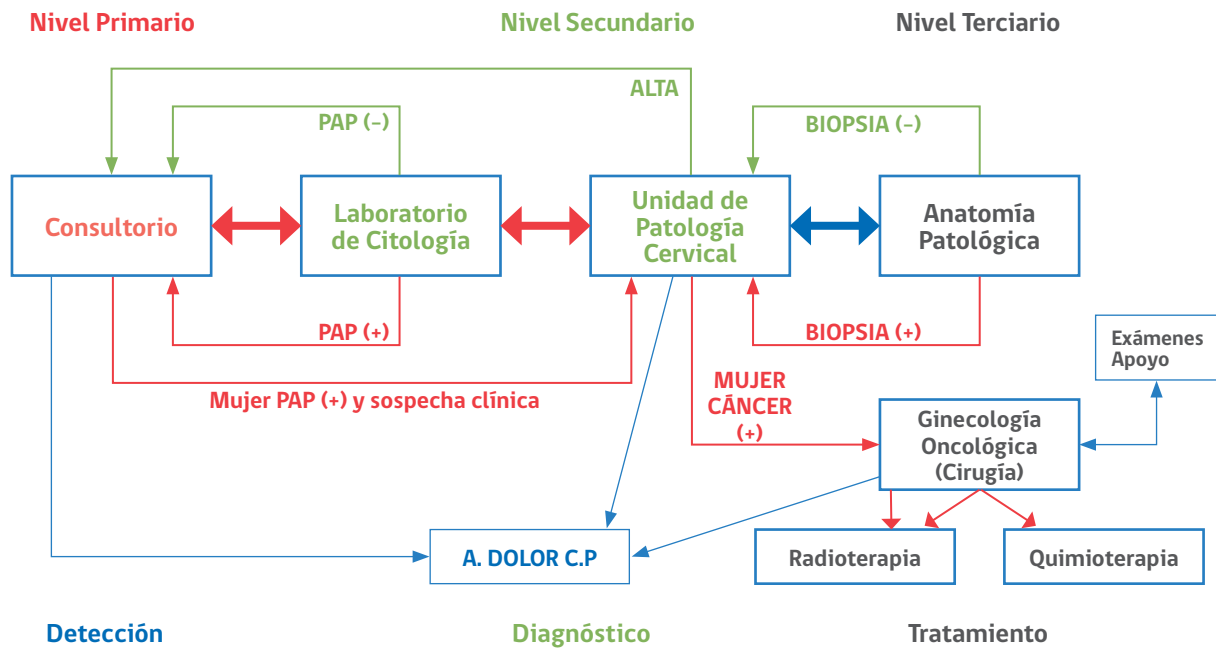
El virus del papiloma humano (VPH) es el virus que causa el cáncer de cérvix y algunos tipos de cáncer de ano, de pene, vagina, vulva, cabeza y cuello.

Cáncer de Cuello Uterino

La revisión de la literatura y la evidencia revelan que las mujeres VIH (+) tienen mayor prevalencia de virus oncogénicos que las mujeres seronegativas para VIH, (46,6% v/s 28,7%, $p < 0,0001$), (13), mayor persistencia de VPH (87% v/s 52%) y tasas mayores de neoplasias de alto grado (42% v/s 8%) (14).

Las recomendaciones actuales indican que el tamizaje con citología cervical se inicie en la edad en que se diagnostique el VIH, aunque sea antes de los 21 años (15), con una periodicidad anual.

Flujograma de Atenciones Cáncer Cervicouterino

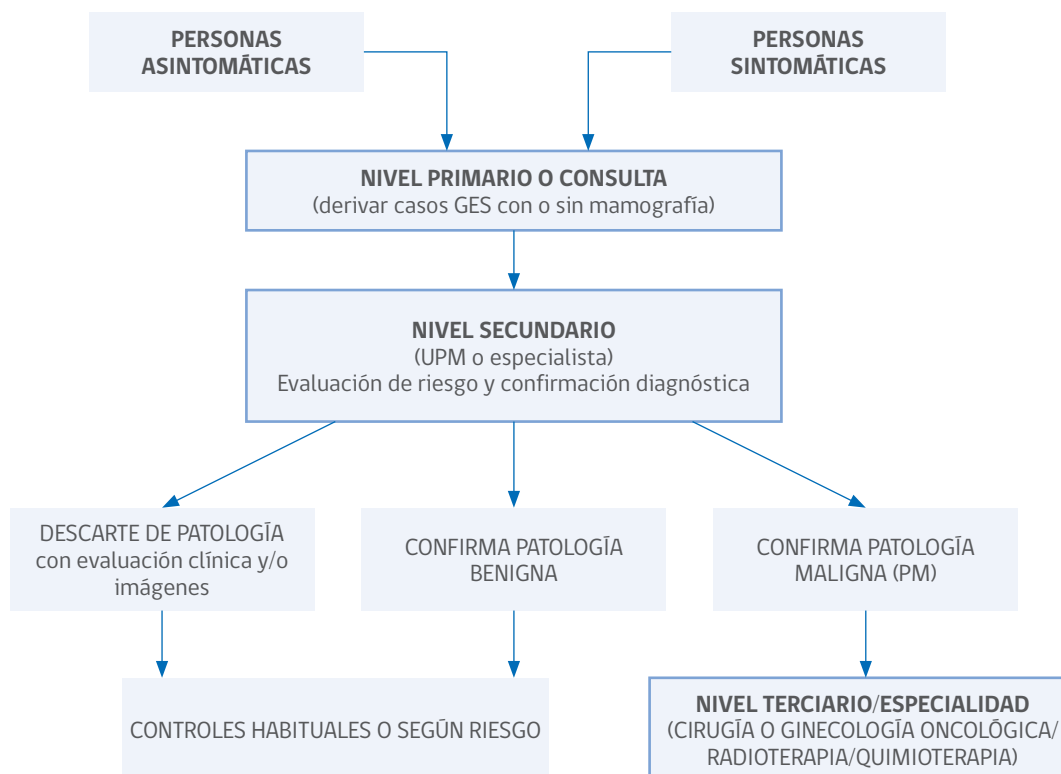


Cáncer de Mama

No se recomiendan estrategias especiales en el inicio ni periodicidad de tamizajes de detección en cáncer de mama.

Las personas con infección por el VIH no presentan riesgos más altos de cáncer de mama, próstata, colon y recto o de otros tipos comunes de cáncer. En las pruebas de detección de estos tipos de cáncer para personas infectadas con VIH se deben seguir recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud.

Flujograma de Actividades para el diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama



Interacción farmacológica entre TAR y Terapia para tratamiento de cánceres

La interacción entre los antirretrovirales y la terapia antineoplásica ocurre fundamentalmente a nivel del citocromo P450, lugar de metabolización de la mayoría de los agentes antineoplásicos. Las interacciones ocurren con el grupo de NNRTI y de IP, que actúan como inhibidores o inductores enzimáticos a este nivel (16) (Tabla 3). Las potenciales interacciones se enumeran en la Tabla 4 (17). Con los nuevos grupos de antirretrovirales como inhibidores de coreceptores CCR5 (Maraviroc) y con inhibidores de la integrasa (Raltegravir) no se esperan interacciones relevantes a este nivel.

También ocurren interacciones a nivel farmacodinámico con zidovudina y el aumento de mielosupresión de agentes de quimioterapia, para lo cual se recomienda el uso de un NRTI alternativo, y con el uso de didanosina o estavudina que aumentan la probabilidad de neuropatía asociado al uso de alcaloides de la vinca, taxanos e ifosfamida.

Otro mecanismo de interacción es a nivel de la expresión de glicoproteína P, lo cual está menos estudiado.

Tabla N° 3

Drug class	Enzyme inhibitors	Enzyme inducers
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors Protease inhibitors	Delavirdine inhibits CYP3A4 Efavirenz inhibits CYP2B6, CYP3A4, CYP2C9/19 Ritonavir (in descending order of potencial of inhibition): CYP3A4>2D6>2C9>2A6>2E1 All other protease inhibitors inhibit CYP3A4 Amprenavir also inhibits CYP2C19 Nelfinavir, ritonavir also inhibit CYP2B6 Atazanavir inhibits UGT1A1 Tipranavir may inhibit CYP3A4	Nevirapine and efavirenz induce CYP3A4 Nevirapine induces CYP2B6 Ritonavir and nelfinavir induce glucuronyltransferases (isoenzymes unknown) Ritonavir induces CYP1A2 Ritonavir may induce CYP3A4 Tipranavir may induce CYP3A4

Fuente: Antoniou T, Tseng AL. Interactions between antiretrovirals and antineoplastic drug therapy. Clin Pharmacokinet. 2005;44 (2):111-45.

Tabla N° 4

Chemotherapy	Route of metabolism	Management recommendations
Alkylating agents (e.g. cyclophosphamide)	CYP2B6, CYP2C19 and CYP3A4/5	↑ cyclophosphamide AUC by 50%; may ↑ myelosuppression, nausea/vomiting, arrhythmia and haemorrhagic cystitis; co-administer with close monitoring
Anthracyclines (e.g. doxorubicin)	CYP3A4, CYP2D6	may ↑ myelosuppression; no significant change in doxorubicin AUC with PI co-administration; co-administer with close monitoring
Vinca alkaloids (e.g. vincristine)	CYP3A4	may ↑ vinca concentration and ↑ autonomic/peripheral neuropathy and myelosuppression; co-administer with close monitoring
Glucocorticoids (e.g. prednisone and dexamethasone)	CYP3A4	↑ prednisone and dexamethasone serum concentrations; dexamethasone may also decrease PI and NNRTI concentrations; glucocorticoid dose may need to be decreased
Podophyllotoxins (e.g. etoposide and teniposide)	CYP3A4, CYP2E1 and CYP1A2	may ↑ etoposide concentration and ↑ mucositis, myelosuppression and transaminitis; co-administer with close monitoring
Camptothecins (e.g. irinotecan)	CYP3A4 and UGT1A1	↑ myelosuppression; contraindicated with atazanavir (and potentially indinavir); use with caution with other PIs
Taxanes (paclitaxel and docetaxel)	CYP2C8 and CYP3A4	may ↑ taxane concentration and ↑ myelosuppression and peripheral neuropathy; case reports of severe toxicity with lopinavir/ritonavir co-administration; clinical trial supports low-dose paclitaxel with PI co-administration; ³⁵ co-administer with dose monitoring

Antimetabolites (e.g. methotrexate, floxuridine, capecitabine and cytarabine), cisplatin, mitomycin and rituximab	independent of CYP3A4 oxidation	drug-drug interactions with PIs and NNRTIs unlikely; use standard doses
---	---------------------------------	---

Fuente: Pham PA, Flexner C. Emerging antiretroviral drug interactions. J Antimicrob Chemother. febrero de 2011;66(2):235-9.

Pesquisa y detección de Infecciones de Transmisión Sexual

Existe una asociación epidemiológica entre la infección por VIH y la presencia de otras ITS porque obedecen a las mismas conductas de riesgo. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión del VIH, y el VIH afecta la presentación clínica de algunas ITS.

En general, la variación en la presentación clínica responde al grado de deterioro inmune de las personas VIH (+). Las ITS en mujeres VIH (+) son frecuentes y a menudo asintomáticas.

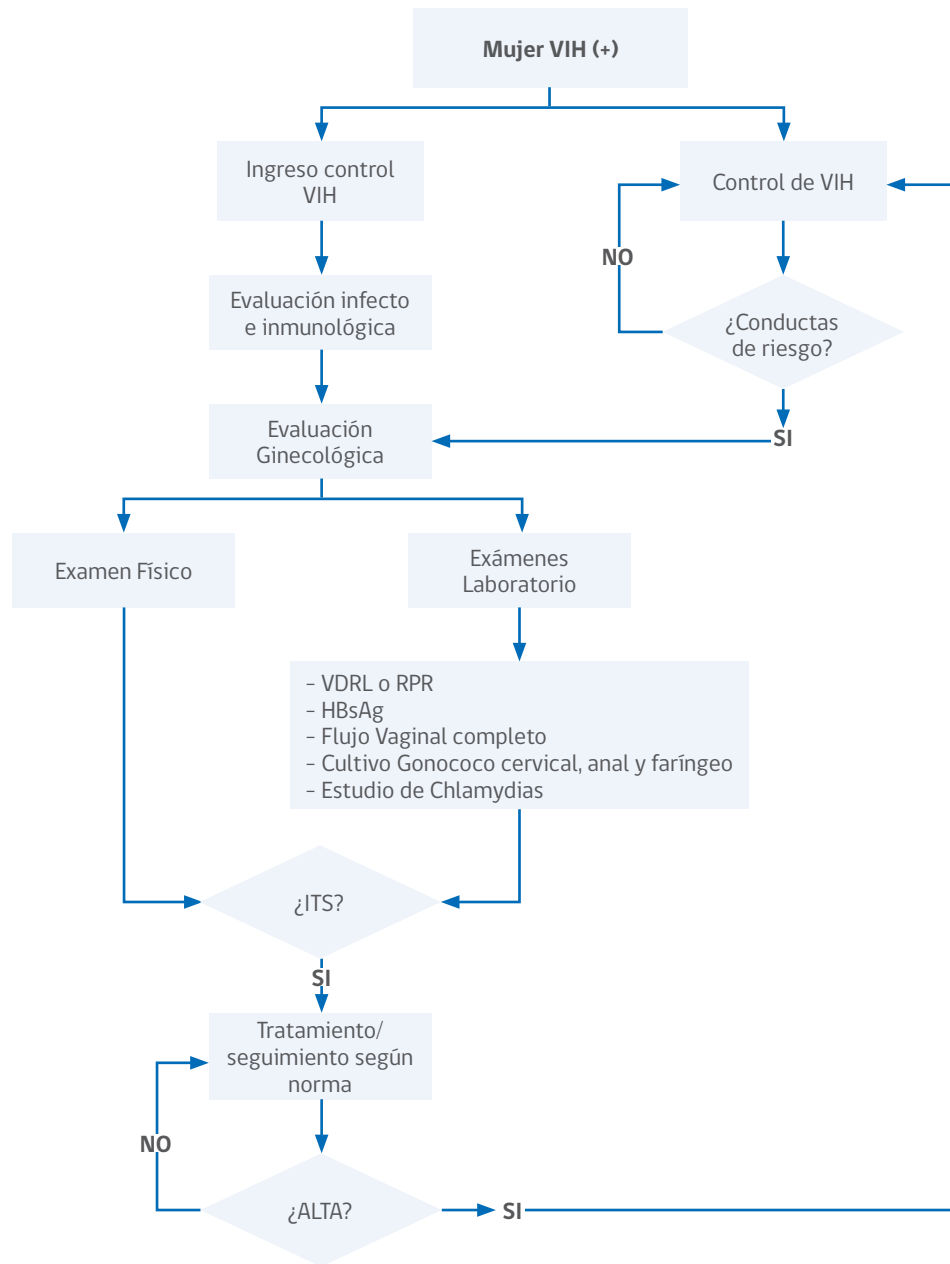
Las ITS más frecuentes descritas en mujeres VIH (+) son sífilis, herpes simplex, Chlamydia, gonorrea, VPH, molusco contagioso, tricomoniasis, otras.

Todas las mujeres VIH (+) que declaren actividad sexual, deben recibir consejería para la prevención de ITS, que refuerce el uso de preservativos

El diagnóstico, tratamiento, manejo y referencia de las diferentes ITS se especifica en las Normas de ITS vigente, que incluyen el estudio, tratamiento y derivación para la atención de los contactos para cortar la cadena de transmisión

Uso de vacunas: Las únicas ITS que disponen actualmente de vacunas profilácticas son la infección por virus de hepatitis B (VHB) y por el virus de papiloma humano (VPH). El uso de vacuna para VHB está indicado en todas las mujeres con VIH sin infección previa por VHB. La vacuna para VPH demostró ser segura e inmunogénica en población de niños, mujeres y hombres con VIH, aunque no se han publicado estudios de eficacia en estos grupos.

Flujograma de Pesquisa y Detección de ITS



DOCUMENTOS DE CONSULTA

1. OPS. Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes [Internet]. [citado 1 de abril de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf>
2. UNFPA. DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. El Cairo; 1994 [citado 1 de abril de 2013]. p. Párrafo 7.3. Recuperado a partir de: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1994/icpd-programme_spa.html
3. Gúezmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. OPS. Washington DC.; 2004.
4. UNFPA. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994 [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas; [citado 26 de diciembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/publidoc/Conferencias%20ICPD,%20ODM%20y%20Beijing/icpd-poa-04reprint_spa.pdf
5. Ministerio de Salud D de E. Informe Nacional «Evolución VIH SIDA, Chile 1984 - 2011» [Internet]. Santiago de Chile: División de Planificación Sanitaria; 2012 ago p. 29. Recuperado a partir de: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2011_vih_sida.pdf
6. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010 [Internet]. Santiago de Chile; 2010. Recuperado a partir de: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/InformeENS_2009-2010_CAP1.pdf
7. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos [Internet]. Cuarta Edición. Luxemburgo; 2009 [citado 29 de mayo de 2013]. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
8. Department of Health and Human Services. HIV-Infected Women. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents [Internet]. [citado 28 de mayo de 2013]. Recuperado a partir de: http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/glchunk/glchunk_23.pdf
9. Engels EA, Biggar RJ, Hall HI, Cross H, Crutchfield A, Finch JL, et al. Cancer risk in people infected with human immunodeficiency virus in the United States. *Int J Cancer*. 1 de julio de 2008;123(1):187-94.
10. Powles T, Macdonald D, Nelson M, Stebbing J. Hepatocellular cancer in HIV-infected individuals: tomorrow's problem? *Expert Rev Anticancer Ther*. noviembre de 2006;6(11):1553-8.
11. Grogg KL, Miller RF, Dogan A. HIV infection and lymphoma. *J Clin Pathol*. diciembre de 2007;60(12):1365-72.
12. Silverberg MJ, Abrams DI. AIDS-defining and non-AIDS-defining malignancies: cancer occurrence in the antiretroviral therapy era. *Curr Opin Oncol*. septiembre de 2007;19(5):446-51.
13. Blitz S, Baxter J, Raboud J, Walmsley S, Rachlis A, Smaill F, et al. Evaluation of HIV and Highly Active Antiretroviral Therapy on the Natural History of Human Papillomavirus Infection and Cervical Cytopathologic Findings in HIV-Positive and High-Risk HIV-Negative Women. *J Infect Dis*. 24 de mayo de 2013;

14. García PJ. HPV and VIH in Woman. Curitiba, Brasil; 2011.
15. Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol.* noviembre de 2012;120(5):1222-38.
16. Antoniou T, Tseng AL. Interactions between antiretrovirals and antineoplastic drug therapy. *Clin Pharmacokinet.* 2005;44(2):111-45.
17. Pham PA, Flexner C. Emerging antiretroviral drug interactions. *J Antimicrob Chemother.* febrero de 2011;66(2):235-9.

ANEXOS

Anexo N° 1: Resolución Exenta N° 2326

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURIDICA
Mmh.

FIJA DIRECTRICES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD SOBRE ESTERILIZACION FEMENINA Y MASCULINA

Resolución Exenta N° 2326 de 2000

Publicada en el Diario Oficial de 09 de diciembre de 2000

MODIFICACIONES:

- Resol. Ex. 23/01, Minsal, D.OF. 20.02.01

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD**

**FIJA DIRECTRICES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD SOBRE
ESTERILIZACION FEMENINA Y MASCULINA**

Exenta N° 2326

Publicada en el Diario Oficial de 09 de diciembre de 2000

Santiago, 30 de noviembre de 2000.-

Visto: lo informado por la División de Salud de las Personas en su memorándum N° 734, de 6 de julio de 1999; lo dispuesto en la ley N° 18.469; en los artículos 1°, 4° letra b) y 6° del decreto ley N° 2.763 de 1979 y en la resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República, y

Considerando:

La necesidad de dar cumplimiento a la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, promulgada por decreto N° 789 de 1989, del Ministerio de Relaciones Exteriores, en lo que se refiere a los derechos de salud y reproductivos de las mujeres, normados en sus artículos 3 y 16 letra e) y a los acuerdos de las Conferencias de Población y Desarrollo de El Cairo 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing 1995.

La necesidad de dictar nuevas directrices que regulen el ejercicio de acciones de esterilización, tanto femenina como masculina, en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, basadas en criterios técnicos actuales, en el respeto de los derechos reproductivos de las personas y en la igualdad de acceso a estas prestaciones de los beneficiarios de estos organismos que el que poseen los pacientes del sector privado de salud, dicto la siguiente:

Resolución:

1°.- Los establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud efectuarán acciones de salud destinadas a la esterilización voluntaria de hombres o mujeres, de acuerdo a las disposiciones que se establecen a continuación.

2°.- Se podrá acceder a la esterilización a petición de la persona solicitante, por recomendación médica o a solicitud de terceros, en casos especiales.

La decisión de someterse a esterilización es personal y emanará de la voluntad libre manifestada por quien la solicita, sin que ello quede supeditado a la aprobación de terceras personas, respecto de mayores de edad en posesión de sus facultades mentales.

3º.- Ante la solicitud de esterilización, el profesional tratante, médico o matrona, deberá entregar consejería en salud sexual y reproductiva a la persona, con información completa sobre métodos anticonceptivos alternativos y sobre la situación de irreversibilidad de la medida en el caso de la vasectomía y de alta improbabilidad de reversión en el caso de la esterilización femenina, incluyendo las posibles complicaciones y porcentaje de fracaso de ambas.

4º.- Si el o la solicitante persisten en su decisión, previo a la ejecución del procedimiento respectivo se dejará constancia en un documento elaborado al efecto, de su decisión de ser sujetos del procedimiento, de la circunstancia de haberlo decidido libremente y de haber recibido toda la información sobre el mismo, sobre su carácter irreversible y sobre los métodos anticonceptivos alternativos existentes, el que será firmado por éste, el médico tratante y el director del centro asistencial. En caso que la persona no sepa leer, se dejará constancia de ello y estampará la huella dactilar de su pulgar derecho o izquierdo, además de las firmas de los profesionales señalados. Este documento se archivará con la ficha clínica y copia de él se entregará al interesado.

5º.- La persona podrá desistirse siempre de la decisión tomada, hasta antes de iniciado el procedimiento, bastando para ello su mera declaración en tal sentido.

6º.- En los casos en que vaya a practicarse la esterilización durante la realización de una operación cesárea, los procedimientos de consejería de la persona y de registro de su decisión, señalados en los números anteriores, se efectuarán antes de la misma y se firmarán los documentos señalados.

7º.- La esterilización de personas en edad reproductiva que padecen de una enfermedad discapacitante que les produzca carencia de discernimiento, se efectuará de conformidad a lo establecido en los artículos 20 y siguientes del decreto N° 570 de 2000, del Ministerio de Salud, que reglamenta la internación de las personas con enfermedades mentales y los establecimientos que la proporcionan.

8º.- Derógase la resolución exenta N°3 de 1975, de I Ministerio de Salud.¹

¹ Numeral agregado, como aparece en el texto, por Resol. Ex. N° 23/01, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 20.02.01

Salud. Anótese y publíquese.- Michelle Bachelet Jeria, Ministra de

