



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH

Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva
disponibles en la Red Asistencial Pública

Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

Este documento fue actualizado por la Mesa Técnica del Ministerio de Salud integrada por la Unidad de Género del Gabinete de la Ministra y representantes de ambas Subsecretarías:

Subsecretaría de Salud Pública

- División de Prevención y Control de Enfermedades:
 - Departamento Ciclo Vital: Programa Nacional de Salud de la Mujer
 - Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Subsecretaría de Redes Asistenciales

- División de Gestión de la Red Asistencial:
 - Departamento GES y Redes de Alta Complejidad
- División de Atención Primaria:
 - Departamento de Modelo de Atención Primaria

Colaboradores: Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Este documento estuvo en consulta pública en Página Web del MINSAL, durante 10 días, desde 29 de Junio y hasta el 10 de Julio 2016.

Las observaciones fueron analizadas e incorporadas según la pertinencia.

Coordinación y edición técnica: Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	6
ANTECEDENTES	7
Las mujeres que viven con VIH/SIDA	8
OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	9
ÁMBITO DE APLICACIÓN	9
POBLACIÓN OBJETIVO	9
ATENCIÓN A MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA	9
SERVICIOS DISPONIBLES PARA LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA	14
Consejería	14
Consejería para la prevención secundaria	14
Consejería pre concepcional	14
Consejería en salud sexual y reproductiva	14
Consultas de Salud	15
Consulta por anticoncepción de emergencia	15
Controles de Salud	15
Control ginecológico	15
Control de salud integral del climaterio	16
Control pre concepcional	17
Control prenatal	18
Control de alto riesgo obstétrico	19
Control de la puérpera y el recién nacido en APS	19
Control de regulación de la fertilidad	20
Control de VIH/SIDA (especialidad)	21
Pesquisa y detección de cánceres en los controles de salud	22
Pesquisa y detección de Infecciones de Transmisión Sexual en los controles de salud	23
OTRAS ATENCIones HOSPITALARIAS	25
Atención del Parto	25
Atención durante el puerperio	25
Atención post aborto	25

ANEXOS	27
Anexo N°1: ORDINARIO N° 2675: Reitera regulación en materia de VIH/SIDA y Derecho de las Personas	27
Anexo N°2: Enfermedades Oportunistas en VIH/SIDA	29
Anexo N°3: Toxicidades y reacciones adversas de los Antiretrovirales	30
Anexo N°4: Carta de Consentimiento Para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	31
Anexo N°5: Resolución Exenta N°2326	32
DOCUMENTOS DE CONSULTA	35

PRESENTACIÓN

Para el Ministerio de Salud es de gran relevancia presentar y poner a disposición de la Red de Salud, el "Protocolo de Atención a Mujeres Viviendo con VIH: Prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva disponibles en la red asistencial pública", que corresponde a la actualización del Protocolo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres Viviendo con VIH del año 2012. Este documento continúa siendo una contribución para el mejoramiento de su calidad de vida, bajo un enfoque ético, de derechos, equidad y no discriminación.

Con este documento actualizado se complementa la respuesta entregada por el Ministerio de Salud, en el año 2011¹ al compromiso adquirido con los derechos de las personas y en especial en ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva, para que no se repitan hechos descritos en la Publicación "Dignidad Negada: Violaciones de los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas en Establecimientos de Salud Chilenos", realizado por VIVO POSITIVO y el Centro de Derechos Reproductivos en el cual se relatan supuestos hechos ocurridos entre los años 2002-2010 y que atentarían contra los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos a las mujeres que viven con VIH, entre ellos esterilizaciones involuntarias, discriminación en la atención, incumplimiento de la Ley del SIDA en ámbitos de la confidencialidad del diagnóstico, falta de acceso a la consejería, no aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical.

Este Protocolo reconoce el derecho de las mujeres VIH (+) a que decidan libremente, sin coacción de ningún tipo, el número de hijo/as que desean tener, accedan a protocolo de transmisión para prevención vertical si deciden embarazarse, vivan una sexualidad libre de riesgos de re infectarse con el VIH, de adquirir otras infecciones de transmisión sexual o de un embarazo imprevisto; y que tengan, al igual que otras mujeres, acceso a los métodos anticonceptivos disponibles en la red, incluyendo esterilización quirúrgica voluntaria y anticoncepción de emergencia y, sobre todo, que tengan una atención humanizada y de calidad que reduzca el riego de morbilidad.

La actualización de este documento se hace necesario en cuanto existen nuevos antecedentes que deben ser incorporados, como el Estudio de Caracterización de Mujeres recientemente Diagnosticadas con VIH/SIDA, de las regiones de Arica y Parinacota y Metropolitana (MINSAL, 2014), que da cuenta de ciertos puntos necesarios de abordar, tales como que las mujeres estudiadas "logran vivir el VIH como una dimensión más de su vida, que –sin embargo– transversaliza su existencia, y que reconoce otras tensiones asociadas a distintas condiciones de vida". Asimismo, esta actualización profundiza en las acciones específicas que el equipo de Salud debe realizar para la atención de una mujer VIH (+).

Como Ministerio de Salud nos corresponde garantizar salud de calidad para todas las personas, por ello se presenta este Protocolo actualizado que esperamos sea también un aporte a la discusión social, institucional y familiar sobre la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres viviendo con VIH.

¹ Ordinario N° 2675 del 16/agosto/2011.

ANTECEDENTES

El primer caso VIH/SIDA en Chile se diagnosticó en 1984 y desde entonces los casos han aumentado progresivamente, notificándose hasta el 2013 un total de 31.653 casos en todas las regiones del país. Según cifras preliminares, el 2014 la tasa de VIH/SIDA fue de 15,4 por cien mil habitantes. El principal grupo poblacional afectado es el de adultos entre 20 y 39 años. En los tres últimos quinquenios las tasas más altas de VIH/SIDA se registraron en Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y la Región Metropolitana. En 1985 se notifica **la primera mujer con VIH** en el país, mientras que el primer caso pediátrico fue notificado en 1987.

En Chile, la infección afecta principalmente a hombres, tanto en VIH como en SIDA. Sin embargo, las mujeres mostraron un sostenido aumento a través de los quinquenios. El 2014, la razón hombre - mujer fue de 5,4 en ambas etapas.

Del total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 2009 y 2014, el 62% se notificó en etapa VIH, mientras que el 38% fue notificado en etapa SIDA. El diagnóstico tardío es menor en mujeres, probablemente porque tienen mayor acceso al test de detección, por ejemplo, en el control de embarazo o en el control de salud sexual, entre otros.

En relación a la vía de exposición, los datos muestran que la principal vía es la sexual, con un 99% de los casos en el quinquenio 2010-2014, siendo la práctica de riesgo declarada la relación de hombres con otros hombres, concentrando el 63% de los casos en este mismo quinquenio.

La distribución de los factores de exposición declarada es muy diferente entre hombres y mujeres, debido a la diferencia biológica que determinan los riesgos de adquisición de la infección entre sexos. En el último quinquenio, las mujeres mostraron en un 98% que las relaciones sexuales heterosexuales fueron la forma de transmisión del virus, mientras que en hombres la vía más frecuente es la práctica de sexo entre hombres, que representa el 75%. De éstas, la práctica sexual sólo con otros hombres (homosexual) representa el 65% de las vías de transmisión en hombres.

Respecto del nivel educacional, se confirma que los hombres que adquirieron el virus tuvieron mayor nivel educacional que las mujeres.

El 97% de las personas notificadas en el último quinquenio fueron de nacionalidad chilena, el 3% restante se distribuye mayoritariamente entre peruanos/as, colombianos/as y argentinos/as.

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 2,7% observado en el 2014, mediado por la aplicación del actual Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical.

A partir de 1990 se registraron las primeras defunciones a causa del SIDA, siendo un 87% de ellas en hombres, hasta el 2013. La tasa de mortalidad por SIDA experimentó un aumento progresivo hasta el 2001, año en que se observó la tasa más alta del período (3,5 por 100 mil habitantes). En los últimos doce años (2002-2013) la mortalidad ha mostrado una relativa estabilización, llegando a 3 por 100 mil habitantes en 2013, esto principalmente por el aumento en el grupo de hombres. La tasa del grupo de hombres alcanza un valor de 5,2 casos por 100 mil habitantes en el 2013. Las mujeres desde el 2001 presentan tasas que se han mantenido estables entre 0,6 a 1,0 por 100 mil habitantes.

Las mujeres que viven con VIH/SIDA

Las mujeres que viven con VIH/SIDA se enfrentan a los problemas de salud y de vida de cualquier otra mujer, pero además deben resolver los propios relacionados con el VIH. Al igual que las mujeres sin VIH, cumplen los roles asignados tradicionalmente: son hermanas, esposas, madres y, en muchos casos, jefas de hogar y sostenedoras de la familia. Por ello, los temas más importantes para estas mujeres 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 dé a esta enfermedad varía de mujer a mujer.

Para profundizar la problemática del VIH en las mujeres, en un estudio cualitativo realizado el 2003² se sostiene que en el caso de las chilenas el VIH y SIDA se presentan de forma violenta, debido a que la mayoría de ellas se enteran de su condición serológica cuando su pareja cae en crisis de salud o incluso cuando muere.

El Estudio de Caracterización de Mujeres recientemente diagnosticadas con VIH/SIDA, de las regiones de Arica y Parinacota y Metropolitana (MINSAL, 2014), refleja que la condición de mujeres con diagnóstico de VIH/SIDA se inscribe como un problema que, en su dimensión de salud, reconoce un tránsito de subjetividad que va desde la idea de la muerte a una experiencia de enfermedad crónica, lo que implica que muchas de ellas logran vivir el VIH como una dimensión más de su vida.

Los datos recolectados en entrevistas a una muestra de mujeres viviendo con VIH, de las regiones donde se aplicó el estudio, muestran que contaron con nulo o escaso manejo de la información sobre prevención primaria del VIH, sobre todo en lo que respecta al uso del condón masculino como elemento preventivo.

Este estudio revela también la visión del sistema de salud que tienen estas mujeres, existiendo una valoración positiva de la labor realizada por el personal médico y administrativo del Programa VIH de su centro de atención; aluden a la cercanía, paciencia y severidad con que las/os funcionarias/os las exhortan a cuidarse; y valoran positivamente su discreción y profesionalismo.

En este contexto y con los antecedentes expuestos anteriormente, se visualiza que los equipos de salud deben brindar una atención centrada en la usuaria, propiciando apoyo en un ambiente cálido basado en la confianza, el respeto mutuo y las necesidades de cada persona.

² Bravo, M.; Dides, C.; Pérez, S.; Pascal, R. Diagnóstico sobre Ética y Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres VVIIH, VIVO POSITIVO, Santiago 2003.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Objetivo General

Articular las intervenciones disponibles en salud sexual y salud reproductiva, según las normativas vigentes, considerando la especificidad que requieren las mujeres que viven con VIH/SIDA, contribuyendo así a mejorar la calidad de atención.

Objetivos Específicos

1. Brindar una atención integral a mujeres VIH/SIDA en la red asistencial de Salud Pública, basada en las normas existentes.
2. 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
3. Reforzar y profundizar en los equipos de salud la atención con enfoque de no discriminación en la entrega de servicios de salud a mujeres que viven con VIH/SIDA.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El documento está dirigido a todos/as los y las profesionales responsables de entregar las prestaciones de salud, en los distintos niveles de atención.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres que viven con VIH/SIDA.

ATENCIÓN A MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

La meta global de las atenciones en salud es obtener el más alto nivel posible de salud para todas las personas.

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social”³.

Como parte de este derecho global a la salud, están el derecho a la salud sexual y salud reproductiva de las personas, los que involucran el acceso a la información, los servicios y el apoyo necesario para alcanzar una vida sana, libre y plena en estos ámbitos, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socio-económica o etnia.

“La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema

³ Gómez A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. OPS. Washington DC. 2004

reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia⁴.

La salud sexual y reproductiva está centrada en las personas y en sus derechos y 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.

Las acciones de salud son fundamentales para la decisión de tener un hijo/a en el momento en que se desea (regulación de la fertilidad); de igual forma son fundamentales durante la gestación, la preparación para el nacimiento y la crianza, atención personalizada durante el preparto, parto, atención integral de la mujer y el niño o niña, apoyo a la crianza compartida y no sólo de responsabilidad de la madre, promoción del desarrollo biopsicosocial del niño o niña y atención preventiva de salud de la familia.

Las políticas del Ministerio de Salud convienen que la atención en salud sexual y salud reproductiva implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital.

El hecho de que el VIH/SIDA afecte a mujeres en edad reproductiva nos indica que la situación implica una serie de decisiones de las mujeres: desde embarazarse, el tipo de parto y luego la alimentación que brindarán a sus hijos/as, según sus creencias, costumbres y normativas basadas en evidencias científicas, para prevenir la transmisión vertical, asegurando su adecuada nutrición.

El país ha avanzado en mejorar la calidad de la atención de las personas que viven con VIH/SIDA, existen Guías Clínicas, Protocolos de manejo y prestaciones garantizadas por Ley GES basados en evidencia científica y ampliamente validados. Se cuenta con herramientas objetivas y precisas para la medición de los resultados de las intervenciones terapéuticas y, por tanto, para la evaluación del impacto de las acciones de salud. Los equipos de atención han sido capacitados en forma permanente y tienen alta motivación y experiencia en trabajo en equipo. La relación que se establece entre los profesionales de salud y las personas que viven con VIH (PVVIH) que se atienden en el sistema público es percibida mayoritariamente como de buena calidad, tanto por los equipos de salud, como por las PVVIH. Las PVVIH tienen, en general, un mayor conocimiento de su enfermedad que el usuario promedio del sistema público, lo que facilita su participación activa en el autocuidado. La legislación vigente protege la confidencialidad y no discriminación en el manejo de la patología.

Asimismo, la atención para las mujeres está organizada y validada desde hace muchos años, cuenta con documentos regulatorios que describen esta atención con calidad y respeto por las personas.

Muchos son los problemas⁵ que afectan a las mujeres VIH (+), entre ellos la maternidad, el estrés asociado al diagnóstico, el miedo al estigma, la depresión, la angustia relacionada con la divulgación o no de su condición serológica, el envejecimiento y la menopausia, las conductas de riesgo, los problemas de la imagen corporal, el dolor, la pérdida y la culpa. Si bien estos problemas plantean desafíos importantes en los distintos niveles de atención, deben ser vistos como una oportunidad para avanzar hacia mejorar la calidad y condiciones de atención de este grupo especialmente vulnerable.

⁴ UNFPA. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994. Fondo de Población de las Naciones Unidas; Disponible en: http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/publidoc/Conferencias%20CIPD%20ODM%20y%20Beijing/icpd-po04reprint_spa.pdf

⁵ Keegan A, Lambert S, Pettrak J. Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: a qualitative study. AIDS Patient Care STDS. octubre de 2005;19(10):645-54

En este contexto, las prestaciones o servicios de salud deben estar disponibles para toda la población chilena, lo que incluye a las mujeres y por supuesto a las mujeres que viven con VIH, lo que también incluye prestaciones en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva, resguardando sus derechos en este ámbito.

El Ministerio de Salud cuenta con normativas⁶ en este aspecto que deben cumplirse también en la atención a mujeres VIH (+). No obstante, estas mujeres requieren de la profundización de aspectos de su salud, y principalmente requieren del personal de Salud el respeto del principio de no discriminación ni estigma por su condición.

El desafío es avanzar hacia la integración y una óptima coordinación de la Red, que permita que las mujeres VIH (+) accedan a las prestaciones que les permitan mantener un buen estado de salud.

La atención a las mujeres que viven con VIH, al igual que para las mujeres en general se debe realizar en un ambiente de respeto y no discriminación. En este contexto es importante recordar algunos principios, tales como:

- **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 del paciente, 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 apodos -propios de la familiaridad-que tiendan a ser incómodos, irrespetuosos u ofensivos. El respeto por el individuo incluye el respeto a sus creencias y valores, el respeto por el uso de terapias complementarias, no ridiculizando sino propiciando el diálogo en el caso de que éstas sean potencialmente dañinas, y 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/SIDA como enfermedad crónica y potencialmente mortal lleva consigo una enorme carga de vulnerabilidad y pérdida de control, que cambia la percepción y estilo de vida de las personas, 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. Las mujeres VIH positivas pueden ser particularmente vulnerables a estos efectos debido a la baja condición económica, las tradiciones culturales

⁶ – Orientación técnica para la auditoría y vigilancia de la mortalidad materna.

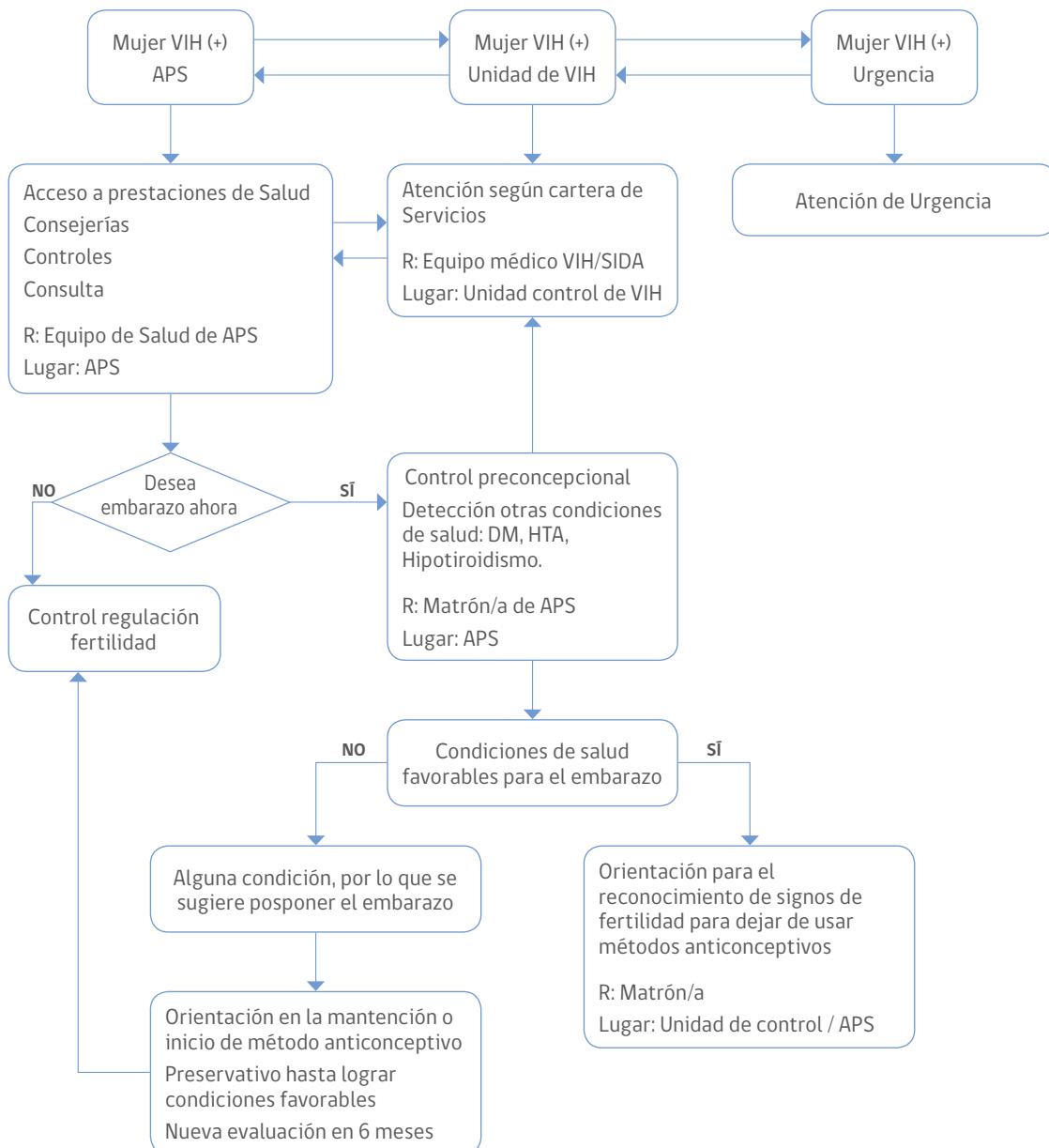
- Guía Perinatal 2015.
 - Norma General Técnica para la atención integral en el puerperio.
 - Guía para el estudio y tratamiento de la infertilidad.
 - Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo.
 - Programa para evaluar servicios de obstetricia, ginecología y neonatología.
 - Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología.
 - Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS).
 - Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas.
 - Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto final.
 - Programa de Salud de la Mujer (1997).

y las creencias generales de la sociedad sobre el papel de la mujer. 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. 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 contenido⁷. No consignar en estos documentos la información de la persona constituye una falta que puede derivar en negligencia.

Una mujer que vive con VIH debe ser atendida en el centro de salud y recibir las prestaciones disponibles para toda mujer; asimismo podría consultar en cualquier momento en el establecimiento asistencial, por alguna causa vinculada o no a la infección por VIH. Si la consulta es en un lugar distinto del Centro de Atención de VIH, el equipo de salud debe, manteniendo la confidencialidad, conocer la situación serológica de la mujer al momento de otorgar la atención e indagar si está en control y reforzar la adherencia a controles y TAR, para evaluar su estado general y posibles interacciones frente a una indicación farmacológica. De la misma manera, el equipo médico debe estar familiarizado con las infecciones oportunistas frecuentes en personas que viven con VIH (anexo N° 2) y con las reacciones adversas más frecuentes a la TAR que puedan ser motivo de consulta, para realizar las atenciones y derivaciones oportunas (anexo N° 3).

⁷ 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>

Flujograma: Puerta de Entrada a Sistema de Salud, Mujer VIH (+)



SERVICIOS DISPONIBLES PARA LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Consejería

La consejería es una relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, y tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de derechos, género y no discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.

También reconoce el derecho de las personas a obtener información y acceso a métodos para regular su fertilidad y decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento y momento de tenerlos, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera, diversa, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Consejería para la prevención secundaria

La consejería para la prevención secundaria se entiende como las acciones destinadas a pesquisar y tratar las enfermedades que se han adquirido, reducir la duración de la enfermedad, sus complicaciones asociadas y a cortar la cadena de transmisión. Son acciones para la prevención secundaria el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo.

En el contexto del VIH/SIDA, el trabajo de prevención se enmarca en la disminución de la transmisión del VIH/SIDA y de las ITS, fortaleciendo la capacidad de gestionar el riesgo de las personas y aportando en la disminución de su vulnerabilidad. De la misma manera, considera la implementación de medidas de autocuidado destinadas a la adherencia a controles y tratamiento, alimentación saludable, ejercicio físico, salud bucal entre otras.

Consejería pre concepcional

La consejería pre concepcional es la orientación integral proporcionada a la mujer en edad fértil y a su pareja previo al inicio de un embarazo. Su objetivo general es valorar la condición de salud en la que se encuentran las personas involucradas en la decisión de una gestación.

Contribuye a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer y su pareja, idealmente dentro del año que precede al inicio de un embarazo planificado. Esta consejería acompaña al control pre concepcional orientándose a que la mujer pueda elegir, con la información entregada por el equipo de atención el mejor momento para el inicio de un embarazo, evaluando la situación inmunológica y virológica de ambos.

Consejería en salud sexual y reproductiva

La consejería en salud sexual y reproductiva es la atención individual proporcionada a las personas con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a su salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH:

- Indague y evalúe el riesgo de re infectarse por VIH o de adquirir otras ITS.
- Informe sobre los métodos anticonceptivos disponibles y acompañe en la elección del método más adecuado para el contexto de cada usuaria.
- Oriente acerca de cómo acceder a los servicios de regulación de fertilidad disponibles.
- Explore sobre la posibilidad de alteraciones en la esfera de la sexualidad.

Consultas de Salud

Las consultas de salud son las atenciones otorgadas por diferentes profesionales del equipo de salud, motivadas por la inquietud de la usuaria respecto de un problema específico.

Esta actividad incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Considera además los procedimientos mínimos y habituales en una consulta, tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla, etc.

Los/as profesionales de salud que atienden a mujeres con VIH, deben descartar si el motivo de consulta está o no asociado a la infección por VIH para realizar las derivaciones que correspondan.

Consulta por anticoncepción de emergencia

La consulta por anticoncepción de emergencia es la atención que las mujeres pueden recibir hasta cinco días después de una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Si procede, se entrega anticoncepción de emergencia.

Controles de Salud

Los controles de salud son las atenciones sistemáticas que se otorgan a las personas en el marco de un programa de Salud. La frecuencia de los controles varía según las definiciones de cada programa.

Control ginecológico

El control ginecológico es la atención de salud ginecológica integral proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo de vida.

Su objetivo es realizar acciones de fomento y protección de la salud integral de la mujer y detectar precozmente afecciones ginecológicas y/o infecciones de transmisión sexual.

Consideraciones específicas en mujeres viviendo con VIH/SIDA:

Se deben realizar todas las acciones que considera este control para mujeres de población general:

- Fomento y protección de la salud integral de la mujer.
- Detección de trastornos de la nutrición.
- Prevención y pesquisa de exposiciones a riesgos laborales y ambientales.
- Prevención y detección de alteraciones de la esfera emocional y sexual.
- Prevención y detección de afecciones ginecológicas.

- Prevención y detección de infecciones de transmisión sexual.
- Prevención y pesquisa de factores de riesgo para patologías cardiovasculares: obesidad, hipertensión, diabetes.
- Pesquisa y detección de cánceres (cervicouterino, mama).

Además, en la mujer que vive con VIH este control debe centrarse, en la búsqueda de patologías ginecológicas asociadas a la infección VIH, como son la infección por HPV, la alteración del equilibrio de la flora vaginal, y la presencia de candidiasis.

Es importante explicar a las mujeres el objetivo del examen ginecológico para disminuir la ansiedad y la incomodidad que este pueda provocar.

Control de salud integral del climaterio

El control de salud integral del climaterio es la atención integral proporcionada a las mujeres entre 45 y 64 años, en edad del climaterio, y a mujeres de menor edad con menopausia precoz o quirúrgica, para mejorar su calidad de vida.

El climaterio es una etapa del ciclo vital, de cambios complejos, moldeada por factores personales, ambientales y culturales; que requiere un enfoque interdisciplinario y participativo para mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de su vida. El control integral contribuye a mejorar la calidad de vida de las mujeres en el período climatérico, aliviando la sintomatología somática, sicológica, genitourinaria y sexual asociada con esta etapa.

Consideraciones específicas en mujeres viviendo con VIH/SIDA:

El aumento de la edad y la menopausia no están asociadas al término de la actividad sexual, pero la ausencia de un posible embarazo puede llevar a una disminución de la percepción de riesgo de transmisión del VIH y prácticas sexuales no seguras.

La infección por VIH está asociada a un potencial riesgo de menopausia temprana. Existe evidencia que demuestra que la menopausia es más temprana en mujeres viviendo con VIH que en población general, con lo que aumenta el riesgo cardiovascular. En mujeres viviendo con VIH, este riesgo tiende a igualarse tempranamente al de los hombres. En personas mayores se observa además, una progresión más rápida a etapa SIDA.

En este contexto se recomienda en la atención de Mujeres VIH (+):

- Mayor frecuencia de monitoreo y controles para evaluar los aspectos del VIH y otras patologías concomitantes.
- Realizar permanentemente consejería en prevención secundaria, haciendo énfasis en la adherencia a controles y TAR; así como la adherencia a controles y tratamiento de otras patologías con la que esté cursando.
- Profundizar y reforzar el uso de preservativo como método de prevención para la reinfección y adquisición de otras ITS.
- Indique o derive para la evaluación de inicio de terapia de reemplazo hormonal (TRH) a aquellas mujeres VIH que presenten manifestaciones del síndrome climatérico de acuerdo a pauta MRS.
- En presencia de factores de riesgo para fracturas, el manejo debe ser el mismo que para población general, sin embargo debe considerarse, al indicar los antirretrovirales, una

disminución en la masa ósea, particularmente el uso de Tenofovir y evaluar el potencial efecto benéfico de la TRH, por lo que estas indicaciones requieren necesariamente de la adecuada coordinación entre los equipos de especialistas.

Control pre concepcional

El control pre concepcional la atención integral proporcionada por matronas/es a mujeres en edad fértil y a sus parejas previo al inicio de un embarazo. Tiene como objetivo contribuir a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer en etapa pre concepcional, identificando oportunamente factores de riesgo reproductivo materno perinatal, y posibilitando su intervención a fin de garantizar el inicio de embarazo en condiciones de salud favorables.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH que desean embarazarse

- Si la mujer VIH (+) no está en control por VIH, debe derivarla a control al Centro de Especialidad de VIH que le corresponda.
- Si la mujer está en control, evalúe la adherencia a control de VIH y tratamiento antirretroviral.
- Sugiera la mantención de métodos anticonceptivos (MAC) y uso de condones hasta que la situación inmunológica y virológica sea propicia para un embarazo más seguro.
- Indague sobre la condición serológica de la pareja (si existiera), y en el caso de que ambos vivan con el virus, refuerce la adherencia a controles y el cumplimiento de los esquemas de tratamiento antirretroviral (TAR) si corresponde.
- En los casos de serodiscordancia, en que solo uno de los integrantes de la pareja es VIH (+), se debe fomentar el uso de condón masculino y el diálogo al interior de la pareja que permita planificar el embarazo con el menor riesgo de transmisión del VIH al compañero sexual.
- Cuando se desconozca la situación serológica de la pareja, recomienda a la mujer que invite a su pareja a conocer su serología, para lo cual se le ofrece el examen del VIH, con información y orientación, atención y tratamiento si corresponde (Reglamento 45 de ley del SIDA).
- Informe sobre la relación entre embarazo e infección por VIH y sus implicancias.
- Comunique sobre protocolo para la prevención de la transmisión del VIH durante el embarazo, parto y lactancia.
- Oriente respecto de los procedimientos que se le realizarán al recién nacido/a.
- En parejas serodiscordantes que deseen tener hijos, la detección de otras ITS (y tratamiento si lo requieren) es fundamental para los 2 integrantes. Las mujeres VIH (+) que deseen embarazarse deben hablar con su médico tratante para, si fuera necesario, modificar el esquema de tratamiento antirretroviral.
- Una vez lograda la carga viral indetectable, procurar tener relaciones sexuales sin protección durante los días de mayor fertilidad.
- Indicar que deben acudir apenas sospechen del embarazo para priorizar el ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación.
- Entregue educación y orientación para la mantención de uso de condones para evitar la reinfección con otras cepas del VIH, así como otras infecciones.

Si se detectan condiciones que hacen que la mujer deba posponer el embarazo por un tiempo, se debe sugerir complementar el uso de preservativos con el inicio de un método anticonceptivo hasta lograr las condiciones óptimas. Se debe derivar a control de regulación de fertilidad.

Control prenatal

El control prenatal es la atención integral sistemática y periódica, con enfoque de riesgo, que se otorga a la embarazada. Se recomienda iniciarla antes de las 14 semanas de gestación.

El objetivo es controlar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda, y preparar a la madre y su pareja, física y psíquicamente para el parto y el cuidado de su hijo.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH

Es relevante que el control prenatal se mantenga en **APS**, sin embargo se debe realizar derivación a las unidades de Alto Riesgo Obstétrico y de Atención de VIH/SIDA, (nivel secundario), donde indicarán el protocolo de antirretrovirales a usar durante la gestación, el parto y para el/a recién nacido/a.

El Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical tiene como objetivo evitar el nacimiento de niños y niñas infectados/as con el VIH. Contempla la atención prenatal, atención del parto, atención integral del posparto y del recién nacido.

- Se debe otorgar los cuidados 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 del VIH. Por tanto, deben adoptarse todas las medidas necesarias de acuerdo a los documentos normativos vigentes.
- Se sugiere proponer alternativas anticonceptivas para el post parto, informando sobre los distintos métodos disponibles.

El Protocolo de Prevención de Transmisión Vertical bien aplicado puede disminuir la transmisión vertical hasta menos de 2%. Por ello, de acuerdo a las normativas vigentes del Ministerio de Salud, y las instrucciones entregadas y reiteradas, está prohibida la esterilización involuntaria o bajo presiones por parte del equipo médico, que atenten sobre los derechos de las mujeres VIH (+). El procedimiento de esterilización está supeditado **siempre** a la voluntariedad, existiendo procedimientos a seguir en caso de solicitud voluntaria y la firma del Consentimiento. Además, la Ley N°20.580 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, dictada en abril de 2012, consagra el derecho de las personas a ser informados por parte del personal médico de su estado de salud, diagnóstico, alternativas de tratamientos, riesgos posibles y pronósticos esperados. En su artículo 14 dicha ley señala: *"Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.*

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

*Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito **en el caso de intervenciones quirúrgicas**, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo **deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse,***

al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse”.

Si el requerimiento de esterilización quirúrgica se origina de la usuaria, debe ser absolutamente **voluntaria** y se debe realizar durante el control prenatal. Es importante que la decisión sea informada, libre, sin presiones y con firma de Carta de Consentimiento (Anexo Nº 4). Explicar que el vivir con VIH (+) no es una condición para realizar esterilización quirúrgica, que hay otras medidas para evitar embarazos y Protocolos para evitar la transmisión del VIH a su hijo/a.

Consejería para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis

La consejería para la prevención de la transmisión vertical es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado. Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis.

En el caso específico de mujeres embarazadas viviendo con VIH, se debe sólo ofrecer la prueba para la detección de Sífilis, preservativos para evitar reinfecciones y profundizar la adherencia a controles y al TAR y aplicar las indicaciones señaladas en la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis y en las normativas vigentes.

Control de alto riesgo obstétrico

Es la atención proporcionada en Centros Especializados a la embarazada derivada del nivel primario o terciario que presenta alguna patología o factor de riesgo materno-perinatal.

Este control tiene por objetivos:

- Diagnosticar patología obstétrica y fetal, asociada y/o concomitante y evaluar el grado de riesgo materno-perinatal.
- Aplicar tecnología especializada para el diagnóstico y tratamiento.
- Mantener bajo control hasta su resolución los casos que lo requieran.

En la mujer que vive con VIH este control es fundamental para asegurar el bienestar de la madre y el niño para la prevención de la transmisión vertical del VIH.

Control de la puérpera y el recién nacido en APS

Es la atención integral y con enfoque de riesgo que se otorga a la puérpera y su recién nacido/a en APS. El objetivo es controlar la evolución normal del puerperio, prevenir y detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio, recién nacido/a y lactancia.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH

- Refuerce la necesidad de continuar en control en el nivel de especialidad por VIH.
- Indague sobre la mantención de la suspensión de la lactancia materna e informe de la garantía de entrega de leche maternizada.
- Enfatice sobre la importancia del proceso diagnóstico del recién nacido/a y lactante.
- Realice todas las acciones descritas en la Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio, a excepción de las que promueven y fomentan la lactancia materna y las acciones descritas en la Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis.

Control de regulación de la fertilidad

Es la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o a la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad. Tiene como objetivo informar a la mujer y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fecundidad y los aspectos relacionados con planificación familiar. Esta prestación debe ser entregada preferentemente en la atención primaria.

En la mujer que vive con VIH, este control debe orientarse al uso de doble método, al refuerzo del uso del método anticonceptivo elegido, considerando la situación inmunológica/clínica de la mujer, por lo que la coordinación con el equipo de atención de VIH/SIDA es fundamental.

La elección del método anticonceptivo en la mujer que vive con VIH debe ser realizado por la propia mujer. No existen métodos contraindicados para la mujer con VIH

- Las mujeres viviendo con VIH pueden usar la mayoría de los métodos anticonceptivos disponibles.
- Realice orientación, considerando la situación inmunológica, virológica y clínica, tratamiento antirretroviral, la presencia de co-morbilidades, el deseo de embarazo en el corto plazo y las recomendaciones nacionales, para lo que se requiere una estrecha coordinación con el médico tratante de VIH, a través de interconsultas.
- Los dispositivos intrauterinos pueden iniciarse si la mujer recibe TAR y se encuentra clínicamente bien. Si la mujer evoluciona a etapa SIDA no es necesario retirar el dispositivo.
- El uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con VIH puede iniciarse por matrona/ matrón en APS, en el momento en que ella lo solicite y según su libre elección, sin embargo, se debe tener especial precaución con el uso de estrógenos debido al aumento del riesgo cardiovascular. Se debe siempre realizar una derivación al nivel de especialidad de VIH, para que médico tratante evalúe la continuidad del método elegido.

Cuando la mujer ha sido derivada del Centro de especialidad a APS para inicio de método anticonceptivo, se debe explicitar en el formulario de Interconsulta, la TAR utilizada y las interacciones con los métodos. En ambas situaciones, es necesaria una óptima coordinación entre atención primaria y el nivel de especialidad de VIH (médico/a tratante).

- Sugerir y orientar sobre el uso del condón como doble método, para evitar la reinfección de VIH u otras infecciones de transmisión sexual.
- Las mujeres con VIH pueden recibir anticoncepción de emergencia durante los cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, en las mismas condiciones que el resto de las mujeres.
- No se recomienda el uso de métodos naturales (por su baja eficacia) así como el diafragma o los espermicidas porque aumentan el riesgo de adquisición de ITS.
- La esterilización es un método muy eficaz e irreversible, por lo que la solicitante deberá ser adecuadamente informada de las diferentes alternativas anticonceptivas altamente eficaces no definitivas y de los riesgos de este procedimiento para que su decisión sea **libre y voluntaria**.

En Chile, la esterilización femenina y masculina están reguladas por el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 2326 del 30 noviembre del 2000 (anexo N° 5). La decisión de la/el solicitante requiere de la firma de un Consentimiento Informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Los servicios de regulación de la fertilidad en general y, en mujeres viviendo con VIH en particular, se encuentran descritos en detalle en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad⁸, por lo cual si se requiere mayor profundización, se recomienda consultar el capítulo específico.

Control de VIH/SIDA (especialidad)

Es el control sistemático que se realiza a las personas que viven con VIH/SIDA para monitorear su estado clínico, virológico e inmunológico y la evolución de la enfermedad. La evaluación inicial, clínica y de laboratorio está orientada a determinar el estado de avance de la enfermedad y la necesidad de intervenciones terapéuticas, con el recuento de linfocitos T CD4 y el nivel de Carga Viral plasmática (CV), pero además es importante determinar la presencia de co infecciones y comorbilidades.

La frecuencia de solicitud de exámenes está determinada por la guía clínica vigente:

- Recuento de linfocitos CD4
- Carga Viral
- Hemograma VHS
- Perfil bioquímico
- Creatinemia
- Orina Completa
- Lípidos (CT, HDL, LDL, TG)
- Pruebas hepáticas
- Función renal (creatinina y orina)
- VDRL o RPR
- HBsAg y anticore para virus Hepatitis B (VHB)
- Serología VHC
- IgG anti- Toxoplasma
- Serología Chagas
- Rx Tórax
- PPD
- PAP anual

El VIH puede afectar a las mujeres en todas las etapas de su vida lo que implica desafíos clínicos diferentes. Las mujeres están sometidas a situaciones de discriminación, violencia de género y falta de reconocimiento de derechos fundamentales. La dependencia económica, material o social de los hombres muchas veces significa que las mujeres no pueden controlar cuándo, con quién y en qué circunstancias mantienen relaciones sexuales. Es habitual que ellas carguen con la responsabilidad del cuidado de las personas enfermas de su entorno familiar lo que aumenta su vulnerabilidad y más aún en condiciones de pobreza. En nuestro país las mujeres viviendo con VIH tienen menor escolaridad y menos estudios superiores que los hombres viviendo con VIH.

El equipo de atención de la mujer que vive con VIH, debe propender a realizar preguntas de manera abierta, incluyendo preguntas sobre el comportamiento y la adherencia al tratamiento, para

⁸ Actualmente en revisión.

permitir a la mujer que exprese honestamente sus inquietudes y reconozca el fracaso en términos de reincidencia o falta de adherencia (si este fuera el caso). Se debe dar tiempo suficiente y la oportunidad de hacer preguntas.

La TAR en mujeres con VIH se describe en la guía clínica vigente, no obstante las mayores diferencias las registra cuando la mujer está embarazada.

Pesquisa y detección de cánceres en los controles de salud

Cáncer cervicouterino en mujeres VIH (+)

Las mujeres que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH) y los tumores relacionados con el VPH, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical grado 2 o 3 (CIN2 / 3) y el carcinoma cervical invasivo (CCI).

La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC1, NIC2 o NIC3. Si no se trata, una NIC2 o una NIC3 (conjuntamente denominadas NIC2+) pueden progresar hacia cáncer cervicouterino. Se estima que cada año aproximadamente un 1% a un 2% de las mujeres tienen NIC2+. Entre las mujeres seropositivas al VIH la tasa notificada es mayor, llegando a un 10%.

Periodicidad del Tamizaje

Se debe tomar Pap al ingreso al control por VIH y luego control con PAP anual de por vida. A toda mujer VIH (+) menores de 26 años se le debe ofrecer la vacuna anti VPH.

Si el resultado del PAP es positivo la mujer debe seguir mismo flujo de derivación establecido para cáncer cérvico-uterino.

Cáncer de mama

Las mujeres con infección por el VIH no presentan riesgos mayores de cáncer de mama, por lo que en las pruebas de tamizajes de detección no es necesario recomendar estrategias especiales en el inicio ni periodicidad (23) (24).

En las mujeres VIH se deben seguir las recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud, esto es, mamografía de screening entre 50 a 69 años cada 3 años.

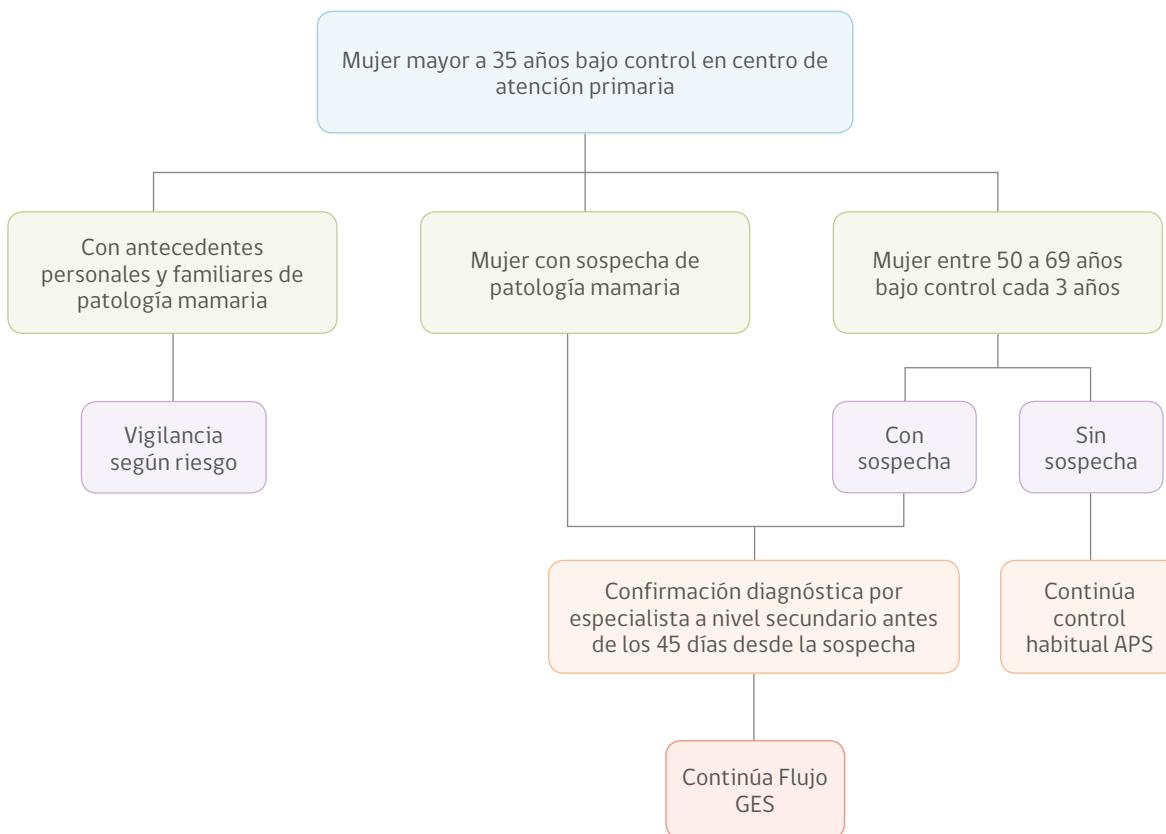
Es importante que a este grupo, en todo control ginecológico, al igual que al resto de las mujeres, se les realice una evaluación de determinación de riesgo, identificando los factores protectores y los factores de riesgo.

Consideraciones específicas en mujeres viviendo con VIH/SIDA:

- Enseñe el autoexamen de mama a toda mujer, principalmente a las mayores de 35 años.
- Realice el examen físico de mamas protocolizado, periódicamente a toda mujer principalmente, a las mayores de 35 años.
- Solicite y derive a toma de mamografía al rango de mujeres entre 50 y 69 años, cada tres años.
- Solicite mamografía a mujeres sobre 69 años que nunca se hayan realizado el examen.
- Solicite ecotomografía o mamografía a mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama independiente del grupo etario en el cual se encuentre.

- Derive oportunamente a las mujeres con examen físico sospechoso para patología mamaria maligna o mamografía con resultado alterado.
- En situaciones especiales se puede realizar visita domiciliaria integral y rescate de inasistentes.

Flujograma de Atención Mujeres Mayores de 35 años en Control APS



Pesquisa y detección de Infecciones de Transmisión Sexual en los controles de salud

Corresponde a las acciones destinadas a establecer un diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual. Estas acciones pueden ser parte de una actividad específica, como la consulta de ITS, o como parte de otras consultas y controles preventivos y/o de morbilidad.

Su objetivo es detectar una ITS para ofrecer tratamiento, cortar la cadena de transmisión y evitar las complicaciones asociadas.

Consideraciones específicas en mujeres viviendo con VIH/SIDA:

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 este a su vez afecta la presentación clínica de algunas ITS.

En la mujer que vive con VIH, la expresión de las diferentes infecciones varía dependiendo de la condición clínica e inmunológica de la persona, tendiendo a producir cuadros clínicos más frecuentes y de mayor tiempo de duración. Las ITS en mujeres VIH (+) son frecuentes y a menudo asintomáticas,

por este motivo es relevante fomentar la adherencia a controles y tratamiento para reducir las complicaciones asociadas a los agentes de ITS.

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

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

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.

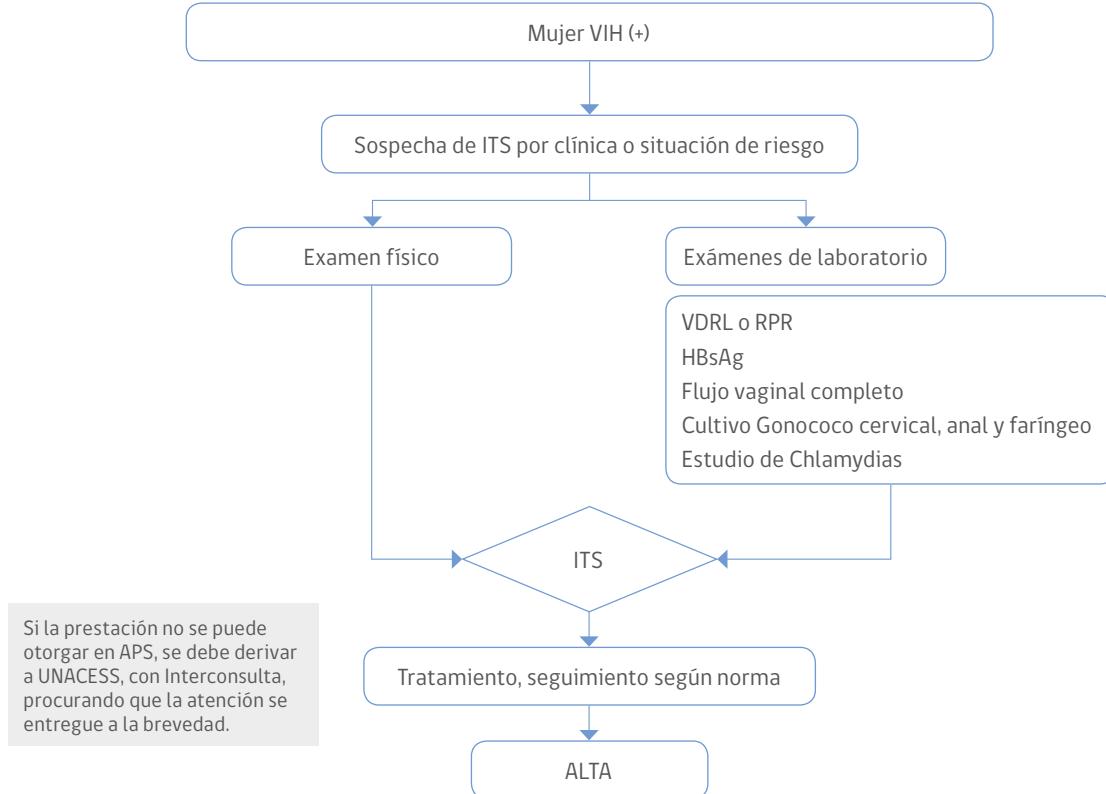
Uso de vacunas: Las únicas ITS que disponen actualmente de vacunas profilácticas son la infección por virus de hepatitis B (VHB) y por el virus de papiloma humano (VPH).

El uso de vacuna para VHB está indicado en todas las mujeres con VIH sin infección previa por VHB. Para su administración, debe disponerse del resultado negativo del Antígeno de superficie de Hepatitis B (AgHBs).

La vacuna VPH, está disponible para mujeres con VIH entre 9 y 26 años.

La vacuna para VPH está disponible para niñas de 4to año básico y se repite una segunda dosis al año siguiente (5to. Básico).

Flujograma de atención pesquisa de Detección de ITS



OTRAS ATENCIones HOSPITALARIAS

Atención del Parto

Corresponde a la atención impostergable otorgada a la mujer y su recién nacido/a durante el trabajo de parto y hasta el momento en que se produce la expulsión del recién nacido/a y los anexos ovulares, de acuerdo a Normativa vigente para Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH

- La atención de parto de las mujeres VIH (+) considera la administración de antirretrovirales 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 antirretrovirales durante la gestación.
- Propicie un trabajo de parto humanizado, acompañado y fomente las relaciones de apego de la madre, su hijo/a y padre o persona significativa. En este contexto, profundice el apoyo por la imposibilidad de iniciar lactancia materna, manteniendo el apego.

Atención durante el puerperio

Es la atención integral y oportuna entregada a la mujer puérpera y su recién nacido/a, vigilando los cambios en el periodo inmediato y mediato.

Consideraciones específicas a mujeres con VIH

- Considerar el apoyo y consejería a la mujer, para enfrentar la supresión por medios farmacológicos de la leche materna (garantizado por GES).
- Informe a la puérpera sobre el sustituto de la leche materna (garantizada por GES)
- Realice las coordinaciones necesarias para la entrega de sustituto de leche materna al alta, y en los meses posteriores.
- Indague sobre las herramientas de las que dispone para afrontar la presión social respecto de la lactancia, sobre todo en aquéllas cuya familia y círculo social desconozcan su situación serológica.
- Realice las necesarias coordinaciones entre los equipos de atención de la red asistencial para el apoyo a la mujer que vive con VIH y evitar la colocación del niño/a al pecho.
- Realice consejería e indague la posibilidad de iniciar anticoncepción de forma inmediata, de acuerdo a lo manifestado durante el control prenatal por la mujer. Los métodos reversibles de larga duración⁹ pueden ser una buena opción en algunos casos.

Atención post aborto

Es la atención oportuna, integral e impostergable proporcionada a la mujer que presenta un aborto y así evitar complicaciones.

⁹ Se refiere a: implante subdérmico y los dispositivos intrauterinos (DIU)

Consideraciones específicas a mujeres con VIH

- La atención de mujeres que viven con VIH que presentan una pérdida reproductiva se enmarca en las orientaciones técnicas vigentes para el manejo de estas situaciones, debiendo ser oportuna, integral y multidisciplinaria.
- Coordinar con equipo de tratante de VIH en caso que la mujer presente aborto séptico.
- El equipo de atención ginecológico y equipo tratante de VIH deben coordinarse para el manejo de TAR.
- Sugiera y oriente al apoyo psicológico por parte del equipo de salud, realizando las derivaciones correspondientes.
- Realice consejería e indague la posibilidad de iniciar de manera inmediata un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria de la mujer. Los métodos reversibles de larga duración iniciados en el post aborto temprano son una buena opción.
- Si la mujer ha formalizado con anterioridad la solicitud de **manera voluntaria** para esterilización quirúrgica, es importante asegurarse que la decisión sea informada, libre, sin presiones y con firma de Carta de Consentimiento (Anexo N° 4).

ANEXOS

Anexo N°1: ORDINARIO N° 2675: Reitera regulación en materia de VIH/SIDA y Derecho de las Personas


 SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
 SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
 Dirección de Prevención y Control de Enfermedades
 Oficina Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
 MVT/USR/FST/EDM/dtp 3.5
 2675

ORD.: B/22 **2675**
 ANT.:
 MAT.: Reitera regulación en materia de VIH/SIDA y Derecho de las Personas.

Santiago,
 16 AGO. 2011

DE: SUBSECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
 SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SECRETARIOS REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD
 DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

En relación a publicación "Dignidad Negada. Violaciones de los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas en Establecimientos de Salud Chilenos", difundida recientemente por la organización Centro de Derechos Reproductivos de Nueva York y la Coordinadora Nacional de Personas que Viven con VIH/SIDA- VIVO POSITIVO, informo a usted lo siguiente:

La publicación en comento relata supuestos hechos, que de ser verídicos resultan atentatorios contra los Derechos Humanos y Sexuales y Reproductivos de las mujeres que viven con VIH, entre ellos, esterilizaciones involuntarias, discriminación en la atención, incumplimiento de la Ley de SIDA en ámbitos de confidencialidad del diagnóstico, falta de acceso a la consejería, no aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, entre otros, que supuestamente habrían ocurrido desde el año 2002 en adelante.

Al respecto, el Ministerio de Salud, ha considerado necesario volver a difundir las diversas regulaciones, normativas e instrumentos nacionales, vinculados a esta materia, a fin de evitar eventuales ocurrencia de estas situaciones.

El Ministerio de Salud enfatiza la obligatoriedad de parte de la Autoridad Sanitaria, Gestores de Redes Asistenciales y de los profesionales y funcionarios del sector, de garantizar e implementar la legislación existente que regula y cautela los derechos de las personas y en especial los derechos sexuales y reproductivos.

La regulación vigente que debe observarse es:

- Resolución Exenta 2326 del año 2000 que fija Directrices para los Servicios de Salud sobre Esterilización Femenina y Masculina. Reafirma la condición de voluntariedad y del Consentimiento Informado y establece procedimientos a seguir en caso de solicitud voluntaria de esterilización.
- Ley N° 19.779, sobre SIDA del año 2001. Protege los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y prohíbe su discriminación laboral, educacional y asistencial de salud. Cautela la confidencialidad y el consentimiento informado en el acceso al examen de VIH y protege el libre e igualitario ejercicio de los derechos por parte con VIH/SIDA, sin discriminaciones de ninguna índole.
- Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, aprobada por Resolución Exenta N° 622 de 2005. Cautela los derechos reproductivos de las mujeres VIH positivas, ofreciendo alta efectividad en la reducción del riesgo de transmisión de la infección al hijo/a

- Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. N° 48 de 2007. Concibe los servicios de regulación de la fertilidad, como uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva, está centrada en las personas y en sus derechos sexuales y reproductivos.
- Manual de Procedimientos para la Detección y Diagnóstico de la Infección por VIH del año 2010. Regula los procesos de atención clínica, de vigilancia epidemiológica y de monitoreo y control de ellos, especificando roles y funciones de cada instancia involucrada.

Se reitera que frente a denuncias por eventuales incumplimientos de las leyes y reglamentos mencionados anteriormente ya sea por las personas afectadas o por instituciones que las representen, de acuerdo al Estatuto Administrativo, se procederá a realizar una investigación sumaria y según su resultado correspondería aplicar el artículo 11 de la Ley del SIDA, sin perjuicio de las medidas administrativas que establece el Estatuto Administrativo.

Solicitamos a Usted, dar amplia difusión a esta comunicación.

Sin otro particular, saludan atentamente,



DR. JORGE DÍAZ ANAÍZ
Subsecretario de Salud Pública



DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
Subsecretario de Redes Asistenciales

Distribución:

- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del País
- Directores de Servicios de Salud del País
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- Depto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
- Oficina de Partes

Anexo N°2: Enfermedades Oportunistas en VIH/SIDA

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
A.	Infección asintomática
	Infección aguda
	Linfadenopatía generalizada persistente
B.	<p>Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Candidiasis orofaringea o vaginal >1 mes · Síndrome diarreico crónico >1 mes · Síndrome febril prolongado >1 mes · Baja de peso <10 Kgs. · Leucoplaquia oral vellosa · Herpes Zoster >1 episodio o >1 dermatoma · Listeriosis · Nocardiosis · Angiomatosis bacilar · Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis · Proceso inflamatorio pelviano · Polineuropatía periférica · Púrpura trombocitopénico idiopático · Displasia cervical
C.	<p>Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar · Neumonía por <i>Pneumocystiscarinii</i> · Criptococosis meníngea o extrapulmonar · Toxoplasmosis cerebral · Enfermedad por micobacterias atípicas · Retinitis por CMV · Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial · Encefalopatía VIH · Leucoencefalopatía multifocal progresiva · Criptosporidiosis crónica >1 mes · Isosporosis crónica >1 mes · Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes · Neumonía recurrente. · Bacteremia recurrente por <i>Salmonella</i> spp. · Sarcoma de Kaposi · Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central · Cáncer cervicouterino invasor · Síndrome consuntivo

Anexo Nº3: Toxicidades y reacciones adversas de los Antiretrovirales

Graduación de las principales toxicidades	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Hematocrito (%)	28.5 - 31.4	24 - 28.4	19.5 - 23.9	< 19.5
Hemoglobina (grs/100 ml)	9.5 - 11	8.0 - 9.4	6.5 - 7.9	< 6.5
Glóbulos blancos (/mm3)	2.500 - 3.999	1.000 - 2.499	800 - 999	< 800
Recuento neutrófilos (/mm3)	1.000 - 1.499	750 - 999	500 - 749	< 500
Recuento plaquetas (/mm3)	75.000 - 99.000	50.000 - 74.999	20.000 - 49.999	< 20.000 o petequias
Hiperglicemia (mgs/100 ml)	116 - 160	161 - 250	251 - 500	> 500 o cetoacidosis
Hipertrigliceridemia (mgs/100 ml)	250 - 400	401 - 750	751 - 1250	> 1250
Acidosis metabólica (HCO3:mEq/lt)	19 - 21	15 - 18	10 - 14	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	1.1 - 1.5	1.6 - 3.0	3.1 - 6.0	> 6 o diálisis
Bilirrubina (x límite máx normal)	1.1 - 1.5	1.6 - 2.5	2.6 - 5.0	> 5
GOT (x límite máx normal)	1.25 - 2.5	2.6 - 5.0	5.1 - 10.0	> 10
GPT (x límite máx normal)	1.25 - 2.5	2.6 - 5.0	5.1 - 10.0	> 10
GGT (x límite máx normal)	1.25 - 2.5	2.6 - 5.0	5.1 - 10.0	> 10
Fosfatasas alcalinas (x límmáx n)	1.25 - 2.5	2.6 - 5.0	5.1 - 10.0	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	1.1 - 1.39	1.4 - 2.09	2.1 - 5.0	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	1.1 - 1.39	1.4 - 2.09	2.1 - 5.0	> 5 o pancreatitis
Vómitos	Aislados	Frecuentes	Hipotensión o hidratación EV	Hipotensión severa y/o hospitalización
Diarrea	3 - 4 x día	5 - 7 y/o nocturna	>7, hipotensión, hidratación EV	Hipotensión severa y/o hospitalización
Litiasis renal	Grado 4: Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva			
Polineuropatía	Leve	Requiere tratamiento	Interfiere con el sueño	Limita la marcha
Alteración del SNC	Ansiedad o depresión leve	Moderada	Severa, requiere asistencia	Psicosis aguda y/o hospitalización
Alergia	Rash leve y/o prurito	Máculas o máculo - pápulas difusas	Generalizadas	Anafilaxis, Stevens Johnson o exfoliación
Hipersensibilidad a Abacavir	Grado 4: Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios			

Anexo Nº4: Carta de Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

Yo _____ de _____ años

(Nombre completo del o la solicitante)

RUT: _____, he solicitado libre y voluntariamente a los médicos del Hospital _____ me realicen una esterilización quirúrgica como método irreversible para evitar el embarazo.

Dejo constancia que me han informado y explicado en qué consiste la esterilización quirúrgica, cómo se realiza, cuáles son sus beneficios, sus riesgos más frecuentes y los que pudieran afectarme por mi condición personal de salud. He informado a los profesionales todos mis antecedentes médicos. Mis consultas y dudas han sido respondidas a mi plena satisfacción quedándome claro que:

- Existen otros métodos que puedo usar temporalmente para planificar mi familia como los métodos hormonales orales (píldoras), inyectables e implantes subdérmicos, DIU (Dispositivos intrauterinos), métodos de barrera (condones y otros), abstinencia periódica y otros.
- La esterilización es una intervención quirúrgica y como tal tiene posibles riesgos y complicaciones debidos a la intervención misma y a la anestesia que se utiliza.
- Es un método definitivo (irreversible). En el caso de la esterilización quirúrgica femenina existe la posibilidad, de un 0.5% de que la operación falle y me embarace.
- Puedo cambiar de opinión y desistirme en cualquier momento, hasta en el pabellón quirúrgico previo a la anestesia y, decir que no se efectúe el procedimiento y la institución no me negará ningún tipo de atención médica cuando lo necesite.

Finalmente, mi decisión tomada libre, informada y consciente es:

- Sí autorizo la Esterilización Quirúrgica
 No autorizo la Esterilización Quirúrgica

Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.

En _____, a _____ de _____

Firma Solicitante

Nombre, fecha y firma del Profesional responsable de la consejería

Nota:

Si la persona no sabe leer, el o la proveedor/a de servicio será encargado/a de leer las observaciones anteriores.

Fuente: Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer

Anexo N°5: 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 DIRETRICES 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 1º, 4º letra b) y 6º 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:

1º.- 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.

2º.- 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

DOCUMENTOS DE CONSULTA

1. Ministerio de Salud. División De Planificación Sanitaria Ministerio De Salud De Chile Mayo, 2015. Departamento de Epidemiología. Informe Nacional “Evolución VIH/SIDA, Chile 1984 - 2013”. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/02/InformePais_1984-2013_vih_sida.pdf
2. Ministerio De Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Secretaría Técnica AUGE. Guía Clínica AUGE. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013.
3. Keegan A, Lambert S, Pettrak J. Sex and relationships for HIV-positive women since HAART: a qualitative study. AIDS Patient Care STDS. October de 2005;19 (10):645-54.
4. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration HIV/AIDS Bureau, U.S. A Guide To The Clinical Care Of Women With HIV. JEAN R. ANDERSON. 2005. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov>.
5. Vásquez P. Calidad de vida en las mujeres que viven con VIH. Hotel Diego de Almagro, Santiago Chile; 2011.
6. UNFPA. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994 Fondo de Población de las Naciones Unidas; Disponible en: http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/publidoc/Conferencias%20CIPD,%20ODM%20y%20Beijing/icpdpoa-04reprint_spain.pdf
7. Ministerio de Salud CN del S. Documento Técnico de Trabajo: Consejería para VIH/SIDA]. 2002. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/vih2007/Consejeria/Trabajoconsejeria.pdf>
8. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010. Santiago de Chile; 2010. Disponible en:
http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/InformeENS_20092010_CAP1.pdf
9. OPS,OMS,UNICEF,CLAP/SMR. Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión. Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe .2010. Disponible en:
http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fclap%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D78%26Itemid%3D&ei=mAC-ULTjGlqj8QSK
10. World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections [Internet]. Switzerland; 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>.
11. OPS, OMS, UNICEF, CLAP/SMR. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Documento Conceptual [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Documento_Conceptual_Eliminacion_de_la_transmision_maternoinfantil_del_VIH_y_de_la_sifilis_congenita%282%29.pdf
12. Ministerio de Salud de Chile. LEY-19966, Establece un Régimen de Garantías en Salud [Internet]. Biblioteca del Congreso de Chile; 2004. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>.

13. 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 [Internet]. Biblioteca del Congreso de Chile; 2012. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
14. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna [Internet]. 3o Edición 2010. 2010 Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
15. Ministerio de Salud de Chile. Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis [Internet]. 1o Edición. Santiago de Chile; 2012. Disponible en: www.minsal.cl
16. Ministerio de Salud, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Asociación Chilena de Protección de la Familia. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. Santiago de Chile; 2008. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caf4ede9fe04001011f014bf2.pdf>
17. Ministerio de Salud. Ordinario No 2675, reitera regulación en materia de VIH/SIDA y Derechos de las Personas. 2012.
18. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas [Internet]. Santiago de Chile; 2011. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
19. OMS D de SR e I, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional Oficina para la Salud Mundial Oficina de Población y Salud Reproductiva. Planificación Familiar, Un Manual Mundial para Proveedores [Internet]. Estados Unidos; 2007. Disponible en: www.fphandbook.org
20. Ministerio de Salud. Programa Salud de la Mujer. 1997.
21. Güezmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. OPS. Washington DC; 2004.
22. Ministerio de Salud. Resolución Exenta Nº 2326, Fija Directrices para los Servicios de Salud sobre Esterilización Femenina y Masculina. 2000.
23. Infección por VIH y el riesgo de cancer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 27 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causasprevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vih>
24. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet Lond Engl. 7 de Julio de 2007;370(9581):59-67.
25. Peralta, O. Cancer de Mama: Estrategias de prevención y vigilancia según nivel de riesgo. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 [citado 3 de diciembre de 2015];22(4). Recuperado a partir de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011 /4%20julio/3 _Dr_Octavio_Peralta-5.pdf
26. Schwartz GF, Hughes KS, Lynch HT, Fabian CJ, Fentiman IS, Robson ME, et al. Proceedings of the International Consensus Conference on Breast Cancer Risk, Genetics, & Risk Management, April, 2007. Cancer. 15 de Noviembre de 2008;113(10):2627-37.
27. Vogel VG. Management of the high-risk patient. Surg Clin North Am. agosto de 2003;83(4):733
28. Chen Y, Thompson W, Semenciw R, Mao Y. Epidemiology of contralateral breast cancer. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol. octubre de 1999;8(10):855-61.
29. Peralta, O. Cancer de Mama. En texto: Selección de temas en GinecoObstetricia. Tomo 1

- [Internet]. Publimpacto. Santiago de Chile; 2006 [citado 10 de mayo de 2016]. 589-676 p. Recuperado a partir de: <http://www.acog.cl/descargar.php?e261808d2a48421ea1041d42c634d29d>.
30. Lux MP, Fasching PA, Beckmann MW. Hereditary breast and ovarian cancer: review and future perspectives. *J Mol Med Berl Ger.* enero de 2006;84(1):16–28.
 31. Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *Lancet Lond Engl.* 25 de Enero de 2003;361(9354):296–300.
 32. Stephanie Sivell RI. Cancer Genetic Risk Assessment for Individuals at Risk of Familial Breast Cancer. *Cochrane Database Syst Rev Online.* 2007;2(2):CD003721.
 33. Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status—A meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer.* Abril de 2008;122(8):1832–41.
 34. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, Nixon DW, Shapiro A, Hoy MK, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. *J Natl Cancer Inst.* 20 de diciembre de 2006;98(24):1767–76.
 35. Peters TM, Moore SC, Gierach GL, Wareham NJ, Ekelund U, Hollenbeck AR, et al. Intensity and timing of physical activity in relation to postmenopausal breast cancer risk: the prospective NIH-AARP diet and health study. *BMC Cancer.* 2009;9:349
 36. MacTiernan A. Behavioral risk factors in breast cancer: can risk be modified? *The Oncologist.* 2003;8(4):326–34.
 37. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. 2013.
 38. Isaakidis P, Pimple S, Varghese B, Khan S, Mansoor H, Ladomirska J, et al. HPV infection, cervical abnormalities, and cancer in HIV-infected women in Mumbai, India: 12-month follow-up. *Int J Womens Health.* 13 de agosto de 2013;5:487–94.
 39. Zhang H-Y, Tiggelaar SM, Sahasrabuddhe VV, Smith JS, Jiang C-Q, Mei R-B, et al. HPV prevalence and cervical intraepithelial neoplasia among HIV-infected women in Yunnan Province, China: a pilot study. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2012;13(1):91–6.
 40. De Vuyst H, Mugo NR, Chung MH, McKenzie KP, Nyongesa-Malava E, Tenet V, et al. Prevalence and determinants of human papillomavirus infection and cervical lesions in HIV-positive women in Kenya. *Br J Cancer.* 23 de octubre de 2012; 107(9):1624–30.
 41. National Guideline Clearinghouse | WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. [Internet]. [Citado 1 de junio de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=49521&search=Pap+screening+and+HIV+and+cancer+screening+and+vh#Section420>
 42. Massad LS, Evans CT, Strickler HD, et al. Outcome after negative colposcopy among human immunodeficiency virus-infected women with borderline cytologic abnormalities. *Obstet Gynecol.* 2005; 106:525. Kitchener H, Nelson L, Adams J, et al. Colposcopy is not necessary to assess the risk to the cervix in HIV-positive women: an international cohort study of cervical pathology in HIV-1 positive women. *Int J Cancer.* 2007; 121:2484.
 43. Conley LJ, Ellerbrock TV, Bush TJ, et al. HIV-1 infection and risk of vulvovaginal and perianal

- condylomataacuminata and intraepithelial neoplasia: a prospective cohort study. Lancet 2002; 359(9301):108-13.
44. Delmas MC, Larsen C, van BB, et al. Cervical squamous intraepithelial lesions in HIV- infected women: prevalence, incidence and regression. European Study Group on Natural History of HIV Infection in Women. AIDS 2000; 14:1775-84.
 45. Wright TC, Jr., Massad LS, Dunton CJ, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ. J Low Genit Tract Dis 2007; 11:223-39.
 46. AIDSinfo: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents.15/7/2016; I-21-22; L-16-17.