

ORIENTACIONES TÉCNICAS

CONTINUIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Octubre de 2020

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



Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Trabajado en conjunto con equipo de División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Octubre de 2020.

Documento sujeto a evaluación y actualización constante según aparición de nueva evidencia científica.

CONTENIDO

GLOSARIO	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVO DEL DOCUMENTO	5
ALCANCE	5
RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS CENTROS DE SALUD	6
RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS PARA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA RED DE SALUD	7
PLAN PASO A PASO	7
PRIORIZACIÓN DE ATENCIONES	8
1. CONTROL PRENATAL	11
2. ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PARTO	14
3. CONTROL DE LA DÍADA	14
4. LACTANCIA MATERNA	15
5. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	15
6. SALUD SEXUAL E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS):	20
7. CLIMATERIO	22
8. PRESTACIONES ASOCIADAS A LA LEY 21.030 - INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES	23
9. ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	24
10. INMUNIZACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	25
REFERENCIAS	27

GLOSARIO

- AOC:** Anticoncepción Oral Combinada
- APS:** Atención Primaria de Salud.
- COVID-19:** Enfermedad por Coronavirus, 2019.
- CV:** Carga viral
- DEIS:** Departamento de Estadísticas e Información de Salud
- DIU:** Dispositivo Intrauterino.
- EPP:** Elementos de Protección Personal.
- ESPII:** Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.
- FPP:** Fecha Probable de Parto.
- FUR:** Fecha Última Regla.
- ISP:** Instituto de Salud Pública.
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- LGTBI+:** Lesbianas, Gay, Bisexual, Transgénero/Transexual e Intersex.
- LM:** Lactancia Materna.
- LNG:** Levonorgestrel.
- MAC:** Métodos Anticonceptivos.
- MINSAL:** Ministerio de Salud.
- NANEAS:** Niños, niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención de Salud.
- NNA:** Niños, Niñas, Adolescentes
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PAE:** Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
- PAP:** Papanicolau.
- REAS:** Residuos de Establecimientos de Atención de Salud.
- RN:** Recién Nacido.
- RNI:** Registro Nacional de Inmunizaciones.
- SARS-CoV-2:** Coronavirus tipo 2, causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG, SARS en inglés).
- SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SSR:** Salud Sexual y Reproductiva.
- TAR:** Terapia Anti Retroviral.
- THM:** Terapia Hormonal de la Menopausia.
- VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory.
- VPH:** Virus Papiloma Humano.

ANTECEDENTES

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la OMS un brote de infección respiratoria aguda asociada a un nuevo coronavirus. Este nuevo virus, que ha sido denominado SARS-CoV-2, es una cepa particular que no había sido identificada previamente en humanos, por lo que la información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico se está actualizando permanentemente. La enfermedad causada por este nuevo virus se ha nombrado, por consenso internacional, como COVID-19^{1,2}.

Debido al aumento súbito de casos y de países afectados, el 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII)³ y el 11 de marzo de 2020 fue declarado pandemia, dada la alta propagación del virus a nivel global⁴.

Esta emergencia ha tensionado los sistemas sanitarios del país por el aumento de la demanda de atenciones en toda la red de salud por COVID-19. En contexto de emergencias y desastres puede existir un aumento del riesgo de embarazos no planificados, mortalidad materna y otros resultados adversos en materia de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSR)⁵. Por lo anterior, este documento busca entregar recomendaciones a los equipos de salud, con el fin de mantener las prestaciones críticas durante la emergencia e incorporar aquellas no críticas, de forma gradual a medida que los territorios ingresan a las etapas del desconfinamiento, definidas por el plan “Paso a Paso, nos cuidamos”, que ha dispuesto el Gobierno de Chile para su cumplimiento⁶.

OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Establecer lineamientos para la continuidad de atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la Red de Salud, y el restablecimiento gradual de prestaciones, en el contexto de las etapas de evolución de la pandemia por COVID-19 en el país, con el fin de resguardar la provisión de servicios y prevenir el aumento de contagios por SARS-CoV-2.

ALCANCE

Las presentes recomendaciones se dirigen tanto al equipo de salud que brinda los cuidados de Salud Sexual y Reproductiva en los tres niveles de atención, como a los equipos directivos que lideran la gestión de los establecimientos que brindan dichas prestaciones.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LOS CENTROS DE SALUD

Con el fin de mantener la continuidad de los cuidados en Salud Sexual y Reproductiva, minimizando el riesgo de transmisión del virus SARS-CoV2 en establecimientos de salud, se recomienda:

Medidas generales durante los procesos asistenciales:

- * Las actividades presenciales deben garantizar la calidad y seguridad asistencial, tanto para usuarios como para el equipo de salud.
- * El equipo de salud debe usar los Elementos de Protección Personal (EPP) correspondientes, según lineamientos del MINSAL^{7,8,9,10}.
- * Triage obligatorio al ingreso del establecimiento de salud: categorizar usuarios y resguardar flujos de circulación diferenciado para consultas respiratorias y no respiratorias, respetando el aforo correspondiente.
- * Reconversión de tareas del equipo según necesidades locales y de acuerdo a recomendaciones MINSAL.
- * Reorganizar el agendamiento de mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos/as, procurando que ingresen por entradas diferidas en relación a usuarios que tengan síntomas respiratorios, que se encuentren en el establecimiento por el menor tiempo posible, y que asistan en horario de menor aglomeración de usuarias/os.
- * Mantener a las personas informadas sobre dónde y cómo acceder a los servicios disponibles.
- * Aseo y desinfección de superficies y espacios del box de atención cada vez que se atiende una persona, aumentar la frecuencia de aseo y eliminación de REAS (según lineamientos del Ministerio de Salud) y ventilar diariamente espacios de atención y espacios comunes, de acuerdo a protocolos locales.
- * Para todas las actividades presenciales, se debe garantizar la seguridad de las personas:
 - Cautelar el uso de mascarilla al ingreso y durante la estadía de la usuaria en el centro de salud. Proveer mascarilla en el caso de que la usuaria no cuente con una.
 - Disponer de geles hidroalcohólicos en la entrada del centro de salud, en cada una de las consultas y en los espacios comunes.
 - Contar con carteles informativos, líneas en el suelo y espacios señalizados que faciliten la mantención de distancia de seguridad (Separación de 1,5 mt).
 - Disponer de termómetros que no requieren el contacto con el usuario para toma de temperatura al ingreso del centro de salud.

Estrategias de atención remota o de apoyo a la atención de las personas¹¹:

Con el fin de asegurar la continuidad de las atenciones de Salud Sexual y Reproductiva, se podrán utilizar las siguientes estrategias de atención remota, de acuerdo a la realidad local y característica de la prestación a realizar:

- * Telemedicina (sincrónica, asincrónica).
- * Teleconsulta.
- * Contacto telefónico.

Algunos elementos básicos a considerar para la realización de atenciones a distancia:

a. Por parte del equipo de salud:

- Para los aspectos técnicos, de registros y administrativos, el equipo de salud deberá regirse por lo indicado en el Ord N° 2448, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- Contar con pautas estandarizadas de atención enfocadas en la pesquisa de síntomas y signos sugerentes de patología.
- Mantener la estructura de la atención en cuanto a concentración, periodicidad de controles, utilizando la población bajo control para garantizar la cobertura de la atención remota en los grupos específicos que requieren control (idealmente contar con tarjetero para el trabajo remoto).
- El hallazgo de uno o más signos de alarma debe indicar la necesidad de control presencial o de urgencias, según criterio clínico.

b. Por parte del usuario/a:

- El equipo de salud deberá velar porque las personas cuenten con las disposiciones indicadas en el Ord N° 2448, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, citado anteriormente.
- Verificar la habilidad de la persona para colaborar en la atención a realizar. En caso de usuarias con barrera idiomática, realizar la atención remota con la participación de un familiar que traduzca la información a la usuaria o con facilitador intercultural del establecimiento de salud (vía video-llamada o videoconferencia).

Además, cada centro de salud debe realizar rescate priorizado a toda persona usuaria que durante el período de catástrofe se vio afectada con la suspensión o postergación de sus atenciones de salud, así como quienes requieran reevaluación por su condición particular y que se encuentren inasistentes.

RECOMENDACIONES PROGRAMÁTICAS PARA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA RED DE SALUD

En los períodos de emergencias, desastres, alertas sanitarias y estados de catástrofe, es de suma importancia abordar todas las necesidades urgentes de salud sexual y reproductiva, considerando disponibilidad de información y acceso a controles prenatales y de la díada, métodos de regulación de fertilidad y anticoncepción de emergencia, protección contra la violencia sexual (además de la profilaxis, prevención y tratamiento de ITS y VIH), y acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las tres causales previstas por la Ley 21.030.

La evidencia muestra que la disminución en la oferta de las prestaciones de salud sexual y reproductiva aumenta la mortalidad materno infantil. Una reducción promedio mensual de un 5% aumentaría la mortalidad materna en 8,6%, una reducción promedio mensual de un 10 % aumentaría la mortalidad materna en 14,7% y una reducción promedio mensual de un 25% aumentaría la mortalidad materna en 38,6%¹².

PLAN PASO A PASO

El Plan Paso a Paso es una estrategia nacional gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de 5 escenarios o pasos graduales, que van desde la Cuarentena hasta la Apertura Avanzada, con restricciones y obligaciones específicas⁶.



Fuente: Gobierno de Chile. Plan "Paso a Paso, Nos cuidamos". Disponible en <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeto a la evaluación de los indicadores epidemiológicos, el estado de la red asistencial y la trazabilidad de casos. La decisión para avanzar o retroceder en las etapas de apertura se tomará considerando el conjunto de los indicadores descritos y las características propias de las unidades territoriales analizadas.

PRIORIZACIÓN DE ATENCIONES

Desde el inicio de la pandemia en el país, y aplicadas todas las medidas de preparación de la red asistencial, tanto para el manejo de la pandemia, como para la continuidad de atención en salud, se hace necesario de retomar el rol promocional y preventivo de la APS.

Conforme al potencial de daño al paciente, y con el fin de priorizar las atenciones, se establecen los siguientes criterios de priorización para las atenciones:

Tabla 1: Criterios de Priorización de atención

Prioridad de atención N° 1	Atención Crítica: El aplazamiento de la atención presencial es muy probable que resulte en daños para el paciente.
Prioridad de atención N° 2	Atención No Crítica: El aplazamiento de la atención presencial puede ocasionar daños al paciente.
Prioridad de atención N° 3	Atención Postergable: El aplazamiento de la atención presencial es poco probable que cause daño al paciente.

Fuente: Elaboración Propia. Programa de Salud de la Mujer. DIVAP.

A continuación, se propone el despliegue paulatino de las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva disponibles en Atención Primaria de Salud en orden creciente. Este despliegue considera las particularidades de nuestro país, donde cada región y comuna tiene su propia realidad, por lo que la implementación de las distintas medidas deberá realizarse por medio de un diálogo permanente entre todos los y las integrantes de la sociedad, en particular con la comunidad, donde se insertan los establecimientos de atención de salud.

En la tabla que se muestra a continuación, se presentan las prestaciones de Atención Primaria de Salud a realizar según etapa del plan “Paso a Paso” que está vigente en cada región o comuna. Es importante destacar que las prestaciones de SSR son transversales al curso de vida, y se separan en actividades presenciales y remotas.

a. Prestaciones consideradas en modalidad presencial: Podrán ser realizadas tanto en establecimientos de salud, como en domicilio y en otros espacios comunitarios adaptados para este fin.

b. Prestaciones no presenciales: Se debe contemplar la modalidad remota como opción, siempre y cuando la naturaleza de la prestación lo permita. Ejemplos: Controles de salud mental, educaciones grupales, intervenciones psicosociales, etc.

Tabla 2: Prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria según etapa del Plan Paso a Paso y Modalidad para llevarla a cabo.

PRESTACIONES DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA					
PRESTACIÓN	PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
	Cuarentena	Transición	Preparación	Apertura Inicial	Avanzada
Control Preconcepcional	*	*	*	P	P
Ingreso y Control Prenatal	P-R	P-R	P-R	P-R	P
Considera: - Exámenes prenatales de rutina - Inmunización de la Gestante - Ecografía obstétrica	P	P	P	P	P
Educación prenatal	*	*	P-R	P-R	P-R
Control del Puerperio y Recién Nacido	P	P	P	P	P
Consejería de Salud Sexual y Reproductiva	*	*	P-R	P-R	P-R
Control de Regulación de la Fecundidad	P-R	P-R	P-R	P-R	P-R
Consulta Anticoncepción de Emergencia	P	P	P	P	P
Control Ginecológico Preventivo Considera: Toma de examen de Papanicolaou (PAP) y Mamografía	*	*	P	P	P

Rescate de mujeres con examen de PAP alterado, nunca PAP y PAP atrasado.	P-R	P-R	P-R	P-R	P-R
Atención para toma de PAP por demanda espontánea	P	P	P	P	P
Rescate de personas con Examen de Mamografía no vigente	P-R	P-R	P-R	P-R	P-R
Atención a mujeres que requieren mamografía/examen físico de mamas por demanda espontánea.	P	P	P	P	P
Consulta de Morbilidad Obstétrica o Ginecológica	P	P	P	P	P
PRESTACIÓN	PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
	Cuarentena	Transición	Preparación	Apertura Inicial	Avanzada
Consultas de alerta de lactancia materna en menores de 6 meses	P	P	P	P	P
Consultas de lactancia - seguimiento	P-R	P-R	P-R	P-R	P-R
Ingreso y Control de Climaterio	*	*	P	P	P
Consulta por infección de Transmisión Sexual VIH y SIDA	P	P	P	P	P
Consulta Nutricional en el proceso reproductivo (Para la mujer no gestante, Grupal)	*	*	P	P	P
Visita Domiciliaria	P	P	P	P	P
Educación para la salud	*	*	*	P	P
Evaluación de la condición nutricional, física y psicológica de gestantes y mujeres post parto con sobrepeso y obesidad para ingreso al Programa Elige Vida Sana o evaluación de seis meses de intervención.	*	*	P	P	P
Círculo de vida sana y sesiones de actividad física del Programa Elige Vida Sana	R	R	P	P	P
Test rápido VIH	P	P	P	P	P
Acceso a prestaciones correspondientes a la ley 21.030	P	P	P	P	P
P: Presencial, R: Remoto, (*): Prestación No priorizada en esta etapa, pero puede ser realizada según criterio clínico.					

Dado lo anterior, con el fin de mantener la continuidad de los cuidados en Salud Sexual y Reproductiva, se entregan los siguientes lineamientos técnicos, según prestaciones^{13,14}:

1. CONTROL PRENATAL

a. Gestantes COVID-19 negativas

De acuerdo a Guía Perinatal 2015 de MINSAL, el esquema de controles más utilizado en diferentes países, y también en nuestro país, consiste en un control cada cuatro semanas hasta la semana 28, luego cada dos semanas hasta la 36, y posteriormente un control semanal hasta el momento del parto¹⁵.

En Chile al año se realizan aproximadamente 1.022.583 controles prenatales, con un promedio de 12 controles prenatales por gestante, acompañado de exámenes de laboratorio, ecografías, detección de riesgo psicosocial, consultas nutricionales, prevención de transmisión vertical de enfermedades transmisibles (VIH, ITS, Chagas, Hepatitis), Inmunizaciones, etc. Todas estas acciones de vigilancia materno infantil han colaborado a mantener la tasa de mortalidad materna más baja de Latinoamérica.

Previo a la Pandemia COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había propuesto un número abreviado de controles en las mujeres consideradas de bajo riesgo, identificadas como aquellas que no tienen factores de riesgo epidemiológico. En aquellas mujeres que presenten factores de riesgo materno o fetal, se debe diseñar un programa específico de seguimiento personalizado para cada una de ellas. La información obtenida durante la primera visita permite diagnosticar la edad gestacional y predecir el riesgo de morbilidad materna o fetal y, eventualmente disminuirlo o eliminarlo. De esta forma podemos calificar a la mujer como normal o como portadora de un embarazo de alto riesgo.

En la actualidad la asignación de riesgo se basa en la historia y ultrasonido. Una vez efectuada la asignación de riesgo, las embarazadas calificadas como de alto riesgo deben ser controladas de manera simultánea en el nivel secundario o terciario, con una frecuencia que varía de acuerdo con el factor de riesgo. Las embarazadas evaluadas como normales continúan con el programa regular o abreviado de cuidados prenatales en Atención Primaria¹³.

Durante el año 2019, según datos del DEIS, el 25% de las gestantes bajo control presentaba alto riesgo obstétrico y el 29% riesgo psicosocial. Estos antecedentes y la necesidad de reorganizar los servicios de salud producto de la Pandemia COVID-19 desafían a disminuir las actividades clínicas presenciales y mantener los estándares de vigilancia clínica, para esto se propone una reconversión de actividades de la atención prenatal en diferentes ámbitos: Centros asistenciales, domiciliarios, comunitarios y/o atenciones remotas.

Tabla 3: Reconversión de Actividades en la Atención Prenatal en el contexto de pandemia por COVID-19, según programa paso a paso (Etapas: Cuarentena, Transición, Preparación, Apertura inicial).

	Control	Control Presencial	Seguimiento Remoto
Atenciones críticas presenciales y remotas*	Ingreso a control prenatal (11 - 14 Semanas)	X	
	18 semanas		X
	22 semanas	X	
	26 semanas		X
	30 semanas	X	
	32 semanas		X
	34 semanas	X	
	36 semanas		X
	37 semanas		X
	38 semanas	X	
	39 semanas		X
	40 semanas	X	
	Otras atenciones críticas presenciales	Consulta de morbilidad obstétrica	
En el caso de gestantes con riesgo obstétrico se deben mantener todos los controles habituales. (Cada establecimiento puede determinar la metodología: Presencial en establecimiento o visita domiciliaria).			
Prestaciones del Programa Nacional de Inmunizaciones.			
Exámenes	Resguardar la indicación y toma de exámenes de rutina de acuerdo a Guía Perinatal, normativas y recomendaciones Ministeriales vigentes.		
Ecografías:	Se debe priorizar la realización de ecografías obstétricas correspondientes a tamizaje:		
	✓11 a 14 semanas	✓22 y 24 semanas	✓30 a 34 semanas.
<p>* Consideraciones</p> <p>Esta propuesta, se construye en base a un mínimo de controles presenciales complementados con seguimiento remoto, con el fin de velar por el resguardo sanitario y la vigilancia prenatal en período de pandemia COVID-19. Según las condiciones materno-fetales de la usuaria y de acuerdo a la organización de los servicios junto con la situación sanitaria de la comuna, se recomienda aumentar los controles presenciales (reconvertir controles remotos a presenciales).</p> <p>Durante el paso de Apertura Avanzada y si la reorganización de la atención en torno a recursos humanos y físicos lo permite, los controles prenatales deben ser entregados en la modalidad presencial, tal como habitualmente estaba organizada la atención en período pre-pandemia.</p>			

Actividades relacionadas al control presencial:

- * Ver de acuerdo a Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo¹⁶.

Actividades relacionadas al seguimiento remoto:

Es preciso señalar que las actividades realizadas como seguimiento remoto, se considerarán como vigilancia de salud materno-fetal, ya que no cuenta con todas las características de un control presencial:

- * Revisión de antecedentes de la gestante, previo al contacto remoto.
- * Análisis de FUR y FPP según ecografía precoz.
- * Realizar anamnesis dirigida, con enfoque de riesgo:

Indagar sobre:

- a. Cumplimiento de indicaciones y toma de exámenes de rutina, cuando corresponda.
 - b. Presencia de síntomas/signos de alarma (Incluido COVID-19), Control materno de movimientos fetales.
- * Valoración de presión arterial y control de peso: Si la gestante tiene acceso a control de presión arterial y de peso en el domicilio, incorporar estas mediciones como parte del seguimiento remoto.
 - * Interpretación de exámenes de laboratorio de rutina y solicitud de exámenes complementarios en caso necesario.
 - * Si se cuenta con control de peso en domicilio, realizar evaluación nutricional según norma técnica y derivar si es necesario.
 - * Evaluación de riesgo obstétrico, según definiciones de Guía Perinatal: citar a control presencial/visita domiciliaria o derivar a nivel secundario, según corresponda.
 - * Detectar presencia y/o impacto de los factores de riesgo: social, salud mental, salud bucal, laboral, familiar; entregar apoyo y orientación - derivar cuando corresponda.
 - * Prescripción de suplementación de vitaminas y minerales (Fierro, calcio).
 - * Indicaciones generales y educación individual¹⁷:
 - Control materno de Movimientos fetales.
 - Identificación de signos/síntomas de alarma:
 - o Contracciones uterinas.
 - o Sangrado y/o pérdida genital.
 - o Temperatura axilar > 38 °C.
 - o Presión arterial > o = 140/90 mmHg y/o cefalea intensa que puede estar acompañada de zumbido en el oído o ver destellos de luz.
 - o Dolor intenso en el tórax y región estomacal.
 - o Valoración de edema en extremidades.
 - * IRegistro de la actividad en Ficha Clínica.
 - * IRegistros estadísticos, según indicaciones MINSAL.

Fuente: Elaboración Propia. Programa de Salud de la Mujer, MINSAL. 2020.

b. Gestante COVID-19 (+):

En el caso de gestantes confirmadas, sospechosas o casos probables de COVID-19, que tengan indicación de manejo ambulatorio se debe:

- * Indicar aislamiento domiciliario, o en residencia sanitaria si es requerido por condiciones particulares de la mujer gestante, durante 14 días.
 - Si no presenta síntomas al menos 72 hrs. (3 días), previos a completar los 14 días de aislamiento, puede ser dada de alta, y no deberá ser identificada como contacto estrecho de otro miembro del hogar que desarrolle la enfermedad, por lo que no debe volver a cumplir medidas de aislamiento o cuarentena.
 - En relación a lo anterior, el período de aislamiento podría prolongarse, de acuerdo a evaluación médica¹⁸.

- Posponer los controles presenciales obstétricos programados en su centro de salud, la realización de ecografías y exámenes de laboratorio de control hasta finalizar el período de aislamiento.

- Educar en la identificación de signos y síntomas sugerentes de agravamiento del cuadro COVID-19 como signos y síntomas de alerta de carácter obstétrico con el fin de intencionar la consulta temprana en servicio de urgencia Gineco-obstétrica.

Fuente: Elaboración Propia. Programa de Salud de la Mujer, MINSAL. 2020.

2. ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PARTO

Las prestaciones asociadas a la atención hospitalaria del parto se consideran como críticas, por lo tanto, deben mantenerse en todas las etapas de la pandemia, considerando lo indicado en el documento de Orientaciones para el manejo de casos SARS-CoV2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o díadas del Ministerio de Salud¹⁹.

3. CONTROL DE LA DÍADA

Los Centros de Atención Primaria deben continuar con la atención post parto, con el fin de mantener, en conjunto con los controles prenatales, la vigilancia perinatal, referencia/contra-referencia y referencia asistida en caso de ser necesario, evitando así un aumento de la morbilidad materna por causas prevenibles.

Control de Díada, Puérpera o Recién Nacido/a post alta, COVID-19 Negativo:	Deben realizar su control en centro de atención primaria correspondiente, de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes.
Control de Díada, Puérpera o Recién Nacido/a post alta, COVID-19 Sospechoso o confirmado:	Requieren de control en domicilio para mantener aislamiento domiciliario de acuerdo a lineamientos técnicos vigentes.

Para los casos de díadas sospechosas o confirmadas que requieren cumplir cuarentena ya sea en sus domicilios o residencias sanitarias, los equipos de salud de atención primaria deberán realizar la respectiva visita para velar por la continuidad de la atención.

4. LACTANCIA MATERNA

En madres con COVID-19, el Ministerio de Salud sugiere amamantar por sobre no amamantar²⁰. Considerando lo anterior, y teniendo presente los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño/a, sobre todo en situaciones de emergencia, la promoción y protección de la lactancia materna debe mantenerse en todo momento en la red asistencial.

Con el fin de dar continuidad a los cuidados orientados a las madres que amamantan y sus familias, los establecimientos de salud deberán²¹:

- a. Continuar incentivando el contacto piel a piel inmediato al momento del parto, la mamada en la primera hora, procurando el alojamiento conjunto de madre e hijo y la lactancia a libre demanda, si las condiciones de la madre lo permiten, y de acuerdo a lineamientos del Ministerio de Salud.
- b. Considerar cualquier consulta de madres de niños y niñas menores de 1 mes sobre lactancia materna, debe ser considerada una Consulta de Urgencia y se debe priorizar la atención en carácter presencial.
- c. Mantener el carácter presencial de las consultas de alerta y de seguimiento en menores de 6 meses. Esta modalidad podrá ser realizada mediante una visita domiciliaria. Se deben priorizar especialmente en aquellos casos de niños o niñas que presentan antecedentes de bajo incremento ponderal (menor a 20g/día), u otras situaciones de riesgo, de acuerdo con el criterio clínico. Estas prestaciones se deben registrar en REM habitual.
- d. En cuanto a las consejerías en lactancia materna, se sugiere realizarlas de forma remota, y se debe registrar en REM habitual.

5. REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

El acceso a los métodos de regulación de la fertilidad es particularmente importante en contextos de crisis, emergencias y/o desastres, alertas sanitarias y estado de catástrofe, como el que vivimos actualmente con la pandemia COVID-19, cuando las personas se encuentran afectadas por la pérdida de las estructuras de apoyo social y cuando pueden estar interrumpidos los sistemas para brindar información sobre los servicios relacionados.

Considerando lo anterior, se definen las siguientes prestaciones críticas en APS:

a. Ingreso a Regulación de Fertilidad:

Los criterios de elegibilidad no presentan modificación en el actual contexto. A su vez es importante favorecer el inicio de inmediato de la anticoncepción (“Quick Start”) cuando la mujer lo solicita, sin esperar hasta el próximo período menstrual, si se está razonablemente segura/o que la mujer no está embarazada o no tiene riesgo de embarazo.

Tabla 4: Esquema de aplicación criterios para el inicio inmediato de la anticoncepción.

CRITERIO	SÍ O NO	Si en la mujer se cumple uno o más criterios se debe dar inicio inmediato a la anticoncepción
No ha tenido relaciones sexuales desde el último período menstrual normal		
Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo		
Está dentro de los primeros 7 días de su período menstrual		
Está dentro de los primeros 6 meses postparto, en amenorrea de lactancia y en lactancia materna exclusiva		
Está dentro de las primeras 4 semanas postparto y no está en lactancia		
Está dentro de los primeros 7 días postaborto		

Fuente: MINSAL. Norma Nacional de Regulación de la Fertilidad. 2018. Elaboración Propia.

Si existen dudas y está disponible el test de embarazo, se debe utilizar, sin embargo, el resultado para confirmar o descartar embarazo sólo es seguro si han transcurrido más de 3 semanas desde la relación sexual sin protección anticonceptiva. Las/os profesionales de la salud deben considerar con riesgo de embarazo a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección dentro de los últimos 7 días.

b. Realizar controles de regulación de fertilidad priorizados:

Recambio implantes anticonceptivos en usuarias con plazo vencido.
Atención ante riesgo de disminución de protección anticonceptiva.
Control del primer mes post inserción de dispositivo intrauterino con cobre y medicado (LNG) y de acuerdo a criterio profesional.

La Modalidad de atención puede ser presencial y remota (realizar controles de regulación de fertilidad modo presencial para: recambio implantes anticonceptivos en usuarias con plazo vencido, con riesgo de disminución de protección anticonceptiva y control del primer mes post inserción de DIU Cu y LNG y de acuerdo al criterio profesional).

Para mantener y garantizar el acceso a la información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, como lo estipula la Ley 20.418, se recomienda implementar de manera complementaria mecanismo de atención remota (telefónica, videollamadas, plataformas virtuales institucionales), siempre resguardando la confidencialidad, oportunidad y seguridad de atención. Algunas de las acciones que puede reconvertirse de manera remota (Tele-consulta) son^{22,23}:

- ✓ Consejería y consulta en regulación de fertilidad.
- ✓ Prescripción de métodos anticonceptivos (progestágeno puro o anticoncepción de emergencia) o para dar continuidad de método en población en control, asegurando la dispensación en el centro de salud.
- ✓ Consulta para extracción y recambio de métodos de larga duración reversible (LARC) siempre y cuando no existan síntomas de infección en el caso concreto de los DIUs. Mediante esta atención, el profesional, en conjunto con la usuaria, deberán definir la pertinencia de la atención presencial o realizar reagendamiento.
- ✓ Asesoramiento a mujeres que desean abandonar el método anticonceptivo actual para buscar embarazo.

Tabla 5: Recomendaciones para inicio o cambio de Métodos Anticonceptivos según modalidad de atención.

Consulta por inicio o cambio de anticoncepción	
Consulta presencial	Según criterio de elegibilidad OMS
Tele Consulta sin COVID-19	Evitar métodos con estrógenos si no se cuenta con toma de presión arterial reciente y confiable.
Tele-Consulta con COVID-19	Usar progestinas puras o método no hormonal

Fuente: Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG), Comunicado sobre adecuación de terapias con estrógenos en anticoncepción y en terapias hormonales de la menopausia. Santiago 15 de junio 2020.

c. Anticoncepción post parto y post aborto en atención terciaria:

Como una manera de ampliar el acceso a métodos anticonceptivos en mujeres post parto y post aborto, se recomienda otorgar esta prestación en nivel terciario de manera complementaria a la Atención primaria. Esta atención debe mantener los estándares mencionados en la Norma de Regulación de Fertilidad vigente²⁴, de acuerdo con los Criterios médicos de elegibilidad OMS, el uso antes de las 6 semanas postparto de Implantes anticonceptivos y progestágeno oral son categoría 2. En el caso de los dispositivos intrauterinos la inserción antes de las 48 horas incluyendo la inserción inmediata después de alumbramiento es categoría 1.

d. Continuidad de despacho de Métodos Anticonceptivos (MAC) e insumos de Salud Sexual:

- * La indicación de Métodos Anticonceptivos debe ser remota y para el caso de adolescentes debe ser remota o en domicilio, siempre previo acuerdo con ellos.
- * Garantizar despacho por un período más extenso (> a 1 mes) de acuerdo al tipo de producto o fármaco y stock disponibles. Reforzar medidas de almacenamiento en domicilio.
- * Para usuarias con COVID-19 confirmado, el despacho de métodos anticonceptivos puede ser presencial, entregado a un tercero (familiar que no sea caso ni contacto estrecho) o entregado en domicilio.

e. Recomendaciones de manejo ante usuaria de métodos anticonceptivos con infección COVID-19 confirmada:

Uno de los efectos adversos de la Anticoncepción Oral Combinada (AOC) es el aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica. Esto se fundamenta en su acción sobre el sistema coagulación-anticoagulación-fibrinólisis. Si bien este efecto ha sido moderado en el transcurso del desarrollo de estas

tecnologías sanitarias, es pertinente recordar que las primeras formulaciones de AOC conteniendo dosis extremadamente altas de etinil estradiol (80 a 100 µg) estuvo asociado a 6 veces aumento del riesgo de trombosis²⁵, en cambio los AOC de segunda y tercera generación tienen un riesgo de 4 veces respecto a las no usuarias (aproximadamente 7/10.000 mujeres años) e inferior al riesgo de trombosis venosa asociado a embarazo (20/10.000 mujeres año)²⁶.

Según la evidencia científica disponible hasta el momento sobre Covid-19; esta es una enfermedad infecciosa que en los casos severos resulta en una respuesta inflamatoria sistémica con tormenta de citoquinas y coagulopatía de consumo que ensombrece el pronóstico vital de las personas, generando en los casos severos y críticos, un estado pro trombótico^{27,28,29}.

Dado lo expuesto anteriormente, el Ministerio de Salud recomienda las siguientes orientaciones para el manejo de métodos anticonceptivos en usuarias confirmadas de COVID-19:

- * En caso de mujer con COVID-19 asintomático o sintomático leve : No hacer cambios de método de anticoncepción (incluido los métodos combinados). Considerar la necesidad de realizar una reevaluación integral con el fin de descartar la presencia de comorbilidades que puedan aumentar el riesgo de trombosis.
- * En caso de presentar una enfermedad COVID-19 moderada a severa (Neumonía e inmovilización en cama):
 - Suspender de inmediato la anticoncepción hormonal combinada, en cualquiera de sus formas de administración.
 - Realizar evaluación integral para determinar requerimiento de medidas de trombo profilaxis.
- * Es importante tener en consideración que, en usuarias de métodos inyectables combinados, la importante acción estrogénica producida, es un efecto que no se puede detener o retirar. Esto, sumado a la presencia de los efectos de COVID-19, independientemente de la severidad del cuadro, impone la necesidad de **iniciar terapia anticoagulante y suspender el uso de este método, reemplazándolo por uno de progestágeno sólo en el siguiente ciclo.**
- * En relación a la anticoncepción de emergencia, el régimen de Yuzpe debe ser evitado por la dosis de estrógenos que conlleva. Se podrá utilizar el Levonorgestrel.

El uso de píldoras de progestágenos puros puede mantenerse, siempre considerando los criterios de elegibilidad.

- * Reinicio de uso métodos anticonceptivos al alta:
 - Nivel terciario debe coordinar con APS consulta con Matrona/ón para reiniciar métodos **de progestágeno sólo o métodos de barrera en aquellas mujeres que presenten efectos secundarios al uso de métodos de progestinas.**
 - Se recomienda mantener este método durante 6 meses. Posterior a este período se podrá reevaluar con el fin de decidir junto a la usuaria el cambio de método a uno combinado, si ella así lo desea, siempre de acuerdo a los criterios de elegibilidad.
 - En el caso de indicarse método hormonal, se debe considerar la entrega de ese método más preservativos para 7 días.

Tabla 6: Resumen recomendaciones de manejo de Métodos anticonceptivos en cuadros COVID-19(+).

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN CUADROS COVID-19		
Tipo	Severidad de cuadro COVID-19 (casos sospechosos o confirmados)	
	<i>Asintomático/leve</i>	<i>Moderado/grave</i>
Anticonceptivos de Progestágeno sólo	No es necesario hacer cambios.	No es necesario hacer cambios.
Anticonceptivos Combinados, con estrógeno	No es necesario hacer cambios	Cambiar método por progestinas puras, en cualquiera de sus formas de administración una vez recuperado su cuadro clínico
Anticoncepción de emergencia LNG	Se puede utilizar	Se puede utilizar
Anticoncepción de emergencia Yuzpe	No recomendada	No recomendada

Fuente: Adaptado desde comunicado sobre adecuación de terapias con estrógenos en anticoncepción y en terapias hormonales de la menopausia, Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG). Santiago 15 de junio 2020.

f. Consulta de anticoncepción de emergencia.

Población Adulta:

- * La consulta se podrá realizar de forma presencial o remota (con retiro de la píldora de anticoncepción de emergencia en centro de salud).

Adolescentes:

- * La atención siempre debe ser presencial.
- * Acoger a adolescentes que acuden por consulta espontánea.
- * Otorgar atención a adolescentes que consultan por atraso menstrual.
- * Se recomienda hacer seguimiento remoto una vez prescrita la anticoncepción de emergencia.

Cada equipo de salud debe identificar a aquellos grupos y poblaciones que puedan presentar barreras de acceso a la atención en SSR (niños, niñas, adolescentes, personas migrantes, personas en situación de calle, personas en situación de discapacidad, Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención de Salud (NANEAS), personas con trastornos por consumo de alcohol y otras drogas, etc.), generando estrategias para la continuidad de sus cuidados en Salud Sexual y Reproductiva.

6. SALUD SEXUAL E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS):

Las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad recomiendan, en situaciones de emergencia, desastre, alerta sanitaria y estado de catástrofe, abordar todas las necesidades urgentes de salud sexual considerando la protección contra la violencia sexual; profilaxis para ITS y VIH, prevención y tratamiento de ITS y VIH.

En virtud de lo anterior, se recomienda priorizar las siguientes prestaciones críticas en este ámbito:

6.1. Atención Primaria de Salud:

Priorizar las siguientes prestaciones:

- * Consulta ITS.
- * Acceso a exámenes de laboratorio: VIH y VDRL para Gestantes, como parte de los exámenes de rutina) y en consultas ITS o sospecha clínica.
- * Acceso a Test rápido para detección de VIH, priorizando según riesgo, en especial población adolescente y joven. Seguimiento y derivación de casos reactivos y/o confirmados.
- * Continuidad de entrega de insumos de Salud Sexual (condones y/o lubricantes) por un período más extenso (> 1 mes), de acuerdo a stock disponibles. Reforzar medidas de almacenamiento adecuado en el domicilio.
- * Tomar examen de PAP y mamografía si corresponde.
- * Promover el uso de los servicios preventivos disponibles para los usuarios: Servicio telefónico de funcionamiento 24 horas FONOSIDA (800 378 800) y/o Salud Responde (600 360 7777).

6.2. Nivel secundario^{31,32}:

a. Personas viviendo con VIH:

Priorizar la atención de:

- * Gestantes, seguir norma vigente de prevención de la transmisión vertical.
- * Atención de personas diagnosticadas sin terapia antirretroviral (ingresos y reingresos), esto para iniciar tratamiento o reiniciarlo si corresponde.
- * Control de pacientes que iniciaron recientemente Terapia Antirretroviral (TAR).
- * Consulta espontánea por morbilidad general y respiratoria, en personas con VIH.

Y se sugiere:

- * Posponer los controles de aquellos usuarios **estables** en tratamiento antirretroviral (CD4 > 350 cél/mm³ y CV indetectable).
- * Posponer la toma de exámenes de laboratorio que no sean estrictamente necesarios.
- * Personas no contactadas para suspender controles y que lleguen a centro de atención deben ser atendidos con entrega de receta médica por 6 meses.
- * La entrega de condones puede ser realizada para 2 a 3 meses según stock local, y centralizarla de ser necesario para evitar el tránsito de personas usuarias por las otras dependencias del hospital (manteniendo el adecuado registro).

Tratamiento Antirretroviral: Debido a la contingencia, el Ministerio de Salud a través del decreto N° 4 publicado el 25 de marzo 2020 instruyó ***“Autorizar que, en la red pública y privada, aquellos tratamientos de uso periódico para enfermedades crónicas, que son prescritos con dosis para períodos quincenales o mensuales, puedan prescribirse con la dosis necesaria para hasta tres meses, siempre que las condiciones de dispensación, conservación o suministro del medicamento lo permitan”.***

En base a lo anterior se instruye la entrega de las terapias, en lo posible, por un período mayor a 1 mes de tratamiento, e implementar estrategias que eviten una mayor exposición de las personas con VIH, tales como:

- * Permitir que personas viviendo con VIH en control en un establecimiento público de la red asistencial puede retirar su TAR, preservativos y/o fármacos oportunistas en otro establecimiento con prestaciones para Personas viviendo con VIH, más cercano a su residencia actual, si esta ha sido modificada por cuarentena o cordones sanitarios.
- * Retiro de medicamentos desde las farmacias del hospital por parte de un tercero autorizado por el usuario.
- * Dispensación de fármacos a domicilio o a puntos de acercamiento a la comunidad, de acuerdo a la posibilidad del establecimiento.

b. Atención de Infecciones de Transmisión Sexual:

Atenciones que se deben mantener disponibles:

- * Gestantes con ITS independiente del seguro de salud (público o privado) y/o situación migratoria.
- * Consulta espontánea de casos nuevos sintomáticos (cualquier ITS) o asintomáticos que requieren tratamiento (Sífilis, Gonorrea, chlamydia).
- * Usuarios y usuarias víctimas de violencia sexual que requieran continuidad de tratamiento para profilaxis, tanto de ITS como de VIH.
- * Usuarios donantes de sangre con tamizaje reactivo a sífilis para seguimiento serológico, además, confirmación, seguimiento y derivación de donantes con tamizaje reactivo a VIH.
- * Consultantes de Salud Sexual.
- * Personas no contactadas para suspender controles, y que asistan al centro de atención.

Posponer los controles de personas ya tratadas y citar solo a quienes se encuentran con exámenes alterados que requieran atención inmediata.

c. Control de trabajadoras/es sexuales: Según realidad epidemiológica:

- * Mantener entrega de condones.
- * Mantener entrega de lubricantes, según corresponda.
- * Reagendar los controles, espaciando los horarios de citación.

7. CLIMATERIO

- * Mantener la provisión de Terapias Hormonales de la Menopausia (THM) por un período más extenso (> 1 mes).
- * Si bien los ingresos y controles de climaterio no se plantean como prestación crítica en atención primaria de salud, se sugiere identificar a aquellas usuarias que requieren atención preferente de acuerdo con cuadro clínico o comorbilidades.
- * Se sugiere la siguiente modalidad de atención para inicio o cambio de THM:

Tabla 7: Recomendaciones para inicio o cambio de Terapia Hormonal de la Menopausia según modalidad de atención.

Consulta por inicio o cambio de THM	
Consulta presencial	Según orientación técnica vigente.
Tele-consulta	Según orientación técnica vigente, evitar THM que contengan estrógenos orales, si no se cuenta con toma de presión arterial reciente y confiable. Se puede usar estradiol transdérmico con o sin progestina según presencia o ausencia de útero.

Fuente: Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG), Comunicado sobre adecuación de terapias con estrógenos en anticoncepción y en terapias hormonales de la menopausia. Santiago 15 de junio 2020.

7.1. Recomendaciones de manejo THM en usuarias confirmadas de COVID-19(+)

Las usuarias de THM confirmada de COVID-19, al igual que las usuarias de AOC, potencialmente poseen mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, es por esta razón, que el Ministerio de Salud recomienda lo siguiente:

- * En los casos de usuarias de THM sistémica, las recomendaciones dependerán del grado de severidad del cuadro clínico:
 - Asintomático/leve: Se sugiere evaluar el retiro de la terapia o evaluar el cambio de uso de estradiol transdérmico o tibolona si existiera dependencia.
- * Moderado/grave: Suspender terapia (Sólo en el caso de tratamiento ambulatorio, evaluar uso de estradiol transdérmico o tibolona si existiera dependencia)
- * En los casos de usuarias de THM local, la recomendación independiente del grado de severidad es no suspender la terapia.

Tabla 8: Resumen recomendaciones de manejo de THM en cuadros COVID-19(+).

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA EN CUADROS COVID-19		
Tipo de THM	Severidad COVID-19	
	Asintomático/leve	Moderado/grave
Terapia Hormonal de la Menopausia - Sistémica	<p>Sin factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirar sólo si es posible. - Plantear el uso de estradiol transdérmico o tibolona, si existiera dependencia. <p>Con factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender THM. - Plantear el uso de estradiol transdérmico o tibolona, si existiera dependencia. 	<p>Casos con tratamiento ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender THM - Plantear el uso de estradiol transdérmico o tibolona, si existiera dependencia. <p>Casos que requieren hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suspender cualquier tipo de THM.
Terapia Hormonal de la Menopausia - Local	No es necesario suspender terapia	No es necesario suspender terapia

Fuente: Adaptado desde comunicado sobre adecuación de terapias con estrógenos en anticoncepción y en terapias hormonales de la menopausia, Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica (SOCHEG). Santiago 15 de junio 2020.

8. PRESTACIONES ASOCIADAS A LA LEY 21.030 - INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Las prestaciones enmarcadas en la Ley 21.030 "Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales" **se deberán mantener durante todas las etapas de la pandemia**, en **toda la red de salud**, sin variación, y **siempre de acuerdo con normativas y lineamientos MINSAL**^{33, 34, 35}. Cada centro deberá generar estrategias que permitan otorgar una atención integral, oportuna y de calidad a las usuarias que lo requieran, considerando las prestaciones que deben estar disponibles para cada causal.

CONSIDERACIONES:

- * Es importante considerar la constitución de la causal 1 ante casos de gestantes que cursen cuadro COVID-19 y que estén en situación de riesgo vital inminente, antes de las 22 semanas.
- * En el caso de la causal 3, con el fin de evitar la revictimización de las usuarias, se recuerda no aplicar criterio de territorialidad en la atención, evitando la derivación innecesaria para su resolución.
- * De acuerdo a realidad local, se deberá evaluar la pertinencia de ofrecer sesiones del programa de acompañamiento psicosocial, ya sea de forma presencial o remota.

9. ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud recomienda garantizar el acceso a los servicios sanitarios para las víctimas de violencia sexual, de todas las edades (NNA, mujeres, hombres y población LGTBI+) durante la pandemia; dado que el actual contexto incrementa los riesgos y vulnerabilidades asociadas a este problema sanitario. A su vez, insta a los sistemas de salud para proveer servicios remotos que permitan acoger a la víctima y facilitar la coordinación de servicios de apoyo^{36,37}.

Una de las estrategias de prevención, es disminuir las situaciones de estrés en el hogar y adoptar medidas efectivas antes casos de violencia; para lo cual se sugiere sensibilizar las personas durante nuestras prestaciones presenciales y remotas de las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES PARA COMBATIR EL ESTRÉS EN EL HOGAR Y MEDIDAS EN EL CASO DE SUFRIR UN EVENTO DE VIOLENCIA

En la medida de lo posible, reduzca las causas de estrés al procurar:

- * Buscar información en fuentes fiables y disminuir el tiempo que dedica al consumo de noticias (1 o 2 veces al día, en lugar de cada hora).
- * Pedir apoyo a sus familiares y amigos por teléfono, correo electrónico, mensajes de texto, etc.
- * Mantener las rutinas diarias y dedicar tiempo a realizar actividad física y a dormir.
- * Hacer ejercicios de relajación para mitigar los pensamientos y las emociones que causan tensión.
- * Realizar actividades que en ocasiones anteriores la hayan ayudado a superar momentos adversos.

Las mujeres que sufren violencia pueden considerar útil:

- * Contactar a familiares y amigos que puedan ayudarlas con cuestiones prácticas (por ejemplo, alimentos y cuidado infantil), así como a superar el estrés.
- * Elaborar un plan que permita preservar su seguridad y la de sus niños y niñas en caso de que la violencia empeore. El plan incluye tener los números telefónicos de los vecinos, amigos y familiares en caso de necesitar ayuda; tener a mano los documentos importantes, dinero y pertenencias personales para llevarse consigo en caso de necesitar salir de inmediato de la casa.
- * Planificar la manera de salir de la casa y pedir ayuda.
- * Tener los datos de las líneas telefónicas de ayuda, asistentes sociales, organismos de protección infantil, estación de policía más cercana, albergues y servicios de apoyo accesibles. Actuar con discreción para evitar que la pareja o los familiares encuentren esta información.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. COVID-19 y violencia contra la mujer. Hum Reprod Program [Internet]. 2020;(1):1-5. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

La detección, acogida y primera respuesta de las víctimas de violencia sexual son **prestaciones definidas como críticas y se deben mantener en todas las etapas de la pandemia**, considerando lo indicado en:

- * Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual (Resolución exenta N°584 del 22 Septiembre de 2015, MINSAL).
- * Ley 21.057, que regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.
- * Orientaciones para el abordaje de la violencia de género detectada en atenciones de salud (Oficio B121 N°2734, del 13 de julio de 2020, MINSAL).

10. INMUNIZACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las inmunizaciones se consideran como **prestación crítica**, por lo que deberán ser brindadas en cada establecimiento, de acuerdo a normativas e indicaciones del Ministerio de Salud, y registrada su administración en el registro en línea (RNI) cumpliendo con los plazos definidos para esta actividad (hasta 24 horas desde la inmunización).

Las vacunas relacionadas a las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) son las siguientes:

10.1. Vacunación Programática relacionada a SSR:

VACUNACIÓN DEL LACTANTE		
EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por M. tuberculosis
	Hepatitis B	Hepatitis B
VACUNACIÓN ESCOLAR*		
4° Básico	VPH - 1ª Dosis	Infecciones por virus Papiloma Humano
5° Básico	VPH - 2ª Dosis	
VACUNACIÓN DEL ADULTO		
Embarazadas desde las 28 semanas de gestación	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

*Esta vacunación se encuentra en el marco del control de Salud escolar en Niñas, Niños y Adolescentes.

Las recomendaciones para la vacunación programática durante la pandemia SARS-CoV-2 del Departamento de Inmunizaciones son las siguientes³⁸:

- * Mientras las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2 lo permitan, mantener la vacunación programática, esto es, mantener las vacunaciones correspondientes al calendario de los niños, embarazadas y personas mayores de 65 años.
- * En todos los centros hospitalarios se debe asegurar la vacunación de los/las recién nacidos/as según calendario de vacunación (hepatitis B y BCG).
- * Para no perder oportunidad de vacunación, se autoriza la administración de vacunas hasta 15 días previo a la fecha de la edad correspondiente según calendario de vacunación.

Las recomendaciones para la vacunación del/la recién nacido/a durante la pandemia SARS-CoV-2 del Departamento de Inmunizaciones son las siguientes³⁹:

- * Mientras las medidas para controlar la transmisión de SARS-CoV-2 lo permitan, mantener la vacunación programática, esto es, mantener la administración de vacuna hepatitis B y BCG al RN, producto de parto intrahospitalario y/o extrahospitalario, según las recomendaciones vigentes.
- * En todos los centros hospitalarios se debe asegurar la vacunación de los RN en la atención inmediata post parto o en la Unidad de Neonatología de establecimientos públicos y privados, según las recomendaciones de vacunación (Lineamiento Técnico Operativo vacuna Hepatitis B en RN y Decreto de vacunación obligatoria N°6, año 2010).
- * En caso de RN sin confirmación de laboratorio de infección por COVID-19, hijo/a de madre con confirmación por laboratorio, con cuadro leve, seguir las recomendaciones actuales de vacunación contra hepatitis B y vacuna BCG.
- * En caso de RN con confirmación de laboratorio de infección por COVID-19, hijo/a de madre con confirmación por laboratorio, con cuadro moderado a severo, seguir las recomendaciones actuales de vacunación contra hepatitis B (RN < 2000 gramos, médicamente inestable posponer vacunación y vacunar ante estabilidad clínica, según indicación médica, en los primeros 7 días de nacimiento) y de vacunación BCG.

10.2. Atención en inmunización a víctimas niños, niñas y adolescentes de violencia sexual:

Consideraciones importantes:

- * Revisar el historial de vacunación de la víctima en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI), vigente a partir del año 2013. Según esto, definir vacunas que deben ser administradas (hepatitis B, Virus Papiloma Humano)
- * Preguntar el antecedente de vacunación contra hepatitis B (carnet) a personas nacidas antes del año 2005, que pudieron vacunarse en forma privada.
- * Vacunas a administrar: Hepatitis B y Virus Papiloma Humano (VPH), de acuerdo a lineamientos de Dpto. Inmunizaciones, MINSAL.

10.3. Personas con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) e hijos/as de madres con infección por VIH expuestos/as durante la gestación:

Debe mantenerse la inmunización, de acuerdo a lo indicado en el documento de Recomendaciones para la vacunación de personas con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo⁴⁰.

REFERENCIAS

- 1- Organización Mundial de la Salud. (2020). Infecciones por coronavirus. 05 de marzo de 2020, de OMS. Disponible en sitio web: https://www.who.int/topics/coronavirus_infections/es/
- 2- Organización Mundial de la Salud. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). 05 de marzo de 2020, de OMS. Disponible en sitio web: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 3- Organización Mundial de la Salud. (2020). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). 05 de marzo de 2020, de OMS. Disponible en sitio web: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- 4- Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Situación Epidemiológica, COVID-19 Chile. Informe de situación COVID-19. N° 9. 14 de marzo de 2020.
- 5- Organización Mundial de la Salud. El género y la COVID-19: Documento de apoyo, 14 de mayo de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332242/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-spa.pdf. Extraído el 24 de junio de 2020.
- 6- Gobierno de Chile, Estrategia "Paso a Paso, nos cuidamos". 24 de Julio de 2020. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/documentos/paso-a-paso/Estrategia-Gradual.pdf
- 7- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular C37 N°01, del 18 de marzo de 2020. Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/PROTOCOLO-DE-USO-DE-EQUIPOS-DE-PROTECCION-PERSONAL-EN-LA-PREVENCIÓN-DE-TRANSMISIÓN-DE-COVID19-versión-24-03-2020-corregido-%C3%A1ltima-página.pdf>
- 8- Ministerio de Salud. Circular C13 N°09, del 13 de marzo de 2013. Precauciones estándares para prevención de infecciones en la atención en salud y algunas consideraciones sobre aislamiento de pacientes. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d8615b8fdab6c48fe04001016401183d.pdf>
- 9- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular C37 N°02: Racionalización del uso de equipos de protección personal (EPP) en el contexto de la atención de pacientes durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/03-abr-Circular-2-Racionalizacion-uso-EPP-en-contexto-atencion-pacientes-durante-pandemia.pdf>
- 10- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular C37 N°04, del 21 de abril de 2020: Sobre algunas medidas para la protección del personal de salud en el contexto de la atención en

- establecimientos de salud durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/CIRCULAR-04-SUBSECRETARIA-DE-REDES-ASISTENCIALES.pdf>
- 11- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ordinario N°2448, del 04 de Agosto de 2020: Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de salud. 2020. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1uLHsXmTNAFiNpXdz2vvWy5aH68g0LA8f/view>
 - 12- Robertson T, Carter E, Chou V, Stegmuller A, Jackson BD, Tam Y, et al. Early Estimates of the Indirect Effects of the Coronavirus Pandemic on Maternal and Child Mortality in Low- and Middle-Income Countries. SSRN Electron J [Internet]. 2020;(20):1-8.
 - 13- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recomendaciones generales para los equipos de APS en el contexto de la Pandemia. 2020.
 - 14- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Plan de acción en Atención Primaria Fase 4 de pandemia COVID-19
 - 15- Ministerio de Salud. Guía Perinatal, 2015.
 - 16- Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Primera edición. 2008
 - 17- Ministerio de Salud. Programa de Salud de la Mujer- Chile Crece Contigo. Manual de talleres prenatales en la Atención Primaria de Salud: Una Herramienta para matronas y matrones. Diciembre 2017.
 - 18- Ministerio de Salud. Protocolo de Coordinación para acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia Covid-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. 2020.
 - 19- Ministerio de Salud. Orientaciones para el manejo de casos SARS-CoV2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o dñadas. Junio de 2020.
 - 20- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Recomendaciones Clínicas Basadas En Evidencia - Coronavirus / Covid-19, Recomendación Lactancia Materna e infección por COVID-19. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-enfermedades-transmisibles/covid-19/recomendaciones/recomendacion-deberian-las-madres-infectadas-covid-19-amamantar-vs-no-amamantar-a-sus-hijos-o-hijas/>
 - 21- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Ciclo Vital. Recomendaciones para la protección y promoción de la Lactancia Materna en el contexto de pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/28072020-Recomendaciones-para-la-proteccio%CC%81n-de-la-lactancia-materna-COVID1.pdf>.

- 22- Universidad de Atacama; Consideraciones para la provisión de servicios de regulación de fecundidad en Chile durante la pandemia por COVID-19;2020
- 23- Sociedad Española de Contracepción; Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19.;5 de abril 2020.
- 24- Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. 2018. 169 p.
- 25- WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception, Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicenter case-control study, Lancet 364:1575, 1995.
- 26- Heit JA, Spencer FA, White RH. The epidemiology of venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis 2016, 41:3-14.
- 27- Bikdeli B, et al (2020) COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. JACC. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020-04.031>
- 28- Thachil J, et al (2020) ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. J Thromb Haemost. <https://doi.org/10.1111/jth.14810>
- 29- Hunt B et al Practical guidance for the prevention of thrombosis and management of coagulopathy and disseminated intravascular coagulation of patients infected with COVID-19. <https://thrombosisuk.org/covid-19-thrombosis.php>
- 30- Ministerio de Salud. Orientaciones para el manejo de casos SARS-CoV2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o dñadas, junio 2020. ORIENTACIÓN PARA EL MANEJO DE CASOS SARS-CoV-2 (COVID-19) EN GESTANTES, PUÉRPERAS Y DÍADAS junio 2020.
- 31- Ministerio de Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ordinario C27/808 del 27 de marzo de 2020.
- 32- Ministerio de Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales Ordinario C26/1886 del 12 de junio de 2020.
- 33- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Nº 21.030. Regula la Despenalización Voluntaria del Embarazo en tres Causales. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/LEY_21030.pdf
- 34- Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud Pública. Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf

- 35- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Circular C2 N°02 del 05.03.2019. Instruye sobre directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley 21.030. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/circular_02_IVE_Directrices.pdf
- 36- Organización Mundial de la Salud. COVID-19 y violencia contra la mujer. Hum Reprod Program [Internet]. 2020;(1):1-5. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- 37- ONU Mujeres. Prevención De La Violencia Contra Las Mujeres Frente a Covid-19 En América Latina y El Caribe. 2020;(2019):92.
- 38- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaria Redes Asistenciales. Ordinario N°1360, del 29 de Abril de 2020: Recomendaciones para vacunación programática durante pandemia COVID-19. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Ord-B27-N%C2%B0-1360recomendaciones-para-vacunacion-programatica-durante-pandemia-covid19-29-abril-2020.pdf>
- 39- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública - Subsecretaria Redes Asistenciales. Ordinario N°2148, del 12 de junio de 2020: Recomendaciones para vacunación recién nacidos durante la pandemia COVID-19. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Ord-B27-N%C2%B0-2148-Recomendaciones-para-la-vacunacion-de-recien-nacidos-durante-la-pandemia-covid19-12-junio-2020.pdf>
- 40- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Inmunizaciones de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Recomendaciones para la vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo. Año 2019.

