

CERPO
Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

Ley IVE, 2 años después...

Dr. Juan Guillermo Rodríguez Arís

contexto

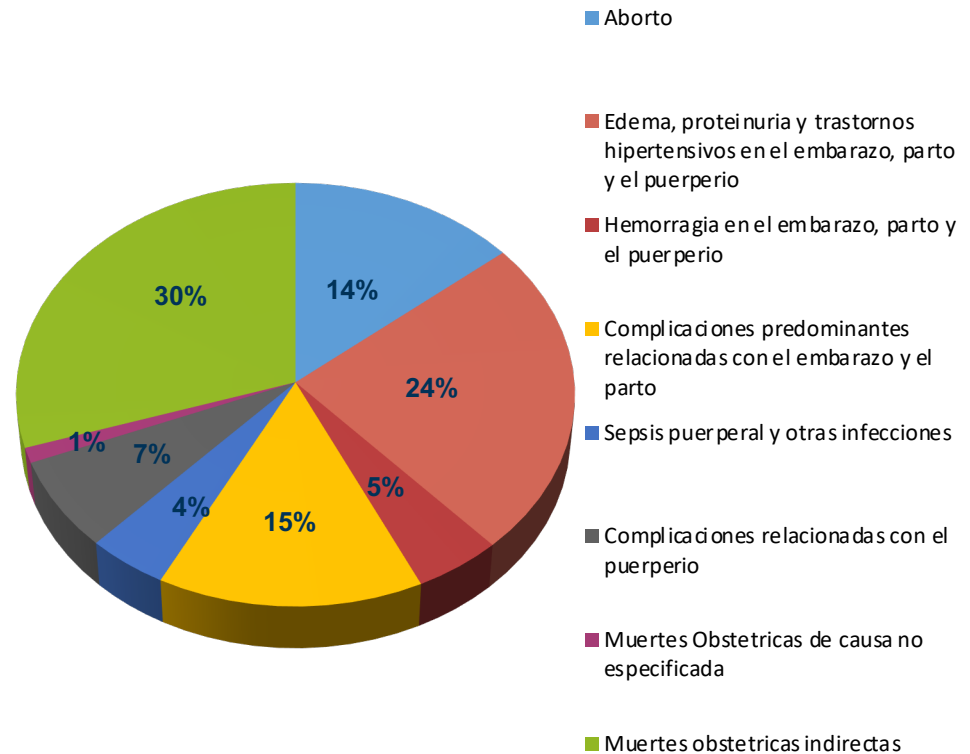
Antecedentes generales de Ley IVE 3 causales

- Es una Ley de **Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales**
- **La voluntad de la mujer está en el centro** de la regulación.
- **Excepcionalmente, cuando la vida de la mujer esté en peligro**, y aplicando las reglas generales contenidas en la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, no se requerirá su manifestación de voluntad.
- **El Proyecto reconoce que la violencia sexual afecta diferenciadamente a las mujeres menores de edad.**
- Se ampara especialmente en el respeto de la **autonomía progresiva y el interés superior de las niñas y adolescentes**, estableciendo reglas especiales respecto de ellas.
- En cualquier otra hipótesis **el aborto continúa siendo ilegal.**

Causal 1

- La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- La expresión “riesgo vital” permite la interrupción para poner fin a una situación actual que la llevará a la muerte de la mujer si no se interviene (inminente y no inminente)
- No tiene plazo, se pueden presentar a lo largo del embarazo

Mortalidad Materna*, Según causas CIE-10, Chile acumulado 2000-2012



DEIS-DIPLAS. MINSAL

*Hasta los 42 días post parto

En relación a patologías obstétricas o accidentes del embarazo bajo 22 semanas de gestación (con feto vivo)

- Infección intrauterina
- Preeclampsia severa con compromiso de sistemas, órganos blanco o eclampsia
- Síndrome de HELLP
- RPM antes de la viabilidad fetal asociada a signos de infección
- RPM sin signos de infección, se indica constituir la causal cuando:
 - Bajo 18 semanas el oligoamnios severo (bolsillo único <1cm) se haya mantenido 1 semana o más.
 - Entre 18-22 semanas: se haya realizado evaluación semanal de infección (parámetros clínicos, recuento globular, PCR) y alguno de éstos aparezca alterado.
- Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante y que sea debidamente fundamentada.

Causal 2

- Se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo cuando: “el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal”.
- No existe consenso en literatura médica internacional sobre concepto de **Anomalía Congénita Letal**.

“Anomalía congénita de mal pronóstico vital”

(ACMPV)

Definición

- Todo defecto estructural o funcional que compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina
- Que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles
- Y que determina invariablemente la muerte durante el periodo fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocia con un tiempo de supervivencia breve
- Aunque en condiciones muy excepcionales la supervivencia pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida

Estimación de casos ACMPV

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

Constitución de causal 2

- Requiere diagnóstico de dos médicos especialistas, que corroboren patología incompatible con la vida extrauterina independiente.
- De ser posible, noticia del diagnóstico deberá darse en conjunto entre médico y psicólogo/a.
- Se informará sobre: **Diagnóstico y pronóstico de su salud y la del feto**
- **Posibilidad de interrupción del embarazo**

Causal 3

- Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido **más de doce semanas de gestación**.
- Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido **más de catorce semanas de gestación**.
- Un equipo de salud, biopsicosocial especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

Reglas respecto de la manifestación de voluntad de las menores de edad

- Las Adolescentes entre 14 y 18 años, podrán manifestar su voluntad por sí misma. Su representante legal deberá ser informado de esta decisión.
- Tratándose de niñas menores de 14 años, la interrupción del embarazo requiere la autorización de su representante legal o uno de éstos en caso de tener más de uno.
- Se contemplan tres posibilidades de intervención judicial respecto de las niñas menores de 14 años, como autorización sustitutiva:
 - a. Cuando sus representantes legales han manifestado su voluntad contraria
 - b. Cuando éstos no han sido habidos
 - c. Cuando a juicio del médico(a) tratante existan antecedentes para afirmar que la solicitud de la autorización al representante legal pondrá en riesgo a la menor, como en una posible situación de abandono, violencia intrafamiliar, etc.

Adicionalmente se garantizó

- 1) Programa de Acompañamiento Psicosocial
- 2) Cuidados paliativos al Recién Nacido en Segunda causal
- 3) Investigación del Delito de Violación en Tercera causal

Investigación del delito de violación

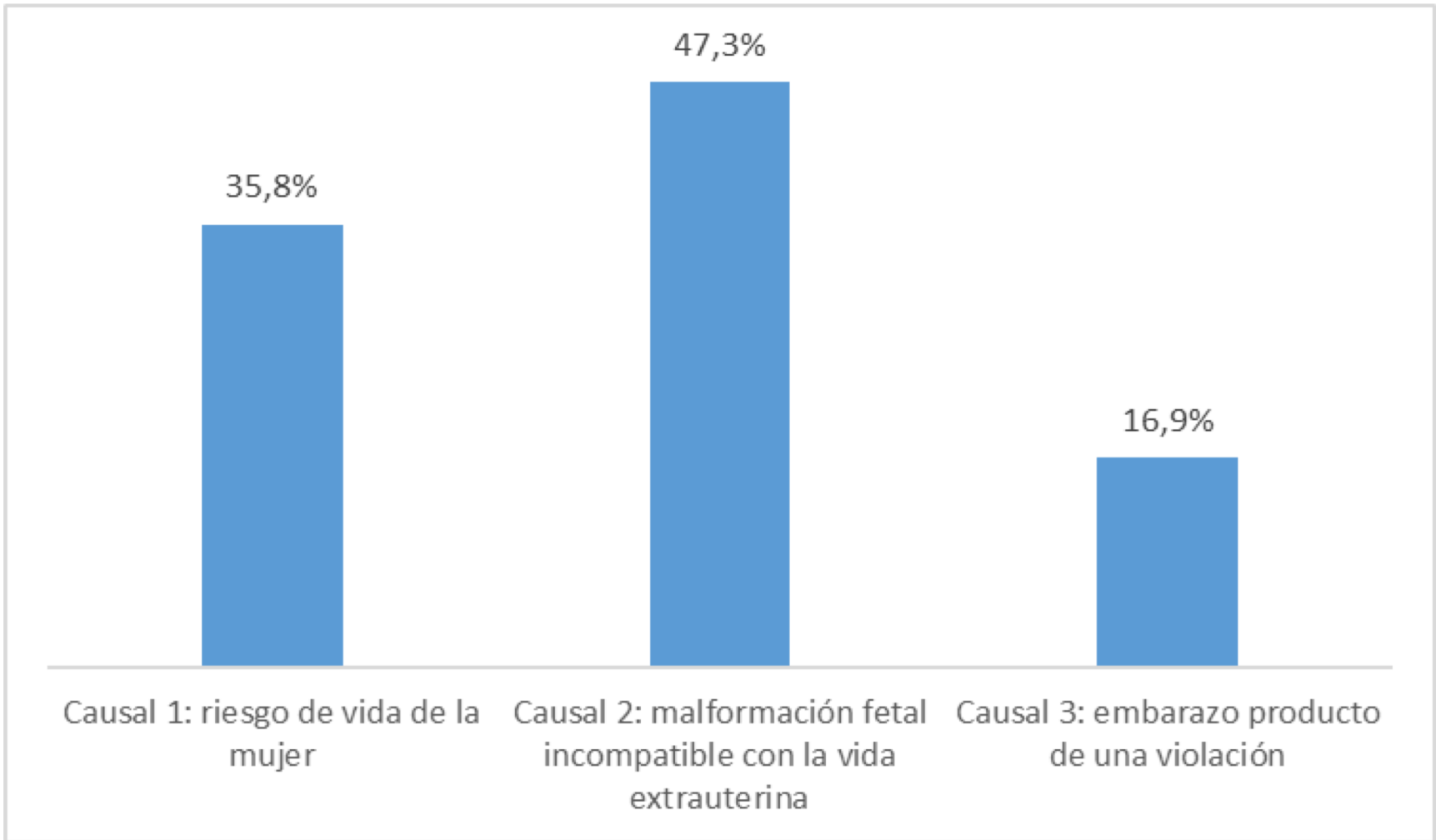
- a. Si al establecimiento llega una niña o adolescente **menor de 18 años** de edad que ha sido víctima de violación, **se mantiene el deber que tiene en la actualidad el o la Jefe(a) del Establecimiento de Salud de denunciar este delito**, según lo regulado en el Código Procesal Penal.
- b. Si la mujer es **mayor de 18 años** los(as) jefes(as) de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares **deberán poner en conocimiento del Ministerio Público dicho delito**, con la finalidad de que se investigue de oficio al o los responsables del mismo.
- c. En el proceso penal que se inicie no se podrán ordenar contra la mujer víctima medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal para lograr su **comparecencia que será siempre voluntaria**.
- d. En todos los casos anteriores **se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente**, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

situación país

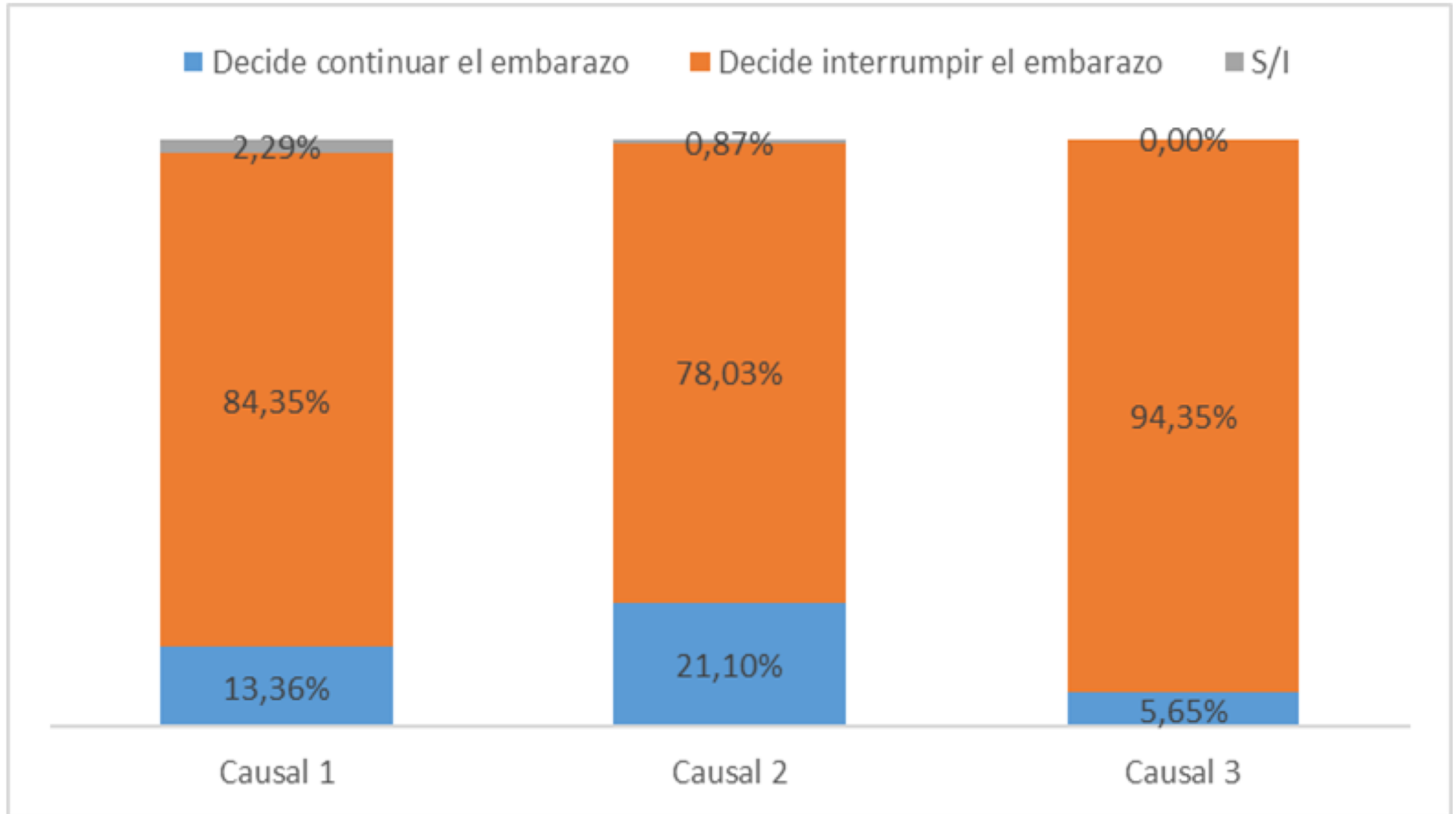
Constitución de una causal IVE

CAUSAL	2017 (septiembre-diciembre)	2018	2019 (enero-junio)
Causal 1	1	262	108
Causal 2	20	346	192
Causal 3	14	124	50
Total	35	732	350

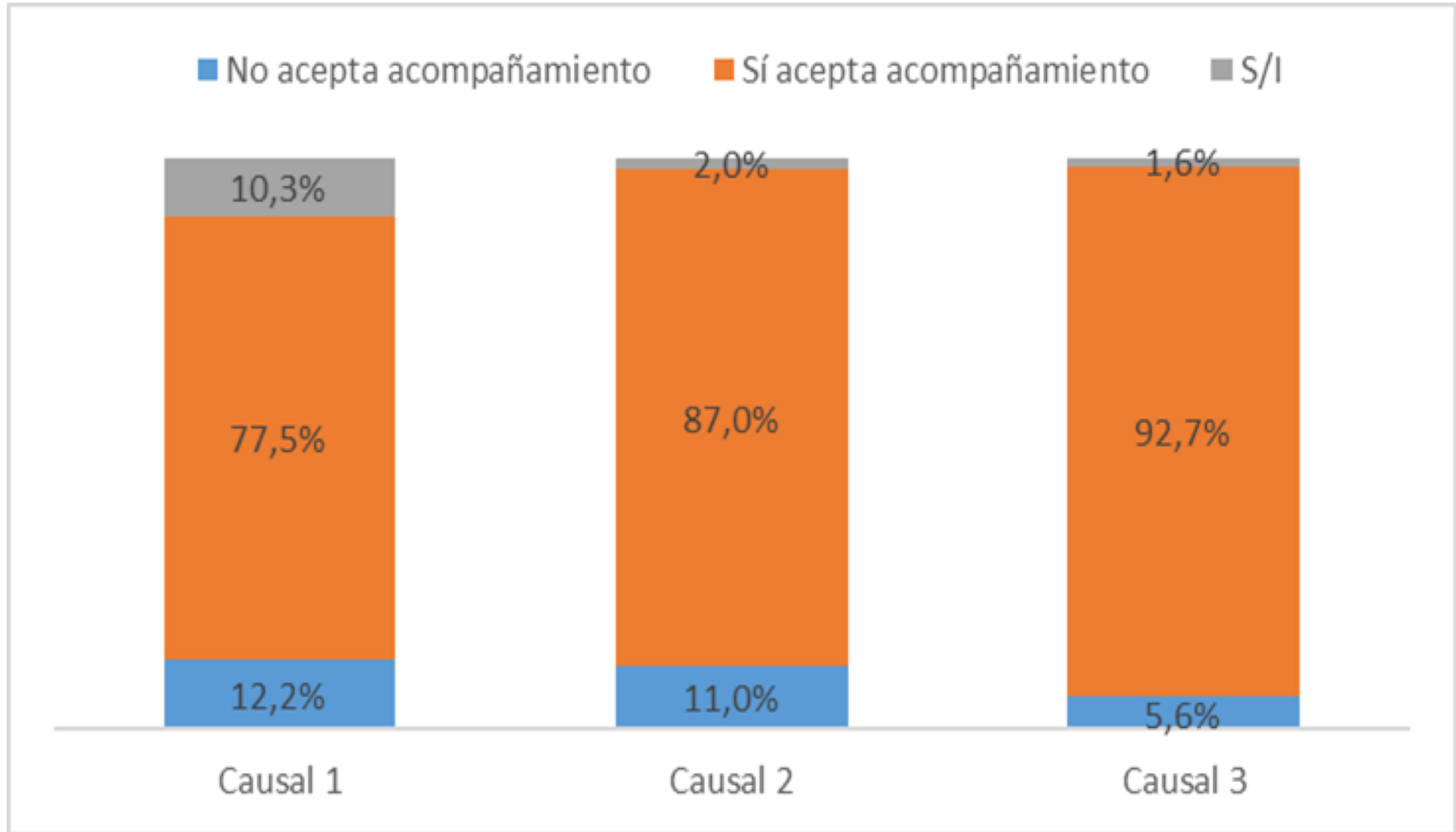
Distribución porcentual según causal, año 2018



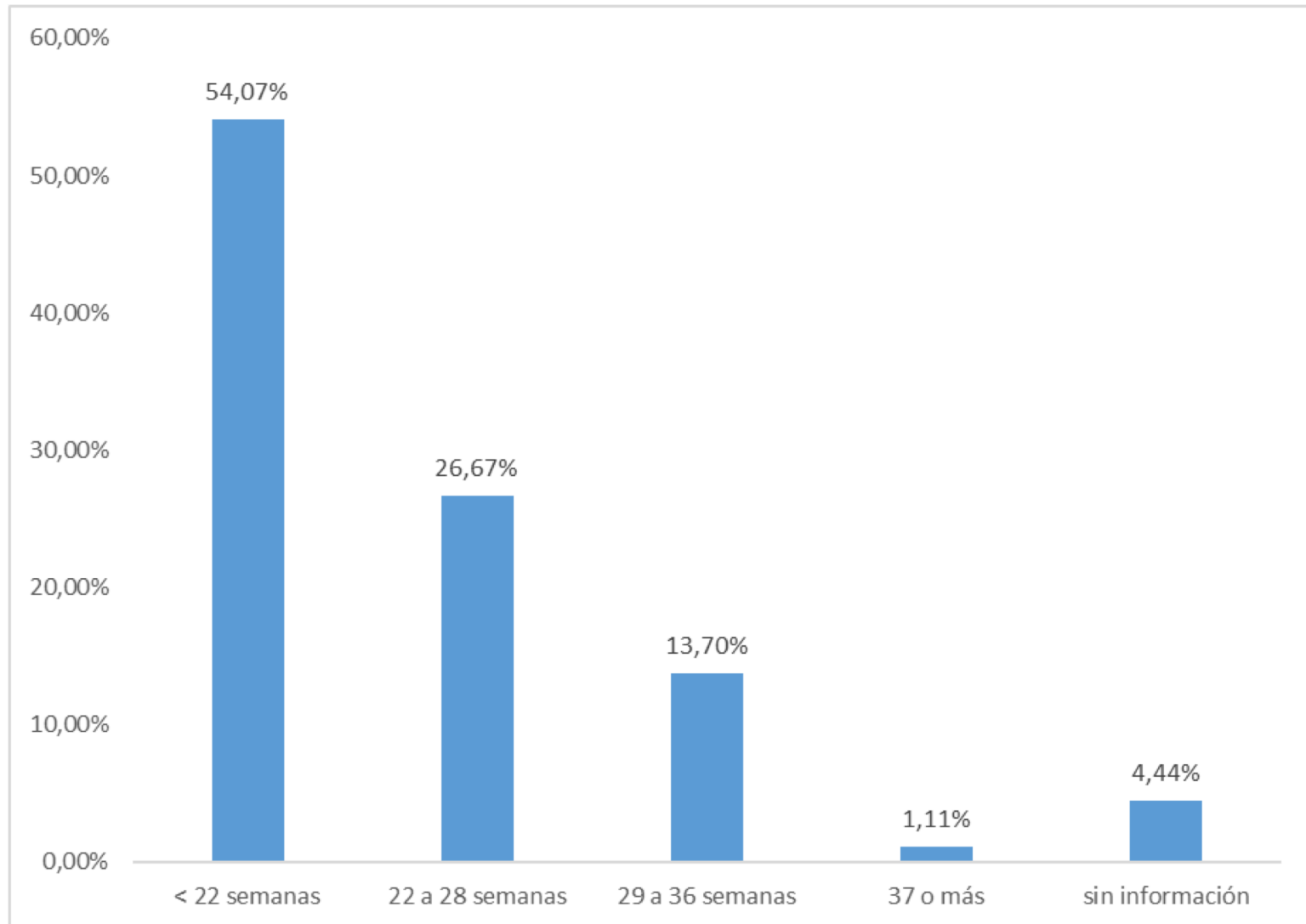
Distribución porcentual, decisión de la mujer respecto de su embarazo por causal, año 2018



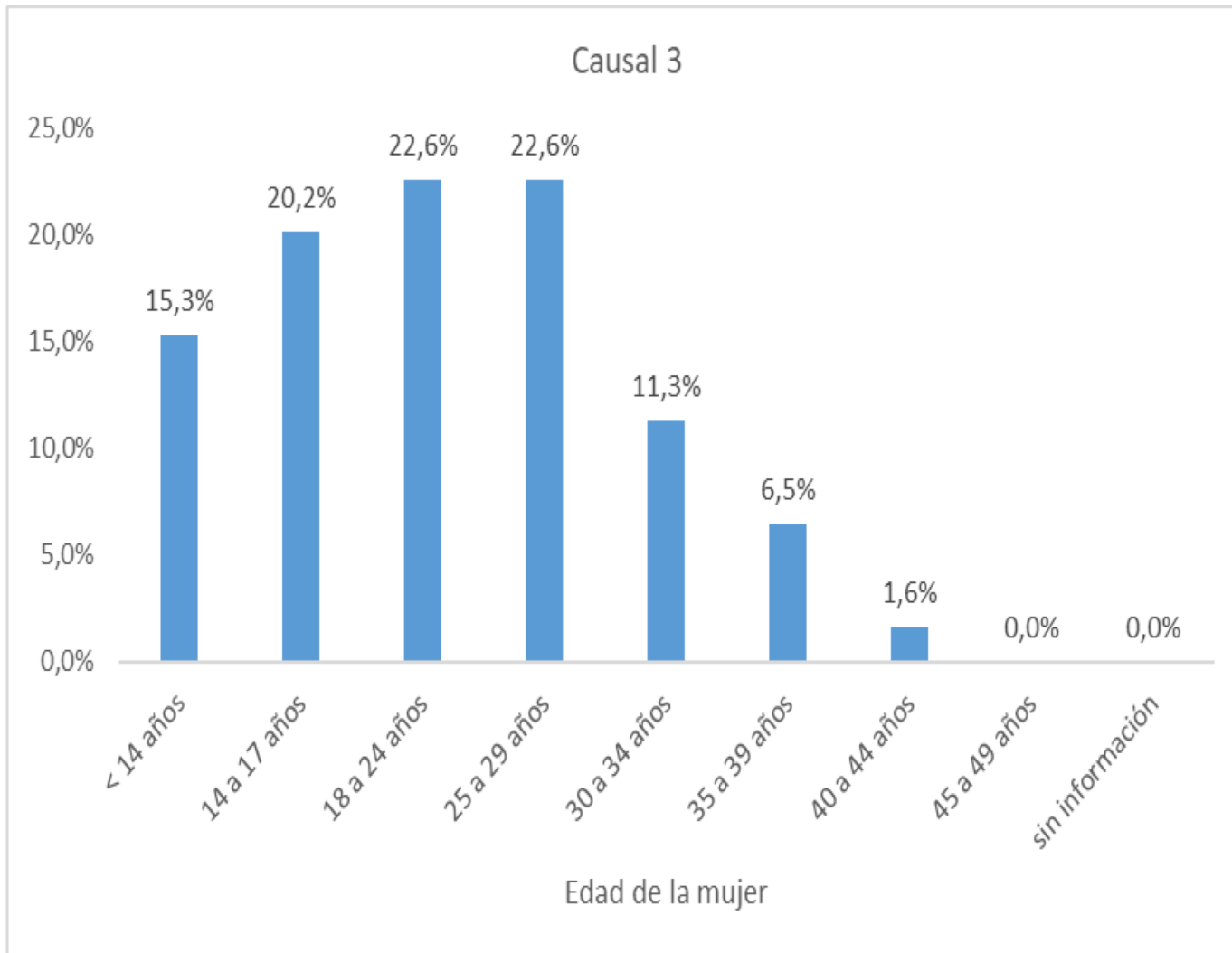
Distribución porcentual de la decisión de la mujer respecto del acompañamiento psicosocial por causal, año 2018



Distribución porcentual de los casos que se interrumpieron en Causal 2 por grupo de semanas de gestación a la evacuación uterina, año 2018



Distribución porcentual de los casos que concurrieron en Causal 3 por grupos de edad de la mujer, año 2018



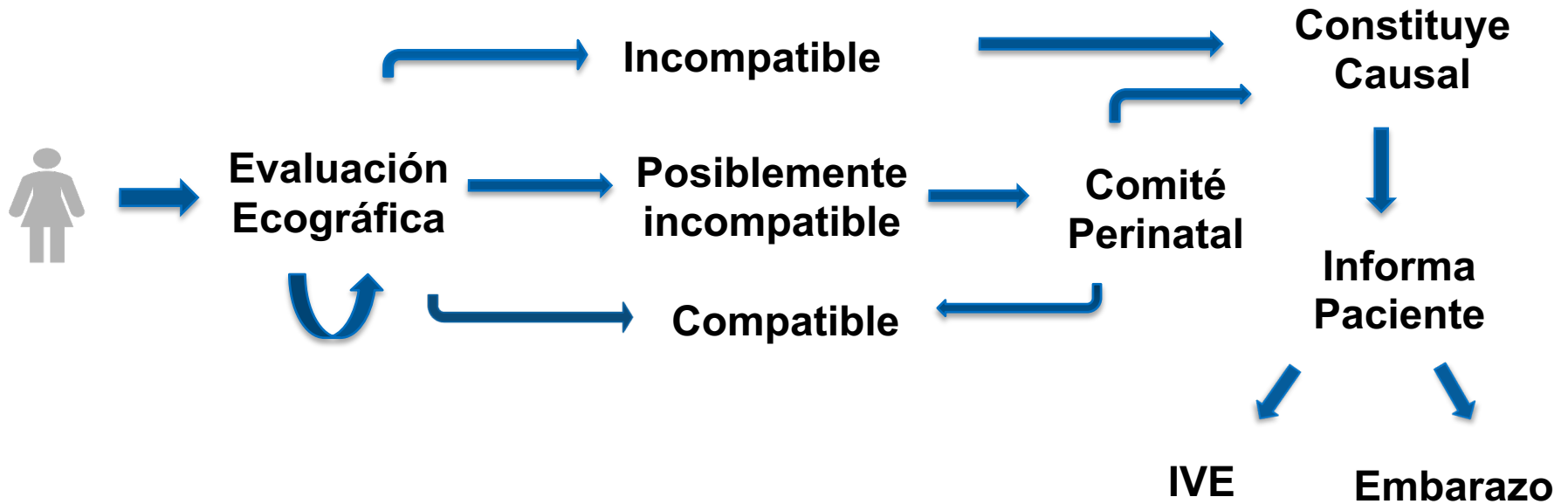
Distribución de mujeres en cuyos casos se ha constituido una causal, en el marco de la ley 21030, según tipo establecimiento (publico-privado)

Casos reportados entre el 1 de enero al 31 marzo 2019

CAUSAL	Privados	Públicos	Total
	n casos	n casos	n casos
Causal 1	2	53	55
Causal 2	14	79	93
Causal 3	0	27	27
Total	16	159	175

experiencia en CERPO, Causal 2

Experiencia en CERPO: flujograma



Experiencia en CERPO:

evaluación complementaria a la ecografía

**Ecocardiografía
fetal**

Neurosonografía

**Resonancia
magnética**

TORCH

**Evaluación genética
clínica**

Telegenética

**Estudio
citogenético**

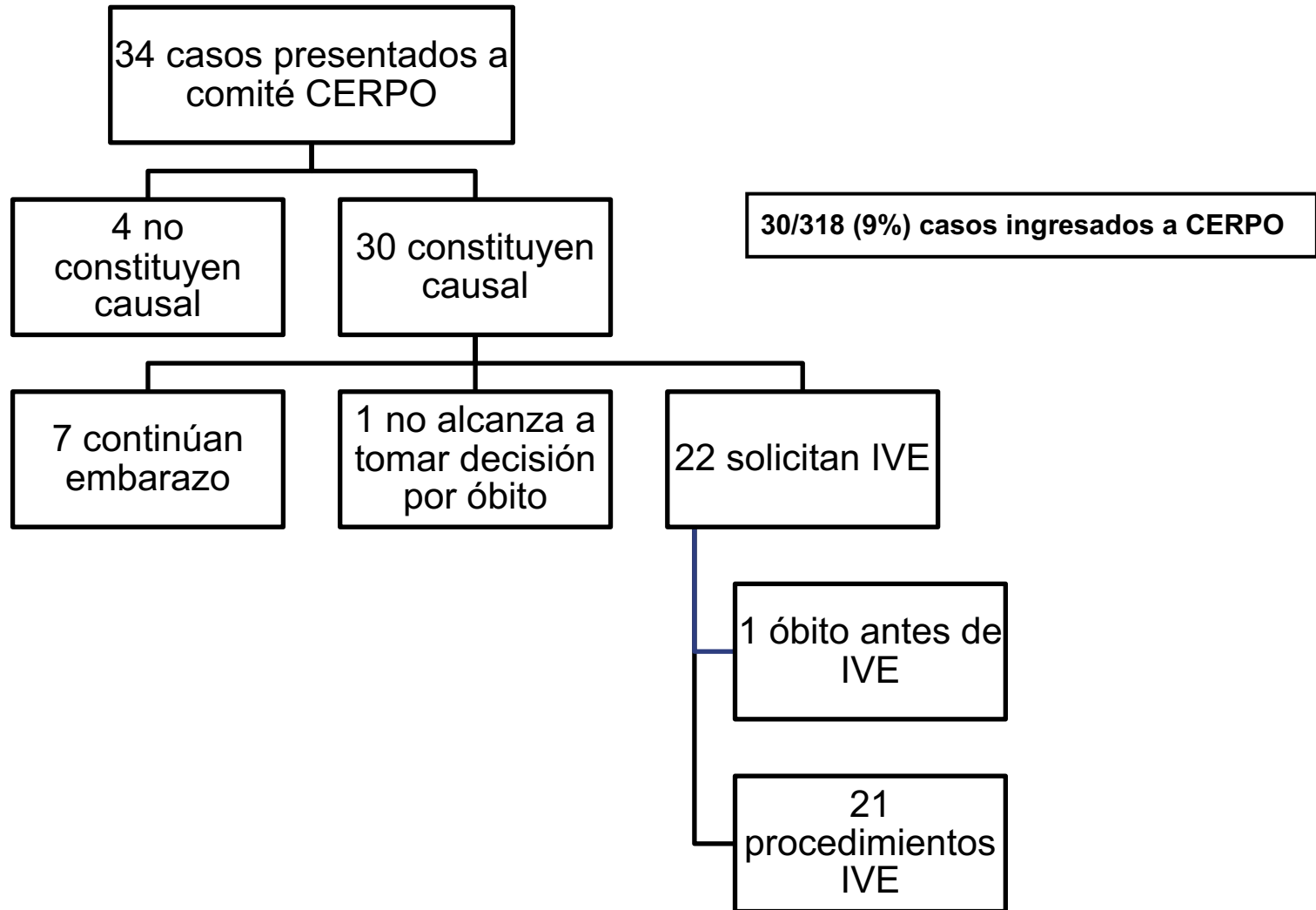
- Biopsia de vellosidades coriales
- Amniocentésis
- Cordocentésis

Experiencia en CERPO

comité perinatal

- **Frecuencia Semanal**
 - Martes 08.00 horas
- **Análisis de todas las pacientes ingresadas a CERPO**
 - Diagnóstico, manejo y pronóstico
 - Determinación si malformación constituye causal 2 IVE
- **Integrantes invitados**
 - Neurocirujano
 - Comité de ética
- **Integrantes permanentes**
 - Especialistas Medicina Materno Fetal
 - Especialistas Ginecología – Obstetricia
 - Neonatólogos
 - Cardiólogo Pediatra
 - Cirujano Infantil
 - Matrona
 - Trabajador Social
 - Psicóloga
 - Genetista (Telegenética)
 - Experto en ética
- **Actualización de un tema**

Experiencia en CERPO: octubre 2017 – septiembre 2019



Experiencia en CERPO

casos IVE

Malformaciones	TN	HN	DV	Cariograma	EG Ingreso	EG IVE
Hidrops severo, Higroma quístico, Derrame pleural bilateral, Ascitis, Hipoplasia Ventrículo Izquierdo, Intestino hiperecogénico, AUU	7	+	No evaluado	45 X	16+1	18+5
Hidrops severo, Higroma quístico, Hidrotórax, Derrame pericárdico, Ascitis, Intestino hiperecogénico, Riñones hiperecogénicos, Pélvis y Cálices dilatados, Anhidramnios	14	+	Normal	45 X	14+0	17+3
Hidrops severo, Higroma quístico, Ausencia hueso nasal, Hidrotórax, Ascitis, RCIU precoz, Oligohidroamnios severo	7,5	-	Alterado	S/Crecimiento	13+5	16+5
Hidrops severo, Higroma quístico, Ausencia hueso nasal, Hidrotórax, Intestino hiperecogénico, Oligohidroamnios severo	8,4	-	Alterado	47XY+21	13+3	16+0
Hidrops severo, Higroma quístico, AUU, Intestino hiperecogénico, Cráneo en fresa, Quiste plexo coroideo, Hidrotórax, SHVI, Oligohidroamnios, RCIU precoz, Obs T18	5,2	-	Alterado	S/Crecimiento	12+2	18+0
Fisura labiopalatina, CIV alta, Manos en garra, Hipoplasia de radio y cúbito, AUU, Quiste cordón umbilical	1,6	+	Normal	47XY+18	23+0	27+0

Experiencia en CERPO

casos IVE

Malformaciones	TN	HN	DV	Cariograma	EG Ingreso	EG IVE
Disrafia espinal sacra, Desproporción de cavidades cardíacas de predominio derecho, CIV, Hipoplasia arco aórtico, Pie bot bilateral, Mano en garra derecha, Disgenesia del cuerpo calloso y elementos sugerentes de malformación de desarrollo cortical	1	+	No evaluado	47XX+18	25+4	28+3
Anhidramnios, RCIU severo, Riñones hiperecogénicos poliquísticos displásicos, Hipoplasia pulmonar	1,1	+	No evaluado	No se realizo	24+3	26+3
Holoprosencefalia alobar	1	+	Alterado	No se realizo	12+4	12+5
Acraneo anencefalia	1,4	+	Normal	No se realizo	12+5	13+1
Acraneo exencefalia, disrrafia espinal, xifoiiis, escoliosis, riñones herradura			Normal	46XX	14+0	15+1
Acraneo anecefalia	2,4	+	Normal	No se realizo	15+4	15+6

Experiencia en CERPO

casos IVE

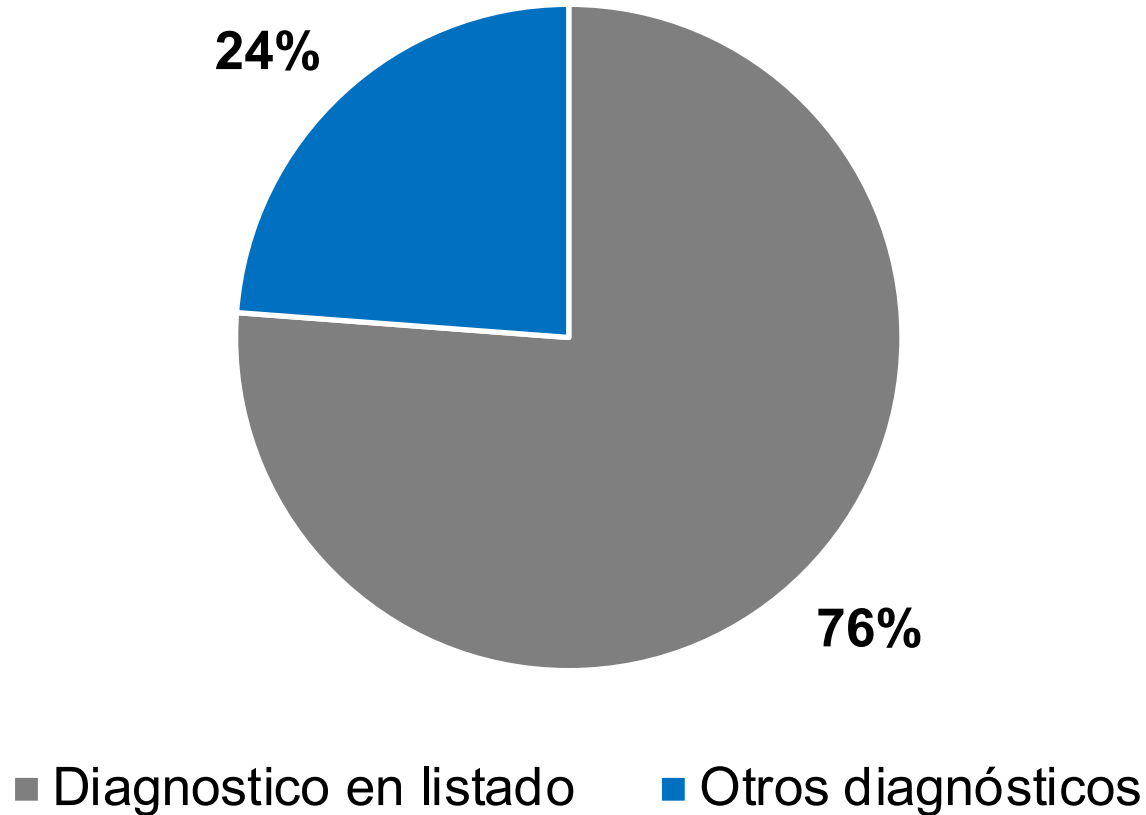
Malformaciones	TN	HN	DV	Cariograma	EG Ingreso	EG IVE
Síndrome Tallo Corporal	2,3	+	Normal		16+1	19+1
Acraneo	-	+	-	No se realiza	13+1	13+3
Gemelar monocorial biamniótico, Feto B: Secuencia TRAP	-	-	-	-	14+1	15+6
Trisomía 13, Holoprosencefalia Semilobar, Arrinia, Labio fisurado central, CIV, polidactílea	-	-	-	47XX+13	25	26+3
Trisomía 18, higroma quístico, hidrops fetal, agenesia ductus venoso	6,1	-	Normal	47XX+18	13+3	14+1
Ectopía cordis, onfalocele	5,2	-	-	47XX+18	14+1	17+3
Trisomía 18, RCIU, Colpocefalia, Micrognatia, Ascitis, Mesomelia, Pie en Mecedora, Polidactilia	-	-	-	47XY+18	22+5	23+1
Displasia Tanatofórica	6,2	+	Normal	DNA fetal negativo	19+4	20
Displasia Tanatofórica Tipo I	1.7	+	Normal	Displasia Tanatoforico 1	27+1	28+1

Experiencia en CERPO:

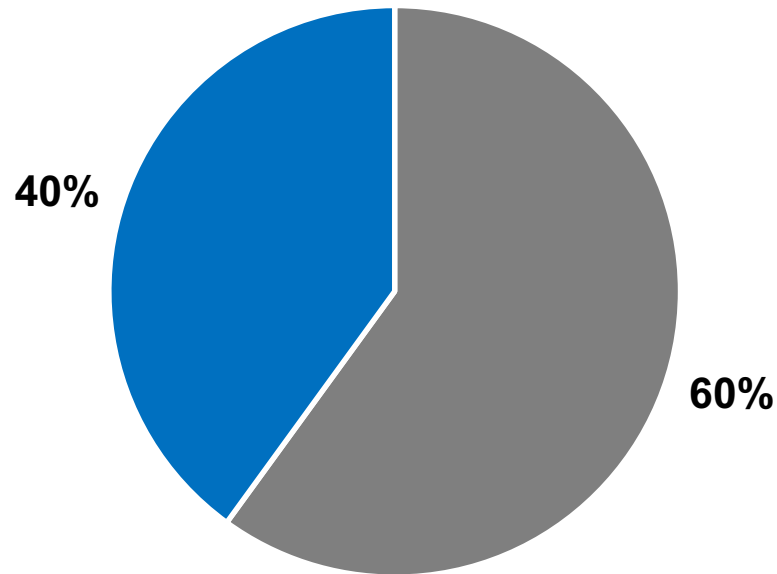
octubre 2017 – septiembre 2019

Tiempo promedio derivación desde sospecha – atención en CERPO	8,5 días (2-21)
Edad gestacional promedio primera evaluación en CERPO	16+6
Edad gestacional promedio intervención IVE	19+0
Latencia entre decisión IVE y procedimiento	4,5 días (1-12)
Promedio número de evaluaciones ecográficas	2 (1-3)
Resolución vía vaginal	18
Resolución por cesarea	2
Resolución procedimiento láser	1

Experiencia en CERPO: diagnósticos IVE



Experiencia en CERPO: exámenes complementarios a ecografía



■ Se requirieron exámenes complementarios

■ No se requirieron exámenes complementarios

Experiencia en CERPO

acompañamiento psicosocial

	N (%)
Reciben atención psicosocial inicial	30
Aceptan acompañamiento psicosocial	28
Alta	10
Deciden término del proceso	8
Abandonan el proceso	8
Acompañamiento	2
Total atenciones psicológicas	174

Experiencia en CERPO: acompañamiento psicosocial

Atención Psicológica	Promedio: 5,8 sesiones (1 -14)
Atención Trabajadora Social	Promedio 2,5 sesiones (1 – 5)
Ejecución Plan Intervención en Crisis	
A nivel individual- familiar	
Articulación de la red de apoyo	APS, municipios, centro de la Mujer, programa de adopción, etc.

desafíos de la causal 2:

...implica un acto médico que requiere del mayor esfuerzo en la evaluación y análisis de los riesgos para llegar a un diagnóstico y pronóstico....

desafío diagnóstico precoz

Diagnóstico precoz

límites de viabilidad

Origen Año	Suiza	Suiza	USA-NICHD	USA-NICHD	USA-NICHD	USA-VON	Suecia	Australia	Neocosur	H.C	HSO	HSO	
	2000-2004	2005-2009	1998-2003	2003-2007	2008-2011	1998-2003	2004-2007	2005		.U.deChile	2012 -2014	2015 -2017	
Edad Gestacional Semanas	22	0%	0%	5%	6%	21%	5%	10%	5%	0%	0%	0%	0%
	23	11%	4%	26%	26%	30%	38%	52%	22%	0%	0%	0%	15%
	24	30%	31%	56%	55%	48%	63%	67%	51%	20%	34%	60%	50%
	25	51%	61%	75%	72%	75%	76%	81%	67%	46%	67%	55%	52%

Nota: Campos marcados Sobrevida > 50

Dr.Jaime Alarcón R

NICHD Neonatal Research Network (NRN): Extremely Preterm Birth Outcome Data:

http://www.nichd.nih.gov/about/org/der/branches/ppb/programs/epbo/Pages/epbo_case.aspx

Boletín Estadístico Hospital Santiago Oriente Actualización 2017, últimos informes Neocosur y Hosp C.U.de Chile (1917)

Se compara la sobrevida según edad gestacional obtenida en diferentes estudios se observa que la viabilidad se inicia aproximadamente a las 22-23 semanas en centros desarrollados. En Sudamérica representada por el Neocosur y en Chile por los Hospitales Clínico de la Universidad de Chile y Santiago Oriente la viabilidad se inicia a las 24 semanas, aunque con mejores resultados en éste último.

Diagnóstico precoz

RN vivo en IVE causal 2

- En Chile no hay límite de EG
- RN vivo
 - < 22 semanas: muy infrecuente
 - > 22 semanas: posible
- Sobrevida de RN incompatible con la vida es variable
- Evitar a los padres y al equipo de salud enfrentar la agonía, stress y dolor fetal

Diagnóstico precoz

RN vivo en IVE causal 2

- Consejería (equipo de salud, padres, familiares)
 - Consignar el plan de manejo en la ficha (por escrito)
 - Plantear la posibilidad de sobrevida por algún tiempo
 - Planificación del parto y manejo perinatal
 - Cuidados paliativos
 - Resguardo de la dignidad y confort en los cuidados terminales
- Otros países:
 - Límite de EG para IVE
 - Feticidio después de las 22 semanas a fetos compatibles e incompatibles con la vida (UK).

Diagnóstico precoz

beneficios

- Seguimiento ecográfico de la malformación
- Realizar exámenes complementarios
- Segunda opinión
- Posibilidad de referencia asistida a otros equipos de especialistas en Medicina Materno Fetal
- Respetar tiempo reflexión de la paciente
- Evitar enfrentar a los padres y equipo de salud la agonía, stress y dolor del RN incompatible con la vida
- Disminuir
 - Riesgos inherentes a los procedimientos de IVE
 - Impacto psicológico a la paciente

Diagnóstico precoz

estrategia: fortalecer ecografía 11-14 semanas

- Promover acceso universal
- Estandarizar la calidad
 - Pesquisa aneuploidías
 - Malformaciones
 - Acraneo
 - Holoprosencefalia alobar
 - Síndrome tallo corporal
 - Feto acardio
 - Otras: megavejiga, onfalocelo, gastrosquisis, cardiopatías
- Informar a paciente
 - Objetivos de ecografía
 - Limitaciones del diagnóstico de malformaciones congénitas

Diagnóstico precoz otras estrategias

**Mejorar
coordinación con
APS**

**Establecer vías
directas de
derivación**

desafío

**acceso a exámenes complementarios,
expedito y de calidad**

Acceso a exámenes complementarios, expedito y de calidad

- **Estudio genéticos**
 - Cariograma
 - Alteraciones genéticas
- **Estudio infecciones transplacentarias**
 - Citomegalovirus
 - Rubeola
 - Toxoplasmosis
 - Parvovirus B19
 - Zika
 - Chagas
- **Resonancia magnética fetal**
 - Sistema Nervioso Central
 - Hipoplasia pulmonar
 - Nefrourológicas
- **Procedimientos invasivos**
 - Biopsia vellosidades coriales
 - Amniocentésis
 - Cordocentésis

desafío

creacion de comités perinatales

Creación de comités perinatales

- **Multidisciplinario**
 - Especialistas Medicina Materno Fetal
 - Especialistas Ginecología – Obstetricia
 - Neonatologos
 - Cardiólogo Pediatra
 - Cirujano Infantil
 - Matrona
 - Trabajador Social
 - Psicóloga
 - Genetista
 - Comité de ética
- **Diverso**
 - Objetores
 - No objetores
- **Permanente**

desafío

creacion de centros de referencia

Creación de centros de referencia

Justificación

- Distribución de la población
- Patología de relativa baja incidencia
- Recursos tecnológicos de alto costo y complejidad
- Concentración de especialistas en Medicina Materno Fetal

Beneficios

- Concentrar experiencia en equipos perinatales especialistas en patología de relativa baja incidencia
- Facilitar la realización de diagnósticos complejos, cuyas consecuencias son vitales
- Fortalecer la capacitación a especialistas y la formación de subespecialistas
- Cumplir con el espíritu de la ley

Experiencia de otros países

- En Chile: ¿1 centro cada 40.000 partos?

- En estos momentos puede ser de gran utilidad
- Herramienta subutilizada
- Permite evaluación conjunta y en directo con otros equipos de salud
- Apoyo al diagnóstico y manejo de pacientes complejas
- Beneficios
 - Evaluación multidisciplinaria
 - Evita traslados innecesarios
 - Ahorro de costos económicos

Ley 21030

un desafío y oportunidad para la medicina materno fetal en Chile

- Visualización de la problemática de la mujer embarazada cuyo hijo es portador de una malformación congénita
 - Compatible
 - Incompatible con la vida
 - Mayores oportunidades de sobrevida al feto malformado viable
 - Apoyo y acompañamiento a la madres y su familia
- Equipos perinatales
 - Mas exigencias
 - Elevar los estándares de calidad
 - Diagnósticos mas precisos y oportunos al feto malformado

Ley 21030

un desafío y oportunidad para la medicina materno fetal en Chile

- MINSAL
 - Creación de centros de referencia
 - Reorganizar y/o crear las redes de derivación de Medicina Materno Fetal
 - Proveer los recursos humanos y técnicos adecuados
- Universidades
 - Formación de especialistas en Medicina Materno Fetal
 - Estadías de Perfeccionamiento



muchas gracias



**CHILE LO
HACEMOS
TODOS**