



LA GACETA

Diario Oficial

CARLOS
ANDRES
TORRES SALAS
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por CARLOS-ANDRES
TORRES SALAS (FIRMA)
Fecha: 2019.06.05
15:42:57 -0500'



Imprenta Nacional
Costa Rica

Año CXLI

San José, Costa Rica, jueves 6 de junio del 2019

75 páginas

ALCANCE N° 125

**PODER EJECUTIVO
DECRETOS**

**INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS
AUTORIDAD REGULADORA
DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS**

**Imprenta Nacional
La Uruca, San José, C. R.**

DECRETO EJECUTIVO N° 41741-S

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25, 27 inciso 1) y 28 inciso 2.b) de la Ley No. 6227 del 02 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1 y 2 de la Ley No. 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 1, 2 y 6 de la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

CONSIDERANDO:

1.- Que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

2.- Que en Costa Rica, según datos estadísticos de la Caja Costarricense de Seguro Social, ocurrieron 7179 pérdidas gestacionales tempranas en el 2017 de acuerdo a los datos de egresos hospitalarios a nivel nacional (CCSS, Anuario estadístico 2017).

3.- Que la pérdida gestacional temprana, puede ser un evento potencialmente estresor y doloroso para algunas mujeres y sus familias, por lo tanto, se requiere de un acompañamiento por parte de los equipos de salud que facilite el abordaje del manejo del duelo y a la vez les permita identificar las necesidades de apoyo que requieren estas familias, con la finalidad de brindar una compañía bien dirigida y con los profesionales adecuados.

4.- Que el Ministerio de Salud establece que las acciones que se realicen en la Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva deben tener como propósito “defender, proteger, fomentar y promover la salud y prevenir la enfermedad” (Política Nacional de Sexualidad, 2010-2021, pag.20), esto implica además el acceso oportuno a los servicios de salud, que respondan eficaz y eficientemente a las necesidades de las personas y las familias, en cada etapa del curso de vida incluida la etapa reproductiva.

5.- Que se requiere garantizar que los servicios de salud, contemplen como parte de la atención integral de estas mujeres y sus familias, el acompañamiento en este proceso, no exponerlas a compartir espacios dentro de los servicios donde están las madres con sus recién nacidos, utilizar frases poco apropiadas para querer consolar o minimizar el dolor, entre otros. Se debe tener en cuenta que en el proceso de duelo, las mujeres podrían verse afectadas además por sentimientos de tristeza, ansiedad y de culpa. Toda mujer en esta situación tiene el derecho a recibir una atención humanizada, oportuna, integral y profesional, respetando en todo momento sus derechos. Así como, recibir asesoramiento psicosocial, educación y servicios con oferta de planificación familiar hospitalarios y ambulatorios. No atender el dolor, el sufrimiento o las necesidades de estas mujeres y familias es de alguna manera un tipo de violencia.

6.- Que se considera importante asegurar que los servicios de salud otorgados a las mujeres que consultan por esta razón, sean ofrecidos cumpliendo con criterios de calidad, interculturalidad, respetando lo intergeneracional, desde un enfoque de derechos humanos y de género, ya que el ejercicio responsable de los derechos humanos, requiere que todas las personas respeten los derechos de las y los otros (OMS, 2006). Razón por la cual, se oficializa

la presente Norma de Atención, con el objetivo de dotar al personal de salud de los lineamientos técnicos y administrativos básicos para la atención de las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana, en el marco de un cuidado integral respetuoso y digno, basado en el enfoque de derechos y en consonancia con una atención humanizada y calificada.

7.- Que de conformidad con el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo No. 37045 del 22 de febrero de 2012 y su reforma “Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, la persona encargada de la Oficialía de Simplificación de Trámites del Ministerio de Salud, ha completado como primer paso la Sección I denominada Control Previo de Mejora Regulatoria, que conforma el formulario de Evaluación Costo Beneficio. Las respuestas brindadas en esa Sección han sido todas negativas, toda vez que la propuesta no contiene trámites ni requisitos.

POR TANTO,

DECRETAN

**OFICIALIZACIÓN DE LA “NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE
MUJERES CON PÉRDIDAS GESTACIONALES TEMPRANAS”**


Artículo 1.- Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la *Norma Nacional para la Atención de Mujeres con Pérdidas Gestacionales Tempranas*, adjunta al presente Decreto Ejecutivo, la cual está dirigida a los servicios de salud y profesionales de la salud a nivel nacional, ya sean públicos, privados o mixtos, con o sin fines de lucro, que presten atención y cuidados de salud a mujeres con pérdida gestacional temprana.

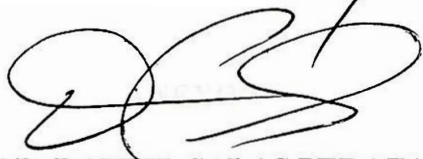
Artículo 2.- Corresponderá a las Autoridades de Salud del Ministerio de Salud, velar porque dicha Norma sea cumplida.



Artículo 3.- La citada Norma se pone a disposición, para las personas que deban consultarla, en la página web del Ministerio de Salud, cuya dirección electrónica es www.ministeriodesalud.go.cr. Y una versión impresa estará disponible en la Dirección de Garantía de Acceso a los Servicios de Salud.

Artículo 4.- Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República. San José, a los treinta y un días del mes de enero del dos mil diecinueve.


CARLOS ALVARADO QUESADA


DR. DANIEL SALAS PERAZA
MINISTRO DE SALUD

1 vez.—Solicitud N° 21947.—O. C. N° 3400038915.—(D41741-IN2019348739).

ANEXO



**MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA DE COSTA RICA**

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**NORMA NACIONAL
PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES CON PERDIDAS
GESTACIONALES TEMPRANAS**

Año 2019

Responsables de la elaboración de la norma

Equipo conductor y técnico

Rafael Salazar Portuguez	Despacho Ministerial	Ministerio de Salud
Olga Hernández Chaves	DGASS	Ministerio de Salud
Hellen Porras Rojas	DDSS, AAIP	Caja Costarricense de Seguro Social
Angélica Vargas Campos	Comité de Salud Sexual y Reproductiva	Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica
Oscar Cerdas Salas	Punto Focal de FIGO para Costa Rica	Asociación de Obstetricia y Ginecología de Costa Rica
María Griselda Ugalde Salazar	Comité Salud de la Mujer y Perinatología	Colegio de Enfermeras de Costa Rica
Evelyn Durán Porras		Fondo de Población de las Naciones Unidas
Adriana Sánchez Altamirano		Fondo de Población de las Naciones Unidas
Juan Carlos Zamora Ureña		Asociación Demográfica Costarricense

Otras personas consultadas

- Profesionales de las Regiones Rectoras de Salud del Ministerio de Salud
- Profesionales de las Regiones de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social
- Especialistas en Ginecología y Obstetricia de los Hospitales públicos y privados
- Especialistas en patología del Hospital San Juan de Dios y Medicatura Forense
- Aportes de Grupo Legado de Ángeles

Revisores

César Peñaranda	Gamboa	Director, Dirección de Servicios de Salud	Ministerio de Salud
Allan Varela Rodríguez		Jefe, Unidad de Normalización de Servicios de Salud	Ministerio de Salud
Marina Padilla de Gil		Coordinadora Regional para América Central y el Caribe	FIGO

Abreviaturas y símbolos

AAIP: Área de Atención Integral a las Personas

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEDAW: Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer

CIE: Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud

CIPD: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

DDSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

DSS: Dirección de Servicios de Salud

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

LUI: Legrado Uterino Instrumental

MS: Ministerio de Salud

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PENSPA: Plan estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes

RRPC: Riesgo reproductivo preconcepcional

1. Justificación

En Costa Rica, según datos estadísticos de la Caja Costarricense de Seguro Social, ocurrieron 7179 pérdidas gestacionales tempranas en el 2017 de acuerdo a los datos de egresos hospitalarios a nivel nacional (CCSS, Anuario estadístico 2017).

La pérdida gestacional temprana, puede ser un evento potencialmente estresor y doloroso para algunas mujeres y sus familias, por lo tanto, se requiere de un acompañamiento por parte de los equipos de salud que facilite el abordaje del manejo del duelo y a la vez les permita identificar las necesidades de apoyo que requieren estas familias, con la finalidad de brindar una compañía bien dirigida y con los profesionales adecuados.

El Ministerio de Salud, establece que las acciones que se realicen en la Atención en Salud Sexual y Salud Reproductiva deben tener como propósito “defender, proteger, fomentar y promover la salud y prevenir la enfermedad” (Política Nacional de Sexualidad, 2010-2021, pag.20), esto implica además el acceso oportuno a los servicios de salud, que respondan eficaz y eficientemente a las necesidades de las personas y las familias, en cada etapa del curso de vida incluida la etapa reproductiva.

En este sentido, se requiere garantizar que los servicios de salud, contemplen como parte de la atención integral de estas mujeres y sus familias, el acompañamiento en este proceso, no exponerlas a compartir espacios dentro de los servicios donde están las madres con sus recién nacidos, utilizar frases poco apropiadas para querer consolar o minimizar el dolor, entre otros.

Se debe tener en cuenta que en el proceso de duelo, las mujeres podrían verse afectadas además por sentimientos de tristeza, ansiedad y de culpa. Toda mujer en esta situación tiene el derecho a recibir una atención humanizada, oportuna, integral y profesional, respetando en todo momento sus derechos. Así como, recibir asesoramiento psicosocial, educación y servicios con oferta de planificación familiar hospitalarios y ambulatorios.

No atender el dolor, el sufrimiento o las necesidades de estas mujeres y familias es de alguna manera un tipo de violencia.

Se considera importante asegurar que los servicios de salud otorgados a las mujeres que consultan por esta razón, sean ofrecidos cumpliendo con criterios de calidad y calidez, interculturalidad, respetando lo intergeneracional, desde un enfoque de derechos humanos y de género, ya que el ejercicio responsable de los derechos humanos, requiere que todas las personas respeten los derechos de las y los otros (OMS, 2006).

Otro aspecto importante a tomar en cuenta, es el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), definido como “la posibilidad que tiene una mujer o su hijo o hija de sufrir daño,

lesión o muerte durante el proceso de la reproducción” (Dra. Geisy Almarales Sarmiento y otros. 2008, página 2), el cual está condicionado por una serie de factores, enfermedades, circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en la madre y en el hijo o hija, o en ambos.

Las mujeres que presentan algún RRPC son más propensas a sufrir pérdidas gestacionales tempranas, por lo tanto, es de suma importancia la prevención de los embarazos de acuerdo a los riesgos y anteponerse a las posibles complicaciones que se pueden presentar.

Se debe tener en consideración que la atención calificada, humanizada, oportuna e integral, antes, durante y posterior a la pérdida gestacional temprana, constituye una estrategia eficiente que reduce su reincidencia, la morbilidad e incluso la mortalidad materna. Además, una atención adecuada influye en la salud mental y capacidad de enfrentar otros embarazos.

Para muchas mujeres la pérdida gestacional, puede marcar un antes y un después en su vida, por tratarse de la muerte de su hijo o hija, por lo tanto, es importante que el manejo del feto sea respetuoso y digno.

En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030, se plantea en el objetivo tres, que se debe “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, por lo tanto, el abordaje sistémico de las mujeres y sus familias en situación de pérdida gestacional temprana podría incidir de manera positiva para el cumplimiento de las metas propuestas.

En consecuencia a todo lo anterior, es esencial contar con recursos humanos capacitados que actúen como garantes de los derechos humanos de las mujeres, con compromiso real y efectivo en la implementación de las normativas nacionales e institucionales para atender a las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana, manteniendo una postura ética y profesional.

2. Objetivo general

Dotar al personal de salud de los lineamientos técnicos y administrativos básicos para la atención de las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana, en el marco de un cuidado integral respetuoso y digno, basado en el enfoque de derechos y en consonancia con una atención humanizada y calificada.

3. Ámbito de aplicación

Esta Norma es de aplicación obligatoria y está dirigida a los servicios de salud y profesionales de la salud a nivel nacional, ya sean públicos, privados o mixtos, con o sin fines de lucro, que presten atención y cuidados de salud a mujeres con pérdida gestacional temprana.

4. Actualización

La norma debe actualizarse cada cinco años después de su oficialización. Pero queda abierta la posibilidad de realizar actualizaciones bajo la modalidad de *adendum* antes de este período si es necesario.

5. Definiciones

Atención calificada: La atención calificada es una atención fundamental para que el proceso reproductivo sea lo más seguro posible y libre de riesgo; comprende personal calificado y un entorno habilitante.

Atención con enfoque de derechos: Reconociendo los derechos humanos como inalienables e inherentes a todas las personas, los cuales deben ser protegidos y garantizados para su pleno ejercicio, la *atención con enfoque de derechos* implica ofrecer a las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana una atención oportuna, digna, de calidad, con calidez, sensible a su cultura, no discriminatoria, respetando su diversidad y confidencialidad, preservando el secreto profesional.

Atención humanizada: Se refiere a la atención integral, respetuosa de las diversidades (étnica, cultural, por discapacidad, identidad de género, orientación sexual, o cualquier otra), incluye el buen trato, la contención, la consejería, el tratamiento eficiente, eficaz y oportuno, el soporte emocional y psicológico, la oferta de anticoncepción posterior a la pérdida y el seguimiento para prevenir una segunda pérdida.

Atención en Salud Reproductiva: “[...] conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (Programa de Acción de la CIPD, Cairo, 1994 párrafo 7.2).

Bioética: Es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud (Programa regional de bioética, OPS, 2012).

Calidad en la atención de salud: Atención brindada en servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos basados en la evidencia, así como aspectos interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todas y todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos (Plan Nacional de Salud 2010-2021, Costa Rica).

Consejería: “[...] encuentro entre seres humanos donde el consejero no antepone su deseo, permitiendo a la o el usuario plantear sus necesidades y resolverlas, dentro de un marco de respeto y calidez en el servicio” (OMS, 2005), de forma que se ofrezca a las personas un

servicio oportuno y adecuado a sus necesidades que le permita tomar una decisión libre e informada con relación a su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva.

Crisis psicológica: La crisis se define como un estado temporal de desorganización, ansiedad y confusión emocional causada, generalmente, por un evento particular que es vivido como una amenaza o pérdida, la cual no puede ser enfrentada con los mecanismos regulares que posee una persona para abordar/solucionar un problema. La crisis psicológica por lo general, tiene como consecuencia la pérdida de todas las capacidades de una persona para reaccionar a situaciones de su cotidianidad como lo haría usualmente.

Duelo: El proceso que vive una persona al enfrentar una pérdida significativa e importante para ella, implica la adaptación y la disposición para afrontarla y vivir sin lo perdido. No constituye una enfermedad en sí misma, sin embargo, puede derivar en un proceso patológico.

Ética: Compromiso asumido con la persona y su dignidad, integridad, libertad y derechos humanos para el desarrollo del ejercicio profesional, procurando que la aplicación de los procedimientos y técnicas propios de la profesión se realicen a partir de una actitud objetiva, crítica, responsable, honesta, diligente, prudente, discreta y basada en los avances científicos más actualizados, teniendo como eje central la atención a la persona y sus necesidades, sin ninguna forma de discriminación.

Hemorragia obstétrica: La hemorragia pos parto se define como la pérdida de 500 cc o más de sangre después de un parto vaginal, y más de 1000 cc posterior a una cesárea, acompañado de síntomas y signos de hipovolemia en las primeras 24 horas del nacimiento (Cabero y Saldívar: 2013).

Manejo del Duelo: Se refiere al acompañamiento y contención emocional por parte de una o un profesional capacitado, que facilite el trabajo de elaboración para afrontar la pérdida de la mejor forma posible.

Muerte materna: Es aquella que ocurre mientras la mujer se encuentra embarazada o dentro de los 42 días posparto, independiente de la duración y lugar del embarazo (CIE-10).

Pérdida Gestacional Temprana: Pérdida de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o talla de 25 cms (CIE-10: O03-O06, OMS).

Personal calificado: Según la OMS, el personal calificado es todo aquel personal de salud acreditado, que ha sido educado y capacitado para adquirir las competencias necesarias para abordar a las mujeres y familias gestantes, en el prenatal, parto y post parto e identificar complicaciones, brindar cuidados obstétricos y al recién nacido. Esta definición excluye al personal empírico.

Primeros Auxilios Psicológicos: Es una intervención de corta duración realizada de forma inmediata, generalmente en el mismo lugar del acontecimiento, su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir la sensación de amenaza vivida por la persona y vincularle con recursos de apoyo, proporcionando información sobre los servicios disponibles y necesarios y orientando a qué hacer y cómo hacerlo. Esta primera intervención puede ser realizada por un profesional del área de la salud que esté capacitado para este tipo de abordajes.

Riesgo reproductivo preconcepcional: Es la posibilidad que tiene una mujer o su hijo(a) o ambos de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción.

Salud 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 reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la “[...] *salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos*”. (Programa de Acción de la CIPD, Cairo, 1994, párrafo 7.2).

Salud sexual: Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no se refiere simplemente a la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La Salud Sexual implica un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras; libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la Salud Sexual sea alcanzada y mantenida, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos¹ (OMS, 2006).

¹Cita textual extraída del documento *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*, Geneva, realizado por la OMS en el 2006.

6. Marco Conceptual

Desde el punto de vista médico, el término pérdida gestacional temprana se refiere a aquellos embarazos que se pierden desde la fecundación hasta la semana 22 de gestación, o aquellos óvulos fecundados que se implantan fuera de la cavidad uterina constituyendo los embarazos extrauterinos o ectópicos, los cuales ponen en riesgo la vida de la mujer y deben ser intervenidos quirúrgicamente.

La pérdida gestacional temprana no recurrente requiere de la evaluación médica respectiva y debido al riesgo de causar afectación emocional e incertidumbre en la madre, la pareja y sus familias, es importante que se brinde apoyo emocional por profesionales calificados, de acuerdo a las necesidades identificadas.

Los casos de mujeres que presentan dos o más pérdidas gestacionales tempranas se clasifican como pérdidas fetales recurrentes y requiere estudios complementarios para descartar patologías asociadas, sin embargo, se debe tener en cuenta que no en todos los casos se logra demostrar la causa. Por lo anterior, es importante considerar el RRPC.

La pérdida gestacional temprana se debe a múltiples factores, según información de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y de algunos servicios privados del país, se evidencia que las causas más comunes de pérdida gestacional temprana, son las que sobrevienen por una falla genética o cromosómica (aproximadamente el 70 %). Otras causas menos frecuentes son las trombofilias, infecciones como la toxoplasmosis y el citomegalovirus, alteraciones del trofoblasto, los embarazos extrauterinos y las que se asocian a malformaciones del útero y a deficiencias hormonales.

Según datos del Sistema de Análisis y Evaluación de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil del Ministerio de Salud, en Costa Rica se contabilizaron entre los años 2009 y 2015, seis casos de muertes maternas en las cuales existía como uno de sus diagnósticos el “*aborto*”, dos de los casos fueron espontáneos y en los cuatro restantes existieron otras patologías agregadas que incidieron en sus muertes.

Es necesario considerar que la salud mental y física de la mujer se puede ver afectada por una pérdida gestacional temprana, por lo tanto se debe brindar una atención integral que contemple la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y su pareja, así como otros miembros del núcleo familiar o más cercano según corresponda. Por lo tanto, debe tenerse especial cuidado al entregar el feto para evitar un mayor impacto a la madre, padre o familiar que pueda impactar en su salud mental.

7. Marco Jurídico

7.1.Marco jurídico internacional

La atención de la mujer en una situación de pérdida gestacional temprana se convierte en un tema de interés para los Estados, en la búsqueda del cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, los cuales han sido consignados en múltiples instrumentos jurídicos internacionales.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1981), aprobada por Costa Rica en la Ley 6968 del 2 de octubre de 1984, establece en su **artículo 12** que los Estados Parte adoptarán las medidas apropiadas para asegurar el acceso a servicios de atención médica, incluyendo los referentes a la planificación familiar, en condición de igualdad entre hombres y mujeres. De tal forma, se debe garantizar a la mujer servicios apropiados, y de ser necesario gratuitos, en todo lo relacionado con el embarazo, el parto y el periodo postparto.

De forma más específica, en el Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD, 1994), aprobado por Costa Rica, se planteó que es obligación de los países adoptar un compromiso con la salud de las mujeres y asegurar la prevención de los embarazos no planeados, por medio de la oferta de servicios de planificación familiar más amplios, mejores y efectivos. En situaciones de pérdida gestacional temprana y en casos de complicaciones posterior a ésta, se deben brindar los cuidados necesarios para garantizar el bienestar de la salud de las mujeres.

La CIPD, define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, establece además del derecho al disfrute de una vida sexual satisfactoria y en condiciones de bajo riesgo, la libertad de elección sobre la procreación (tener o no hijos e hijas, la cantidad y el espaciamiento entre uno y otro nacimiento), lo cual conlleva al derecho que tienen hombres y mujeres al acceso a información y la elección de métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles, aceptables y acorde a sus necesidades (CIPD, 1994, párrafos 7.2 y 7.3).

Aún más, bajo esta concepción, los servicios de salud reproductiva deben asegurar una atención adecuada que garantice embarazos y partos sin riesgo y ofrezca a las personas la posibilidad de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Desde esta base para la acción se derivan una serie de objetivos y medidas que indican los pasos a seguir para asegurar los derechos sexuales y reproductivos en la población. En relación a la atención posterior a la pérdida gestacional temprana, se establece en el párrafo 7.6 de la CIPD como medida a adoptar, que todos los países deben realizar un esfuerzo por

universalizar la salud reproductiva por medio de los sistemas de atención primaria a más tardar para el año 2015, siendo las cuestiones a abarcar dentro de los servicios de atención: el “...asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias...” (CIPD, 1994 párrafo 7.6); más adelante, en este mismo párrafo, se indica que dentro de la atención primaria “Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto...” (CIPD, 1994 párrafo 7.6), entre otras condiciones de atención médica relacionadas.

En este mismo capítulo de la CIPD, Sección B de *Planificación Familiar*, se declara como necesario desarrollar programas que permitan a las personas decidir de forma libre, responsable y con conocimiento de causa sobre su procreación, ofreciendo información adecuada y los medios necesarios para hacerlo, entre estos, el acceso a métodos anticonceptivos, la educación integral sobre el tema y el acceso a servicios de atención apropiados y humanizados tanto en la atención de la pérdida gestacional temprana como posterior a ésta. (CIPD, 1994).

Más adelante en el Capítulo VIII, *Salud, Morbilidad y Mortalidad*, Sección C., *Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo*, en las bases para la acción, párrafo 8.19, se establece que entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva pertenecientes a lugares en desarrollo, se encuentran las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (CIPD,1994). Es importante considerar dentro del grupo de mujeres en edad reproductiva a las mujeres adolescentes con la finalidad de prevenir los embarazos no planeados, en este sentido afirma la CIPD que “*La maternidad sin riesgo, ha sido aceptada en muchos países como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad maternas*” (CIPD, 1994 párrafo 8.19).

Los países deben asegurar y aumentar los servicios de maternidad en la atención primaria de la salud, garantizando educación sobre maternidad sin riesgo; cuidados y atención prenatales, lactancia materna y la hora de oro, programas de nutrición materna, planificación familiar, asistencia apropiada en los partos, atención obstétrica en emergencias, servicios de remisión en caso de complicación con el embarazo, el parto y la pérdida gestacional temprana (CIPD, 1994).

Finalmente, en el Consenso de Montevideo, aprobado por 38 países de América Latina y El Caribe en el marco de la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo (Montevideo, 2013), los países acordaron “*Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención*”

obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida” (Consenso de Montevideo, acuerdo 43, 2013).

Por otra parte, el objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establece que se debe *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, lo cual implica que la atención debe ser de carácter integrado e indivisible y tener presente las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental.

7.2. Marco jurídico nacional

Los primeros aportes del país a la maternidad segura inician a finales del siglo XIX (1851-1900) cuando empieza a surgir el interés por proteger a las mujeres y su proceso de maternidad. En este sentido se implementan una serie de medidas que procuraron aportar no solo protección, sino, la mejor atención para incrementar la calidad de vida de las mujeres que atraviesan este proceso.

Actualmente, la Constitución Política en sus artículos 51 y 55 destaca la protección a los derechos de las madres, las niñas y los niños, reflejando el interés del Estado en el cuidado de la mujer gestante en todas sus etapas, así como la atención adecuada en caso de una complicación, entre estas la atención de las pérdidas gestacionales tempranas.

La Ley General de Salud, N° 5395, artículo 12, establece en relación a la etapa de gestación que: *“Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia”*. En este artículo se hace alusión a los cuidados que por ley las madres deben tener en torno a su gestación.

Según el Código de la Niñez y la Adolescencia en su artículo 2, se considerará niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho. Por lo tanto desde la concepción, la persona tiene derecho a ser respetado.

En referencia a los cuidados de la gestación y sus complicaciones, el Código de la Niñez y la Adolescencia establece que la niña y la adolescente embarazada deben contar con servicios que le permitan acceder a información materno-infantil, control médico de calidad y adecuado a sus necesidades, atención durante el parto y servicios de nutrición de ser necesario. Este artículo concluye señalando que *“Las niñas o adolescentes embarazadas tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro*

para su salud o la del nasciturus tendrá derecho a atención de preferencia” (Ley N°7739, 1998, art. 50).

El Reglamento del Sistema Nacional de Evaluación y Análisis de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil (decreto ejecutivo N° 41120-S) establece que se debe brindar atención a la mujer gestante o con sospecha de embarazo, independientemente de su condición de asegurada y de su estatus migratorio, la atención debe ser oportuna, humanizada y de calidad, de manera que garantice la protección de la salud de la madre y del feto o recién nacido o recién nacida y la prevención de la muerte de ambos.

En el Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica, se tiene como premisa que *“la clave para la reducción de la mortalidad materna reside en el manejo eficaz y oportuno de las complicaciones del embarazo y en aumentar el conocimiento de las familias y comunidades sobre las señales de peligro de las complicaciones obstétricas y perinatales”*, por lo tanto el abordaje de las pérdidas gestacionales tempranas debe ser un elemento a considerar por los profesionales de enfermería obstétrica al brindar la atención a las mujeres y familias que presentan esta condición (Reglamento N° 1565, 2005).

El Ministerio de Salud, como garante de la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, ha diseñado algunas políticas para la protección de estos grupos, entre las más relevantes se pueden mencionar: la Política Nacional de Sexualidad, el Plan Estratégico Nacional para una Maternidad e Infancia Saludable y Segura (2006-2015), el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA, 2010-2018), entre otros.

Dado que no existen normativas específicas en el tema de pérdidas gestacionales tempranas, el marco jurídico supracitado justifica de alguna manera *la necesidad de elaborar esta Norma nacional de atención a las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas.*

8. Disposiciones generales

- a.** De acuerdo al marco jurídico vigente, corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud, velar por el derecho que tienen las personas al disfrute del más alto nivel de salud, así como al acceso a los servicios de salud públicos, privados y mixtos que brinden una atención integral a su salud sexual y salud reproductiva con calidad, humanizada en la cual se minimicen riesgos.
- b.** Corresponde al Ministerio de Salud velar por el cumplimiento del marco normativo para la atención a las mujeres que presentan pérdidas gestacionales tempranas. La Caja Costarricense de Seguro Social prestador de los servicios públicos, así como los servicios de salud privados y mixtos, deben diseñar las herramientas técnicas que guíen la planificación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención humanizada con calidad.

- c. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos donde se atienden mujeres en situación de pérdida gestacional temprana, estarán regulados por la norma vigente de habilitación, dictada por el Ministerio de Salud, según corresponda.
- d. Atención a las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana
 - i. A las mujeres en situaciones de pérdida gestacional temprana, se les debe garantizar una atención con calidad, calidez, dignidad, un trato humanizado que minimice riesgos, de manera que respondan a sus necesidades biopsicosociales, acorde a lo establecido en los apartados de Primeros Auxilios Psicológicos y Acompañamiento Psicosocial incluidos en este documento y los avances, con evidencia científica, desarrollados en el abordaje del duelo que resulten más convenientes.
 - ii. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos deben además, fortalecer las redes de apoyo para las mujeres gestantes, que faciliten la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, que sean efectivos y eficaces.
 - iii. Todas las mujeres en condición de pérdida gestacional temprana, antes de que se le indique su egreso hospitalario, se le debe aconsejar, educar, prescribir y dispensar, bajo su consentimiento, un método anticonceptivo acorde a sus necesidades, así como a sus antecedentes de salud y antecedentes obstétricos. Esto aplica también, para los casos de óbito fetal.
 - iv. Los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos deben disponer y proveer, de manera oportuna, de una variedad de métodos anticonceptivos modernos de calidad, para las mujeres que presenten pérdidas gestacionales tempranas.
 - v. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos deben garantizar atención en condiciones de privacidad que minimicen riesgos, tomando en cuenta el contexto individual, familiar y comunitario de las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana.
 - vi. Los profesionales y equipos de salud deben proveer espacios que fortalezcan la consejería, el acompañamiento psicosocial y el manejo del duelo a las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas.
- e. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos deben disponer en forma progresiva de estrategias de mejoramiento y readecuación de los espacios físicos, que respondan a las necesidades de atención individual en salud de las mujeres en situación de pérdida gestacional que garanticen una atención segura y humanizada.

- f.** Los servicios de salud públicos, privados y mixtos deben disponer de estrategias para el desarrollo e incorporación de recurso humano de carácter interdisciplinario, que permita fortalecer la competencia técnica y profesional de las personas responsables de brindar la atención integral a las mujeres en situación de pérdida gestacional. Deben contar con normativas técnicas y protocolos que indiquen los procedimientos a seguir para la implementación de una atención segura que reduzca al máximo los riesgos y las complicaciones a las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas, tanto en lo físico como en lo socioemocional.

- g.** A la vez, deben tener normativas técnicas y protocolos que indiquen los procedimientos a seguir para el abordaje a la madre desde el diagnóstico de la pérdida gestacional hasta la entrega del feto de manera digna y del resultado de la biopsia del feto, en caso de que esta se requiera.

- h.** El equipo de salud o el profesional que brinde atención a esta población debe estar calificado, sensibilizado, capacitado, comprometido y actualizado al recibir educación continua, de manera que se cumpla con los procedimientos y con lo establecido en esta Norma Nacional.

- i.** Los servicios de salud públicos, privados y mixtos, deben contar con lineamientos claros para referir oportunamente a la usuaria, de acuerdo al tipo de riesgo identificado, cumpliendo las rutas establecidas y dar el seguimiento requerido de acuerdo a sus competencias. Se debe establecer el mecanismo que fortalezca el sistema de contra referencia hacia los niveles correspondientes para el seguimiento.

- j.** Los servicios de salud deben promover el involucramiento de la comunidad para contribuir a movilizar recursos comunales, a fin de favorecer una atención integral oportuna evitando las demoras y las complicaciones en las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas.

- k.** Los profesionales que brinden atención a las mujeres con pérdida gestacional temprana deben estar incorporados al colegio profesional respectivo.

- l.** Las mujeres con pérdida gestacional temprana pueden ser acompañadas durante el proceso de duelo por organizaciones no gubernamentales (ONG) que estén capacitadas y tengan experiencia en el tema.

9. Intervenciones y acciones

9.1. Valoración integral

Con base a una atención de calidad técnica con enfoque de derechos, y desde una perspectiva de género, la usuaria que se presente al servicio de salud con sospecha de pérdida gestacional temprana debe ser valorada en forma integral para su atención en los siguientes aspectos:

9.1.1 Diagnóstico de la pérdida gestacional temprana, que incluye:

a. Diagnóstico clínico: historia clínica, presencia de dolor o sangrado, examen físico general y ginecológico, toma de signos vitales.

b. Interpretar exámenes de laboratorio: Subunidad beta de gonadotropina coriónica humana, y determinación de progesterona de acuerdo al nivel de atención y condición de la usuaria.

c. Diagnóstico ecográfico: para determinar presencia y medida de saco gestacional, presencia o no de vesícula vitelina, presencia de embrión y actividad cardíaca. Ultrasonido pélvico transvaginal hasta la semana 12 y abdominal y/o transvaginal después de la semana 12 de acuerdo al nivel de atención y condición de la usuaria.

9.2. Manejo de la usuaria con pérdida gestacional temprana

9.2.1 Manejo expectante: Consiste en dejar evolucionar la expulsión de restos placentarios y ovulares en forma espontánea, sin utilizar medicamentos ni procedimientos quirúrgicos; se puede utilizar en pérdidas gestacionales menores a 12 semanas.

9.2.2 Manejo farmacológico: Se refiere al uso de fármacos que ayudan a la expulsión de restos placentarios y ovulares y a la prevención de las hemorragias.

9.2.3 Manejo Quirúrgico: Implica la utilización de técnicas invasivas para la extracción de los restos placentarios y ovulares.

9.2.4 Técnica Legrado Uterino Instrumental (LUI): Es un procedimiento quirúrgico que consiste en un raspado de la mucosa uterina con el fin de eliminar restos embrionarios y placentarios en caso de una pérdida gestacional temprana, o de tejido del endometrio para realizar algún tipo de diagnóstico. Requiere de una sala de cirugía y se debe realizar con sedación o anestesia general.

9.2.5 Técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Es una técnica muy segura. Se trata de un procedimiento que dura cerca de 15 minutos. Generalmente se utiliza anestesia local, solo en casos excepcionales se requiere sedación general. Puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana 12. Este método es, además, un recurso eficaz para atender las complicaciones derivadas de la pérdida gestacional temprana en proceso o incompleta. Por lo general, el bloqueo paracervical, la analgesia u otro sedante suave y unas palabras tranquilizadoras son suficiente para proporcionar bienestar a la mujer

durante el procedimiento. Las y los prestadores de servicios de AMEU deben tomar todas las medidas necesarias para evitar la propagación de infecciones y enfermedades, así como evitar el dolor producto del procedimiento.

El AMEU está indicado en las siguientes condiciones:

- Aborto incompleto
- Embarazo anembriónico
- Mola hidatidiforme
- Retención de restos placentarios
- Aborto diferido (huevo muerto y retenido)

9.2.6 Al egreso hospitalario la mujer debe llevar referencia para el control a los ocho días post pérdida gestacional temprana en el primer nivel de atención en caso de bajo riesgo. En caso de usuarias con diagnóstico de alto riesgo, la referencia debe ir a la especialidad de acuerdo al caso particular.

9.3. Principales complicaciones en pérdidas gestacionales tempranas

Se mencionan como las principales complicaciones la hemorragia, que comprende una pérdida sanguínea mayor a 500 cc, asociada con alteración hemodinámica producida por la expulsión incompleta de restos de la concepción o por una perforación uterina y la infección uterina que se caracteriza por la presencia de fiebre asociada a sangrado fétido y dolor pélvico por infección de la cavidad endometrial. Esta podría complicarse a una infección sistémica con dolor abdominal, mal estado general, taquicardia, sudoración y fiebre mayor a 39° C.

A largo plazo las usuarias podrían presentar infertilidad secundaria a síndrome adherencial endometrial (Síndrome de Asherman) y oclusión tubaria.

La congestión mamaria puede ser una situación que requiere atención oportuna por lo que es importante valorar a la mujer y brindarle orientación sobre los mecanismos que puede usar para suspender la producción de leche materna como lo son: pañitos tibios en ambos pechos, evitar la estimulación, y en caso necesario, acudir a tratamiento farmacológico. Lo importante es que el abordaje sea de acuerdo a las necesidades de cada mujer.

9.4. Consejo genético en caso requerido

El consejo genético se define como el estudio que se realiza a través de la valoración clínica y pruebas especializadas (bioquímicas, citogenéticas, radiológicas, moleculares, entre otras) para detectar la existencia de riesgo en mujeres que hayan presentado pérdidas gestacionales

a repetición (dos o más), o bien, en las que aparece por primera vez alguna enfermedad hereditaria o congénita que conlleve el riesgo de sufrir una pérdida gestacional temprana. El consejo genético puede ser previo al embarazo o posterior a la pérdida. Todas aquellas mujeres que presenten al menos dos pérdidas gestacionales deben recibir valoración por un profesional especialista en medicina reproductiva, para identificar las causas y definir el abordaje adecuado con miras a prevenir nuevas pérdidas o complicaciones y favorecer su salud reproductiva.

9.5. Atención de enfermería a mujeres con pérdidas gestacionales tempranas

La labor que lleva a cabo el profesional de enfermería general u obstétrica, como parte de un equipo que brinda atención integral a las mujeres que presentan esta condición, es de suma importancia en el abordaje y apoyo que requieren estas usuarias. En dicha atención se ven involucrados factores y procesos individuales que no son aislados del contexto social, cultural, político, histórico e ideológico en el que se desarrollan. Por eso se hace necesario tomar en cuenta todos esos aspectos cuando se atiende a las mujeres en el embarazo, en el parto, en el post parto o con pérdidas gestacionales tempranas.

La atención brindada por el profesional en enfermería obstétrica debe incluir lo siguiente:

- a. Valoración física y obstétrica a las mujeres en situación de pérdida gestacional temprana.
- b. Valoración de signos de alarma.
- c. Realización de referencia según necesidad de la usuaria.
- d. Acompañamiento y valorar riesgo psicoemocional a las mujeres y familia, y visualizar redes de apoyo durante y post pérdida gestacional temprana.
- e. Participación en la atención inmediata y mediata de las mujeres y su familia en situación de pérdida y postpérdida gestacional temprana.
- f. Consejería en salud sexual y salud reproductiva.
- g. Orientación y apoyo sobre el método anticonceptivo y de protección postpérdida gestacional.
- h. Coordinación para el seguimiento de la usuaria y su familia.
- i. Brindar confort a la usuaria y al acompañante.

9.6. Consejería para establecer el método anticonceptivo adecuado

A partir del derecho de toda persona a decidir de manera informada, libre y responsable sobre la regulación de su fecundidad, se debe brindar información sin exclusión, basada en los

principios de respeto, voluntariedad, veracidad, confidencialidad, privacidad e imparcialidad y acorde a las necesidades sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Esta consejería y el método anticonceptivo deben darse antes del egreso hospitalario. Se recomienda que si la mujer o la pareja planean un nuevo embarazo espere entre 6 a 12 meses posterior a la pérdida gestacional y utilice un método de planificación seguro durante ese período. Esto aplica también para los casos de óbito fetal.

9.7. Acompañamiento psicosocial

La pérdida gestacional temprana debe ser analizada desde una perspectiva integral, tomando en cuenta las condiciones psicológicas que la usuaria pueda presentar ante tal situación.

Las necesidades emocionales de las mujeres gestantes no deben subestimarse, por ello ante situaciones relacionadas con lo indicado en esta norma, se deben implementar procedimientos de acompañamiento psicológico o de primeros auxilios psicológicos, estos últimos pueden ser realizados por personal de varias disciplinas, entre ellos enfermería obstétrica, psicología clínica, enfermería en salud mental, trabajo social y otros debidamente capacitados.

9.7.1 Indicaciones generales:

- a. Toda mujer que haya pasado por una pérdida gestacional temprana deberá ser valorada desde una perspectiva psicológica y social, y recibirá el soporte que requiera según necesidad.
- b. Los servicios que brindan atención en situaciones de pérdida gestacional temprana deberán asegurar que su personal esté capacitado tanto para realizar una valoración integral de la paciente donde se incluya la dimensión emocional, como para brindar primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis. Esta valoración debe contemplar la posibilidad de integrar en el abordaje emocional a la pareja, familia u otras personas significativas según sea necesario.
- c. La evaluación psicosocial se realizará en el marco de la confidencialidad, privacidad, individualidad y respeto por la libre autodeterminación. Bajo ninguna circunstancia el espacio destinado al abordaje emocional debe utilizarse para realizar peritajes u otro tipo de investigaciones judiciales o legales, ni debe prestarse para re victimizar a la mujer, haciéndola revivir la situación en detrimento de su salud emocional.
- d. Los servicios que brindan atención en situaciones de pérdida gestacional temprana deben contar con personal capacitado para identificar factores de riesgo biopsicosociales que requieran la intervención de otras disciplinas, tanto para la usuaria como para su familia, valorando la urgencia de la referencia de acuerdo a los riesgos identificados y al tipo de apoyo que requiera.

e. **El abordaje terapéutico-psicológico debe ser realizado por un(a) profesional competente en el área de la salud mental**, según la situación que presente la usuaria y el tipo de atención que requiera (idealmente debe ser un profesional de psicología clínica).

f. El apoyo social referido al abordaje de situaciones socio familiares, socio laborales o socio ambientales asociados a la salud de la mujer en situación de pérdida gestacional temprana, debe ser realizado por **un(a) profesional competente en el área de trabajo social**.

g. El acompañamiento terapéutico-psicológico y social debe iniciar y finalizar con el mismo profesional asignado para todas las sesiones prescritas. Solo en caso de solicitud de la usuaria atendida, se podrá realizar cambio de profesional.

h. La mujer será dada de alta según la evaluación del profesional de la salud a cargo. Por tanto, no habrá una cantidad de sesiones preestablecidas para el abordaje terapéutico-psicológico brindado a cada usuaria.

j. El acompañamiento terapéutico-psicológico y social se realizará bajo consentimiento de la usuaria, por lo que ella puede suspender la atención en el momento que lo desee.

k. La mujer recibirá atención psicológica por un periodo de tiempo y con el espaciamiento entre citas que el profesional a cargo considere necesarias.

9.7.2 Primeros Auxilios psicológicos o Intervención en Crisis de primer orden

La crisis se define como un estado temporal de desorganización, ansiedad y confusión emocional causada, generalmente, por un evento particular que es vivido como una amenaza o pérdida, la cual no puede ser enfrentada con los mecanismos regulares que posee una persona para abordar/solucionar un problema. La crisis psicológica por lo general, tiene como consecuencia la pérdida de todas las capacidades de una persona para reaccionar a situaciones de su cotidianidad como lo hace usualmente. Esta es una intervención de corta duración realizada de forma inmediata, generalmente en el mismo lugar del acontecimiento, su objetivo principal es proporcionar apoyo, reducir la sensación de amenaza vivida por la persona y enlazarle con recursos de apoyo, proporcionando información sobre los servicios disponibles y necesarios y orientando qué hacer y cómo hacerlo. Esta primera intervención puede ser realizada por un o una profesional del área de la salud que esté capacitada para este tipo de abordajes.

Los primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis serán realizadas según el siguiente detalle:

- a. En las primeras horas de aparición de la crisis, la intervención se focalizará en reorganizar la respuesta inmediata de la persona, dar contención ante la situación vivida, reducir los peligros a los que se encuentre expuesta, y prepararla para iniciar la orientación psicológica.

- b. Después de mitigada la desorganización, la atención se focalizará en resolver la situación de crisis. Para esto, la usuaria debe recibir de forma periódica consultas psicológicas que permitan trabajar a nivel emocional y que la mujer recupere el equilibrio.
- c. La intervención se centrará en recuperar el nivel de funcionamiento que la usuaria tenía antes de la pérdida gestacional temprana, potenciando sus recursos, factores protectores y capacidad de enfrentar situaciones difíciles, con el fin de prevenir nuevas crisis.
- d. Parte de la intervención será construir, junto con la usuaria, una red de apoyo de su entera confianza, que le permita sentirse acompañada en el proceso de superación de una crisis.

9.8. Manejo del duelo en las pérdidas gestacionales tempranas

Al ser el duelo un proceso y no un estado, emergen manifestaciones emocionales (tristeza, aislamiento, enojo, culpa, ansiedad, cansancio, apatía, irritabilidad, anestesia emocional, alivio, entre otros), físicas (pérdida de apetito, debilidad, molestias gástricas, insomnio, exceso de sueño, entre otras) y cognitivas (falta de atención y concentración, confusión, pérdida de memoria, pensamiento obsesivo, recuerdos intrusivos, otros) que varían a lo largo del mismo, lo cual requiere que la persona ponga en marcha mecanismos, capacidades y recursos (psicológicos, redes de apoyo, servicios de salud) que le permitan afrontar la situación de forma emocionalmente saludable y realizar acciones que contribuyan a lograr esta adaptación.

Cada persona vive el duelo de forma diferente, su duración es variable y en la mayor parte de los casos requiere de contención emocional por parte de una o un profesional en salud mental, sin embargo el acompañamiento de este profesional o de personas significativas, de grupos de ayuda mutua y otras redes de apoyo institucionales y de la sociedad civil contribuyen a facilitar el trabajo de elaboración para afrontar la pérdida de la mejor forma posible.

Existen otras estrategias que ayudan a mitigar el duelo y lo hacen más llevadero. Es importante que los servicios de salud implementen diferentes tácticas que apoyen el manejo de este proceso, por ejemplo, es muy significativo para la mayoría de las madres, padres y familiares contar con un recuerdo de su hijo/a, nieto/nieta, hermano/hermana, sobrino/a, por tal motivo, se debe ofrecer la posibilidad de contar con ellos si lo desean por lo que se recomienda si es posible, tomar la huella plantar o palmar del feto, fotografías, reportes de ultrasonidos y utilizar implementos como bolsas de recuerdo, tarjetas, entre otros.

Por otra parte, es necesario contemplar que si la madre o el padre solicitan el feto para sepultarlo, aunque sea menor de 22 semanas, se debe tener la apertura y el procedimiento previamente establecido para la entrega.

9.9. Entrega de fetos macroscópicamente visibles

1. Los servicios de salud entregarán los fetos siempre que sean macroscópicamente visibles (que se distinguen a simple vista), previa solicitud por escrito de la madre o del padre.
2. En los casos de fallecimiento de la madre y ausencia del padre, podrá hacer la solicitud la abuela materna.
3. Para la entrega de los fetos se utilizará el certificado de defunción fetal, en el cual deberá estar claramente escrita la edad gestacional del mismo, esto con la finalidad de agilizar el trámite de la familia para la sepultura. La institución debe remitir dicho certificado al INEC para su procesamiento.
4. El tiempo para la entrega del feto será entre 1 y 7 días naturales a partir del momento de recepción en patología y posterior al análisis macroscópico, y la toma de muestras en caso de ser necesario, aunque aún no se cuente con los resultados de la biopsia.
5. Si el feto no es solicitado, permanecerá en custodia de la institución por al menos 6 meses o hasta que se cierre el resultado de la biopsia.
6. Si es posible debe enviarse para el estudio anatomopatológico el feto y la placenta, esto aplica también para los casos de óbitos fetales.
7. Antes de entregar el feto, debe informarse a la madre o familiar sobre la apariencia externa del mismo, para reducir el impacto que pueda ocasionar.
8. El feto debe ser entregado en el servicio de patología del establecimiento de salud de forma digna, envuelto en una frazada, mantilla u otro, que será aportado previamente por la familia.
9. La madre, padre o familiar debe presentar al servicio de salud la evidencia de que el feto será sepultado en el cementerio correspondiente.
10. En caso de que el feto no sea solicitado, será responsabilidad del servicio de salud realizar la disposición final, de acuerdo a lo establecido institucionalmente y a las normativas nacionales vigentes.
11. Es importante que el profesional de patología brinde información sobre los resultados de la biopsia a la madre o persona autorizada como parte del proceso de mitigar el duelo y también para colaborar como insumo que facilite la toma de decisiones en futuros embarazos.

10. Monitoreo y Evaluación

El Ministerio de Salud contará con estrategias para el monitoreo de la implementación y para la evaluación del cumplimiento de la presente Norma en los servicios de salud públicos, privados y mixtos donde se atiende a las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas, basadas en indicadores y estándares de calidad previamente establecidos.

11. Disposiciones Finales

Los servicios de salud públicos, privados, mixtos y los profesionales deberán elaborar un plan de mejora que incluya además de los puntos críticos identificados, plazos de cumplimiento y responsables; el plan es producto de los resultados obtenidos en la evaluación realizada por el Ministerio de Salud.

Referencias bibliográficas

Blum J, Hajri S, Chelli H, Mansour FB, Gueddana N, Winikoff B. The medical abortion experiences of married and unmarried women in Tunis, Tunisia. *Contraception* 2004; 69(1):63-69.

Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N°7739 (6 de febrero de 1998). San José, Costa Rica.

Código Penal, Ley N° 4573 (15 de noviembre de 1970). San José, Costa Rica.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 12 a 15 de agosto de 2013. Montevideo, Uruguay: CEPAL.

Consensus Statement: Instructions for Use – Abortion Induction with Misoprostol in Pregnancies up to 9 Weeks LMP. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects July 28, 2003. Washington, DC. Disponible en: http://www.rhnp.org/early/pdfs/instructions_for_use_final.pdf; Accessed 13 August 2004.

Coyaji, K; Elul, B; Krishna, U; Otiv, S; Ambardekar S, Bopardikar A, Raote V, Ellertson C Winikoff B. Mifepristone-misoprostol abortion: a trial in rural and urban Maharashtra, India. *Contraception* 2002; 66(1):33-40.

Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA. MOD Study Trial Group. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and gynecology* 2004; 103 (5 Pt 1):851-859.

Díaz Alonso G, Revista Cubana de Medicina General Integral, julio-septiembre, 2003, Factores de riesgo en el bajo peso al nacer.

Duran Santos, MC. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud: Rev. de M General. Pontevedra 2004, 132(4)10

Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen. *The Lancet* 2001; 357(9266):1402-1405.

Forcelledo Llano CR, Delgado Cruz A. Riesgo preconcepcional en el Consejo Popular Hermanos Barcón. *Boletín de Medicina General Integral*. Pinar del Río 2002; 6(1):24-9.

Geisy Almarales Sarmiento y otros. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. 2008, página 2

Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y delitos sexuales elaborada por Profamilia dentro del Convenio Defensoría del Pueblo – OIM (2006).

Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human reproduction* 2002; 17 (6):1477-1482.

Ley General de Salud, Ley N° 5395 (24 de febrero de 1974). San José, Costa Rica.

Lugones Botell M. Origen del aborto, *Rev. Cubana MGI*, 1(2) 2002 84-94B.

Naciones Unidas (1995). Informe de la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo. New York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. New York: Naciones Unidas.

Ngoc NT, Nhan VQ, Blum J, Mai TT, Durocher JM, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multisite study in Vietnam. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2004; 111 (8):814-819.

OMS (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Geneva.

OMS (2005), Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Ginebra, Suiza.

Pérez Sales, P. (2006) Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora. Bilbao, España: Editorial DescléedeBrouwer.

Prendes Labrada MC, Guibert Reyes W, González Gómez Isabel y Serrano Borges E, *Rev. Cubana MED Gen Integral* 2002; 17(4): 360-6, Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar.

Reglamento de enfermería ginecoobstétrica y perinatal de Costa Rica, Reglamento 1565 (14 de enero de 2005). San José, Costa Rica.

Reglamento de la Autopsia Hospitalaria y Médico legal, Decreto N° 17461-S (06 de julio de 1998). San José, Costa Rica.

Rigol Ricardo O, Sinobas del Olmo H, Farnot Caldos V. Obstetricia y Ginecología. Riesgo Obstétrico. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 2002.

Salazar P., R. (2015). Ponencia: Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, 26-29 de mayo de 2015. Sin Publicar.

Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P, Gore BZ, Poppema S. Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 1999; 59(1):1-6.

Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of family practice* 1997; 44 (4):353-360.

Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstetrics and gynecology* 2004; 104(1):174-185.

Tang OS, Chan CC, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction* 2003; 18 (11):2315-2318.

UNFPA (2004). *Programa de Acción open la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. UNFPA.

Von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, Gopalan S, Horga M, Jerve F, Mittal S, Ngoc NT, Peregoudov A, Prasad RN, Pretnar-Darovec A, Shah RS, Song S, Tang OS, Wu SC. WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion I: Efficacy. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2003; 110 (9):808-818.

Wiebe E, Dunn S, Guilbert E, Jacot F, Lugtig L. Comparison of abortions induced by methotrexate or mifepristone followed by misoprostol. *Obstetrics and gynecology* 2002; 99 (5 Pt 1):813-819.

World Health Organization. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Geneva, *The World Health Organization*; 2003.