

Protocolo para la Prevención y Atención Integral de Personas con Enfermedad por Relleno Sintético Permanente (ERSP) en la Red de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Este material puede ser reproducido total y parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

1ª Edición y publicación 2026



Responsable Técnico Ministerio de Salud

Susana Fuentealba Cofré Jefatura (s) División de Gestión de las Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.	
---	--

Edición general y editores alternos

Dr. Víctor Arancibia Vergara Medico Familiar, Referente Nacional Salud Trans y Diversidad, Departamento Procesos de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico, División de Gestión de Redes asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.	Dr. Alberto Inzulza Galdames Odontólogo, MPH. Profesional Gabinete Subsecretaria de Salud Pública, Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
---	---

Jefaturas Ministerio de Salud

Dr. Bernardo Martorell Guerra Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.	Ps. Andrea Albagli Iruretagoyena Subsecretaria de Salud Pública, Ministerio de Salud. Ministerio de Salud.
Dra. Soledad Martínez Gutiérrez Jefatura División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.	

Profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

Klogo. Emilio González Silva Unidad de Rehabilitación, División de Gestión de las Redes Asistenciales. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud.	Claudia Celedón Carrasco Unidad de Rehabilitación, División de Gestión de las Redes Asistenciales. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud.
Dra Rina Carvallo Torres Unidad de Rehabilitación, División de Gestión de las Redes Asistenciales. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud.	Eu. Carlos Estrada Becerra Unidad de Rehabilitación, División de Gestión de las Redes Asistenciales. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud.
Dra. Marcela Rivera Medina Depto. Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Eu. Damaris Meza Lorca Depto. Cuidados Integrales en Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

QF. Carolina Isla Meneses Jefatura (s) Depto Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico de la División de Gestión de las Redes Asistenciales. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud.	
---	--

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

Mt. María José Oyarzun (hasta 2024) Depto. Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.	Mt Rodrigo Neira Contreras Depto. Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
Klga. Pierina Gallardo Inostroza Unidad de Prestadores, Unidad de Políticas públicas y Regulaciones Farmacéutica, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud	Dr. Andrés Perry Vives Coordinador Oficina Bioética , Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Profesionales del Gabinete Ministerial

Mat. Cynthia Aránguiz Castro Depto. de Derechos Humanos y Género, Gabinete Ministerial, Ministerio de Salud.	Nta. María Ignacia Rojas Puga Depto. de Derechos Humanos y Género, Gabinete Ministerial, Ministerio de Salud.
--	---

Asesores-Colaboradores

Oyuki Ariadne Martínez Colín Responsable comunitaria Unidad de Salud integral para personas Trans-CDMX, México.	Dr. Ariel Vilchis Reyes Asesoría en Salud, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, México.
Dr. Michel Marín Espinosa Médico Cirujano, Cirujano Plástico. Medico Asesor-revisor parte del Equipo de Cirugía Plástica de Hospital Antofagasta.	Dr. Cristopher Moeller Arena Médico Cirujano, Máster Antienviejecimiento y Medicina Estética, asesor-revisor dedicado a Enfermedad por Relleno Sintético Permanente.
Mt. Cristina Muena Matrona coordinadora Equipo De atención de salud personas trans, Hospital de Antofagasta	

Revisores desde la Sociedad Civil Organizada

Mat. Claudia Ancapán Quilape Bloque de Salud Trans para Chile.	Tamini Aguirre Arcos. Bloque de Salud Trans para Chile.
Gabriela Ahumada Castaneda Bloque de Salud Trans para Chile.	Actriz Lorenza Quezada Mendoza Colectiva Pies Disidentes, Bloque de Salud Trans para Chile.
Makarena Salles Contreras Agrupación Trans Libera Acción Arcoíris, Antofagasta – Red Trans-Chile.	Ps. Miguel Roselló Peñaloza Bloque de Salud Trans para Chile.

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDO

Índice.....	6
1. Introducción	7
2. Objetivos del Documento.....	12
3. Alcance del Documento.....	12
4. Marco Normativo y Ético.....	13
5. Marco teórico	18
5.1 Consideraciones en la estimación de la demanda	22
5.2 Consideraciones en la estimación de la oferta:.....	25
6. Modelo de atención en ERSP.....	29
6.1 Gestión en red de Enfermedad por Relleno Sintéticos Permanente: roles, gobernanza, coordinación, comunicación.	31
6.2 Lineamiento sobre el registro y supervisión de ERSP.	34
6.3 Elementos Clínicos-administrativos y operacionales para la gestión clínica del proceso de atención a persona que convive con ERSP.	37
6.4 Formación Continua y Capacitación de la Red.	53
6.5 Referencia a Cirugía plástica.	53
6.6 Aspectos de Calidad de la atención.	54
7. Flujo y Anexos	56
8. Referencias	58



1. INTRODUCCIÓN

En el marco de los estándares internacionales de derechos humanos promovidos por las Naciones Unidas, y en coherencia con el compromiso del Estado de Chile de poner fin a la violencia y discriminación hacia las personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales diversas (OSIEGCS), el sector salud asume un rol fundamental en la promoción del bienestar, la equidad y la realización plena de todas las personas. Para ello, resulta esencial consolidar un sistema de salud inclusivo, sensible y respetuoso, capaz de responder a las distintas realidades y trayectorias de vida de la población.

Las personas trans y de género diverso han enfrentado históricamente barreras estructurales para acceder a una atención sanitaria integral y coherente con su identidad de género. Entre las principales dificultades se encuentran la falta de cobertura oportuna y adecuada de prestaciones vinculadas a la afirmación de género, como las terapias hormonales y los procedimientos quirúrgicos (1). La evidencia internacional, incluida la National LGBT Health Education Center (2016), demuestra que el acceso a la atención de afirmación de género produce resultados positivos en salud física, mental y social, mejorando la integración laboral y la calidad de vida de quienes acceden a ella (2,3).

Ante la ausencia histórica de estas prestaciones, algunas personas trans recurrieron al uso de sustancias modeladoras permanentes (con denominación variada), conocidas como rellenos sintéticos, como parte de sus procesos de afirmación corporal. Estas prácticas, realizadas fuera del marco regulatorio del sistema de salud, se han asociado con complicaciones médicas y psicológicas que pueden aparecer años después de su aplicación y que afectan gravemente la calidad de vida.

Este fenómeno no se limita únicamente a la población trans. Diversos reportes científicos documentan complicaciones similares en personas cisgénero, principalmente mujeres, quienes también han sido afectadas por el uso de sustancias modeladoras de carácter permanente. En revisiones internacionales, cerca del 70% de los casos descritos en las últimas cuatro décadas correspondieron a mujeres cisgénero con complicaciones derivadas de este tipo de rellenos (4,5).

Por esta razón, en el presente documento se denomina personas afectadas por Enfermedad por Rellenos Sintéticos Permanentes (ERSP) a quienes presentan complicaciones derivadas del uso de sustancias modeladoras, comúnmente

denominadas biopolímeros, alojenosis iatrogénica o modelantes, tanto para trans como cisgénero indistintamente.

El propósito de este documento técnico es establecer directrices operativas para la organización de la Red Asistencial, con el objetivo de mejorar la respuesta sanitaria hacia las personas afectadas por ERSP. La propuesta está dirigida a los equipos de salud y a los gestores de la red, y busca orientar el desarrollo de un modelo de atención integral, coordinado y sensible a las diferencias de género y diversidad corporal.

Este enfoque reconoce la responsabilidad del sistema sanitario en garantizar el derecho de todas las personas a recibir atención digna, oportuna y centrada en sus necesidades, promoviendo la equidad, la justicia sanitaria y el bienestar integral de la población.



El Ministerio de Salud reconoce la importancia de utilizar un lenguaje que no reproduzca esquemas discriminatorios y comparte el derecho a la autodeterminación.



GLOSARIO

APS: Atención Primaria de Salud. Nivel básico de atención en el sistema de salud, enfocado en atención integral y prevención.

ASIA: Síndrome autoinmune inducido por adyuvantes (Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants). Condición autoinmune derivada de la exposición a sustancias modelantes.

AINEs: Antiinflamatorio no esteroideo

ATB: Antibiótico

Biopolímeros: Materiales sintéticos usados como rellenos permanentes en procedimientos estéticos, a menudo ilegales o no regulados.

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CIE-10 / CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, versiones 10 y 11 respectivamente. Sistema codificado para diagnóstico médico.

DIPRECE: División de Prevención y Control de Enfermedades.

DIGERA: División de Gestión de la Red Asistencial. Órgano encargado de la coordinación y supervisión de redes de salud.

ERSP: Enfermedad por Relleno Sintético Permanente. Condición causada por la inyección de sustancias modeladoras permanentes no autorizadas.

FDA: Food and Drug Administration. Agencia reguladora estadounidense de medicamentos y alimentos.

GAMC: Atención Médica de Afirmación de Género (siglas en inglés). Atención que valida la identidad de género para personas transgénero.



HLA: Antígenos Leucocitarios Humanos. Genes asociados con la susceptibilidad a ciertas enfermedades autoinmunes.

ISP: Instituto de Salud Pública

LE: Lista de Espera.

LGBTI+: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexuales, más otras identidades sexuales y de género diversas.

MINISTERIO / MINSAL: Ministerio de Salud.

NE61 (CIE-11): Código que indica “Efectos adversos por exposición a sustancias tóxicas no medicinales”.

OSIEGCS: Orientaciones Sexuales, Identidades, Expresiones de Género y características sexuales.

PB36 (CIE-11): Código para “Exposición no intencional a sustancias no medicinales”.

PMMA: Polimetilmetacrilato. Material usado como relleno permanente.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PROMOCIÓN y PREVENCIÓN: Estrategias que buscan evitar la aparición o el agravamiento de la ERSP y promover intervenciones saludables.

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial de Salud. Autoridad sanitaria regional.

SIC: Solicitud de Interconsulta.

SU: Servicio de Urgencia.

VAS: Validación, Afirmación y Soporte (concepto implícito en atención de género afirmativo).

2. Objetivos del Documento.

El objetivo general de este documento es establecer un marco operativo para la atención de personas afectadas por la Enfermedad por Relleno Sintético Permanente, promoviendo el acceso equitativo y la calidad de los servicios, contribuyendo así a la mejora de la salud y el bienestar integral de quienes la padecen, en el marco de un sistema de salud más sensible, respetuoso, justo e inclusivo con todas las personas.

Los objetivos específicos son:

- a. Definir el alcance, oportunidad y tránsito de las personas que requieran atención producto de sospecha o diagnóstico de ERSP, desde los Servicios de Salud y establecimientos de la red.
- b. Establecer y operacionalizar protocolos clínicos y administrativos que resguardan rutas claras de derivación, contrarreferencia y seguimiento, en coordinación con los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.
- c. Promover el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud de la red asistencial mediante capacitación continua y tecnologías de soporte pertinentes al manejo de la ERSP.

3. ALCANCE DEL DOCUMENTO

El documento se orienta a los equipos gestores y clínicos de la red asistencial que participan en la identificación, evaluación y atención de personas con riesgo, sospecha o diagnóstico confirmado de Enfermedad por Rellenos Sintéticos Permanentes (ERSP). Su aplicación abarca todos los niveles de atención —primario, secundario y terciario— y establece lineamientos para garantizar un enfoque coordinado y basado en evidencia científica, especialmente en los procesos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.



4. MARCO NORMATIVO Y ÉTICO

4.1 Normativa

Este documento reconoce la integración al ordenamiento jurídico nacional, las normas y principios propios del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, otorgándoles incluso jerarquía suprallegal. Entre ellos es posible destacar:

- Los Principios de Yogyakarta (2006): principios jurídicos en materia de derechos humanos a las violaciones basadas en la orientación sexual y la identidad de género.
- La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Orientación Sexual e Identidad de Género (2008).
- La Resolución de Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género de la Organización de los Estados Americanos (2008).
- La Declaración de la Comisión de Naciones Unidas por los Derechos Humanos, que condena los actos de violencia y discriminación sexual (2011).
- Resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU sobre Salud Mental y Derechos Humanos (2017)
- Opinión Consultiva 24/17: Identidad de Género e Igualdad y No Discriminación a Parejas del Mismo Sexo (2017): Reconoce la obligación de los Estados miembros de la OEA de garantizar que las personas LGBTI+ gocen de todos sus derechos fundamentales sin discriminación.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12 (Chile se adscribió al PIDESC el año 1972) el que establece la necesidad de que los Estados proporcionen acceso a servicios de salud adecuados, y a la protección contra el daño físico y psicológico.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Chile se adscribió a esta convención el año 1989. En vista que existe un alto porcentaje de personas Cisgénero-femeninas afectadas.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

4.2 Ética

El presente documento comprende a la salud como un bien de carácter social, comunitario e individual que propone reconocer y declarar que en los procesos sanitarios y organizacionales de los sistemas de salud se encuentran imbricadas las experiencias, los anhelos e ideas de las personas y las poblaciones. Esto despierta una doble responsabilidad para profesionales clínicos y los tomadores de decisiones: 1. evaluar con detención, sincero respeto y consideración los efectos de sus acciones en salud y 2. Buscar activamente las maneras de incluir a las personas y comunidades en el mejoramiento de la salud propia y que contribuyan en su definición y alcance.

En cuanto a una perspectiva ética clínica, el presente documento reafirma un compromiso con los principios de justicia con las poblaciones vulneradas, el respeto por la autonomía y la dignidad de las personas, la no discriminación, en particular, de personas con OSIEGCS diversas y, muy sentidamente, con los valores y desafíos propios del cuidado humanizado y la atención centrada en la persona.

4.3 Marco Regulatorio Aplicable A Procedimientos De Estética Dirigidos Al Cuidado Y Embellecimiento Corporal Invasivos:

- Código Sanitario, DFL N°725/1968 del Ministerio de Salud.
- Ley N°20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- D.S. N°283/1997, del MINSAL: Aprueba "Reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor".
- D.S. N°161/1982, del MINSAL: Aprueba Reglamento de Hospitales y Clínicas.
- D.S. N°1082/1958, del MINSAL: Aprueba Reglamento sobre el Ejercicio de la Profesión de Kinesiólogo.
- D.S. N°58, de 2008 del MINSAL: Aprueba Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales. Normas técnicas básicas de atención abierta y cerrada, según el tipo de complejidad de la intervención.
- Decreto Exento N°489/2012, y sus modificaciones, y las Normas Técnicas Operativas (NTO) por cada especialidad odontológica: Decreto N°31/2013 y N°568 del 2016.
- Resolución Exenta N°340, de 2018 del MINSAL: Aprueba Norma Técnica N°199 sobre Esterilización y Desinfección en Establecimientos de Atención en Salud y uso de artículos médicos estériles.

Definiciones Relativas a La Materia:

Los procedimientos de estética destinados al cuidado y embellecimiento corporal son procedimientos de salud. Los que se realicen en establecimientos de salud deben contar con autorización sanitaria y con un Director Técnico profesional de la salud. Estos procedimientos se clasifican en dos categorías: Invasivos y No Invasivos, según lo señalado en el Código Sanitario en su artículo 124¹.

Entiéndase que la definición de procedimiento invasivo y los requisitos de los establecimientos en donde se ejecutan estos procedimientos, se encuentran señalados y regulados en el D.S N°283, Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor, al igual que la definición de procedimiento no invasivo. La mencionada regulación aplica a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, emplazados en centros de atención abierta como de aquellos instalados en centros de atención cerrada.



Conforme a lo señalado en el mencionado reglamento aprobado mediante el D.S. N°283/97, la interpretación de la definición de **procedimiento invasivo** es “aquel que involucra solución de continuidad de piel y mucosas, acceso instrumental a vías, cavidades o conductos naturales del organismo y que requieren efectuarse con técnica aséptica”.

En este mismo sentido los procedimientos no invasivos, por definición, no involucran lo señalado en inciso anterior. Sin perjuicio de lo anterior, y conforme a lo señalado en el artículo 124 del Código Sanitario, cuando se realicen procedimientos no invasivos, dirigidos al cuidado y embellecimiento corporal y que pueden generar riesgo para el cuerpo humano, ya sea por el tipo de técnica o instrumental utilizado sobre el cuerpo, requieren ser ejecutados en salas de procedimientos no invasivos.

Entiéndase por cirugía menor a aquellos procedimientos invasivos que involucran pérdida de solución de la continuidad de piel o mucosa, acceso instrumental a cavidades naturales y que requieren ser realizados con técnicas estériles, tales como: procedimientos de cirugía plástica, dermatología, oftalmología, serología, traumatología, ginecología, cirugía bucal, periodontal y otros.

En caso de Procedimientos Invasivos, estos se consideran procedimientos médicos.¹

Autoridad Sanitaria:

Las solicitudes de autorización de instalación y funcionamiento de estos establecimientos deberán ser presentadas al secretario(a) Regional Ministerial de Salud (SEREMI) en cuyo territorio se encuentre ubicada.

Cabe señalar que el director general de Salud mencionado en la regulación vigente corresponde y alude a la autoridad sanitaria o SEREMI de Salud.

4.3.1 En Relación Con Los Productos Utilizados

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es la autoridad responsable, a nivel nacional, del control sanitario de los productos farmacéuticos. Esta institución mantiene un registro de todos los productos que han sido evaluados favorablemente en cuanto a su eficacia,

¹ Ministerio de Salud de Chile. (1997). Decreto Supremo N.º 283, de 12 de julio de 1997: Aprueba Reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor (Ley Chile, Norma 74201). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=74201&idParte=>



seguridad y calidad, los cuales deben demostrar y garantizar durante el período previsto para su uso.

Ningún producto farmacéutico puede ser distribuido en el país sin haber sido previamente registrado, salvo las excepciones contempladas en la normativa. Por lo tanto, la administración de productos no aprobados ni autorizados constituye una infracción a la normativa vigente.

Las prácticas que utilicen productos farmacéuticos y dispositivos médicos de administración parenteral, dirigidas al cuidado y embellecimiento estético corporal, son considerados procedimientos invasivos.

Asimismo, las prácticas que utilicen productos farmacéuticos o dispositivos médicos que estén dirigidas al cuidado y embellecimiento estético corporal, requiriendo acceso instrumental a vías, cavidades o conductos naturales del organismo y que requieren efectuarse con técnica aséptica, son considerados procedimientos invasivos.

Un establecimiento de salud que realice actividades dirigidas al cuidado y embellecimiento estético corporal debe mantener los productos farmacéuticos en un botiquín autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente. Las adquisiciones de productos farmacéuticos para los botiquines deberán ser suscritas por el profesional o el auxiliar que haya asumido su responsabilidad en el abastecimiento y expendio de estos.

La regulación y definiciones aplicables a productos farmacéuticos y los dispositivos médicos se encuentran señalados en la siguiente normativa:

- D.S. N°3/ 2010, del MINSAL, que aprueba Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano.
- D.S. N°466/84, del Minsal, que aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos autorizados.
- D.S. N°404/83, del MINSAL, Reglamento de Estupefacientes.
- D.S. N°405/83, del MINSAL, Reglamento de Productos Psicotrópicos.
- D.S.N°825/1998, del MINSAL aprueba Reglamento de Control de Productos y Elementos de Uso Médico. (aplican definiciones de equipamiento invasivo u otros).

4.3.2 Establecimientos Aprobados para Actividades Dirigidas al Cuidado y Embellecimiento Estético Corporal

La planta física de todo establecimiento de salud en donde se realicen estas actividades estará comprendida por las dependencias comunes, salas o recintos para las consultas



médicas, salas de procedimientos, pabellones de cirugía menor y pabellones de cirugía mayor, según sean las complejidades de las prestaciones declaradas y el tipo de autorización sanitaria otorgada por parte de la SEREMI de Salud, según lo detalle la Resolución respectiva.

Los requisitos que deben cumplir los establecimientos que realicen, tanto procedimientos invasivos como no invasivos, dirigidos al cuidado y embellecimiento estético corporal, están señalados en: el D.S N°283, Reglamento sobre Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor y en las Normas Técnicas Básicas aprobadas mediante DS N°58/2009 del Ministerio de Salud.

Además, conforme al tipo de atención y prestaciones que se otorguen, en caso de corresponder a un establecimiento de salud que preste Atención Médico-Quirúrgica (Pabellones de Cirugía Mayor), se deberá cumplir a lo menos con lo dispuesto en el D.S. N°161 que Aprueba reglamento de hospitales y clínicas, D.S. N°58 Normas Técnicas Básicas de atención abierta y cerrada, Norma General técnica N°199 de Esterilización, entre otras.

4.3.3 Del Rol del Profesional de Salud en la Denuncia:

En caso de detectar la realización de procedimientos estéticos invasivos en establecimientos que no cuenten con autorización sanitaria para ello, ejecutados por personas sin las calificaciones profesionales o que involucren el uso de productos sin registro sanitario, se debe efectuar la denuncia correspondiente ante la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la región, organismo encargado de fiscalizar y aplicar las medidas sanitarias pertinentes. Es importante en la denuncia acompañar la mayor cantidad de información relevante, para consideración de la autoridad.

Adicionalmente, si se identifica una potencial vulneración derechos de los consumidores, la persona afectada, podrá denunciar ante el SERNAC. Estos canales permiten resguardar la seguridad de los pacientes y contribuir a la identificación de prácticas que ponen en riesgo la salud de la población.

5. Marco teórico

Antecedentes

La Enfermedad por Relleno Sintético Permanente (ERSP) es una enfermedad inmunológica que se desarrolla por la inyección de una sustancia extraña, ajena al organismo con fines estéticos. Se ha descrito como un problema de salud pública a nivel de América Latina, afectando principalmente a mujeres de mediana edad y personas trans, de estrato socioeconómico medio-bajo, pues a menudo los procedimientos son realizados por personal no calificado, en establecimientos no regulados y sin el resguardo sanitario y legal vigente (6).

Es importante considerar que los rellenos sintéticos de esta enfermedad son sustancias no autorizadas, no biocompatibles y de uso industrial como, por ejemplo: silicona líquida, aceites minerales, parafina, vaselina, biopolímeros industriales, poliacrilamida o metacrilato. Todos estos rellenos tienen en común que no son biodegradables, permanecen en el cuerpo por años, generan reacción crónica a cuerpo extraño, granulomas, fibrosis o fenómenos autoinmunes, pueden migrar por gravedad o planos tisulares y no tienen trazabilidad ni control de calidad en muchos casos (7–9). El uso en el cuerpo es variado, principalmente en caderas, mamas, glúteos, cara, labios, y vulva, y todos estos comparten que son sustancias o elementos no aprobados por la entidad sanitaria de nuestro país. Haciéndolos principalmente atractivos de su uso, en sus inicios, por ser sustancias aparentemente inertes, aparentemente no cancerígena, y que no promovía un crecimiento bacteriano, haciéndola atractiva para su uso clínico (10)

No obstante, desde el inicio histórico de su uso se han reconocido una serie de complicaciones tanto en tipo de evento como en tiempo de aparición (desde 6 meses a 36 años), que van desde reacciones locales como dolor, eritema, equimosis, edema, fístulas, fibrosis, migración local e infección hasta complicaciones sistémicas como desarrollo de enfermedades autoinmunes, migración sistémica, necrosis de estructuras orgánicas, neumonía, embolia o muerte (10,11) siendo prohibido su uso como relleno a fines de los años 60 por la Food and Drug Administration (FDA) y reforzados en el año 2023 en un comunicado que genera recomendaciones puntuales sobre el riesgo y complicaciones (12)

A pesar de su prohibición, el uso clandestino de los biopolímeros administrados por personal no calificado se ha mantenido debido a ser un procedimiento de bajo costo para alcanzar expectativas físicas según los estereotipos sociales de belleza deseada, en personas cisgénero (Bhardwaj, 2020). Esto aumenta el riesgo de su utilización en grupos de especial protección, como mujeres y personas trans, y que históricamente han sufrido una discriminación sistemática en la sociedad, específicamente en su acceso a las prestaciones

en salud (Hilton et al, 2015). Si bien su uso es amplio en la población general, en las personas trans el uso de rellenos sintéticos permanentes no tiene exclusivamente una finalidad estética, sino más bien, cambios corporales que les permita afirmar su identidad de género.

El estudio de seguimiento a la aplicación es difícil de abordar, debido a que los antecedentes clínicos sobre la técnica utilizada, así como la cantidad y composición del material inyectado, a menudo no está disponible. Comúnmente, se declara que en el pasado se inyectó un "material" y, por el lugar y descripción, se presume que es "silicona industrial". A su vez, los tiempos en donde se identifican complicaciones son relativos, habiendo sido descritos en un promedio de 8 a 10 años, con un rango de 6 meses hasta 36 años post aplicación (11). En los siguientes apartados se discutirán algunas dificultades y desafíos para determinar la conceptualización de la enfermedad.

Prevalencia

El abordaje de complicaciones por uso de rellenos sintéticos permanentes se identifica en diversos estudios como un problema de salud en Latinoamérica, con un desconocimiento generalizado de esta enfermedad, sumado a que la administración de sustancias modelantes se realiza fuera de la Red Asistencial (13) escenario que desencadena en la ausencia de cifras que determinen la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

Un estudio fundamental fue realizado en el Hospital General de México entre 2001 y 2010, donde se estableció un protocolo clínico para la atención de patologías asociadas al uso de sustancias modeladoras. Durante este decenio, se documentaron 504 casos de afectaciones sistémicas secundarias a la aplicación de estos compuestos, atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Al alta médica, todos/as los/as pacientes fueron codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en tres categorías diagnósticas: cuerpo extraño residual en tejidos blandos (T14.8), granuloma por cuerpo extraño en tejido blando (L92.3), y otros trastornos granulomatosos de piel y tejido subcutáneo (L92.8), debido a la ausencia de una entidad nosológica específica para la 'enfermedad por modelantes' en la taxonomía vigente.

De la cohorte total (n=504), 128 pacientes requirieron intervención quirúrgica, con distribución por sexo de 40 hombres (31.25%) y 88 mujeres (68.75%). El rango etario fue de 17 a 73 años (media: 39 años). La región anatómica más afectada fue la glútea (n=86), seguida de mamaria (n=23), pélvica (n=11) y facial (n=8). El período de latencia entre exposición y atención quirúrgica osciló entre 1 y 30 años. Los análisis histopatológicos identificaron múltiples sustancias: aceites minerales, vegetales e industriales; parafina; grasa bovina; guayacol; colágeno; así como compuestos no identificados y combinaciones heterogéneas.

En Chile, un estudio liderado por Roselló et al (14), sobre salud de personas transgénero y no binarias identifica las intervenciones corporales realizadas fuera de los entornos clínicos, tales como las inyecciones de silicona industrial, como una de las vulnerabilidades sanitarias que afectan a esta población. El análisis de las intervenciones demandadas revela una brecha sustancial en la provisión de procedimientos destinados a mitigar las consecuencias de dichas prácticas. Específicamente, solo el 0.6% de la muestra total (N=972) había recibido una reconstrucción corporal o facial posterior al uso de silicona líquida, mientras que el 5.0% aún deseaba este servicio, lo que establece una razón de 1 persona atendida por cada 7 que manifiestan la necesidad. Esta disparidad es particularmente notable en la población que se identifica con género femenino, donde el 14.6% deseaba acceder a esta cirugía (frente al 2.5% que la había recibido), resultando en una proporción de 1:5.7. En relación con los procedimientos complementarios, la extracción de siliconas, aceites u otros líquidos fue deseada por el 4.1% de la muestra, con solo el 0.2% habiéndola recibido. Estos datos subrayan la necesidad urgente de fortalecer los servicios de salud especializados que aborden las secuelas físicas y de salud derivadas de intervenciones corporales inseguras.

Principales escenarios clínicos y su abordaje:

La enfermedad se caracteriza por presentar alteraciones clínicas y serológicas inespecíficas a nivel local y sistémico, con un patrón inespecífico de recurrencia y variable tanto en sintomatología como en gravedad. Los mecanismos y el cuadro clínico pueden diferir de acuerdo con el material inyectado. Los signos locales más comunes son: inflamación, irregularidades, edema, eritema, cicatrices queloideas, hiper o hipopigmentaciones, ulceraciones, endurecimiento, necrosis, esclerosis, fibrosis, desplazamiento de la sustancia, infección y fístulas que drenan material oleoso, e incluso se pueden producir lesiones a distancia por migración del material inyectado, ya sea por vía hematológica, linfática o por gravedad.

Finalmente, una de las consecuencias que más dificulta el proceso clínico es que para **estas sustancias modelantes una vez inyectadas, no se puede asegurar una remoción completa**, siendo probable que los sitios inyectados sigan estando en riesgo de sufrir infecciones o inflamaciones en el futuro (11).

Reconociendo estas complicaciones, se detallan las que presentan un mayor desafío clínico en cuanto a su abordaje:

a) Siliconoma o granuloma de cuerpo extraño: consiste en la formación de un granuloma secundario a la inyección de biopolímeros, que, debido a sus manifestaciones clínicas, deteriora la calidad de vida de la persona afectada. Constituye un desafío terapéutico, ya



que los biopolímeros se infiltran de forma difusa en los tejidos, no siendo posible definir claramente sus límites para poder realizar una resección quirúrgica completa. Por lo general para su manejo se requiere un desbridamiento sustancial, lo que resulta en una estética deficiente. Las indicaciones para resección de siliconoma son manifestaciones graves, que incluyen epidermólisis, absceso, fístula y necrosis, o insuficiencia de mejoría con manejo médico (15,16).

b) Síndrome autoinmune inducido por adyuvantes: proceso autoinmune secundario a la colocación de un material exógeno, que se caracteriza por generar mialgias, miositis o debilidad muscular, artralgia y/o artritis, fatiga crónica, trastorno del sueño, deterioro cognitivo y manifestaciones neurológicas, entre otros (17). Su tratamiento definitivo consiste en el retiro del material exógeno, sin embargo, debido a los mismos motivos descritos previamente, este pudiera no ser posible.

c) Síndrome de embolia por silicona: es una de las complicaciones más graves de la silicona líquida, caracterizada por una reacción inflamatoria en la que las partículas de inmunoglobulina G se unen selectivamente a las partículas de silicona, lo que predispone a una reacción de hipersensibilidad. No está claro cuáles son los factores de riesgo para desarrollar sensibilidad frente a la silicona líquida, sin embargo, se describe que se ven implicados elementos como el volumen inyectado, alta presión de infiltración, y la migración de partículas o la migración hacia el espacio intravascular. El cuadro generalmente se presenta pocas horas después de la inyección, y su principal órgano blanco es a nivel pulmonar. El síntoma de presentación más común es la hipoxemia, y el tratamiento es de apoyo, consistiendo principalmente en oxígeno suplementario y terapia con corticoides. Este síndrome es sospechado en personas con una historia de inyecciones de silicona líquida y que presenten síntomas neurológicos o pulmonares (18)

En síntesis, la ERSP constituye un desafío sanitario de relevancia pública, debido a su carácter crónico, su diversidad de manifestaciones clínicas y su impacto integral en la salud física, mental y social de las personas afectadas. Su abordaje debe sustentarse en un enfoque de curso de vida, reconociendo que las necesidades clínicas, emocionales y funcionales varían según la edad, el contexto vital y la trayectoria de la enfermedad. Asimismo, debe incorporarse de manera temprana una perspectiva de cuidados paliativos, orientada no sólo al final de la vida, sino también al alivio del sufrimiento, control de síntomas y mejora de la calidad de vida en aquellos casos donde la extracción del material no es posible o los procedimientos quirúrgicos implican riesgos desproporcionados. Es esencial garantizar que cada persona reciba información clara, comprensible y oportuna sobre su condición, las alternativas terapéuticas disponibles y las implicancias de vivir con

modelantes no autorizados, promoviendo decisiones informadas y un acompañamiento clínico continuo, centrado en la dignidad, el bienestar y la autonomía.

5.1 Consideraciones en la estimación de la demanda

- **Demográficos:** La literatura internacional reporta una amplia variación en la prevalencia de uso de rellenos sintéticos permanentes, lo que refleja diferencias contextuales y la falta de datos sistematizados. Encuestas realizadas en San Francisco, Estados Unidos, indican que el 16,7% de la población transgénero femenina entre 30 y 49 años ha utilizado silicona líquida como parte de su proceso de afirmación de género (19). En contraste, estudios latinoamericanos como el desarrollado en São Paulo, Brasil, evidencian prevalencias significativamente mayores, alcanzando el 49% de las participantes, de las cuales el 43% reportó complicaciones de salud, incluyendo reacciones inflamatorias crónicas como granulomas y otras afecciones dermatológicas graves. (20,21). Este tipo de hallazgos resalta dos factores clave: en primer lugar, la magnitud de la problemática de salud que afecta a esta población y, en segundo lugar, la falta de datos conjuntos y coherentes sobre el uso de estos materiales, lo que impide una intervención adecuada y oportuna. La escasa documentación de estos casos no solo limita la capacidad del sistema de salud para responder con precisión a las necesidades médicas, sino que también incrementa el riesgo de complicaciones crónicas, como lo indica la literatura global sobre los efectos adversos de los rellenos sintéticos permanentes (20,21).

En Chile, la escasa visibilidad de la población transgénero en los registros de salud y la falta de datos específicos sobre el uso de ERSP dificultan el diseño de un modelo de atención integral. Según datos proporcionados por la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) reportado por los Servicios de Salud el año 2022 se registraron 4.601 personas trans en la red pública de salud, incluyendo 3.371 bajo control hospitalario y 1.230 en lista de espera para prestaciones específicas de personas trans. Aunque estos datos no abordan directamente la problemática de ERSP, sí ofrecen una dimensión aproximada de la población que podría verse afectada por estas prácticas, evidenciando, además, los vacíos en los sistemas de registro y monitoreo de las necesidades de salud de este grupo.

La ausencia de un registro unificado y sistemático no solo limita la capacidad de respuesta del sistema de salud, sino que también incrementa los riesgos asociados al uso de materiales no regulados, perpetuando inequidades en el acceso a la atención. Ante este escenario, el desarrollo de un modelo de atención para

personas que conviven con ERSP es una necesidad imperante. Este modelo promovería la generación de datos confiables, la prevención de complicaciones, y la planificación de políticas públicas inclusivas y basadas en evidencia.

- **Epidemiológicos:** Actualmente no disponemos de suficiente información para establecer parámetros epidemiológicos, en vista que el reporte de casos es bajo, no hay estandarización en la codificación diagnóstica, la incidencia de casos esta invisibilizada por estigma social, por tanto, no se dispone de mayores parámetros pertinentes a la situación de salud mencionada. Pero sabemos que a raíz de determinantes sociales la expectativa de vida de las personas Trans es en promedio 35 años a nivel internacional (a diferencia de la expectativa nacional de mujeres cisgénero 83.4 años y 79 años para hombres cisgénero)².
- **Factores de riesgo asociados al daño:** Es fundamental, como hemos mencionado que la población afectada no es solo la población trans, las personas cis particularmente las mujeres cis tiene una probabilidad incrementada de complicaciones derivadas de los rellenos permanentes, particularmente en mujeres cis de mediana a avanzada edad que utilizan determinados tipos de rellenos o se encuentran bajo terapia inmunosupresora. Por un lado, la inmunosupresión predispone a un mayor índice de complicaciones infecciosas y reacciones granulomatosas debido a una respuesta inmunológica alterada, registrándose una tasa de complicaciones de hasta 28% en pacientes inmunosuprimidos, con presencia frecuente de nódulos subcutáneos (22). Por otro lado, el tipo de relleno, sobre todo cuando se emplean materiales permanentes como la silicona o el polimetilmetacrilato (PMMA), se asocia con complicaciones de aparición tardía agravadas por propiedades intrínsecas del material y su interacción con el sistema inmune del huésped (23). Adicionalmente, ciertas características genéticas, como haplotipos HLA específicos (HLA-B08 y DRB103), están relacionadas con una mayor probabilidad de reacciones inflamatorias crónicas (24). La formación de biopelículas en los rellenos constituye también un factor relevante en las complicaciones de aparición tardía, pudiendo desencadenar infecciones e inflamaciones de difícil manejo (25). Por último, factores sistémicos como infecciones o tratamientos inmunoterapéuticos, ejemplo de ipilimumab, pueden desencadenar respuestas a cuerpo extraño incluso varios años después de la inyección del relleno (26). En este contexto, resulta esencial diseñar un modelo de atención integral para las personas

² World Bank. Life expectancy at birth, female (years) — Chile [Data]. Washington, DC: World Bank; 2025 [citado 2025 Oct 15]. Disponible en <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=CL>



que conviven con ERSP que considere, de manera transversal, la identificación temprana de estos factores de riesgo, la evaluación pre-procedimiento y el seguimiento a largo plazo. Solo a través de este enfoque preventivo y personalizado podremos minimizar el impacto potencial de estas complicaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes y fomentando una práctica clínica segura y basada en evidencia.

- **Determinantes sociales:** Las principales determinantes que enfrenta la población afectada por ERSP se manifiestan de forma multifacética e incluyen barreras significativas para acceder a una atención de calidad, entendidas como determinantes sociales de la salud. Entre ellas, destaca la insuficiente competencia profesional, reflejada en la falta de conocimientos y capacitación específica para abordar estas necesidades, lo que se ve agudizado por deficiencias estructurales en la recolección y seguimiento de información relacionada con la identidad de género (27,28). Asimismo, las barreras financieras, como la limitada cobertura de tratamientos de afirmación de género, contribuyen a retrasar o impedir la búsqueda de atención oportuna (28,29). Para la población trans, resulta particularmente relevante la experiencia de discriminación, expresada en prácticas como el uso de pronombres inadecuados o la negativa a proveer cuidados de afirmación de género, lo que desincentiva a muchas personas de acudir al sistema sanitario (27,28). En este contexto, la formulación de un modelo integral de atención para quienes conviven con ERSP se presenta como una estrategia fundamental para reducir las disparidades de acceso, puesto que aborda de manera directa los determinantes sociales que afectan a esta población. Al reconocer y atender las dimensiones de discriminación, competencia profesional y accesibilidad financiera, dicho modelo puede favorecer una atención más inclusiva, equitativa y centrada en las necesidades reales de las personas afectadas (27,29).



5.2 Consideraciones en la estimación de la oferta:

En el contexto del abordaje clínico de ERSP, la red de salud en Chile cuenta con un equipo de profesionales comprometidos y preparados para responder a las necesidades de la población. Sin embargo, este escenario plantea desafíos importantes que, más que limitaciones, representan oportunidades estratégicas para fortalecer el sistema de salud. Uno de estos desafíos es la distribución de especialistas, en particular cirujanos plásticos, cuya concentración en áreas urbanas y metropolitanas genera disparidades en el acceso a atención especializada en regiones más apartadas. Abordar esta situación ofrece la posibilidad de implementar políticas de redistribución de profesionales y generar incentivos para su integración en zonas con menor cobertura.

Además, la formación en temas relacionados a la ERSP en los distintos niveles de atención, que actualmente es limitada, representa una oportunidad significativa para mejorar las competencias del equipo de salud en esta materia. Ampliar y fortalecer la capacitación, tanto en pregrado como en programas de especialización y educación continua, permitiría no solo incrementar la capacidad resolutive de los profesionales, sino también consolidar un modelo de atención integral, con un enfoque preventivo, terapéutico y rehabilitador.

En la tabla 1, a continuación, se visualizan datos extraídos de la División de Gestión de las Redes Asistenciales (DIGERA) muestran diversidad en la distribución nacional de profesionales de cirugía plástica a nivel nacional.

Tabla 1 (Confeccionada a partir de datos de DIGERA sobre producción 2024)		
MacroRegion	Servicio de Salud	Establecimiento con Cirugía Plástica.
Norte	Arica	
Norte	Iquique	Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)
Norte	Antofagasta	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)
Norte	Atacama	
Centro Norte	Coquimbo	Hospital San Juan de Dios (La Serena)
Centro Norte	Valparaíso San Antonio	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)
Centro Norte	Viña del Mar/Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)

Centro Norte	Aconcagua	Hospital San Juan de Dios (Los Andes) *
Centro Sur	O'Higgins	
Centro Sur	Maule	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)
		Hospital San Juan de Dios (Curicó)
Sur	Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)
Sur	Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)
Sur	Bíobío	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)
Sur	Arauco	
Sur	Talcahuano	
Sur	Araucanía norte	Complejo Asistencial Padre las Casas
Extremos Sur	Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)*
Extremos Sur	Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)
Extremos Sur	Osorno	
Extremos Sur	Reloncavi	Hospital de Puerto Montt
Extremos Sur	Chiloé	
Extremos Sur	Aysén	Hospital Regional (Coihaique)*
Extremos Sur	Magallanes	Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria
Metropolitana	SSMN	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)
		Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa (Santiago, Recoleta)
Metropolitana	SSMS	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)
Metropolitana	SSMSO	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)
		Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza
		Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)
Metropolitana	SSMC	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada
Metropolitana	SSMOcc	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)
		Hospital San José (Melipilla)
		Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)
Metropolitana	SSMOc	Hospital Del Salvador de Santiago
		*Centro hospitalarios que generaron producción de consultas ambulatorias, pero no cirugías de la especialidad

De los 29 servicios de salud, a diciembre 2024, se cuenta con producción efectiva de consultas y cirugías por parte de cirujanos plásticos, en solo 20 Servicios de Salud. Esta producción es sustancialmente menor, en términos absolutos, que la producción de consultas realizadas por la especialidad de cirugía general, como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 2 (datos de producción aportador por DIGERA)

Especialidad quirúrgica	N° Consultas Ambulatorias 2024	N° Cirugías 2024
CIRUGÍA GENERAL ADULTO	446476	103409
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA ADULTO	40601	8930
Total general	487077	112339

Con un 91% más de producción de consulta ambulatoria, cirugía general, presenta condiciones favorables para que esta sea incorporada en el diseño como primera puerta de evaluación en el nivel secundario. Pero, no tenemos que analizar la oferta en términos de producción ya que la cartera de prestaciones específicas para atender la ERSP actualmente incluye una serie de servicios que permiten una respuesta integral a las necesidades de los pacientes. Entre las prestaciones generales disponibles, se encuentran los procedimientos quirúrgicos para el manejo de las secuelas de estas enfermedades, como la reparación de deformidades y corrección de complicaciones derivadas de intervenciones previas.

Sin embargo, existen desafíos en conformación de carteras de prestaciones que están en desarrollo y genera brechas en atención.

La ampliación de la cobertura para procedimientos quirúrgicos especializados, orientados a la reparación estética y funcional en personas afectadas por ERSP, constituye un desafío clave para avanzar hacia una atención integral. Resulta igualmente prioritario fortalecer la oferta de equipos multidisciplinarios que integren a profesionales de diversas especialidades, asegurando un abordaje coordinado y basado en evidencia para estos casos de alta complejidad. Asimismo, se reconoce la necesidad de desarrollar programas estructurados de rehabilitación integral postoperatoria, que incluyan apoyo psicológico, rehabilitación física y seguimiento continuo. La elaboración de protocolos nacionales que orienten el manejo de estas condiciones en todas las etapas del proceso de atención — prevención, tratamiento y recuperación— representa una oportunidad estratégica para mejorar los resultados sanitarios. Impulsar y consolidar estas áreas permitirá avanzar hacia una red asistencial más resolutive, equitativa y capaz de responder de manera oportuna a las necesidades de las personas afectadas por la ERSP.

6. Modelo de atención en ERSP.

PILARES PRINCIPALES PARA EL ABORDAJE DEL MANEJO DE ENFERMEDAD POR RELLENO SINTÉTICO PERMANENTE (ERSP) EN LA RED DE SALUD

A continuación, se presentan cuatro pilares fundamentales para la prevención, diagnóstico, y regulación de las complicaciones asociadas a las Enfermedades por Rellenos Sintéticos Permanentes (ERSP)

A. Sensibilización y educación

Objetivo: Incrementar el conocimiento y la conciencia pública y profesional sobre los riesgos y consecuencias de los rellenos sintéticos permanentes

Acciones clave:

- Desarrollar educación sanitaria dirigida a población general, comunidad médica y otros profesionales de la salud, sobre los riesgos físicos y psicológicos y los posibles daños irreversibles asociados a estos procedimientos.
- Difundir el marco normativo vigente en materia de procedimientos estéticos, vinculados al cuidado y embellecimiento estético corporal, a su vez de las acciones regulatorias y fiscalizadoras en materias de productos, personal capacitado para esto y establecimientos. Con el fin de reducir la demanda de procedimientos realizados en contextos clandestinos.

b. Desarrollo de documentos técnico operativo para el abordaje de enfermedades por rellenos sintéticos permanentes.

Objetivo: Estandarizar la respuesta clínica ante complicaciones derivadas de procedimientos asociado al relleno sintético y prevenir riesgos en intervenciones posteriores.

Protocolos formalizados para el diagnóstico, tratamiento de los pacientes que sufren complicaciones derivadas de enfermedades por relleno sintético permanente.

Acciones clave:

- Elaborar protocolos formalizados para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones asociadas a la ERSP.

- Desarrollar guías clínicas y manuales de procedimiento que orienten la atención en los distintos niveles de la red de salud.
- Incorporar flujos de referencia y contrarreferencia específicos, que faciliten el tránsito oportuno de las personas usuarias dentro de la red asistencial.
- Generar orientaciones técnicas para la coordinación interdisciplinaria (cirugía, reumatología, salud mental, APS).
- Establecer mecanismos de actualización periódica de los documentos, basados en evidencia científica y en la experiencia acumulada de los equipos clínicos.

c. Medidas diagnósticas y preventivas

Objetivo: Identificar de forma temprana los casos y evitar nuevos incidentes mediante la implementación de flujos atención, procesos de protocolos de referencia y contrarreferencia específicos.

Acciones clave:

- Realizar tamizaje y anamnesis dirigidas para identificar antecedentes de inyecciones.
- Difundir los principales síntomas y signos de complicaciones sistémicas y locales entre los equipos de salud y la comunidad.
- Implementar campañas focalizadas en poblaciones de mayor riesgo, incluyendo comunidades trans y grupos históricamente expuestos.
- Establecer mecanismos de comunicación cercanos y confiables con la comunidad trans, orientados a informar oportunamente sobre los riesgos y daños permanentes asociados al uso de rellenos sintéticos no autorizados.
- Promover la pesquisa activa en servicios de urgencia y atención primaria, con criterios de derivación claros.

d. Regulación y Fiscalización

Objetivo: Limitar y sancionar el uso no autorizado de silicona y otros rellenos por personal no calificado, garantizando el cumplimiento de la normativa sanitaria y fortaleciendo la coordinación intersectorial.

Acciones clave:

- Prohibir el uso de productos no autorizados para fines estéticos y sancionar el ejercicio ilegal de la profesión.
- Fortalecer la fiscalización de prácticas ilegales, asegurando que los materiales utilizados cumplan con la normativa sanitaria vigente.
- Establecer canales formales de consulta y denuncia, de obligatorio cumplimiento para personas naturales o jurídicas que detecten irregularidades en el comercio o uso de estas sustancias.
- Realizar inspecciones periódicas en instituciones públicas y privadas que ofrezcan procedimientos con rellenos sintéticos, verificando autorización sanitaria, protocolos y cumplimiento de normativa vigente.
- Promover el trabajo coordinado entre la autoridad sanitaria y actores comunitarios para prevenir la ERSP, mediante estrategias transversales y mecanismos de denuncia.
- Activar de forma oportuna las redes de salud y la coordinación intersectorial ante denuncias o situaciones de riesgo detectadas.

6.1 Gestión en red de Enfermedad por Relleno Sintéticos Permanente: roles, gobernanza, coordinación, comunicación.

Nivel Central

Subsecretaría de Salud Pública

A la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), le corresponderá:

- a) Elaborar, proponer y actualizar orientaciones técnicas basadas en evidencia científica para la atención de la ERSP.
- b) Promover la mejor evidencia científica para la mejora continua en procesos diagnósticos y terapéuticos relacionados con la ERSP.
- c) Proponer estrategias innovadoras para el abordaje integral de las ERSP, desde la prevención y promoción hasta la recuperación y rehabilitación.
- d) Fortalecer el enfoque integral de la ERSP, diferenciando los Cuidados Paliativos y de Final de Vida establecidos en la Ley N°21.3753, de aquellas situaciones en que, sin cumplir dichos criterios, la persona con ERSP pueda requerir acompañamiento paliativo o de soporte. En este sentido, se debe asegurar apoyo psicosocial y emocional en todos los niveles de atención.

Subsecretaría de Redes Asistenciales

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) y la División de Atención Primaria (DIVAP), tendrán las siguientes responsabilidades:

- a) Ser parte del proceso participativo de elaboración de documentos técnicos, liderado por Subsecretaría de Salud Pública, para poder velar por aspectos de gestión de redes e implementación de iniciativas
- b) Supervisar y acompañar a los Servicios de Salud en la implementación de orientaciones técnicas relacionadas con la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas afectadas por la ERSP.
- c) Diseñar estrategias y redes de atención que incluyan una cartera de prestaciones y mapas de derivación específicos para las ERSP, asegurando la resolución en distintos niveles de atención.
- d) Definir redes de alta complejidad para intervenciones quirúrgicas, tratamientos específicos y cuidados críticos relacionados con la ERSP.
- e) Diseñar e implementar estrategias de formación y capacitación del recurso humano en todos los niveles de atención, con énfasis en equipos interdisciplinarios especializados.
- f) Generar lineamientos y estrategias específicas para reducir la lista de espera en diagnósticos y tratamientos relacionados con ERSP, de existir en la medida que se vayan recopilando datos.

Nivel Servicio de Salud

Dirección del Servicio de Salud

Se sugiere que el/la Director(a) del Servicio de Salud, a través del/la Subdirector(a) de Gestión Asistencial y en coordinación con los equipos técnicos que se definan, impulse y priorice acciones orientadas a fortalecer la organización, coordinación y resolutivez de la red asistencial en el abordaje de la ERSP, con el propósito de favorecer la continuidad de cuidados, la oportunidad en la atención y el adecuado uso de los recursos disponibles, en concordancia con la normativa vigente. En este marco, se recomienda considerar las siguientes líneas de acción:

- a) Actualizar protocolos de referencia y contrarreferencia específicos para la ERSP en base a tiempos acordados.
- b) Facilitar instancias de coordinación entre niveles primario, secundario y terciario, asegurando criterios clínicos homogéneos.
- c) Organizar y definir la cartera de prestaciones de cada establecimiento de su red, identificando brechas en infraestructura y recursos.



- d) Establecer sistemas de supervisión semestrales que incluyan visitas a establecimientos de APS y hospitales con responsabilidades en ERSP.
- e) Coordinar reuniones trimestrales con representantes clave, abordando listas de espera, indicadores de calidad y desafíos operativos.
- f) Diseñar consultorías integradas para médicos de APS, utilizando herramientas digitales que fortalezcan la resolución en el primer nivel.
- g) Establecer estrategias de visibilización integral, en el marco de proceso de gestión de la demanda y de los tiempos de espera, que permitan el fortalecimiento de los sistemas de registro y monitoreo, implementar mecanismos permanentes de control y seguimiento de la problemática en el ámbito ambulatorio y quirúrgico, garantizando la trazabilidad de la atención y el cumplimiento de la normativa, relativa al proceso vigente recién mencionado, en la red asistencial.

Se sugiere que la referencia y coordinación de la atención en ERSP quede bajo la unidad que supervise los procesos clínicos transversales en interacción con la APS, procesos ambulatorios, procesos quirúrgicos y los responsables de los programas específicos de salud. Esta estructura garantizará la visibilidad y operatividad necesarias para la implementación exitosa del modelo de atención para ERSP.

Nivel Fiscalizador

SEREMI Regional

En su rol de Autoridad Sanitaria Regional, las Seremi serán responsables de:

- a) Mantener fiscalizaciones periódicas de instituciones privadas y públicas registradas que realicen procedimientos con rellenos sintéticos, asegurando la existencia de autorización sanitaria, protocolos establecidos y condiciones sanitarias vigentes.
- b) Verificar que los materiales utilizados, relativo a difusión y capacitación, se ajusten a los lineamientos técnicos y estándares que establezca la autoridad sanitaria, así como a la normativa que se dicte en la materia, resguardando su adecuado uso.
- c) Fomentar el trabajo coordinado para la prevención de la ERSP, generando estrategias transversales con los actores comunitarios pertinentes y promoviendo mecanismos de denuncia que visibilicen el uso indebido de estos materiales.
- d) Coordinar acciones intersectoriales ante denuncias, activando oportunamente las redes de salud correspondientes.



6.2 Lineamiento sobre el registro y supervisión de ERSP.

La carencia de datos estandarizados y actualizados sobre las personas que conviven con ERSP en Chile representa un desafío crítico para el diseño y ejecución de políticas públicas efectivas. Actualmente, la información disponible es incompleta, lo que dificulta la identificación de necesidades específicas, la priorización de recursos, y el establecimiento de estrategias de intervención que respondan de manera adecuada a la magnitud y complejidad de esta problemática. En este contexto, promover alguna iniciativa para documentar el registro estandarizado y uniforme a nivel nacional se convierte en una herramienta fundamental para generar datos de calidad que sustenten una toma de decisiones basada en evidencia y orientada al bienestar integral de las personas afectadas.

La implementación de lineamientos claros y respetuosos con las personas, incluyendo a quienes presentan diversidad en OSIEGCS para el registro y monitoreo de casos de ERSP permitirá no solo seguir la trazabilidad de cada caso desde el nivel local hasta el nivel central, y construir una base de datos robusta y confiable que refleje las características epidemiológicas de esta población. Un sistema de registro estandarizado facilitará el análisis de tendencias nacionales, el seguimiento de intervenciones, y la evaluación de resultados clínicos y sociales. Además, permitirá identificar inequidades en el acceso y calidad de los servicios, así como planificar de manera proactiva las necesidades de atención futura. Contar con datos consistentes y representativos es indispensable para que el sistema de salud pueda responder con pertinencia, equidad y eficiencia a esta creciente problemática de salud pública.

a. Nivel Central.

El nivel central mantendrá las funciones normativas y rectoras, limitándose a la emisión de lineamientos técnicos para la implementación y gestión del abordaje en el territorio. La ejecución operativa, así como la organización de la atención y la producción asistencial, corresponderán al nivel local conforme a dichas directrices.

A nivel territorial, será obligatorio mantener registros formales, completos y verificables de la actividad realizada, utilizando instrumentos institucionalmente validados, tales como el Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS u otros sistemas oficialmente autorizados para la producción local. La información deberá registrarse de manera estandarizada, oportuna y conforme a las definiciones técnicas vigentes



b. Nivel Local.

En el nivel territorial, los Servicios de Salud —a través de sus establecimientos hospitalarios y dispositivos asistenciales— serán responsables de la captación, registro, validación y remisión oportuna de la información, asegurando estándares de calidad, integridad y consistencia en cada etapa del proceso asistencial. Deberán mantener registros formales, completos y verificables de la actividad realizada, utilizando instrumentos institucionalmente validados, tales como el Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS u otros sistemas oficialmente autorizados para cuantificar la producción local, según indicaciones vigentes por la autoridad a nivel central. La información deberá consignarse de manera estandarizada, oportuna y conforme a las definiciones técnicas vigentes, garantizando la trazabilidad de las personas que conviven con ERSP y la documentación exhaustiva de sus trayectorias y de las intervenciones efectuadas.

Los equipos locales deberán definir mecanismos formales que permitan la identificación oportuna de casos, con el fin de otorgar una respuesta sanitaria pertinente y coordinada. En este marco, se releva la importancia de avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de los equipos de salud respecto de los criterios técnicos definidos, así como de explorar alternativas que favorezcan una mejor sistematización y registro de la información clínica. Asimismo, podrá analizarse la conveniencia de identificar referentes institucionales que faciliten la difusión y comprensión de las orientaciones emanadas del nivel central, considerando las particularidades organizacionales y la disponibilidad de recursos en cada establecimiento.

La coordinación entre el nivel local y el nivel central deberá mantenerse de manera permanente, estructurada y bidireccional, permitiendo la retroalimentación técnica, la corrección de brechas operativas y la implementación de ajustes conforme a requerimientos epidemiológicos, asistenciales y normativos vigentes.

Protección de datos personales y reserva de identidad

Toda recopilación, tratamiento, almacenamiento y transferencia de información deberá realizarse en estricto cumplimiento de la Ley N°21.719 sobre protección de datos personales y demás normativa aplicable. Los Servicios de Salud deberán adoptar medidas técnicas y administrativas que aseguren la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos, resguardando especialmente la identidad de las personas registradas. Se deberá garantizar la reserva de identidad en todos los procesos de registro, análisis y reporte, limitando el acceso a información sensible únicamente a personal autorizado y bajo criterios de necesidad funcional, trazabilidad de accesos y responsabilidad institucional.



c. Taxonomía Sugerida.

La adopción de una taxonomía estandarizada para el registro de datos es esencial para garantizar la interoperabilidad de los sistemas de información en salud. Se sugiere la utilización de terminologías reconocidas internacionalmente, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y, complementadas con códigos específicos que permitan la identificación precisa de casos de ERSP y sus características clínicas. Desde nivel central sugerimos ocupar la codificación:

Para CIE-10

- Código de Diagnostico Primario T52.0 (*"Efecto tóxico de disolventes orgánicos"*³)
- Código de causa externa, que hay que agregar para definir la causa: X46.- (*"X46 Envenenamiento accidental por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores"*⁴)

(Disponibles, para revisión, en repositorio MINSAL que tiene codificación CIE-10 actualmente vigente)

Para CIE-11

- Código base CIE-11- **NE61** (naturaleza de la lesión)
 - **NE61** *"Efectos adversos por exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte"*.
 - Este código puede complementarse con códigos de extensión que permite especificar la sustancia involucrada.

Ejemplo de combinaciones posibles:

- NE61&XM9KE6 XM9KE6 Silicona
- NE61&XM8WE9 XM8WE9 Gasolina
- NE61&XM2Q78 XM2Q78 Querosén (aceite de parafina)
- NE61&XM7CX7 XM7CX7 Espíritus minerales (éter de petróleo)

³ https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2020/12/CIE-10_2018_VOL1.pdf

⁴ https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2020/12/CIE-10_2018_VOL3.pdf



- Causa externa, se sugiere el siguiente código: CIE-11- **PB36**
PB36 *“Exposición no intencional a sustancias de otro tipo o no especificadas de procedencia principalmente no medicinal o a sus efectos nocivos”.*

En conjunto, la codificación que utilizaría la naturaleza de la lesión con extensión quedaría así, por ejemplo: **NE61&XM7CX7/PB36**.

d. Conjunto Mínimo de Datos.

El conjunto mínimo de datos debe ser diseñado para capturar información relevante para la toma de decisiones en salud pública, respetando los principios de simplicidad, relevancia y viabilidad, siempre considerando el resguardo de la información acorde a la Ley N° 21.719 de protección de datos personales.

Este conjunto debe incluir:

- Datos demográficos: Identificación del paciente (RUT), edad, sexo biológico, identidad de género, dirección, étnia, y cobertura de salud.
- Historial clínico: Fecha de diagnóstico, tipo de sustancia reportada por el usuario consultante, complicaciones relacionadas, y comorbilidades.
- Intervenciones realizadas: Tipo de tratamiento recibido, derivaciones realizadas, y resultados de intervenciones previas.
- Trayectoria asistencial: Nivel de atención donde fue identificado el caso, fechas de consultas y procedimientos, y seguimiento programado.
- Resultados clínicos y sociales: Estado actual del paciente, calidad de vida percibida, y resultados de intervenciones terapéuticas.

Estos datos, registrados en sistemas interoperables y centralizados, permitirán a las autoridades sanitarias generar indicadores clave para la planificación de recursos, la evaluación de políticas públicas y la mejora continua de la atención a personas que conviven con ERSP.

6.3 Elementos Clínicos-administrativos y operacionales para la gestión clínica del proceso de atención a persona que convive con ERSP.

La gestión clínica eficiente en la atención integral de personas que conviven con ERSP es clave para garantizar una atención oportuna y de calidad. Dada la complejidad de esta condición, es prioritario establecer recomendaciones de buenas prácticas que orienten a los equipos de atención primaria, secundaria y terciaria en la evaluación, derivación, manejo y contrarreferencia de estos pacientes, asegurando un enfoque centrado en la persona y sustentado en evidencia científica.

Estas recomendaciones buscan optimizar los procesos administrativos, operativos y técnicos, priorizando las necesidades de esta población. Se aplican a todas las personas mayores de 18 años con ERSP que requieran procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La atención de personas con ERSP implica un abordaje integral y coordinado, dada la participación de diversos actores y niveles de la red asistencial. Es indispensable elaborar protocolos que definan claramente los criterios para identificar complicaciones, solicitar estudios pertinentes y realizar contrarreferencias, fomentando la interacción entre niveles de atención mediante consultorías especializadas y herramientas digitales. Asimismo, se debe promover la innovación tecnológica y fortalecer la capacidad resolutive en cada etapa del proceso asistencial.

En este contexto, es necesario coordinar el seguimiento de los pacientes entre los distintos niveles de atención, asegurando una respuesta continua y colaborativa. La implementación de estas prácticas permitirá cerrar brechas de acceso, mejorar los resultados clínicos y elevar la calidad de vida de las personas afectadas por ERSP en Chile.

A. Consideraciones en APS y referencia.

Como se mencionó anteriormente existe una población objetivo, población minorizada, que enfrentan barreras socioculturales que dificultan el acceso. Una de las estrategias para reducir esta brecha es lo implementado, como en otros niveles de atención según ordinarios vigentes, el uso del nombre social en los registros y atenciones, el enfoque afirmativo de género y la adecuación de los espacios mediante programas específicos de APS como "Espacios Amigables" para adolescentes. Estas medidas permiten ofrecer una atención integral, con perspectiva de género y centrada en las necesidades de estos grupos minorizados.

Las estrategias de promoción de la salud implementadas en los Establecimientos de Salud Familiar forman parte esencial del modelo de atención integral en APS, permitiendo abordar no solo factores de riesgo tradicionales, sino también problemáticas emergentes



como la ERSP. Esta condición presenta un componente físico y psicosocial significativo que puede ser abordado desde distintas líneas programáticas ya existentes.

Por otro lado, los talleres promocionales y preventivos en salud mental ofrecen un espacio pertinente para abordar los aspectos psicológicos de la ERSP, dada su alta asociación con trastornos del ánimo y malestar emocional (6,30). Estos talleres pueden incluir temáticas como el autocuidado, el manejo del estrés y la mejora del sueño, este último particularmente importante por su relación bidireccional con el dolor crónico (31). Además, la promoción de grupos de autoayuda comunitarios puede fortalecer las redes de apoyo y favorecer la adherencia a estrategias de afrontamiento saludables (32).

Finalmente, la atención integral de mujeres en edad de climaterio (45-64 años), considera dentro de su componente promocional temas como la alimentación, la autoestima, el ejercicio y la sexualidad (33). Estos espacios representan una oportunidad para incluir temáticas relacionadas con el dolor crónico por ERSP, especialmente considerando que esta enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres, y que el dolor crónico es más frecuente y severo en ellas en comparación con los hombres (34).

Prevención

En la APS, la prevención de la ERSP requiere de un enfoque integral que incorpore dimensiones clínicas, psicosociales, de derechos y de género. Dado su vínculo con contextos de presión estética, vulnerabilidad social y desinformación, es fundamental que los equipos de APS desarrollen acciones educativas individuales, grupales y comunitarias, que sean inclusivas, culturalmente pertinentes y que promuevan la toma de decisiones autónomas e informadas, reduciendo la exposición a procedimientos con sustancias modelantes que puedan generar ERSP.

En el ámbito clínico, la prevención requiere identificar factores de riesgo asociados, tales como la baja autoestima, coerción estética, violencia de género, disforia de género o insatisfacción corporal, y ofrecer acompañamiento oportuno, a personas de mayor vulnerabilidad, en particular a mujeres cis y trans.

Otro enfoque preventivo, a tener en consideración en el contexto de la población trans, consiste en promover estrategias de acercamiento y vinculación con los establecimientos de salud, mediante medidas activas contra la discriminación, que fortalezcan la confianza en la red asistencial y faciliten el acceso temprano a consejerías y controles preventivos.

Estas acciones preventivas deben ser parte del quehacer cotidiano de equipos de APS, favoreciendo un abordaje biopsicosocial que refuerce el cuidado integral de las personas y sus contextos.

Criterios de sospecha

Para sospechar una ERSP, se debe realizar una anamnesis y examen físico detallados. Para esto se deben considerar ciertos elementos relevantes para el desarrollo de complicaciones asociadas a la patología (6), por la cual se han descrito elementos fundamentales a analizar. Se debe considerar como criterio excluyente para ERSP el tener un antecedente de intervención que haya involucrado la inyección de una sustancia externa. La presencia de síntomas generales, sintomatología local inicial y tardía se debe definir a posterioridad una vez se haya establecido la sospecha de ERSP.

El resumen de los criterios mencionados se presenta a continuación:

Antecedentes de Intervenciones	Antecedentes de procedimientos o cirugías que involucren relleno a partir de una sustancia (indagar en tipo de relleno, fecha de la intervención, lugar del relleno sintético y si se realizó dentro o fuera del sistema de Salud).
Síntomas Generales	Dolor, fiebre, artralgias, mialgias, poliartritis, fenómeno de Raynaud, somnolencia, malestar general y depresión.
Síntomas Locales Iniciales	Edema, eritema, hiperemia, dolor local, irregularidades, nódulos, engrosamiento de la piel y de tejido subcutáneo, hiperpigmentación, neoformaciones venosas, otros cambios inflamatorios y migración de la sustancia infiltrada con linfadenopatía regional.
Síntomas Locales Tardíos	Cicatrices queloides, hipopigmentaciones, ulceraciones, endurecimiento, necrosis, esclerosis, fibrosis; infección y fistulas que drenan material blanquecino u oleoso, de lenta recuperación (meses a años), además de contractura y deformidad de la zona.

Consideraciones en el abordaje en APS

En la Atención Primaria de Salud (APS), las prestaciones disponibles dentro de la cartera de resolutivez incluyen procedimientos como evaluación inicial, manejo de heridas, administración de terapias farmacológicas, educación en salud, y orientación para el



autocuidado, las cuales deben considerarse al estructurar el flujo de atención y priorización de los casos. Asimismo, se debe velar por la información coordinada entre niveles que permitan acceder fácilmente a la información clínica de cada paciente. Estas bases deberán incluir los antecedentes relevantes, hallazgos clínicos y terapias aplicadas, permitiendo una comunicación fluida entre los diferentes niveles asistenciales.

Sobre la evaluación, se debe realizar una historia clínica detallada, con especial énfasis tanto en el contexto bajo el cual se aplicó la sustancia (razones que motivaron el uso de relleno sintético, si fue dentro de un establecimiento de salud o no, zona de aplicación, conocimiento sobre el tipo de sustancia), presencia de sintomatología somática asociada y posibles complicaciones, indagar sobre el impacto emocional y psicológico actual (presencia o ausencia de: malestar corporal, alteración de la percepción de la imagen personal, dismorfia corporal, disforia de género reactiva sintomatología ansiosa-depresiva) y el establecimiento de las redes de apoyo presentes en la atención de la persona y su relación con el sistema de salud (redes de apoyo familiares y comunitarias, riesgo de abandono, exclusión, violencia intrafamiliar, situaciones discriminatorias o estigmatizantes vividas en sus atenciones de salud).

Diagnóstico.

Si bien no existen criterios diagnósticos universalmente establecidos y validados, el diagnóstico de la ERSP es fundamentalmente clínico, basado en una anamnesis detallada y el examen físico. Preguntar de manera dirigida por procedimientos o inyecciones particularmente en sectores con reporte de alta prevalencia de ERSP y/o población que puede verse expuesto a la enfermedad (6). Si bien, la confirmación se apoya en estudios imagenológicos, como la ecotomografía de partes blandas, la tomografía computarizada o, idealmente, la resonancia magnética nuclear, no son indispensable para la sospecha en APS. Además, se han descrito exámenes de laboratorio complementarios para definir el alcance de la enfermedad. La biopsia se reserva para casos donde existan dudas diagnósticas, necesidad de descartar neoplasias u otras etiologías granulomatosas, o para fundamentar intervenciones quirúrgicas o derivaciones a otro nivel de atención con un manejo especializado.

Existe la posibilidad de que quienes puedan hacer el diagnóstico pueda ser tanto odontólogos como médicos que trabajan en APS. Ambos pueden hacer el abordaje inicial y derivar.

Exámenes complementarios

Dentro del estudio en APS, se puede considerar la realización de exámenes generales para caracterizar la enfermedad y, dado el riesgo que el procedimiento original no se haya realizado bajo las condiciones sanitarias adecuadas, se sugiere solicitar lo siguiente:

- Hemograma-VHS
- Glicemia
- Función renal: urea, nitrógeno ureico, RAC y creatinina
- Test ELISA para VIH
- VDRL
- Perfil hepático
- Serología para detección de Hepatitis B y Hepatitis C
- Examen de orina.

Referencia a atención de especialidad (según disposición de la red):

Se debe derivar a nivel secundario todos los casos con sospecha de ERSP, con el fin de definir la factibilidad de un abordaje quirúrgico resolutivo. La prioridad de la derivación se definirá mediante la presencia o ausencia de los siguientes criterios:

- Dolor en sitio de administración de biopolímero.
- Alteración de la vascularización de la piel de la zona (zonas isquémicas).
- Cambio de coloración en la piel de la zona afectada.
- Aumento de volumen de la zona.
- Cambio de consistencia de la zona (zona indurada, dolor a la palpación).

En caso de que se descarte el abordaje quirúrgico se mantendrá un seguimiento en APS del caso, con el fin de monitorizar y evitar potenciales complicaciones inherentes al cuadro.

Seguimiento en APS

El seguimiento de la ERSP debe ser escalonado, integral, y personalizado según la magnitud del compromiso local y/o sistémico, el tipo de relleno, la evolución clínica y los recursos disponibles.

Medidas generales en APS, alineado con lo enunciado en consenso FILACP (35) :

1. Se debe **evitar toda fuente de calor local o sistémico**, incluyendo exposición solar prolongada, uso de sauna, baños termales, permanecer sentado sobre superficies calientes o realizar actividades que eleven la temperatura corporal.
2. Asimismo, es fundamental **restringir los ejercicios de alto impacto o de esfuerzo excesivo**, ya que pueden favorecer la migración del material de relleno dentro de los tejidos.

3. También debe **prevenirse cualquier tipo de trauma directo** sobre la zona afectada.
4. No se deben realizar **procedimientos estéticos o terapéuticos** en áreas previamente infiltradas, como radiofrecuencia, ultrasonido, láser, ondas de choque o técnicas asistidas por succión, dado que estas intervenciones generan calor o presión y pueden inducir desplazamiento del material hacia zonas sanas, además de provocar fibrosis tisular. De igual forma, la aplicación de **toxina botulínica o ácido hialurónico** en dichas áreas está contraindicada por el riesgo de activar una respuesta inflamatoria local.
5. También se recomienda **evitar la compresión prolongada** de las zonas comprometidas, el uso de **ropa ajustada o friccionante**, y **masajes o drenajes linfáticos**, ya que estas prácticas pueden estimular la migración del producto.
6. Se debe **prohibir cualquier punción o inyección** en regiones infiltradas; cuando sea necesario administrar fármacos inyectables, se deben utilizar otras áreas seguras como el muslo o la región deltoidea.
7. Además, se sugiere promover **hábitos de vida saludables orientados al bienestar integral**, incluyendo alimentación equilibrada, actividad física adaptada a las condiciones de salud y acompañamiento clínico multidisciplinario. El objetivo no es alcanzar un peso específico, sino mantener una composición corporal (recomiendan composición de grasa corporal por debajo del 15% en hombres y del 20% en mujeres) y estado metabólico que favorezcan la función tisular y reduzcan la carga inflamatoria sistémica, en coherencia con los principios de atención centrada en la persona y libre de estigmas.

Manejo sintomatológico en APS.

- Dolor leve o inflamación localizada: AINEs por 5–10 días y compresas tibias locales (si no hay signos de sobreinfección).
- Infecciones sobreagregadas leves: Iniciar tratamiento ATB empírico.

Uso de recursos en APS para las problemáticas de las personas:

- Trabajador(a) social



- Si hay precariedad social, violencia, migración con vulnerabilidad social o red de apoyo deficiente.
- Establecimiento de las redes de apoyo presentes y realizar las denuncias respectivas (en caso de que sea pertinente) en materia de vulneración de derechos o violencia de género.
- **Matrón(a)**
 - Se sugiere la derivación para la educación en salud sexual y reproductiva, además, de realizar exámenes complementarios (mamografía, ecotomografía mamaria y/o toma de PAP).
- **Programa de salud mental**
 - Tratamiento de comorbilidad psiquiátrica como trastornos ansiosos o depresivos.
 - Si hay impacto psicológico importante, disforia de género reactiva, malestar emocional, síntomas ansiosos o depresivos, riesgo suicida, etc.
 - Atenciones con médico(a) y psicología en caso de existir la disponibilidad.
 - Presentación en consultoría de salud mental, en caso de que el manejo inicial no sea suficiente.
- **Programas específicos según edad**
 - Programa Vida Sana: personas de 2 a 64 años, para reducir factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.
 - Espacio Amigable para Adolescentes: dirigido a población adolescente, con el fin de generar un espacio con enfoque afirmativo de género, cuidado en salud mental y educar en salud sexual y reproductiva.
- **Policlínico para personas trans o unidad de identidad de género**
 - Considerar la derivación en caso de que se requiera un acompañamiento.

Solicitud de interconsulta

Debe incluir los datos personales y de contacto del paciente según los protocolos locales (ver segmento de conjunto mínimo de datos). Esta solicitud debe estar respaldada por una evaluación clínica detallada y describir las complicaciones específicas relacionadas con la ERSP en caso de que se encuentren presentes.

B. Referencia y contrarreferencia en el Servicio de Urgencia.

La referencia y contrarreferencia desde los servicios de urgencia (SU) a los distintos niveles de atención para pacientes con complicaciones relacionadas con Relleno Sintético Permanente (ERSP) deben estar debidamente articuladas y alineadas con los protocolos

establecidos en la red asistencial con los lineamientos ministeriales para un trato justo y respetuoso de las personas, en especial con las personas con OSIEGCS diversas. Ante la atención de estos pacientes en urgencias, es fundamental que los equipos clínicos apliquen criterios estandarizados de severidad para determinar la prioridad y nivel de derivación. Los casos que presenten signos de complicaciones graves, como infecciones sistémicas, reacciones inflamatorias severas o compromiso funcional significativo, deberán ser referidos de manera prioritaria a servicios especializados en cirugía general u otros niveles de atención secundaria o terciaria, según corresponda. Por lo anterior es crucial que en la confección de protocolos locales se considere siempre al SU como un punto más de acceso y se pueda articular con la red.

La articulación de la red debe garantizar que la referencia desde urgencias incluya un informe clínico detallado, con datos relevantes como hallazgos clínicos, tratamientos iniciales realizados y justificación para la derivación. Asimismo, el nivel receptor debe contar con protocolos claros para recibir y gestionar estos casos, asegurando una respuesta oportuna y un manejo integral. La contrarreferencia debe permitir el retorno del paciente al nivel de origen con indicaciones específicas para el seguimiento en la red de atención primaria, evitando la fragmentación del cuidado y promoviendo la continuidad del tratamiento. Esta estructura de coordinación entre niveles asistenciales es clave para optimizar recursos, mejorar la calidad del servicio y garantizar la seguridad de los pacientes.

Canales de Interacción para Solicitud de Evaluación por ERSP y Contrarreferencia

Se sugiere implementar canales de interacción y asesoría regular entre especialistas en manejo de complicaciones por Enfermedad por Relleno Sintético Permanente (ERSP) del nivel secundario y los establecimientos de atención primaria. Estas interacciones, idealmente realizadas una vez al mes, están dirigidas a apoyar a los/las médicos responsables de generar órdenes de atención para evaluación directa o referir a especialistas en cirugía general, dermatología, medicina interna u otras áreas relacionadas con el manejo integral de complicaciones asociadas a ERSP.

Los canales de interacción con la atención primaria pueden incluir:

- **Consultoría:** Comunicación entre especialistas y médicos de atención primaria para revisar casos complejos y solicitudes de evaluación, lo que incluye a los profesionales encargados de validar derivaciones desde la APS.
De igual manera se puede considerar potenciales plataformas digitales dispuesta a nivel central según avance de iniciativas.

Además, se recomienda implementar consultorías telemáticas especializadas para evaluar y garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos en las referencias, con especial énfasis en fortalecer las capacidades de los equipos de atención primaria en la gestión inicial de pacientes con ERSP.

C. Etapas del proceso de atención en nivel secundario por profesional competente para personas que conviven con ERSP

El proceso de atención inicial por un cirujano general para personas que presentan complicaciones asociadas al ERSP comprende un conjunto de actividades enfocadas en la evaluación, priorización, categorización y seguimiento clínico, con el objetivo de brindar una atención integral y oportuna.

Etapas 0: Generación de la solicitud de Interconsulta (SIC)

El proceso se inicia cuando un médico en atención primaria, secundaria o terciaria identifica la necesidad de evaluación especializada y emite una solicitud de interconsulta. Esta orden debe estar respaldada por una evaluación clínica detallada y describir las complicaciones específicas relacionadas con el ERSP (ver datos mínimos requeridos en Anexo). Y siempre debe pasar por los pasos administrativos pertinente a la Norma de Referencia y Contrarreferencia.

La etapa culmina con la derivación al cirujano general y la inclusión del caso en el sistema de gestión de atenciones.

Etapas 1: Priorización y Categorización del Caso

En esta etapa, el caso es evaluado por un equipo multidisciplinario que incluye al/el cirujano general y a un/a enfermero/a gestor/a de caso (según disponibilidad de recursos). Su responsabilidad es clasificar y priorizar cada solicitud de atención en función de criterios de gravedad clínica, urgencia y factibilidad del manejo.

- **Clasificación en el sistema clínico:** El cirujano documenta en el registro clínico electrónico la necesidad de evaluación quirúrgica, colocando al paciente en estado según priorización.
- **Acceso al registro:** En lo posible ocupar estrategias en implementación como navegadores o rol de gestores de casos para poder acceder al registro electrónico para obtener información clave de los usuarios, siempre considerando el resguardo de la información respecto a las normativas ministeriales vigente acorde a la Ley 21.719 sobre protección de datos personales. El seguimiento de los casos debe considerar los siguientes aspectos de registro, tales como:

- Nombre completo
- RUT
- Edad y fecha de nacimiento
- Fecha de ingreso al registro
- Procedimiento quirúrgico requerido
- Diagnóstico asociado
- Teléfonos de contacto (al menos dos)
- Correo electrónico (opcional)

Este equipo también se encarga de proporcionar retroalimentación continua, asegurando una atención fluida y organizada.

Etapas 2: Agendamiento y Coordinación

En esta etapa, se gestionan las agendas para programar las consultas, procedimientos y otras prestaciones necesarias. El sistema de gestión de agendas permite asignar horarios, priorizando los casos de mayor urgencia y asegurando que los pacientes reciban una atención adecuada en el menor tiempo posible.

La coordinación entre los niveles asistenciales y la gestión eficiente de las agendas son fundamentales para garantizar que los pacientes que conviven con ERSP sean atendidos de manera integral y con un enfoque centrado en sus necesidades clínicas y personales.

Etapas 3: Atención Clínica por Especialista.

El profesional médico con competencias en la evaluación y manejo de personas que conviven con ERSP debe poseer una formación sólida en atención integral de salud, con énfasis en el razonamiento clínico, la gestión del riesgo y el abordaje interdisciplinario. Este rol puede ser desempeñado por médicos cirujanos generales, internistas o médicos familiares del nivel secundario, siempre que cuenten con experiencia en atención integral y capacidad de coordinación de equipos clínicos multiprofesionales. Su función central es conducir un proceso clínico escalonado, crítico y sistemático que permita determinar la viabilidad de intervenciones quirúrgicas o conservadoras, la identificación de complicaciones locales y sistémicas, y la evaluación del impacto biopsicosocial de la enfermedad.

A. EVALUACIÓN INICIAL Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

El proceso inicia con una **anamnesis detallada** orientada a establecer el tiempo de evolución, tipo de material infiltrado (cuando se conoce), lugar y contexto de la aplicación,

así como los síntomas actuales. Debe complementarse con **examen físico exhaustivo**, evaluando signos de inflamación, presencia de masas, alteraciones funcionales y compromiso estético. Esta primera aproximación permite identificar signos de alarma o necesidad de manejo urgente, como infección activa o necrosis tisular. Expertos locales siempre sugiere evaluar:

- Aumento de volumen
- Dolor
- Eritema
- Piel oleosa al tacto
- Cambió coloración (azulada)
- Ulceración

Según recomendación de experto de capítulo de biomateriales de la FILACP (35) recomiendan generar clasificación según los grados de compromiso que determinan pronóstico:

GRADO 1. Paciente con antecedentes de inyección de productos de relleno sin signos ni síntomas evidentes. Estudios por imagen confirmatorios positivos.

GRADO 2. Presencia de eritema o cambio de coloración en la zona afectada sin ningún otro tipo de signos o síntomas.

GRADO 3. Presencia de inflamación local importante acompañada de zona de induración, edema, cambio de textura cutánea y dolor de grado variable.

GRADO 4. Extrusión del producto con o sin infección local.

GRADO 5. Migración a diversas zonas corporales.

GRADO 6. Presencia de complicaciones locales graves o sistémicas.

El pronóstico es directamente proporcional al grado clínico en que se encuentre el paciente. Las enfermedades asociadas, condición inmunitaria, cantidad y tipo del producto inyectado, la susceptibilidad genética y la imposibilidad de acceso a los sistemas de salud, empeoran el pronóstico.

B. MANEJO GENERAL

Las siguientes recomendaciones deben cumplirse rigurosamente, considerando que múltiples factores físicos o mecánicos pueden desencadenar o intensificar los síntomas asociados a la ERSP (35) - ver apartado previo "Consideraciones en el abordaje en APS"-

C. DETERMINACIÓN DE LA VIABILIDAD QUIRÚRGICA

En esta etapa, el profesional debe definir si el relleno sintético es susceptible de extracción. Para ello, se realiza una **evaluación anatómica e imagenológica** que considere la localización, extensión, profundidad de infiltración y relación con estructuras críticas. Los estudios de imagen (ecografía alta resolución o resonancia magnética según disponibilidad) son esenciales para delimitar el compromiso tisular.

El consenso FILACS (35) determinar la viabilidad quirúrgica según los grados descritos, la información fue crucial para genera una propuesta con perspectiva de salud pública.

Grado 1 y 2: El tratamiento puede ser efectuado por Cirugía General o Cirugía Plástica, según la disponibilidad local. El cirujano general capacitado puede realizar la extracción limitada o drenaje del material superficial, siempre bajo condiciones quirúrgicas seguras y con criterios claros de complejidad.

Expertos locales sugieren que la lesión en estos contextos debe estar sobre el plano aponeurótico, menor de 4 cm y sin compromiso cutáneo para planificar una resección simple. Quedan fuera todas las lesiones para-areolares y aquellas ubicadas en cara/cuello, las cuales se sugiere ser derivadas a Cirugía Plástica

Las muestras obtenidas deben enviarse a estudio anatomopatológico y cultivo microbiológico completo, incluyendo bacterias comunes, micobacterias y hongos. La derivación a Cirugía Plástica será prioritaria cuando se requiera reconstrucción o manejo estético-funcional avanzado.

Grado 3: El manejo debe incluir la evaluación por Cirugía General o Cirugía Plástica, en coordinación con Reumatología o Inmunología Clínica. Estos especialistas indicarán el tratamiento médico inmunomodulador, generalmente basado en corticoides e inmunomoduladores. El cirujano general debe realizar seguimiento clínico, apoyo con equipos y red para manejo del dolor, detección de signos infecciosos y coordinación con el equipo tratante. Una vez controlado el proceso inflamatorio, la extracción definitiva se efectuará en un centro con Cirugía Plástica, priorizando la seguridad y la preservación funcional.



Grado 4: El paciente debe ser evaluado por Cirugía General para estabilización inicial, drenaje o desbridamiento si existen colecciones, y derivado a Cirugía Plástica para definir la conducta reconstructiva. Infectología debe participar en la toma de muestras para cultivo y antibiograma, incluyendo el estudio de bacterias comunes, micobacterias y hongos. Los cirujanos generales deben estar familiarizados con el manejo de infecciones profundas y coordinar su actuación con los equipos especializados.

Grado 5: El manejo debe involucrar a Cirugía Plástica y Cirugía General, junto con Reumatología e Inmunología Clínica. El cirujano general tiene la responsabilidad de monitorear la evolución local, detectar complicaciones y coordinar la referencia a centros de mayor complejidad. Es recomendable que cuente con conocimientos en el reconocimiento de reacciones inflamatorias sistémicas asociadas a materiales de relleno y en el apoyo a tratamientos inmunosupresores prolongados.

Grado 6: Los casos graves requieren hospitalización y manejo multidisciplinario, que puede incluir Cirugía General, Cirugía Plástica, Infectología, Medicina Interna, Reumatología y Cuidados Paliativos. En esta etapa, el cirujano general puede desempeñar un rol coordinador en la estabilización inicial y el soporte clínico. Cuando no sea posible realizar la extracción del material, el manejo debe orientarse al control del dolor, la reducción de la inflamación y la mejora de la calidad de vida, incorporando el enfoque de cuidados paliativos y el acompañamiento integral.

El profesional debe **documentar detalladamente los hallazgos** y establecer criterios objetivos para la toma de decisiones quirúrgicas o derivaciones especializadas.

D. EVALUACIÓN DEL DOLOR Y DEL ESTADO INFLAMATORIO

Se deberá realizar una evaluación clínica sistemática que incluya: cuantificación del dolor mediante Escala Visual Análoga (EVA), caracterización de su localización, irradiación y fluctuación a la palpación, y registro de signos de inflamación local y/o sistémica (eritema, aumento de temperatura, induración, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda).

- Evaluación e intervención del dolor
 - El manejo del dolor deberá definirse según intensidad y repercusión funcional. Se podrán indicar antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como tratamiento sintomático, en ausencia de contraindicaciones, con

monitorización de efectos adversos y respuesta clínica. El uso de analgesia deberá integrarse a metas terapéuticas centradas en la persona (control del dolor, recuperación funcional y calidad de vida), con reevaluación periódica y ajuste según evolución.

- Manejo de la inflamación granulomatosa por cuerpo extraño

En presencia de granuloma por cuerpo extraño sospechado o confirmado, y una vez descartada infección activa —incluido biofilm— mediante evaluación clínica y, cuando sea posible, estudio microbiológico dirigido, se deberá adoptar un enfoque inmunomodulador escalonado:

- Primera línea: corticoides intralesionales (por ejemplo, triamcinolona) y/o corticoides sistémicos de corta a mediana duración, con esquema de reducción progresiva (“taper”) y seguimiento clínico estrecho. (36,37)
- Segunda línea: en casos de refractariedad, respuesta parcial persistente o recurrencia clínica, se podrá considerar inmunosupresión dirigida, previa evaluación de riesgo-beneficio y en coordinación con dermatología y/o inmunología. Las alternativas terapéuticas podrán incluir agentes anti-TNF (adalimumab, infliximab, etanercept) u otros inmunomoduladores según perfil clínico, comorbilidades y disponibilidad, siempre bajo protocolos de cribado previo y farmacovigilancia activa. (37–39)

En todos los escenarios, deberá descartarse y tratarse infección antes de escalar inmunosupresión. El uso de antibióticos se indicará cuando exista sospecha clínica o confirmación microbiológica.

Se deberán evitar resecciones quirúrgicas extensas salvo indicación precisa (compresión neurovascular, absceso constituido o compromiso isquémico), dado el riesgo de diseminación adicional del material.

Finalmente, se deberá registrar de manera sistemática la respuesta clínica, eventos adversos y criterios explícitos de escalamiento terapéutico o derivación a centros de mayor complejidad, con controles programados y objetivos terapéuticos definidos.

Segunda línea: en casos de refractariedad o recurrencia, considerar inmunosupresión dirigida según criterios clínicos y en coordinación con dermatología e inmunología. Las opciones pueden incluir anti-TNF (adalimumab, infliximab, etanercept) u otras alternativas según perfil de riesgo y comorbilidades, siempre con cribado previo y farmacovigilancia activa.

E. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y PSICOSOCIAL

La ERSP impacta de manera significativa en la calidad de vida, por lo que el profesional debe evaluar **limitaciones funcionales**, compromiso neuromuscular, alteraciones de la movilidad, y efectos estéticos que afecten la autoimagen o el desempeño social. Asimismo, es imprescindible considerar la **salud mental** del paciente, detectando presencia de ansiedad, depresión, síntomas disociativos o impacto emocional derivado del proceso. La coordinación con APS debe formar parte estructural del abordaje, promoviendo la atención integral.

F. PLAN TERAPÉUTICO INTEGRAL Y ARTICULACIÓN INTERPROFESIONAL

Una vez caracterizado el cuadro clínico, el profesional debe establecer un **plan terapéutico individualizado** que considere la estabilidad clínica, los riesgos quirúrgicos, el manejo del dolor, y las necesidades emocionales y sociales.

Debe articularse con especialistas según la complejidad del caso:

- **Infectología**, ante sospecha o confirmación de infección.
- **Cirugía plástica o reconstructiva**, cuando se requiera evaluación de viabilidad estética o funcional post-extracción.
- **Dermatología o inmunología**, en cuadros inflamatorios crónicos.
- **Salud mental y trabajo social**, para abordaje psicosocial integral y contención emocional.

Esta articulación permite garantizar continuidad de cuidados y coherencia entre los distintos niveles de atención, fortaleciendo la red asistencial.

G. DOCUMENTACIÓN Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Cada etapa del proceso debe quedar **documentada en la ficha clínica**, incluyendo hallazgos, diagnósticos diferenciales, estudios solicitados, tratamientos iniciales, criterios de derivación y justificación de decisiones. Este registro constituye una herramienta clave para



la trazabilidad clínica, la gestión del caso y la evaluación de resultados. El informe debe incluir una **síntesis analítica** que refleje la situación integral de la persona, los factores de riesgo identificados y el plan de seguimiento, asegurando que la atención responda a un enfoque centrado en la persona, equitativo y continuo.

6.4 Formación Continua y Capacitación de la Red.

La División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) reconoce la relevancia de fortalecer las competencias de los equipos de salud en el abordaje de complicaciones asociadas a ERSP, considerando la complejidad clínica de estos casos y la limitada incorporación sistemática de esta materia en los programas de formación de pregrado y especialidad. En este contexto, la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales evaluarán mecanismos orientados a promover instancias de actualización y apoyo técnico para profesionales de la red, particularmente en ámbitos relacionados con diagnóstico oportuno, criterios de derivación, manejo quirúrgico y coordinación asistencial. Estas acciones podrán considerar diversas modalidades formativas, de acuerdo con prioridades sanitarias y disponibilidad de recursos, con el propósito de contribuir al fortalecimiento progresivo de capacidades en la red y favorecer una atención adecuada y articulada para las personas que presentan esta condición.

6.5 Referencia a Cirugía plástica.

La referencia a cirugía plástica en el contexto del manejo de pacientes con complicaciones asociadas a ERSP requiere un diseño de red asistencial que optimice los recursos existentes y garantice la accesibilidad equitativa a servicios de alta especialización. Desde la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA), se impulsará la elaboración de una propuesta de red macroregional que permita coordinar de manera eficiente la derivación de casos, priorizando la resolución oportuna en los centros que dispongan de la infraestructura, equipamiento y capacidades técnicas necesarias.

Este diseño de red macroregional pudiera contemplar una evaluación de la capacidad instalada y la distribución de los servicios de cirugía plástica en el país, con el objetivo de identificar brechas y establecer flujos asistenciales claros entre las diferentes regiones. Asimismo, se propone generar compromisos técnicos que orienten la implementación progresiva de estrategias de articulación entre los niveles de atención, promoviendo un manejo integral de los pacientes.

La DIGERA, en su rol coordinador, trabajará en la definición de lineamientos para la referencia a cirugía plástica desde los servicios de urgencia y especialidades básicas,

asegurando que el proceso sea transparente, estandarizado y alineado con las necesidades de cada región. Esta propuesta, sin comprometer recursos específicos en su fase inicial, establece una disposición clara para avanzar en la optimización de la red asistencial a nivel macroregional, con un enfoque en la eficiencia y equidad en la atención de personas con ERSP.

6.6 Aspectos de Calidad de la atención.

La calidad en la atención para personas que viven con la ERSP debe estructurarse sobre un enfoque integral que garantice el respeto a la diversidad, la participación de las personas usuarias y el cumplimiento de estándares basados en derechos y género. Este modelo de atención debe ser un reflejo de la capacidad del sistema para adaptarse a las necesidades de los usuarios, mediante protocolos claros que no solo garanticen la seguridad y eficacia en la atención, sino que también promuevan un trato digno y respetuoso hacia todas las personas, especialmente aquellas de género diverso.

- Participación del Usuario como Pilar de Calidad

La participación de la persona usuaria es un componente esencial de la calidad en la atención. Los protocolos deben incluir directrices claras que garanticen una comunicación efectiva y comprensible, permitiendo que el/la usuario/a reciba información accesible sobre su diagnóstico, opciones terapéuticas y pronóstico. La toma de decisiones compartidas debe estar contemplada como una práctica obligatoria, integrando los valores y preferencias de las personas usuarias en el plan de atención, para así fortalecer su autonomía y compromiso con el tratamiento. Estos elementos deben estar formalizados en los protocolos, asegurando su implementación y supervisión en todos los niveles de la red asistencial.

- Respeto a la Diversidad y Equidad en la Atención

La atención centrada en la persona exige que los protocolos incluyan principios explícitos de pertinencia cultural y respeto hacia las personas trans y de género diverso. Esto no solo implica el uso adecuado de pronombres y un trato respetuoso, sino también la adaptación de las prácticas clínicas para reconocer y valorar las diferencias culturales, sociales y económicas de las personas atendidas. Adicionalmente, se debe garantizar la accesibilidad equitativa a los servicios de salud, estableciendo criterios que minimicen las barreras relacionadas con identidad de género, orientación sexual, etnia o condición

socioeconómica (40). Los protocolos deben incorporar mecanismos para evaluar y corregir inequidades, asegurando una atención inclusiva y justa.

- **Monitorización y Evaluación de la Calidad**

Es imprescindible que los protocolos incluyan indicadores específicos para evaluar la calidad de la atención brindada. Estos indicadores deben permitir el monitoreo continuo de aspectos clave como:

- Satisfacción usuaria: Medir la experiencia del paciente en la red asistencial a través de encuestas y retroalimentación directa.
- Adherencia a protocolos locales: Supervisar el cumplimiento de las guías establecidas para el manejo de ERSP.
- Tiempos de respuesta: Monitorear la eficiencia en las referencias y contrarreferencias, identificando dificultades operativas y áreas de mejora.
- Resolutividad de los casos: Evaluar la efectividad de los tratamientos y derivaciones realizadas.

Estos indicadores deben ser propuestos y revisados periódicamente por equipos locales, permitiendo la implementación de estrategias de mejora continua basadas en datos reales.

- **Confección de Protocolos en la Red**

La elaboración de protocolos locales debe estar alineada con las Orientaciones Técnicas (OT) emitidas por DIGERA, especialmente aquellas que abordan el trato digno en salud con enfoque de derechos y género⁵. Es fundamental que los protocolos incluyan directrices claras sobre el manejo clínico, procesos de referencia y contrarreferencia, y estrategias para la resolución de conflictos derivados de la discriminación o estigmatización. Además, deben establecer mecanismos para la capacitación continua de los equipos de salud, asegurando que todos los actores involucrados cuenten con las competencias necesarias para implementar las prácticas descritas.

La calidad en la atención no debe considerarse un objetivo final, sino un proceso dinámico que se ajuste a las necesidades emergentes de los/las usuarios/as y a las transformaciones en el sistema de salud. La confección de protocolos que integren estos elementos es, por tanto, una herramienta esencial para garantizar un sistema de salud inclusivo, eficiente y centrado en las personas.

⁵ Res Exenta N°315-2022 "Orientación técnica sobre Trato Digno en la Atención de Salud, con enfoque de Derechos y Género".

Anexo 1

Tabla de Elementos para considerar en la Referencia de un paciente con sospecha de la ERSP

Campo	Descripción
Fecha de Solicitud	Fecha en que se realiza la solicitud
Nombre Legal	Nombre legal completo del paciente
Nombre social	Nombre social completo
RUN/ID del Paciente	Número de identificación o RUN del paciente
Edad	Edad del paciente en años
Sexo asignado al Nacer	Revisar Norma 231
Identidad de género	Revisar Norma 231
Domicilio	Dirección del paciente
Teléfono de Contacto	Número de teléfono del paciente
Correo Electrónico (Opcional)	Correo electrónico del paciente, si está disponible
Motivo de la Interconsulta	Breve descripción del motivo de la interconsulta
Diagnóstico Presuntivo (CIE-10)	Diagnóstico preliminar utilizando código CIE-10 (según recomendación, revisar apartado de "taxonomía")
Tratamientos Realizados en APS	Resumen de los tratamientos realizados en APS
Resultados de Exámenes Adjuntos	Exámenes de laboratorio, imagenología u otros resultados disponibles
Factores de Riesgo Identificados	Factores de riesgo relevantes para ERSP (E). Inmunosupresión, comorbilidades, factores psicosociales y estados de vulnerabilidad social)
Descripción del Relleno Utilizado (Si aplica)	Tipo de relleno identificado: silicona, PMMA u otro. Si efectivamente son identificables
Estado Actual de la Piel (Lesiones visibles, inflamación)	Evaluación de la piel en el área afectada. Importante, siempre detallar si convive con dolor, y si es localizado o generalizado.
Complicaciones Actuales Reportadas (E). Infecciones, Nódulos)	Complicaciones reportadas que enriquezcan las SIC
Especialidad Requerida	Especialidad a la que se solicita la interconsulta. Primera evaluación por Cirugía general.
Criterios de Prioridad	Clasificación de la urgencia (E). Normal, Prioritaria, Urgente)
Médico Solicitante	Nombre del médico tratante que realiza la solicitud



8. Referencias

1. Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2022 Apr;70(4):643–9.
2. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016 Apr;23(2):188–97.
3. Safer JD, Coleman E, Feldman J, Garofalo R, Hembree W, Radix A, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. 2016 Apr;23(2):168–71.
4. Kushida-Contreras BH, Gómez-Calva B, Mendoza-Ramírez B, Gaxiola-García MA. Autoimmune Autoinflammatory Syndrome Induced by Adjuvants (ASIA) After Injection of Foreign Materials for Cosmetic Purposes: Retrospective Analysis of 1027 Cases. *Aesthetic Plast Surg*. 2024 Feb 29;48(3):491–500.
5. Watad A, Bragazzi NL, McGonagle D, Adawi M, Bridgewood C, Damiani G, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) demonstrates distinct autoimmune and autoinflammatory disease associations according to the adjuvant subtype: Insights from an analysis of 500 cases. *Clinical Immunology*. 2019 Jun;203:1–8.
6. Coiffman F. Alopecia iatrogénica: Una nueva enfermedad. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2008 Mar;34(1).
7. Seida I, Alrais M, Seida R, Alwani A, Kiyak Z, Elsalti A, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA): past, present, and future implications. *Clin Exp Immunol*. 2023 Jul 5;213(1):87–101.
8. Jara LJ, García-Collinot G, Medina G, Cruz-Dominguez M del P, Vera-Lastra O, Carranza-Muleiro RA, et al. Severe manifestations of autoimmune syndrome induced by adjuvants (Shoenfeld's syndrome). *Immunol Res*. 2017 Feb 13;65(1):8–16.
9. Cohen Tervaert JW, Martinez-Lavin M, Jara LJ, Halpert G, Watad A, Amital H, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) in 2023. *Autoimmun Rev*. 2023 May;22(5):103287.
10. Chasan PE. The History of Injectable Silicone Fluids for Soft-Tissue Augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Dec;120(7):2034–40.
11. NARINS RS, JEWELL M, RUBIN M, COHEN J, STROBOS J. Clinical Conference: Management of Rare Events Following Dermal Fillers-Focal Necrosis and Angry Red Bumps. *Dermatologic Surgery*. 2006 Mar 31;32(3):426–34.



12. Schenone GE, Riera DN, Fontbona M, Triana L. US FDA Safety Communication on Illegal use of Injectable Silicone for Body Contouring and Associated Health Risks. *Aesthetic Plast Surg*. 2023 Jun 20;47(3):1232–3.
13. Gordillo-Hernández J, Alegre-Tamez E, Torres-Baltazar I, Mendieta-Espinosa MJ, Sastré-Ortiz N. Abordaje multidisciplinario de la enfermedad humana por infiltración de sustancias modelantes. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 2013 Sep;39(3):269–77.
14. Roselló-Peñaloza M, Julio L, Gómez P. Demands for Health Care and Barriers to Health Care Access Among Transgender and Nonbinary People in Chile: A Nationwide Survey. *Transgend Health*. 2025 Feb 1;10(1):84–93.
15. Pachón S JE, Salazar MC, Pores AM, Rizo VZ. Clinical and Immunological Characteristics of Patients with Biopolymers and Autoimmune Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021 Sep 24;9(9):e3796.
16. Huff ML, Mehta N, Jacobs AM, Miles MG. A Severe Case of Siliconoma-induced Hypercalcemia due to Illicit Gluteal Silicone Injections. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2022 Mar 14;10(3):e4184.
17. Puerta Sarmiento GE, Modragón I, Echeverri A, Sua LF, Bonilla-Abadía F, Aguirre-Valencia D. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA), medical treatment of severe systemic compromise: case report. *Colomb Med*. 2024 Apr 12;54(1):e5004625.
18. Bartsich S, Wu JK. Silicon emboli syndrome: A Sequela of clandestine liquid silicone injections. A case report and review of the literature. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2010 Jan;63(1):e1–3.
19. Wilson E, Rapues J, Jin H, Raymond HF. The Use and Correlates of Illicit Silicone or “Fillers” in a Population-Based Sample of Transwomen, San Francisco, 2013. *J Sex Med*. 2014 Jul;11(7):1717–24.
20. Pinto TP, Teixeira F do B, Barros CR dos S, Martins RB, Saggese GSR, Barros DD de, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7).
21. Bertin C, Abbas R, Andrieu V, Michard F, Rioux C, Descamps V, et al. Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*. 2019 Jan;98(4):e14143.
22. Cattelan L, Dayan S, Fabi SG. Optimal Practices in the Delivery of Aesthetic Medical Care to Patients on Immunosuppressants and Immunomodulators: A Systematic Review of the Literature. *Aesthet Surg J*. 2024 Oct 15;44(11):NP819–28.
23. Pires FR, Said AMT, Netto J de NS, da Cruz Perez DE, Bonan PRF, Martins HDD, et al. Oral/Perioral Reactions to Injectable Soft Tissue Fillers: A Clinicopathological Multicentric Study. *Oral Dis*. 2024 Oct 7;



24. Decates TS, Velthuis PJ, Schelke LW, Lardy N, Palou E, Schwartz S, et al. Increased risk of late-onset, immune-mediated, adverse reactions related to dermal fillers in patients bearing <scp>HLA-B</scp> *08 and <scp>DRB1</scp> *03 haplotypes. *Dermatol Ther.* 2021 Jan 19;34(1).
25. Zhang Y liang, Sun Z sheng, Hong W jin, Chen Y, Zhou Y fan, Luo S kang. Biofilm formation is a risk factor for late and delayed complications of filler injection. *Front Microbiol.* 2024 Jan 8;14.
26. Bisschop C, Bruijn MS, Stenekes MW, Diercks GFH, Hospers GAP. Foreign body reaction triggered by cytotoxic T lymphocyte-associated protein 4 blockade 25 years after dermal filler injection. *British Journal of Dermatology.* 2016 Dec;175(6):1351–3.
27. Berrian K, Exsted MD, Lampe NM, Pease SL, Akre EL. Barriers to quality healthcare among transgender and gender nonconforming adults. *Health Serv Res.* 2024 Jul 10;
28. Zatloff JP, von Esenwein SA, Cook SC, Schneider JS, Haw JS. Transgender-Competent Health Care: Lessons from the Community. *South Med J.* 2021 Jun;114(6):334–8.
29. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem.* 2014 Jul;47(10–11):983–7.
30. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen KAK. Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: A Narrative Review. *Anesth Analg.* 2016 Jun;122(6):2028–39.
31. Lautenbacher s, Kundermann b, Krieg j. Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Med Rev.* 2006 Oct;10(5):357–69.
32. Ministerio de Salud de Chile. (2024). Construyendo Salud Mental. Subsecretaría de Salud Pública; Subsecretaría de Redes Asistenciales. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf
33. Ministerio de Salud de Chile. (2014). Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS). División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OTCLIMATERIOinteriorValenteIndd04022014.pdf>
34. Martínez-Villarreal AA, Asz-Sigall D, Gutiérrez-Mendoza D, Serena TE, Lozano-Platonoff A, Sanchez-Cruz LY, et al. A case series and a review of the literature on foreign modelling agent reaction: an emerging problem. *Int Wound J.* 2017 Jun 4;14(3):546–54.
35. Oliveros César, Pérez-Rivera Fabián, Betti-Kraemer Giovanni, Cordero-de Oliveros María Daniela, Fernández-Romero Juan, Medrano-Ramírez Gabriel. Enfermedad por inyección de rellenos sintéticos permanentes (EIRSP). Recomendaciones del grupo de expertos del Capítulo de Biomateriales de la FILACP. *scielo.* 2022 Sep;43(3):287–304.
36. Lee JM, Kim YJ. Foreign Body Granulomas after the Use of Dermal Fillers: Pathophysiology, Clinical Appearance, Histologic Features, and Treatment. *Arch Plast Surg.* 2015 Mar 5;42(02):232–9.



37. Hong GW, Hu H, Chang K, Park Y, Lee KWA, Chan LKW, et al. Review of the Adverse Effects Associated with Dermal Filler Treatments: Part I Nodules, Granuloma, and Migration. *Diagnostics*. 2024 Jul 30;14(15):1640.
38. Silverberg OM, Cyrenne BM, Croitoru D, Sandre MK, Pon K. A case of recalcitrant silicone granuloma treated with adalimumab: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2022 Jan 11;10.
39. de la Torre Gomar FJ, Gimeno Castillo J, Rosés Gibert P, Iglesias Martínez E, Martínez González MI. Silicone-induced granulomas successfully treated with adalimumab. *Journal of Dermatological Treatment*. 2023 Dec 31;34(1).
40. Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Caring For Lgbtq Youth In Inclusive And Affirmative Environments HHS Public Access. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6).



