

Protocolo para la **atención integral** de las **personas** con derecho a la **interrupción legal** del **embarazo**



Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Salud Comunitaria

Dr. Nicolás Kreplak

**Subsecretaria de Medicina Comunitaria,
Maternidad e Infancia**

Dra. Sabrina Balaña De Caro

**Coordinadora del Programa Nacional de
Salud Sexual y Procreación Responsable**

Dra. Adriana Álvarez

Abril 2015

El presente “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” es una versión revisada y actualizada de la “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2010. Para esta 2.ª edición se actualizó la información médica, bioética y legal.

1.ª edición: junio, 2010

Coordinación Técnica: Mariana Romero y Paola Bergallo.

Revisión y actualización: Tomás Ojea Quintana y Lourdes Bascary.

2.ª edición revisada y actualizada: abril, 2015.

Coordinación y elaboración de contenidos: Adriana Álvarez, Victoria Cattáneo, Ofelia Musacchio, Belén Provenzano.

Revisión médica: Adriana Álvarez y Belén Provenzano.

Revisión legal: Victoria Cattáneo y Soledad Deza.

Colaboración: Sandra Vázquez y María Alicia Gutiérrez.

Coordinación editorial: Agustina Ramos Mejía.

Edición técnica: Silvina García Guevara.

Diseño: Alejandro Jobad.

El Ministerio de Salud de la Nación expresa su agradecimiento a FUSA AC por el apoyo técnico brindado para la realización de la presente publicación.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Av. Rivadavia 875, piso 7, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Teléfonos: (54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar - Web: www.msal.gov.ar/saludsexual

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

El presente Protocolo es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas.

ÍNDICE

Prólogo	7
----------------	---

Interrupción legal del embarazo: derechos de las personas y obligaciones del sistema de salud

1. Situación del aborto en el mundo y en la Argentina	11
2. Marco jurídico del derecho a interrumpir un embarazo	12
2.1. Principios rectores	13
3. Circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo	14
3.1. Causal salud	15
3.2. Causal violación	15
4. Personas con derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo	16
4.1. Niñas y adolescentes	17
4.2. Personas con discapacidad	18
5. Los equipos de salud	19
5.1. Responsabilidad profesional	19
5.2. Objeción de conciencia	19

Abordaje del equipo de salud

1. Recepción: información y orientación	23
2. Entrevista inicial: consejería en opciones	25
3. Historia Clínica	28
3.1. Consentimiento informado	28
3.2. Declaración jurada	29
4. Evaluación médica	29
4.1. Anamnesis	29
4.2. Examen físico	30
4.3. Diagnóstico diferencial	30
5. Estudios complementarios	30
5.1. Laboratorio	30
5.2. Ecografía	30

Procedimiento para realizar la interrupción del embarazo

1. Vacunación e isoinmunización Rh	33
2. Evacuación uterina	33
2.1. Procedimiento medicamentoso	33
2.1.1. Manejo ambulatorio	33
2.1.2. Manejo en internación	36

2.1.3. Esquema médico	36
2.1.4. Vías de administración	36
2.1.5. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia	39
2.1.6. Precauciones para el uso de misoprostol	39
2.1.7. Profilaxis antibiótica	39
2.1.8. Información y recomendaciones para la mujer	39
2.1.9. Seguimiento	40
2.2. Evacuación con procedimiento instrumental	40
2.2.1. Profilaxis antibiótica	41
2.2.2. Preparación cervical	41
2.2.3. Manejo del dolor	41
2.2.4. Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío	42
2.2.5. Dilatación y evacuación	45
2.3. Conservación de los tejidos	45
2.4. Cuidados inmediatos luego del procedimiento	46
2.5. Manejo de las complicaciones	46
3. Indicaciones para el momento del alta	47
Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual	49
Anticoncepción post interrupción del embarazo	
1. Métodos anticonceptivos adecuados para el uso post aborto	60
1.1. Criterios médicos de elegibilidad	60
1.2. Pautas para el comienzo de la anticoncepción	61
2. Provisión de los métodos anticonceptivos	63
Anexo	
Declaración jurada víctima de violación	67
Consentimiento para realización de interrupción legal del embarazo	68
Bibliografía	71
Cuadros y tablas	
Cuadro 1. Flujoograma de modelo de atención en situaciones de ILE	25
Cuadro 2. Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2012)	34
Tabla 1. Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo	37
Tabla 2. Procedimiento medicamentoso con mifepristona - misoprostol	38
Tabla 3. Uso de las categorías para la práctica cotidiana	61
Tabla 4. Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto	62

Prólogo

Argentina ha sido tierra de grandes logros económicos, sociales y culturales en los últimos años. Esta es una década de ampliación de derechos y de afianzamiento de políticas públicas que fortalecen y aseguran su efectivo cumplimiento. En este marco, el área de la salud es central para el desarrollo integral de todas las personas.

Desde el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) trabajamos coordinada y sostenidamente para profundizar esa línea de trabajo. Tenemos el convencimiento de que nuestra tarea es un pilar fundamental para fortalecer el acceso a los derechos sexuales y a los derechos reproductivos de toda la población, especialmente de las niñas, adolescentes y mujeres.

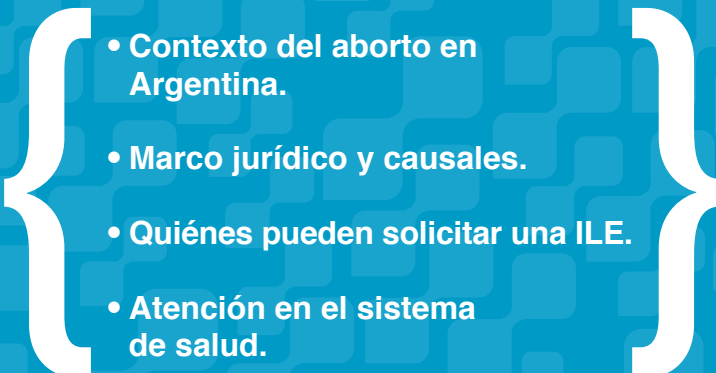
En nuestro país, la legislación reconoce causales para la interrupción legal del embarazo, este derecho incluye a todas las personas con capacidad para llevar adelante una gestación que se encuentren en alguna de esas situaciones. El ejercicio de este derecho se encuentra enmarcado en los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, e implica el acceso a una atención integral de calidad que asegure el respeto por la intimidad y la autonomía, el flujo de información clara y veraz y el acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada.

Los lineamientos del presente Protocolo se orientan a garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo y fortalecer el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio; con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos.



Dra. Adriana Álvarez
Coordinadora del Programa Nacional
de Salud Sexual y Procreación Responsable

Interrupción legal del embarazo: derechos de las personas y obligaciones del sistema de salud

- 
- Contexto del aborto en Argentina.
 - Marco jurídico y causales.
 - Quiénes pueden solicitar una ILE.
 - Atención en el sistema de salud.

Promover en todo el país el derecho que tienen mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad de llevar adelante una gestación, de acceder a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando este se encuadre en las causales previstas por el sistema normativo del país, se encuentra entre las principales acciones implementadas por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) para alcanzar los objetivos establecidos en su ley de creación (25.673).

En este sentido, el PNSSyPR afirma que la interrupción del embarazo debe ser brindada bajo los mismos parámetros que otros componentes del servicio de salud, es decir, respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Por ello, el presente “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” está diseñado en base a la comprensión fundamental de que todo el personal del efector de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo cuando este ponga en riesgo la vida o la salud de la persona o cuando sea producto de una violación.

Los equipos de salud son los primeros responsables por la provisión de ILEs (práctica también conocida como aborto no punible o ANP), y de prevenir y buscar evitar peligros y daños a la integridad física y psíquica de quien acude al sistema de salud, ya sea que se trate de los subsistemas público, de obras sociales o privado.

El derecho de acceso a la salud es abordado por este Protocolo sin incurrir en discriminación alguna e incluye en su línea de atención a todas las personas con posibilidad de gestar un embarazo, sin ninguna distinción relativa a su identidad de género ni a las prácticas sexuales que pudiera llevar a cabo.

Dada la posibilidad de los varones trans de quedar enmarcados en las causales del art. 86 inc. 2 del Código Penal, les asiste el derecho a recibir la misma atención que las mujeres, adolescentes y niñas.

1. SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA

La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas. En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos; en esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (IPAS, 2010).

La penalización del aborto que rige en numerosos países, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso a procedimientos seguros, con lo cual se generan riesgos para la vida y la salud de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo efectuado por personas que no cuenten con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012).

Casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son inseguros (Guttmacher Institute, 2012).

Se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año (Mario y Pantelides, 2009). Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos. La única información disponible al respecto es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos. No obstante, este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representa solo una fracción de los que ocurren anualmente.

Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años (DEIS, 2013).*

En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años (DEIS, 2014).

En un contexto que muestra una elevada proporción de partos ocurridos en instituciones de salud (99%) y de partos atendidos por profesionales capacitados (98%) (DEIS, 2013), la Argentina tiene el potencial necesario para disminuir considerablemente la tasa de mortalidad materna y las amplias brechas que existen en la materia. Sin embargo, las inequidades en el acceso a servicios, en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados y en la calidad de la atención sanitaria, impactan de diferente forma sobre las razones de la mortalidad materna y generan un riesgo desproporcionado para las mujeres que viven en las jurisdicciones más pobres del país.

*No incluye datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires debido a dificultades para el procesamiento de la información en la jurisdicción.

2. MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A INTERRUPIR UN EMBARAZO

En su fallo “F., A. L. s/medida autosatisfactiva”, de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), en su carácter de último interprete de todo el sistema normativo del país, estableció que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 inc. 2 del Código Penal “[...] **no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible**” (CSJN, 2012: considerando 21).

De esta forma, en la Argentina toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- el embarazo representa un **peligro para la vida** de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo representa un **peligro para la salud** de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- el embarazo proviene de una **violación**;
- el embarazo proviene de una **violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental**.

El ejercicio de la opción a la ILE en dichas circunstancias se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud, la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad.

Este marco general del derecho a la interrupción del embarazo fue aclarado en la sentencia de la CSJN. En ella se definió que en las circunstancias arriba enumeradas es siempre el Estado, como garante de la administración de la salud de la población argentina, el que tiene la obligación “de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura.

Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada.

Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama” (CSJN, 2012: considerando 25).

La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.

2.1. PRINCIPIOS RECTORES

La realización de ILEs debe guiarse fundamentalmente por el **principio de autonomía**. Todas las actitudes y prácticas de las/los profesionales de la salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Por esto, es deber de las/los profesionales de la salud proveer la información necesaria para que pueda entender el proceso que está viviendo y formular todas las preguntas que crea necesarias.

Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud y su vida. Las/los médicas/os tienen la función pública y el rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas sobre sus conductas íntimas y personales. Este principio es la base del secreto médico. Otros principios que guían la atención de ILEs son los de accesibilidad, no judicialización, confidencialidad, privacidad, celeridad/rapidez y transparencia activa.

Accesibilidad. No deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica.

No judicialización. La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones adicionales innecesarias, sean médicas, administrativas o judiciales. Judicializar significa dar intervención de cualquier forma a organismos judiciales o policiales, dando estado público a una situación privada y confidencial de quien acude al servicio de salud.

El mandato de no judicialización implica que con la intervención de un médico es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las circunstancias que legalizan la interrupción.

En este sentido, en su fallo la CSJN afirma: “[...] hacer lo contrario, significaría que un poder del Estado, como lo es el judicial, cuya primordial función de velar por la plena vigencia de las garantías constitucionales y convencionales, inter venga interponiendo un vallado extra y entorpeciendo una concreta situación de emergencia sanitaria, pues cualquier magistrado llamado a comprobar la concurrencia de una causal de no punibilidad supeditaría el ejercicio de un derecho expresamente reconocido por el legislador en el artículo 86, inciso 2º, del Código Penal, a un trámite burocrático, innecesario y carente de sentido” (CSJN, 2012: considerando 19).

La Corte afirmó, en relación con este principio, que “[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la rea-

lización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920” (CSJN, 2012: considerando 18).

Confidencialidad. Es derecho de la mujer que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica guarde la debida reserva. Al igual que en cualquier práctica médica, nada de lo ocurrido en la consulta debe ser comunicado a otras personas (como integrantes del equipo de salud, familia o funcionarios judiciales o policiales).

La Historia Clínica (HC) y toda la información contenida en ella son de titularidad exclusiva de la mujer y su divulgación configura una violación a su derecho a la intimidad y al secreto profesional.

Si se considerara necesario compartir la información con terceros –incluidos esposo, compañero/a, padre, madre– debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y de forma clara.

Privacidad. Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las mujeres durante todo el proceso. Esto incluye, por lo menos, la adecuación de los espacios donde se practiquen. Asimismo, se debe garantizar la privacidad de la información solicitada a la mujer y toda aquella que se consigne en la HC, la capacitación a todos los empleados de la institución para que conozcan sus obligaciones de respeto de la privacidad de las mujeres y de la información en relación con la interrupción del embarazo, la participación exclusiva de los integrantes del equipo de salud necesarios para la práctica.

Celeridad/rapidez. A las mujeres que soliciten o requieran que se les realice una ILE se les debe garantizar una atención ágil e inmediata. Las instituciones en las cuales se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral

sea brindado lo más pronto posible. Asimismo, se prohíbe la imposición de requisitos adicionales por parte de las instituciones o de sus empleados.

Transparencia activa. Los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar toda la información disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible.

PRINCIPIOS RECTORES

Estos principios surgen de la normativa internacional de derechos humanos con rango Constitucional para nuestro país (art. 75, inc. 22), de la propia Constitución y la legislación argentina. Entre las más importantes se encuentran la Ley de Derechos del Paciente (26.529), el Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132) y la Ley de Protección Integral a las Mujeres (26.485).

3. CIRCUNSTANCIAS QUE HABILITAN LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Como se adelantó, las causales que habilitan a solicitar una ILE son que el embarazo constituya un peligro para la salud o la vida de la mujer, o que haya sido producto de una violación.

3.1. CAUSAL SALUD

La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. **Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”** (OMS, 2006). Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son:

- El peligro para la salud debe ser entendido como la **posibilidad de afectación de la salud**. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto.
- La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: **física, mental-emocional y social**, de acuerdo a lo establecido por la OMS.
- La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima.
- El concepto de **peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia**.
- La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE.
- Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una

afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte.

La información incompleta, inadecuada o la subestimación del riesgo pueden acarrear responsabilidad legal a la/el profesional de la salud interviniente.

3.2. CAUSAL VIOLACIÓN

Como se dijo, de acuerdo al inc. 2 del art. 86 del Código Penal, toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de dicha violencia sexual. En estas situaciones es importante considerar que:

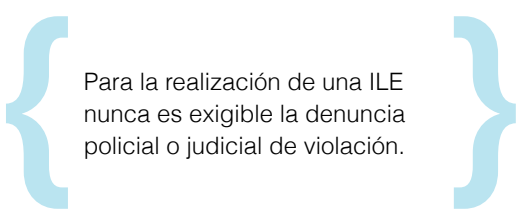
- La violación es una expresión de la violencia sexual y esta es una manifestación de la violencia de género. Puede ser perpetrada por alguien del entorno íntimo de la mujer (incluido el novio, marido o pareja), por personas de su conocimiento de otros ámbitos o por extraños.
- Los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal.

En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de la ILE, esta valdrá como la declaración jurada. En ningún caso la recolección de material genético como evidencia forense puede convertirse en una barrera o generar dilaciones en el acceso a la práctica.

La declaración jurada debe ser simple, sin formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna.

El fallo de la CSJN también aclara que aun ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE: “[...] **si bien este Tribunal advierte la posibilidad de configuración de ‘casos fabricados’, considera que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud**” (CSJN, 2012).



Para la realización de una ILE nunca es exigible la denuncia policial o judicial de violación.

Las mujeres con un embarazo consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y es importante que todos los niveles del sistema de salud sean capaces de ofrecerles el cuidado y apoyo apropiados, además de considerar la derivación oportuna, de ser necesario.

- Para más información, ver el “Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud” (PNSSyPR, 2015).

4. PERSONAS CON DERECHO A SOLICITAR UNA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

Este Protocolo está destinado a garantizar la dignidad y derechos de toda persona con capacidad biológica de gestar y, por lo tanto, potencial sujeto del derecho a abortar cuando su vida o salud estén en peligro, o esté cursando un embarazo producto de una violación sexual, independientemente de tener o no una discapacidad intelectual o mental.

Asimismo, como se mencionó anteriormente, este Protocolo se guía por el principio de **autonomía de las personas** y, en consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILEs implica necesariamente el **consentimiento informado** por parte de la usuaria. Este es un proceso que recorre toda la atención y está enmarcado en la Ley 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

En los casos de ILEs, el resultado del proceso de consentimiento informado es el documento por el cual, luego de recibir la información pertinente, la persona manifiesta haber decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo, y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa (ver modelo en el Anexo, pág. 68).

Antes de solicitar su firma, para que la persona que consulta pueda acceder a la toma de decisiones, el equipo de profesionales debe brindarle la información necesaria. La/el profesional debe contemplar la posibilidad de que la mujer le realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, para poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Respecto del consentimiento informado, hay dos grupos de personas que representan situaciones especiales: las niñas y adolescentes, y las personas con discapacidad intelectual o mental.

4.1. NIÑAS Y ADOLESCENTES

La infancia y la adolescencia constituyen un grupo vulnerable dada la tradición existente de un sistema paternalista y tutelar que tiende a suplir la voluntad y el deseo de estas personas por considerarlas no capacitadas para decidir sobre sí mismas con autonomía y responsabilidad. Asimismo, es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por esto es muy importante, durante los procesos de atención, generar un ambiente de empatía en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

La atención de niñas/os y adolescentes implica tener en cuenta dos aspectos: por un lado, la edad a partir de la cual son consideradas por la ley como personas plenamente autónomas, capaces de otorgar un consentimiento completo y suficiente por sí mismas; por otro lado, su derecho a ser escuchadas e informadas cualquiera sea su edad, de acuerdo a su especial necesidad de atención.

La regla en materia de capacidad para el ejercicio del derecho a la ILE surge del art. 4 de la Ley 25.673, de creación del PNSSyPR, y su Decreto Reglamentario 1.282/2003, en conjunto con el art. 921 del Código Civil, que reconoce discernimiento a las personas desde los 14 años; todo esto en concordancia con la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En función de esto:

- **Todas las personas de 14 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento.** Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar

personalmente la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación, sin que se requiera la autorización de sus padres o representantes legales. Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda fomentar que las adolescentes cuenten con la compañía y el apoyo de una persona de su confianza durante el proceso.

Igualmente que con las mujeres adultas, es esencial que los equipos de salud garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie. Este criterio debe aplicarse teniendo en cuenta el principio del respeto del interés superior del niño, establecido en la *Convención de los Derechos del Niño*.

- **En el caso de las niñas y adolescentes menores de catorce años, se deberá respetar su derecho a ser escuchadas y a que su opinión sea tenida en cuenta.** Esto se basa en el principio de la “autonomía progresiva” y el grado de desarrollo de cada niña o adolescente en situación de requerir la realización de una ILE. Sus representantes legales, o los que sean nombrados especialmente para el caso, deberán participar en conjunto con la niña o adolescente en la toma de decisiones, y deberán firmar el consentimiento informado y la declaración jurada de la violación cuando corresponda.

Si existiera una negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados de acompañar la decisión de la niña o adolescente se procederá de acuerdo a lo establecido en el art. 61 del Código Civil, que establece que “cuando los intereses de los incapaces, en cualquier acto judicial o extrajudicial, estuvieren en oposición con la de sus representantes, dejarán estos de intervenir en tales actos, haciéndolo en lugar de ellos, curadores especiales para el caso de que se tratare”.

Los equipos de salud deben procurar desarrollar capacidades para el abordaje integral de la

sexualidad de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos. Esto incluye una disposición especial para recabar los datos necesarios para completar la HC: garantizar un trato amable, formular preguntas simples en un lenguaje entendible y, si fuera necesario, repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración.

LÍMITE DE EDAD

El límite de edad (14 años) para otorgar el consentimiento en forma autónoma se actualiza de acuerdo a nuevas legislaciones con el objetivo de satisfacer el interés superior de la niña (art. 3, Ley 26.061).

4.2. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Según la *Convención Universal por los Derechos de las Personas con Discapacidad* (aprobada por Ley 26.378), se consideran personas con discapacidad a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. La normativa vigente (Código Penal y sentencia “F., A. L.” de la CSJN) alude como causal de ILE un “atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”; esta referencia debe comprenderse como la situación de violación a una persona con discapacidad mental o intelectual.

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el

resto. El servicio sanitario no debe actuar sin tener en cuenta o suprimiendo la voluntad de las mujeres discapacitadas sino que, por el contrario y en primer lugar, debe proporcionarles las herramientas que aseguren su participación en todo acto.

En las situaciones en las que la mujer con derecho a acceder a una ILE (ya sea por peligro para la salud, la vida o por violación) tenga discapacidad psicosocial o mental, es fundamental que el equipo de salud la acompañe durante todo el proceso de atención fortaleciendo su autonomía. Para esto, debe proveerle toda la información necesaria, de forma accesible y adecuada a sus particularidades, de manera que la persona pueda decidir con plena comprensión de las circunstancias. Esto implica el uso de medios y tecnologías adecuadas y flexibles.

Una alternativa posible es que se solicite a la mujer que elija una o más personas de su confianza para que le presten el apoyo necesario. En caso de no contar con ellas, lo más adecuado y conveniente es designar, con acuerdo de la mujer, a una persona idónea para esto. De esta forma, el procedimiento del consentimiento informado cumplirá con el criterio de respetar la voluntad de la persona con discapacidad. Todo lo actuado debe ser documentado en la HC.

En el caso de las personas declaradas incapaces judicialmente deberá asistirles en el proceso de la consulta y la toma de decisiones su representante legal, quien debe firmar también el consentimiento informado.

Por otro lado, bajo ninguna circunstancia el servicio sanitario debe exigir la acreditación de la discapacidad intelectual-mental; en este sentido, la CSJN dice que la solicitud de cualquier tipo de acreditación o dictamen que exceda la declaración jurada en caso de violación, es considerado como una práctica burocrática dilatoria de la ILE que encubriría la denegación ilegal del aborto (CSJN, 2012: considerando 24).

5. LOS EQUIPOS DE SALUD

El actor clave para el acceso sin discriminación de todas las personas a sus derechos sexuales y reproductivos es el equipo de salud, integrado por médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeras/os y demás personas que reciban y/o intervengan en la atención de ILEs. También son actores importantes el personal administrativo y de seguridad de los establecimientos.

La calidad de la atención y los requisitos para acceder a la práctica de ILEs son similares en establecimientos públicos y privados (prestadores de obras sociales o prepagas). También lo es la responsabilidad de los profesionales en caso de no respetar los derechos de las personas.

En todos los casos se recomienda trabajar con equipos interdisciplinarios. No obstante, es imperioso recalcar que no es necesaria la intervención de más de un médico/a para la constatación de las causales de no punibilidad previstas en la ley. En relación con este último punto, la CSJN aclaró que es ineludible “[...] aventar todo tipo de intento de exigir más de un profesional de la salud para que intervenga en la situación concreta, pues una exigencia tal constituiría un impedimento de acceso incompatible con los derechos en juego en este permiso que el legislador ha querido otorgar” (CSJN, 2012: considerando 24).

“La implementación de mecanismos administrativos y/o la realización de la interconsulta no pueden implicar demoras innecesarias en la realización de la ILE.”

Ante la constatación de un peligro para la salud psicosocial de la mujer y si lo estima necesario, el/la médico/a tratante podrá realizar una interconsulta con un profesional del campo de la salud mental y/o del trabajo social, según el caso. En relación con las/los profesionales de la salud es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les pueden corresponder en caso de no cumplirlas, así como el derecho a presentar una objeción de conciencia.

5.1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La CSJN plantea que las/los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal para la realización de una ILE, realicen **maniobras dilatorias** durante el proceso, suministren **información falsa** o cuando prevalezca en ellos una **negativa injustificada** a practicar el aborto.

5.2. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Toda/o profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la dilación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica (CSJN, 2012).

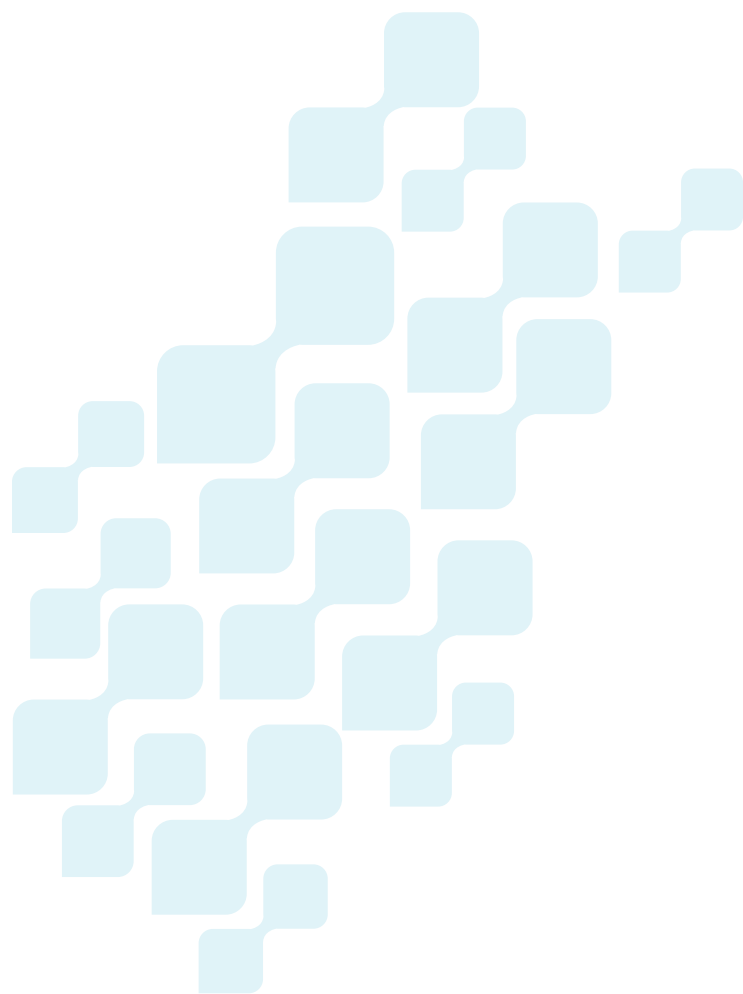
La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativamente, civil y/o penalmente.

En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeña; es decir que solo podrá ejercerlo cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes.

Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el profesional debe remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención.

De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE.



Abordaje del equipo de salud

- 
- Encuadre de la atención.
 - Vínculo y comunicación.
 - Orientación en opciones.
 - Historia clínica.
 - Evaluación médica.
- 

Todas las personas que pueden gestar –es decir, mujeres, niñas, adolescentes y varones trans– tienen derecho a la interrupción legal del embarazo cuando este se encuadre en alguna de las causales que la ley establece para solicitar la práctica: que represente un peligro para la vida o la salud, o que sea producto de una violación.

A los fines de facilitar la lectura, en el presente Protocolo se usará principalmente el término “mujer” para referirse a las/los posibles usuarias/os, pero no debe entenderse el derecho de manera restrictiva.

Para garantizar el derecho de estas personas de acceder a ILEs es necesario que los efectores de salud generen las condiciones para brindar el servicio. Ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo implica:

- **brindar un trato humanitario** que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física;
- **garantizar la atención clínica adecuada** de acuerdo a los criterios éticos, legales y médicos en vigencia;
- **intercambiar información amplia y completa** con las personas involucradas para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado;
- **ofrecer consejería** en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento.

Las personas que tienen un embarazo producido en un contexto que les da derecho a la ILE atraviesan momentos difíciles, que requieren una atención integral y de calidad.

Asimismo, el abordaje de las situaciones que requieren una ILE puede resultar complejo para los profesionales de la salud. Por esto, es recomendable que los servicios que realicen esta práctica cuenten con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas que brinden una atención conjunta, generen espacios de discusión y efectúen interconsultas cuando sea necesario.

Los equipos que realicen ILE deberían incluir médicos/as tocoginecólogas/os, generalistas, clínicas/os, anestesiólogas/os y pediatras; psicólogas/os; trabajadoras/es sociales; obstétricas; enfermeras/os. Asimismo, que el personal administrativo esté sensibilizado con la temática y facilite la accesibilidad de las personas. También es importante que el equipo establezca vínculos con los diferentes servicios del establecimiento de salud para facilitar las interconsultas y las derivaciones oportunas.

1. RECEPCIÓN: INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la interrupción legal del embarazo puede darse a partir de distintas situaciones.

Si bien es posible que sea la mujer la que se acerque para solicitar la ILE, en muchos casos es el equipo de salud el que detecta que la persona que está atendiendo presenta alguna de las causales que le dan derecho a solicitar la práctica. En estos casos, el profesional interviniente debe ofrecer a la mujer una consejería o derivarla donde pueda realizarla, para que ella pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si ella lo decide, se debe disponer la realización de la ILE lo antes posible. Algunas de las situaciones posibles son:

- Que una mujer embarazada que conoce su derecho de acceder a una ILE solicite la práctica.

- Que exista una consulta o derivación desde un servicio especializado sobre una mujer con una enfermedad de base que se ha embarazado.
- Que durante el curso del embarazo se realice el diagnóstico de una enfermedad que pueda poner en riesgo la salud o la vida de la mujer.
- Que en la guardia o en cualquier consulta una mujer exprese que el embarazo que cursa es producto de una violación.
- Que se presente a la consulta una persona con discapacidad intelectual o mental, sola o acompañada, embarazada producto de una violación.
- Que los profesionales de la salud detecten en una embarazada un caso de violencia de género o de violaciones intramaritales.
- Que en alguna consulta se detecte que la continuación del embarazo pueda representar un peligro para la salud física, psíquica o social de la mujer.

Es esencial identificar precozmente a las mujeres que presentan un embarazo en el contexto de las causales de ILEs, realizar la orientación en las opciones y, si la mujer decide interrumpir la gestación, no demorar la práctica.

Los riesgos asociados con la interrupción del embarazo, si bien son mínimos cuando se realiza adecuadamente, aumentan con la edad gestacional. Asimismo, los procedimientos que pueden ser utilizados para la interrupción durante el primer trimestre son menos invasivos y pueden realizarse de manera ambulatoria.

Todos los profesionales de la salud tienen un rol fundamental en la información y orientación

a las mujeres amparadas por el derecho a la interrupción legal del embarazo. En muchos casos, la intervención puede comprender el dar información, contención emocional, orientación y derivación asistida a un equipo que en ese u otro efector de salud pueda realizar la consejería y el procedimiento médico.

Asimismo, si detecta a una mujer que cursa un embarazo no deseado pero que no se encuadra en las causales para realizar una ILE, se recomienda derivarla a una consejería en reducción de riesgos y daños para evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente morbilidad materna.

Cursar un embarazo en el contexto de una de las causales que describe la ley –tanto de salud como de violación– representa una vivencia que, por lo general, implica angustia, sufrimiento, dudas, ambivalencia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento.

Los casos encuadrados en la causal salud pueden tratarse de embarazos deseados, lo que suma una dificultad para tomar la decisión y a veces origina sentimientos de culpa. A todo esto puede agregarse la preocupación por ser juzgada, a que se le niegue la atención o a sufrir maltrato.

Para esta detección es necesario que el equipo de salud indague con todas las personas embarazadas que toman contacto con ellos, tal como se indica en el “Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE” (Cuadro 1).

Por otra parte, desde el equipo de salud pueden generarse obstáculos para una atención de calidad. Por ejemplo, cuando se dejan enterever en la consulta opiniones personales en contra del aborto o hacen que se dilate el acceso a la práctica, con la consecuencia de que avance el embarazo y de esta manera no pueda luego realizarse la intervención.

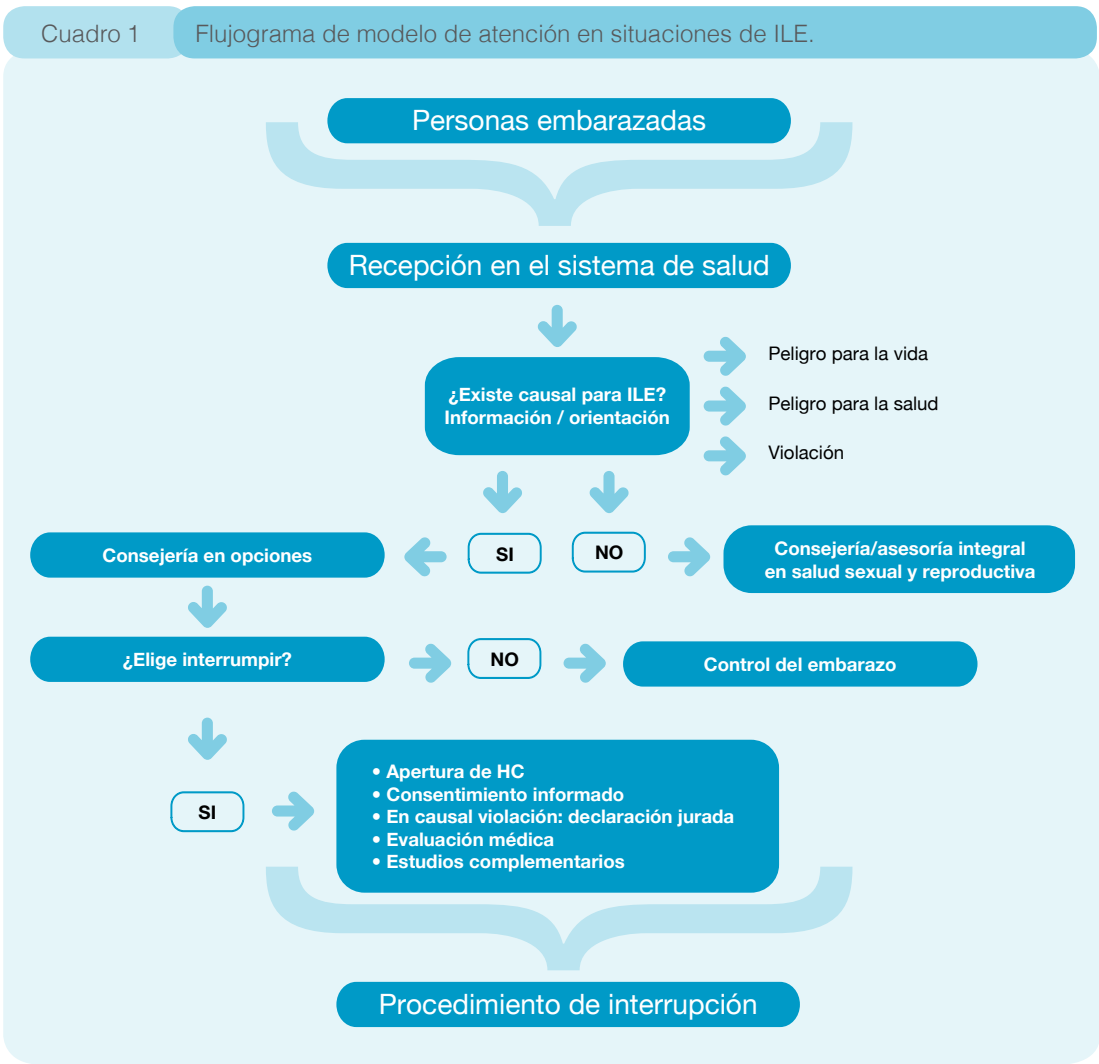
En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces habilitan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la

palabra de la mujer. En estas circunstancias se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención.

Estas cuestiones pueden condicionar la interacción entre la mujer que se acerca buscando atención y el/la profesional que debe brindársela, y hace que se genere un vínculo poco propicio para favorecer la comunicación, la escucha activa, la confianza. El objetivo central de ese encuentro es realizar todas las acciones necesarias para garantizar el derecho a la interrupción legal del embarazo.

2. ENTREVISTA INICIAL: CONSEJERÍA EN OPCIONES

La consejería es un espacio de información que tiene el objetivo de que la persona pueda tomar decisiones autónomas. En la situación de las mujeres que tienen derecho a acceder a la ILE, la consejería consiste en el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera,



los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones.

Es necesario que la persona que toma la decisión cuente con la información adecuada para poder evaluar las diferentes opciones. Esta información debe estar científicamente validada, y ser oportuna y expresada en términos sencillos. Se recomienda la utilización de materiales didácticos para hacer más comprensibles las explicaciones.

Algunos de los ejes para la consejería, según la situación y las necesidades de la mujer, son:

- **Informar sobre los requisitos** necesarios para acceder a una ILE según la causal.
- En los embarazos encuadrados en la causal salud, **describir los riesgos asociados** a la continuación del embarazo.
- En los casos de violación, **informar sobre la opción de denunciar**, pero aclarando que no es un requisito para acceder a la práctica de una ILE.
- **Detallar los procedimientos posibles** para la interrupción del embarazo.
- **Interiorizarse sobre la red de apoyo** con que cuenta la mujer.
- **Ofrecer anticoncepción post aborto.**

De ser posible, para ofrecer a las mujeres una atención más integral y de calidad, es recomendable que la consejería se realice en parejas, con profesionales de diferentes disciplinas, biomédica y psicosocial, o que quien la efectúe trabaje en equipo de manera interdisciplinaria. En los casos encuadrados en la causal salud, cuando se trate de riesgo físico, es importante contar con el aporte de los especialistas correspondientes.

La entrevista debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad y debe asegurarse a la mujer que lo que se hable durante todo el

proceso de atención es confidencial. Además, es importante aclararle que no se realizará ninguna práctica sin su consentimiento y ofrecerle que, si lo desea, puede acompañarla en la consulta la persona que ella elija.

Con frecuencia las personas concurren a la consulta del equipo de ILE derivadas por distintos servicios y luego de haber sido atendidas por numerosos profesionales que no contaban con las herramientas necesarias para comprender su situación. Suelen tener dudas y, en muchos casos, presentan historias de maltrato y condena de su entorno por el solo hecho de solicitar la interrupción de su embarazo. Es fundamental que en esta entrevista la mujer se sienta cómoda y contenida, y que vea que no se están juzgando ni recriminando sus acciones.

Es importante escuchar atentamente y sin interrupciones el relato completo de la mujer y estar atento al motivo por el cual solicita la interrupción del embarazo. Por lo general, la actitud libre de prejuicios es suficiente para que la mujer se sienta contenida y cómoda, lo cual es imprescindible para que el equipo de salud pueda establecer una buena relación con ella.

Cuando se realiza la primera entrevista, la mujer puede tener ya una decisión tomada con respecto a la continuidad o no de su embarazo, o encontrarse en pleno proceso de reflexión.

En el primer caso, si la opción elegida es la interrupción, el equipo de salud debe garantizar que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible. Si la persona no ha tomado aún una decisión es fundamental respetar su proceso de análisis, aunque informándole que, en caso de que decida acceder a la ILE, cuanto antes se realice el procedimiento será más sencillo.

Según la edad gestacional, en el momento de la consejería se podrá esperar los tiempos propios de la persona en el proceso de toma de decisión o será necesario informarle sobre los riesgos que involucran dilatar el procedimiento y acompañarla para agilizar la toma de decisiones.

Si bien se debe intentar realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, una variedad de situaciones pueden hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas; por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad grave en una edad gestacional avanzada. También puede tratarse de un caso de abuso o violación en el que la

mujer consulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones o por miedo, vergüenza o algún otro motivo.

Por esto, en todos los establecimientos del sistema de salud se debe contemplar la posibilidad de derivar a la persona a un centro de referencia que tenga la capacidad de llevar a cabo interrupciones más tardías de manera segura.



CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EL EQUIPO DE SALUD

La atención de mujeres embarazadas que pueden solicitar la interrupción implica para los equipos de salud la responsabilidad de ofrecer una atención de calidad, que garantice el respeto por sus derechos. Sin embargo, la atención de las personas en esta situación suele poner en juego tensiones y conflictos que involucran al conjunto del equipo de salud tanto en lo personal como en el aspecto institucional. Esto puede influir negativamente en el acceso a la atención, la calidad de la misma, y la salud actual y futura de las mujeres.

La reflexión y el debate en el equipo pueden contribuir a detectar y analizar estas tensiones y conflictos. Esto puede permitir que se genere un espacio donde consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de las/los profesionales de la salud. Esta práctica también facilita que se puedan repensar percepciones, prácticas y actitudes de las/los integrantes del equipo de salud en la atención de las personas que se encuentren en la situación descrita.

El principal desafío reside en construir un vínculo con las mujeres en un ámbito de contención física y emocional, de respeto hacia la situación particular de cada una y a la decisión que tome, y que garantice la confidencialidad.

Algunas herramientas para avanzar en ese camino son:

- Tener en cuenta que, más allá de que se pueda compartir o no la elección de interrumpir o continuar el embarazo, es importante considerar que el contexto en que las mujeres deben tomar sus decisiones es complejo y muchas veces estas pueden implicar contradicciones y sufrimiento. Una escucha abierta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta, mejora el vínculo y permite una mejor atención.
- Considerar que la intervención del equipo de salud puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la persona pueda tomar la decisión que considere más adecuada para su vida y adoptar prácticas de cuidado para su salud.

En relación a las consultas de adolescentes,

es importante que los equipos de salud respeten sus derechos y desarrollen capacidades para el abordaje integral de la sexualidad con la población de esa franja etaria. Esto incluye una habilidad especial para recabar los datos necesarios para completar la Historia Clínica: se debe ser especialmente amable, formular preguntas simples en un lenguaje entendible, repitiéndolas de ser necesario, y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimularlas a hablar.

Como en el caso de los adultos, es esencial que se les garantice claramente la confidencialidad y que la/el médica/o les asegure que no compartirán con nadie la información de la consulta.

3. HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental que en la HC se consignent todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería en opciones, anamnesis, evaluación física, realización de estudios complementarios en los casos en que sea necesario, interconsultas si las hubiere, etc. También debe adjuntarse la documentación requerida para acceder a la práctica: el consentimiento informado y, en los casos de violación, la declaración jurada en la que la persona manifiesta haber sido víctima de un hecho de ese tipo.

En los casos de violación NO es necesario que la mujer relate los detalles del evento. No se debe insistir en preguntar y recabar datos del posible actor del delito de violación para no revictimizarla.

Si bien pertenece a la mujer, la Historia Clínica completa es el documento que avala y respalda todas las acciones realizadas por el equipo de

salud. Es recomendable que cuando la causal salud se deba a una enfermedad de base, se asienten en la HC las interconsultas, en caso de que se realicen, o se cuente con una derivación por escrito del médico tratante, si es que existen.

Todas las prácticas e intervenciones que se realicen, ya sea de manera ambulatoria o con internación, deben registrarse tanto en la HC como en los otros sistemas de registro establecidos según la institución o jurisdicción correspondiente.

3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como se dijo, el consentimiento informado recorre todo el proceso de atención e implica que la persona pueda contar con toda la información necesaria para tomar decisiones en forma autónoma y consciente. La/el profesional debe brindar información y ofrecer que la mujer realice preguntas y repreguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos.

El resultado del proceso de consentimiento informado es el documento escrito, que debe constar en la HC, donde la persona manifiesta haber recibido información y decidido en forma autónoma, libre de influencias y presiones de cualquier tipo y conociendo cabalmente posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo que cursa (puede utilizarse el modelo del Anexo pág. 68 o uno propio). Este documento debe ser firmado por la persona a quien se le realizará la práctica.

- **En los casos de adolescentes menores de 14 años**, el consentimiento debe ser firmado también por el representante legal (ver “Niñas y adolescentes”, pág. 17).
- **En los casos de personas con discapacidad intelectual o mental**, se recomienda que la mujer cuente durante todo el proceso con el apoyo de alguien de su confianza (que puede o no ser el representante legal) que la acompañe y asista para que pueda llegar a

una mejor comprensión y a una decisión autónoma e informada. Si la mujer está declarada judicialmente incapaz, el consentimiento informado debe ser firmado por ella y por el representante legal (ver “Personas con discapacidad, pág. 18”).

3.2. DECLARACIÓN JURADA

Cuando la mujer que consulta manifieste que el embarazo que cursa es producto de una violación, la/el médica/o tratante debe solicitarle que realice una declaración jurada en la que exprese haber sido víctima de un hecho de ese tipo. Bajo ninguna circunstancia es necesario que describa los hechos y detalles, incluso si en el modelo de HC o consentimiento que se utilice se solicitan.

En ningún caso corresponde pedirle otro tipo de constancia, documentación o información que la declaración jurada, ni que realice gestión alguna ante otras personas o instituciones. Tampoco es requisito la denuncia policial o judicial.

En el Anexo se adjunta un modelo de declaración jurada (pág. 67), pero en caso de no disponer del mismo, basta con unas líneas firmadas por la mujer en la Historia Clínica en las que afirme que el embarazo es resultado de una violación.

En el caso de menores de 14 años o de mujeres declaradas judicialmente incapaces también debe firmar el representante legal.

El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer para realizar una ILE producto de una violación.

4. EVALUACIÓN MÉDICA

En los casos en que la mujer opte por realizar la interrupción del embarazo, la/el médica/o tratante debe valorar cuál es el método más apropiado para realizarla. El procedimiento a utilizar depen-

derá de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del centro asistencial.

Para determinar la edad gestacional, en general, es adecuado considerar la fecha de la última menstruación, el examen pélvico bimanual, abdominal y el reconocimiento de los signos del embarazo. También pueden utilizarse el análisis de laboratorio o una ecografía (OMS, 2012).

4.1. ANAMNESIS

El objetivo de la anamnesis es poder estimar la duración del embarazo, y a su vez, identificar las posibles contraindicaciones para los distintos procedimientos y aquellos factores que puedan suponer un mayor riesgo de complicaciones. Debe incluir:

Antecedentes de situación actual: fecha de la última menstruación (FUM). Edad gestacional. En caso que la causal salud sea por una enfermedad de base, estado clínico y tratamientos que realiza.

Antecedentes médicos y quirúrgicos: vacunación (incluida la antitetánica y la isoimmunización anti-RHO), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta, etc.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes: embarazos anteriores y sus resultados, antecedente de embarazo ectópico, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y está realizando algún tratamiento.

Situación psicosocial: indagar si cuenta con una red de contención, ya sea familiar, de una pareja o social. Detectar si ha sido víctima de violencia doméstica o si presenta consumo problemático de sustancias, patologías psicológicas o psiquiátricas. En caso de considerarse pertinente, realizar la interconsulta correspondiente.

4.2. EXAMEN FÍSICO

Antes de iniciar el examen físico, explicarle a la persona en qué va a consistir y cuál es el propósito. En especial durante el examen ginecológico es importante informarle lo que se va a realizar, qué puede sentir y tranquilizarla. Es indispensable solicitarle siempre a la mujer su aprobación y cuidar la privacidad durante todo el examen. También, ofrecerle la opción de estar acompañada, si lo desea.

El examen debe incluir:

- Examen físico general completo.
- Examen ginecológico. Suele ser más preciso y confiable si la mujer orina antes; permite orientar la edad gestacional.

4.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si las características clínicas y los antecedentes personales (como por ejemplo, de embarazo ectópico, cirugía tubaria o presencia de DIU) generan la sospecha de un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo o derivar a la mujer a un centro que tenga la capacidad para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

5. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En la mayoría de los casos, los profesionales solo precisan la información obtenida a través de la anamnesis y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración (OMS, 2012). Sin embargo, en cada caso en particular y en función a los datos obtenidos en la HC y el examen físico, se evaluará la necesidad de solicitar exámenes complementarios.

Tener en cuenta que esto no puede ser un requisito ni la imposibilidad de ejecutarlos un obstáculo para la realización de la interrupción.

5.1. LABORATORIO

Los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un requisito para acceder a una práctica de ILE. Puede realizarse un hematocrito o hemoglobina y en algunos casos, de acuerdo a la condición clínica de la mujer, puede ser útil la solicitud de otros análisis. Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor RH, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-RHO cuando esté indicado. Puede aprovecharse la oportunidad para realizar asesoramiento y prueba de tamizaje de VIH y VDRL.

5.2. ECOGRAFÍA

Aunque la ecografía no está considerada como un estudio de rutina para la realización de una ILE, si está disponible puede ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo.

Se recomienda descartar la presencia de un embarazo ectópico mediante ecografía especialmente en aquellas mujeres con antecedentes de cirugía tubaria, presencia de DIU, embarazo ectópico o con examen físico sospechoso (IPAS 2013).

En caso de realizarse la ecografía, se debe preguntar a la mujer si quiere ver la imagen o escuchar los latidos. Si no lo desea, es de suma importancia tomar los recaudos necesarios para que aquello no suceda. A su vez, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan una interrupción de aquellas que reciben cuidados prenatales.

Procedimiento para realizar la interrupción del embarazo

- 
- 
- Profilaxis antibiótica y manejo del dolor.
 - Opciones terapéuticas de evacuación uterina: misoprostol y aspiración de vacío.
 - Indicaciones para el alta.

Como se mencionó, las opciones terapéuticas para realizar una ILE dependen de la edad gestacional, el deseo de la mujer y las posibilidades del centro asistencial. Es esencial realizar una adecuada consejería previa en la cual se expliquen las diferentes posibilidades, de manera que la persona pueda tomar su decisión basada en una información completa.

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres que requieren una ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria. **Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para ILEs en todos los niveles del sistema de salud** para atender a mujeres que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta.

Los centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuados para realizar la interrupción deben garantizar la derivación asistida de la mujer sin retrasos para que reciba la atención integral tempranamente (OMS, 2012).

1. VACUNACIÓN E ISOINMUNIZACIÓN RH

La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoinmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes o durante el procedimiento (OMS, 2012).

Por su parte, la International Planned Parenthood Federation recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en

que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular (IPPF, 2012).

Si la mujer no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

2. EVACUACIÓN UTERINA

En el Cuadro 2 se presentan las opciones terapéuticas de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.

2.1. PROCEDIMIENTO MEDICAMENTOSO

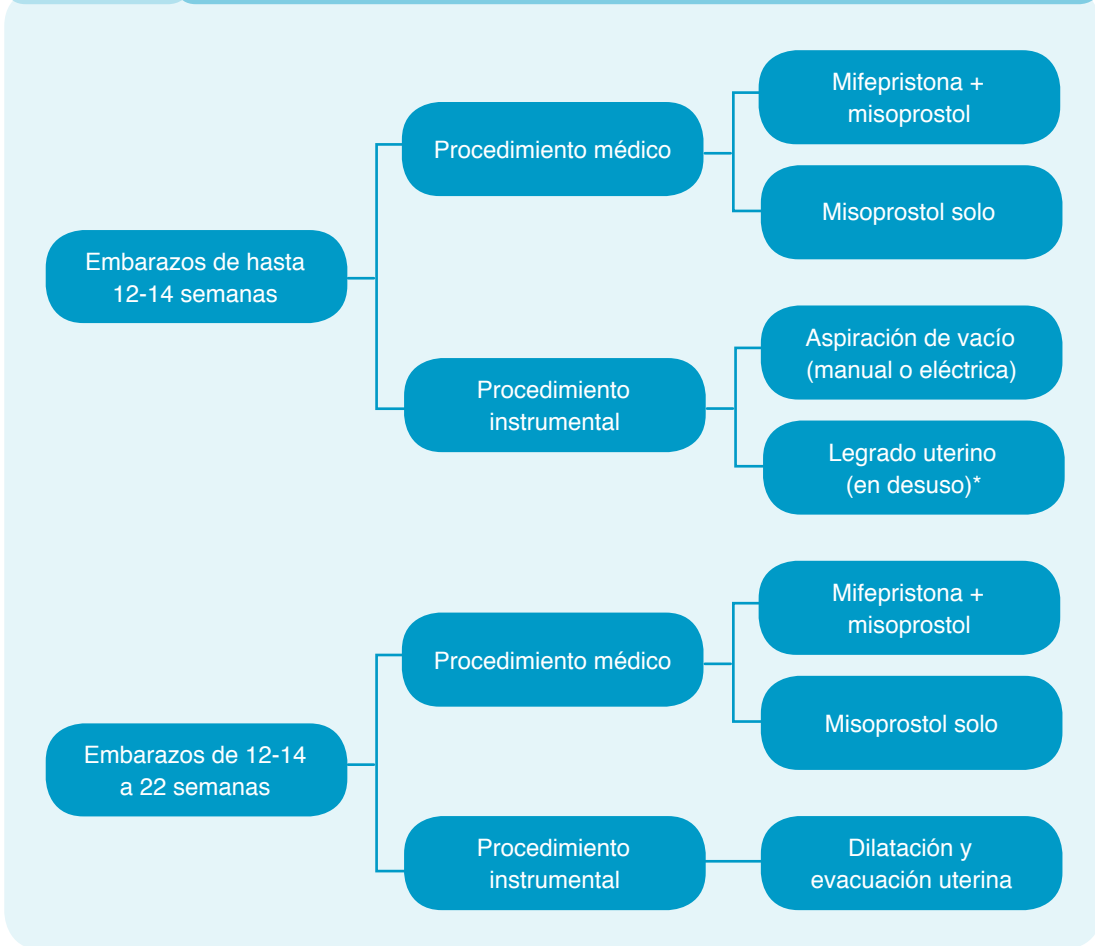
El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente. De todas maneras, dado que las organizaciones internacionales recomiendan el régimen combinado (mifepristona + misoprostol) también se describe el esquema en este Protocolo.

Los efectores de salud deben contar con aspiración de vacío o la posibilidad de derivación para ser utilizados en caso de falla o aborto incompleto.

2.1.1. Manejo ambulatorio

La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambu-

Cuadro 2 Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2012).



* El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

latoria es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres porque les permite iniciar el proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad.

La OMS y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomiendan el uso del misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas (63 días) a partir de la FUM. Entre las 9 y las 12 semanas, recomiendan evaluar cada caso en particular, teniendo

en cuenta algunas situaciones específicas y dejando a criterio del profesional la realización del procedimiento en forma ambulatoria o supervisada (OMS, 2012; RCOG, 2011).

Para que la mujer pueda llevar a cabo el procedimiento médico en el hogar, es indispensable que el equipo tratante:

- Brinde la consejería previa para que la mujer pueda decidir informadamente realizarlo de esa forma.

- Garantice a la mujer la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos.
- Cumplimente todos los requisitos administrativos: Historia Clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.
- Corrobore que comprenda las consignas y las pautas de alarma.
- Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.
- Acuerde visitas de seguimiento post procedimiento.

MISOPROSTOL Y MIFEPRISTONA

El **misoprostol** es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada. Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo. Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, hasta fines de 2014 la ANMAT no había avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como *off label* o “fuera de etiqueta”, es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos” (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013).

La **mifepristona** es un antiprogéstágeno que se une a los receptores de progesterona inhibiendo su acción y, por ende, interfiriendo con la continuación del embarazo. También forma parte del listado de medicamentos esenciales de la OMS. En la Argentina, hasta fines de 2014, la mifepristona no había sido registrada.

Una vez que se establece que es posible llevar a cabo el tratamiento en el hogar y la mujer acepta esta opción, se le debe explicar cómo debe realizarlo, brindando información clara y precisa sobre qué esperar en relación con la hemorragia vaginal y la expulsión del producto de la concepción, y sobre cómo reconocer las complicaciones. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería.

Es muy importante establecer un vínculo personalizado entre la mujer y el profesional o equipo de salud que la asiste. De esa manera ella cuenta con un referente a quien recurrir para realizar el seguimiento de su tratamiento o ante cualquier inconveniente.

2.1.2. Manejo en internación

Se indicará la internación para realizar el procedimiento medicamentoso en aquellas mujeres que presenten las siguientes situaciones:

- Embarazos mayores a 12 semanas.
- Embarazos menores a 12 semanas que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio.
- Mujeres víctimas de violación que han realizado una denuncia policial, en cuyo caso es necesario garantizar las medidas necesarias para conservar el material para un estudio de ADN.
- Mujeres cuya condición clínica haga necesario un control estricto durante el procedimiento.

2.1.3. Esquema médico

En la Tabla 1 se detallan las dosis recomendadas para realizar el procedimiento médico con el esquema de misoprostol solamente, y en la Tabla 2 para el esquema con mifepristona seguido de misoprostol.

2.1.4. Vías de administración

Si bien las vías recomendadas por OMS, FLASOG y FIGO son la sublingual, la oral y la vaginal, también es posible utilizar el misoprostol por vía bucal. Diferentes estudios han demostrado que esta forma de administración es tan eficaz como la vaginal (IPAS, 2013).

En la administración por vía bucal, el comprimido de misoprostol se coloca en el espacio entre la encía y la mejilla, y se deja absorber a través de la mucosa bucal (Figura 1), mientras que por la vía sublingual se aplica bajo la lengua (Figura 2). El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en 20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos (FLASOG, 2013).



Figura 1. Administración por vía bucal.



Figura 2. Administración por vía sublingual.

Cuando se utiliza la vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la

Tabla 1

Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo.

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12 hs (máximo 3 dosis).*
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3 hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal** o sublingual cada 3 hs (máximo 5 dosis).
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis.
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 100 mcg a las 6 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). EN CASOS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA, USAR LA MITAD DE LA DOSIS.

* Este esquema es el más utilizado por los servicios de los países donde se realizan ILEs. Suelen indicarlo con intervalos de 8 hs.

** En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012).

Tabla 2

Procedimiento medicamentoso con mifepristona - misoprostol.

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 9 semanas (63 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 1 a 2 días, administrar misoprostol 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. Vía oral solo en menores de 7 semanas con dosis 400 mcg.
	9 a 12 semanas	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 800 mcg vaginal y dosis adicionales de 400 mcg cada 3 hs vaginal o sublingual (máximo 4 dosis). Administrado en un centro de salud.
	Mayor a 12 semanas (84 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 400 mcg oral u 800 mcg vaginal o sublingual cada 3 hs (máximo de 5 dosis). Administrado en un centro de salud.
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas (máximo 3 dosis).
		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). USAR LA MITAD DE LA DOSIS SI HAY ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA.

absorción, previo al momento de su colocación en el fondo de saco vaginal (FLASOG, 2013).

En los casos en que se utilicen comprimidos de misoprostol asociado a diclofenac, se recomienda que antes de aplicarlo se extraiga el núcleo del comprimido, compuesto por diclofenac, y se descarte.

Es importante considerar que algunas mujeres prefieren evitar la vía vaginal. Tener esto en cuenta especialmente en niñas y adolescentes, y cuando el embarazo es producto de una violación o abuso, ya que esta forma de aplicación podría implicar una situación traumática. En estos casos ofrecer especialmente la vía sublingual o bucal.

2.1.5. Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo (FLASOG, 2013). La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol. Es importante resaltar que el resultado dependerá del tiempo de espera para obtener el efecto deseado. Así, entonces, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es superior al 80% y se incrementa a medida que transcurre el tiempo, hasta lograrse resultados muy exitosos alrededor de las 72 horas posteriores a la administración.

En la mayoría de los casos la expulsión fetal y placentaria ocurren en las primeras 24 horas, pero puede demorarse entre 48 y 72 horas (FLASOG, 2013).

2.1.6. Precauciones para el uso de misoprostol

Si la mujer tiene colocado un DIU, se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol. Y si se encuentra amamantando, es importante recomendar que deseché la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol (Gynuity, 2009a).

No se recomienda el uso de misoprostol en mujeres con las siguientes condiciones (FLASOG, 2013):

- Disfunciones hepáticas severas, dado que el misoprostol se metaboliza principalmente en el hígado.
- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento en curso con fármacos anticoagulantes.
- Alergia reconocida a las prostaglandinas.

Se requiere precaución y la interconsulta con un especialista en el caso de las mujeres que usan corticoesteroides a largo plazo, así como con las que tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías preexistentes o factores de riesgo cardiovascular.

2.1.7. Profilaxis antibiótica

Luego de una interrupción realizada con un procedimiento médico, el riesgo de infección intrauterina es muy bajo; por lo tanto, no se requieren antibióticos profilácticos (OMS, 2012).

2.1.8 Información y recomendaciones para la mujer

Es importante informar a la mujer sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria, para disminuir así las preocupaciones que pudieran surgirle cuando se encuentre en su domicilio. Estos incluyen:

Sangrado: normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento. Es leve a moderado, suele durar en promedio 9 días pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.

Dolor o cólicos abdominales: normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma del misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos, como ibuprofeno.

Síntomas gastrointestinales: pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.

Fiebre/escalofríos: ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula y cede con dosis habituales de AINES.

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una

consulta oportuna en la guardia hospitalaria o centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos, como ibuprofeno.
- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

2.1.9. Seguimiento

En los casos en que se realice el tratamiento ambulatorio, se recomienda hacer el control a los 7 a 14 días posteriores, para permitir que tenga lugar el proceso de expulsión. Igualmente, en algunos casos puede resultar importante mantener una consulta antes de este tiempo para brindar mayor contención y acompañamiento en el proceso.

Si en el momento de la visita de seguimiento se constata que la mujer se encuentra cursando un aborto incompleto, según el criterio médico y la preferencia de la mujer, se puede repetir el procedimiento medicamentoso o realizar una evacuación instrumental. En este último caso, el centro de salud debe contar con la posibilidad de efectuarlo o de derivar a la mujer a otro efector de salud donde cuenten con esta opción.

No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta algu-

na complicación, como una hemorragia intensa o infección.

Estas pautas también deben tenerse en cuenta en los casos de mujeres con gestaciones menores a 12 semanas que realicen una interrupción con un procedimiento medicamentoso con internación.

En los casos de embarazos mayores a 12 semanas, luego del tratamiento medicamentoso, si se constata un aborto incompleto, se procederá a completar la evacuación uterina mediante un procedimiento instrumental.

- Para más información, ver la “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto” (PNSSyPR, 2015).

2.2. EVACUACIÓN CON PROCEDIMIENTO INSTRUMENTAL

La práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, ya sea de aspiración de vacío o por raspado o legrado uterino. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.

El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos. Por ese motivo, deberá reservarse solo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento médico y no esté disponible la aspiración de vacío.

En aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarla por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.

En el presente Protocolo se desarrollará la técnica de aspiración de vacío, que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual (en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano [AMEU]).

Antes de comenzar con el procedimiento es fundamental explicarle a la mujer en qué consiste y cómo es el seguimiento posterior (duración; posibles efectos secundarios, como dolor, sangrado, náuseas, diarrea, vómitos; tipo de anestesia que se utilizará; tiempo de recuperación; posibles complicaciones). Este procedimiento no debe completarse mediante raspado uterino a modo de rutina.

Mediante la utilización de la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (OMS, 2012).

2.2.1. Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.

Si hay signos clínicos de infección, la mujer debe ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo el aborto.

2.2.2. Preparación cervical

Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación, y en el

caso de las mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas completas. Igualmente, la preparación cervical puede considerarse para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (por ejemplo, aquellas que presentan anomalías cervicales o cirugías previas) (OMS, 2012). Puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

2.2.3. Manejo del dolor

Durante el procedimiento de evacuación uterina, la mujer puede presentar dolor de distinta intensidad, desde cierto grado de molestia hasta un malestar muy incómodo. Esta percepción del dolor y la consecuente reacción pueden variar en cada mujer en función de distintos factores.

Es importante explicarle a la mujer que, si bien el procedimiento es relativamente corto, durante ese tiempo probablemente sentirá cierto grado de molestia. El dolor puede atenuarse mediante una combinación de apoyo verbal, medicamentos orales, bloqueo paracervical y un trato amable y respetuoso. A continuación se detallan los medicamentos orales y sus efectos.

Analgésicos: el paracetamol y el ibuprofeno disminuyen el dolor.

Opiáceos: deben usarse cautelosamente dado que, en el caso de tratamientos realizados en forma ambulatoria, se han registrado incidentes, tales como caídas de escaleras y accidentes de tránsito. Para evitar esto, la mujer debería estar acompañada por alguien que pueda ayudarla.

Tranquilizantes (ansiolíticos): reducen la ansiedad y la memoria, pero no el dolor, y relajan los músculos. Al usar benzodiacepinas, tales como diazepam, se deben seguir las mismas recomendaciones que para los opiáceos.

Con respecto a la anestesia, el procedimiento de aspiración de vacío puede realizarse con bloqueo paracervical, anestesia regional (raquídea o peridural) o general.

Pasos y recomendaciones para realizar el bloqueo paracervical (OMS, 2012):

1. Cargar, en una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.
2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior –de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente puede inyectarse 1 a 2 ml de anestésico en el lugar donde se aplicará la pinza.
3. Aplicar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.
4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, no sobre el exocervix (Figura 3).
 - Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca).
 - Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.
 - Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.
 - Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.
 - Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical, la administración de analgésicos orales 30

a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso (IPAS, 2006).

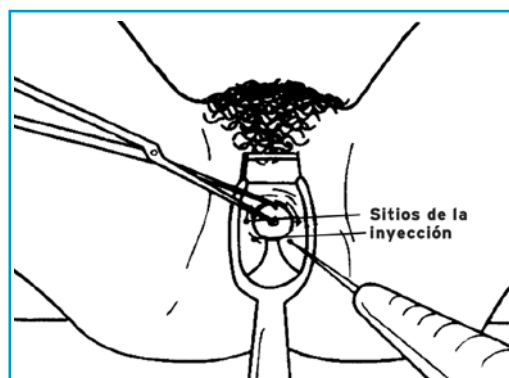


Figura 3. Bloqueo paracervical.

2.2.4 Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación se detalla la técnica de AMEU. Aunque la mayoría de los conceptos puntualizados corresponden a las dos modalidades de aspiración de vacío (eléctrica o manual) se hace hincapié en la técnica manual dado que es la que está actualmente disponible en la mayoría de los centros del país.

Dependiendo de la edad gestacional, el aborto mediante aspiración de vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local.

1. **Preparar el instrumental.** Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver “Preparación y funcionamiento del aspirador manual”, pág. 49) y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina) (Figura 4). Antes de usar el aspirador, asegurarse de que conserve el vacío; para

esto, cargar el aspirador, esperar unos minutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire que entra en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo "O" para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo "O" no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el usado para realizar ecografías (nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador.



Figura 4. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril.

2. **Preparar a la paciente.** Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.
3. **Examen ginecológico.** Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.
4. **Realizar antisepsia.** Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.
5. **Realizar bloqueo paracervical** (ver apartado "Manejo del dolor", pág. 41).

6. **Elección de la cánula.** El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm, de 7 a 9 semanas una de 5 a 10 mm y de 9 a 12 semanas una de 8 a 12 mm.

7. **Dilatar el cuello uterino.** Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.

8. **Insertar la cánula.** Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría: el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la jeringa (Figura 5).

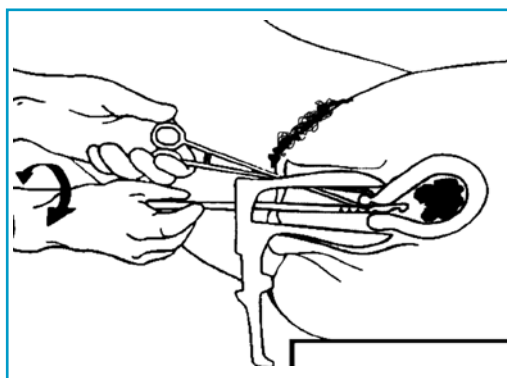


Figura 5. Introducción de la cánula.

9. **Aspirar el contenido del útero.** Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y

el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador (Figura 6). Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

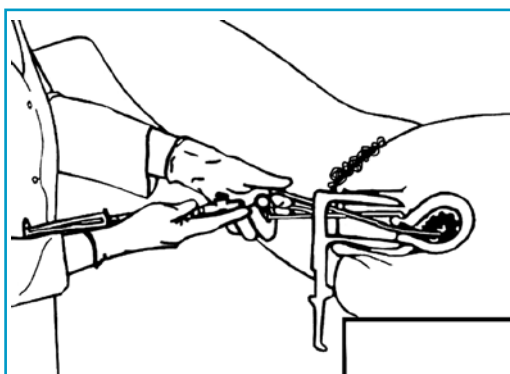


Figura 6. Conexión de la cánula a la jeringa.

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 7).

- Si el aspirador se llena de material o restos. Cerrar la válvula (presionar botones hacia adentro y adelante), desconectar el aspirador de la cánula dejándola colocada dentro de la cavidad uterina; abrir la válvula (presionar los botones hacia adentro) y empujar suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido del aspirador en el recipiente o riñonera, para inspeccionarlo. Restablecer el vacío, reconectar el aspirador a la cánula y continuar la aspiración.
- Si se pierde el vacío. Desconectar el aspirador de la cánula y restablecer el

vacío. Este se puede perder o disminuir por distintos motivos: el aspirador está lleno; la cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

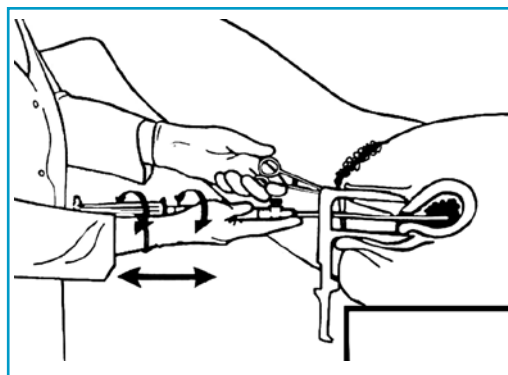


Figura 7. Extracción del contenido uterino.

10. Finalización del procedimiento. Las señales que indican que se ha completado el procedimiento de AMEU son: en la cánula se observa espuma roja o rosada y en ella no se ven más restos; se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado porque este se contrae alrededor de la cánula y dificulta su movilización. Luego de comprobada la finalización del procedimiento, cerrar la válvula (presionar los botones hacia adelante y adentro) y desconectar la cánula del aspirador, o bien retirar cuidadosamente la cánula y el aspirador juntos, sin oprimir los botones.

11. Inspección del tejido. Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

2.2.5. Dilatación y evacuación

En aquellos lugares donde se disponga de profesionales con experiencia y habilidad y con el equipamiento adecuado, el procedimiento de dilatación y evacuación es una técnica efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG, 2011). Puede ser utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. Requiere la preparación cervical con una prostaglandina –como el misoprostol, la laminaria o un dilatador hidrofilico similar–, dilatar el cervix y evacuar el útero mediante la técnica de aspiración de vacío eléctrica con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la edad gestacional, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil el uso de la ecografía durante el procedimiento.

Por lo general, el procedimiento de dilatación y evacuación puede llevarse a cabo de manera ambulatoria, administrando solamente un bloqueo paracervical y una analgesia leve. Sin embargo, los efectores donde se hagan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda.

2.3. CONSERVACIÓN DE LOS TEJIDOS

En los casos en que la ILE se haya realizado por causal de violación es conveniente conservar el material para un eventual estudio de ADN.

El material deberá preservarse, tomando todos los recaudos necesarios para evitar su contaminación, en un frasco preferentemente de plástico y si fuera posible estéril, sin agregar ninguna solución. Utilizar guantes estériles. Si no se dispone de un frasco, se puede recurrir a una bolsa plástica o un envoltorio de tela u otro elemento que se tenga al alcance.

RECOMENDACIONES PARA ILEs EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

De acuerdo a la experiencia de los equipos de salud que realizan ILEs en nuestro país, en las interrupciones del segundo trimestre se recomienda la combinación de los tratamientos medicamentoso e instrumental. Primero se realiza el procedimiento medicamentoso con misoprostol a las dosis indicadas para el segundo trimestre, y luego, una vez que se produjo la expulsión del contenido intrauterino, se completa la evacuación uterina mediante el procedimiento instrumental.

En los casos en que sea posible, separar en recipientes diferentes los tejidos fetales (feto y cordón) de los maternos o de aquellos en que haya mezcla de tejidos (decidua y placenta); si no, poner todo el material en el mismo recipiente.

Rotular el frasco y precintarlo, con firma y sello del profesional que realiza la práctica. Constatar en la HC todo lo realizado. El o los frascos conteniendo el material deben conservarse congelados o, si ello no fuera posible, en una heladera a 4 °C. En caso de traslado del material deberá garantizarse la cadena de frío mediante un contenedor de telgopor con bolsas de freezer.

Debido a que el material se encuentra en cadena de custodia, solo podrá ser retirado de la institución mediante una orden judicial. En ese caso deben registrarse los datos de quien lo retira en la Historia Clínica y/o en aquellos sistemas de registro establecidos en cada institución.

2.4. CUIDADOS INMEDIATOS LUEGO DEL PROCEDIMIENTO

La duración del período de recuperación varía según el estado clínico de la mujer, el tipo de procedimiento practicado, los medicamentos administrados para el manejo del dolor y cualquier otro tratamiento proporcionado. En la mayoría de los casos de procedimientos de ILE realizados durante el primer trimestre de gestación y con anestesia local, la mujer se siente lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con mayor edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

Durante la recuperación la mujer debe ser monitoreada, ya sea en el área de tratamiento o en otro lugar del establecimiento de salud, hasta que se encuentre consciente y alerta, pueda caminar sin ayuda, tenga signos vitales normales y ella misma manifieste que se siente en condiciones para retirarse de la institución. Además, debe mostrar signos de recuperación normal de la evacuación endouterina, es decir, disminución del sangrado y del dolor abdominal.

En este período es fundamental:

- **Controlar los signos vitales** mientras la mujer está en la camilla.
- **Administrar medicación** para el dolor en caso de ser necesario.
- **Evaluar el sangrado y los cólicos**, que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

- **Confirmar que la mujer pueda orinar.**

- **Ofrecer consejería en anticoncepción** en caso de que la mujer lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno. La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la mujer. Es posible que ella se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que la mujer se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

2.5. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

Si bien son infrecuentes, durante un procedimiento de ILE o luego de concluido este pueden presentarse complicaciones. Por este motivo, es importante que los servicios que realicen esta práctica, en todos los niveles del sistema de salud, estén equipados y cuenten con personal entrenado para reconocer las posibles complicaciones en forma temprana, de manera de proveer una rápida atención y/o derivar a la mujer de manera oportuna. Algunas situaciones posibles son:

Aborto incompleto. En los procedimientos de AMEU realizados por un profesional entrenado es poco frecuente que se presente un caso de aborto incompleto, que es más común cuando se utiliza el procedimiento medicamentoso. Los signos y síntomas que lo indican son el sangrado vaginal y el dolor abdominal; también puede incluir signos de infección. El tratamiento dependerá principalmente del tiempo transcurrido desde la realización de la interrupción, de la edad gestacional y de la situación clínica de la mujer.

Interrupción fallida. El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto al procedimiento instrumental como al medica-

mentoso. En ambos casos, si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración de vacío o dilatación y evacuación.

Hemorragia. La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cervix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia de la forma más rápida posible.

Infección. Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente. Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos. Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.

Perforación uterina. Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante

un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

Complicaciones relacionadas con la anestesia.

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración de vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. En caso de utilizar anestesia general, debe realizarla un médico anestesiólogo en un quirófano equipado con todo lo necesario para realizar una reanimación y para resolver las complicaciones anestésicas que se puedan presentar.

- Para más información consultar la “Guía de atención integral de mujeres que cursan un aborto” (PNSSyPR, 2015).

3. INDICACIONES PARA EL MOMENTO DEL ALTA

En el momento de darle el alta es importante explicarle a la mujer lo relacionado con algunas situaciones que pueden presentarse durante los días siguientes y brindarle la información necesaria.

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (paracetamol o AINES, como ibuprofeno), y con compresas o baños tibios.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal

debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento de ILE.

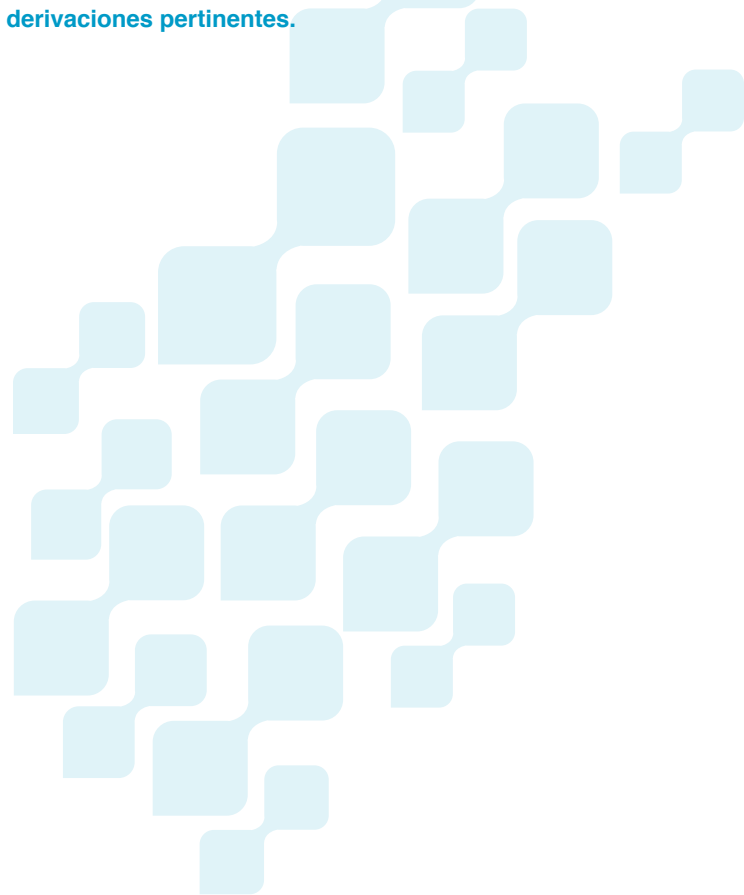
- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (ver “Anticoncepción post interrupción del embarazo”, pág. 58). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita. Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).

- Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.

- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva.

- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones. Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.



PREPARACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL ASPIRADOR ENDOUTERINO MANUAL

El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El aspirador manual tiene una válvula con un par de botones que la abren y cierran, lo que permite controlar el vacío; una tapa y un revestimiento desmontable; un émbolo con mango y un anillo-O; un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad (Figuras 8y 9).



Figura 8

Las cánulas son de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm de diámetro. Las más pequeñas (de 4 a 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta y las más grandes (de 9, 10 y 12 mm) presentan una sola abertura de mayor tamaño. Los puntos impresos en cada cánula se usan para indicar la posición de la abertura principal. El primer punto se encuentra a 6 cm de la punta de la cánula y los que le siguen están espaciados a intervalos de 1 cm (Figura 9).

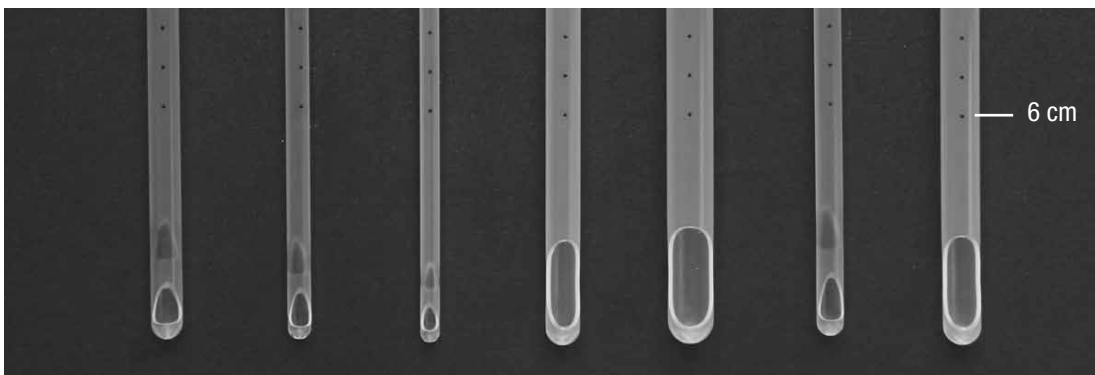
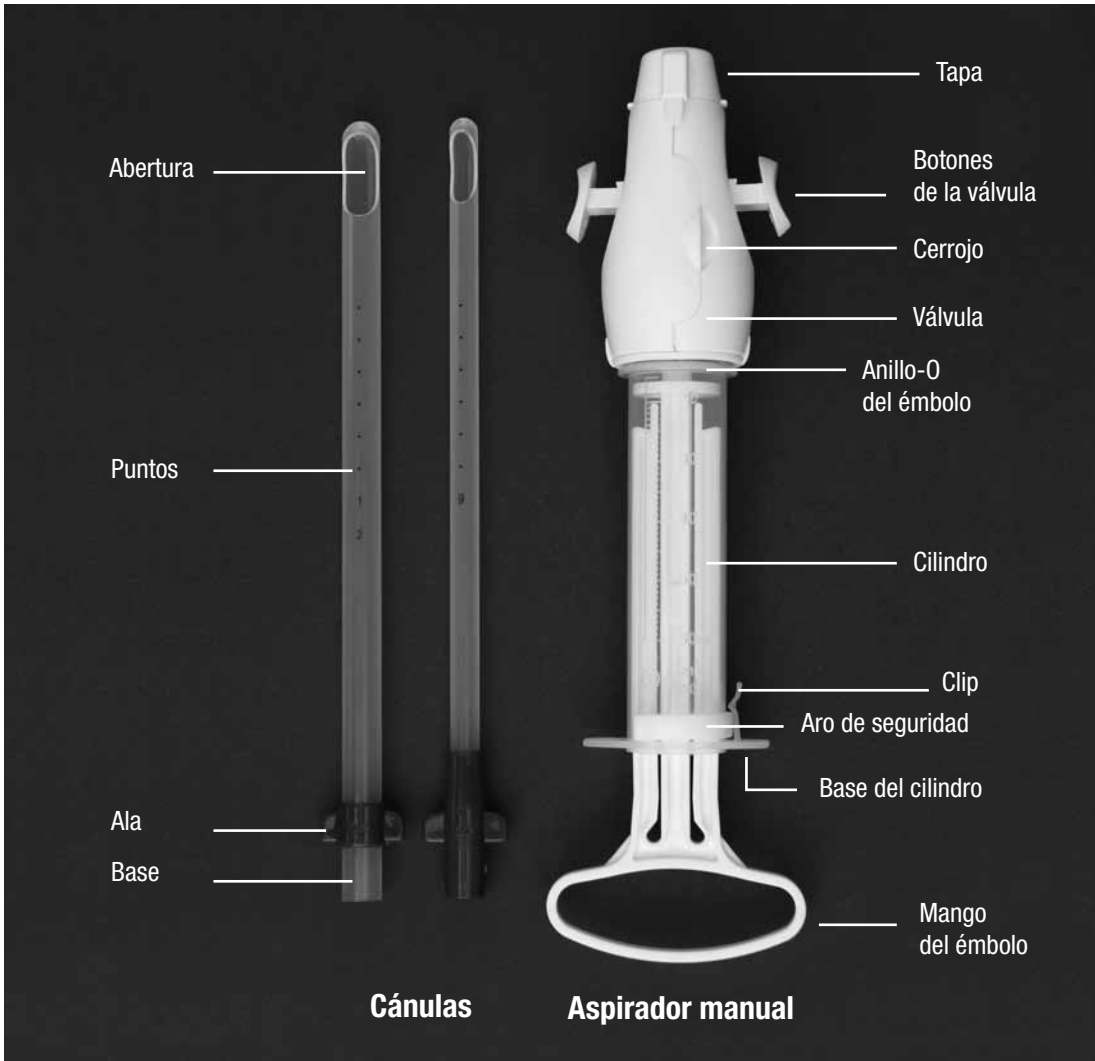


Figura 9

ARMADO DEL AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 10) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 11). Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 12).
2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 13). Luego, cerrar la válvula (Figura 14) y encajar la tapa en su sitio (Figura 15).



Figura 10

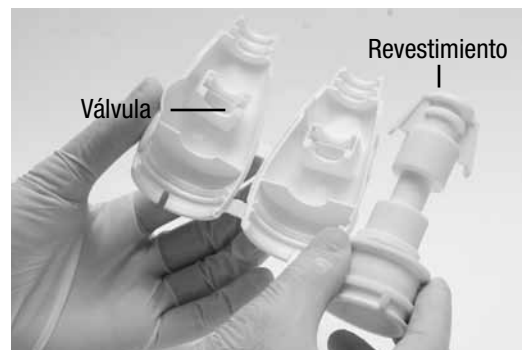


Figura 13

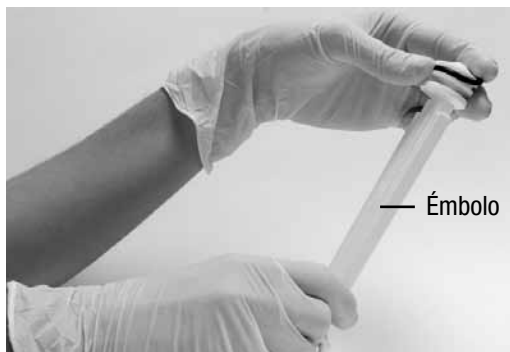


Figura 11

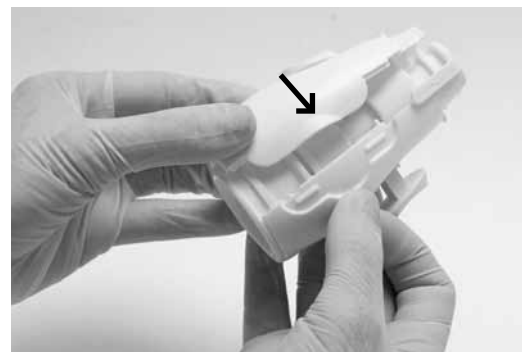


Figura 14



Figura 12

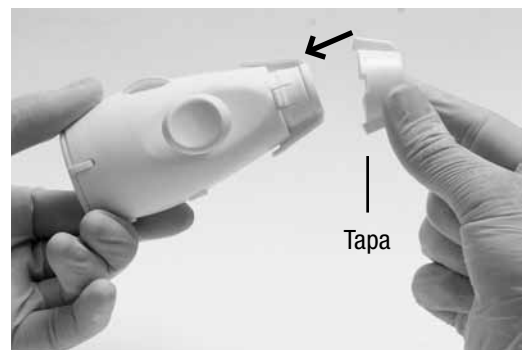


Figura 15

3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 16). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 17).



Figura 16

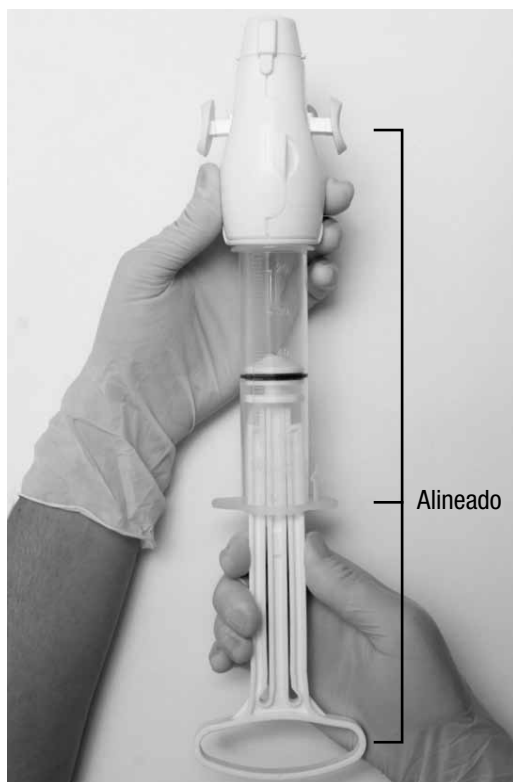


Figura 17

4. Fijar el aro de seguridad deslizando el aro de seguridad debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 18).

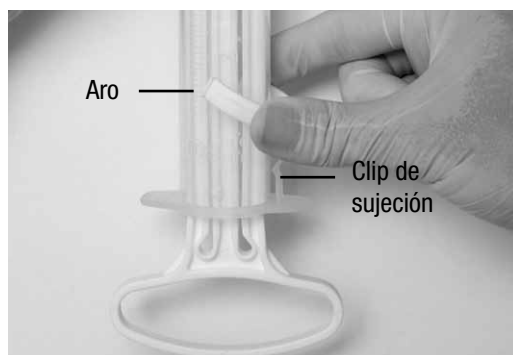


Figura 18

GENERACIÓN DEL VACÍO O CARGADO DEL AMEU

1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 19).

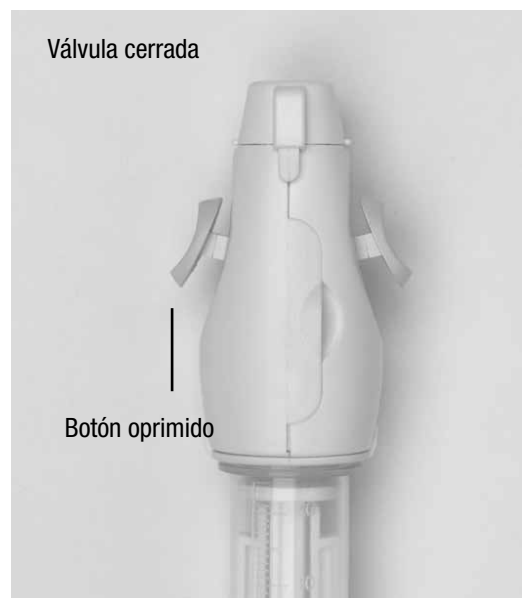
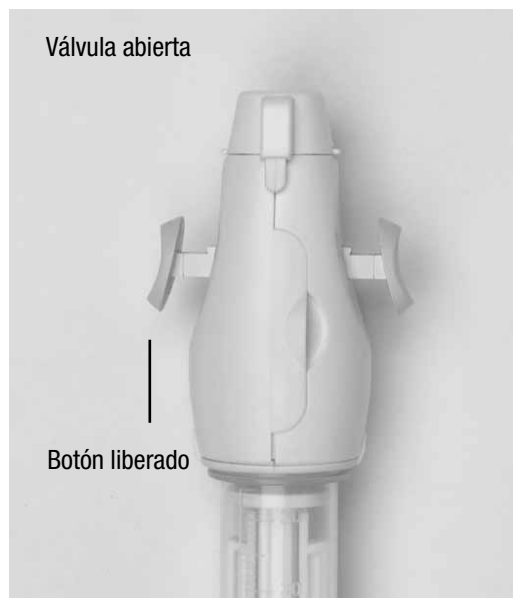
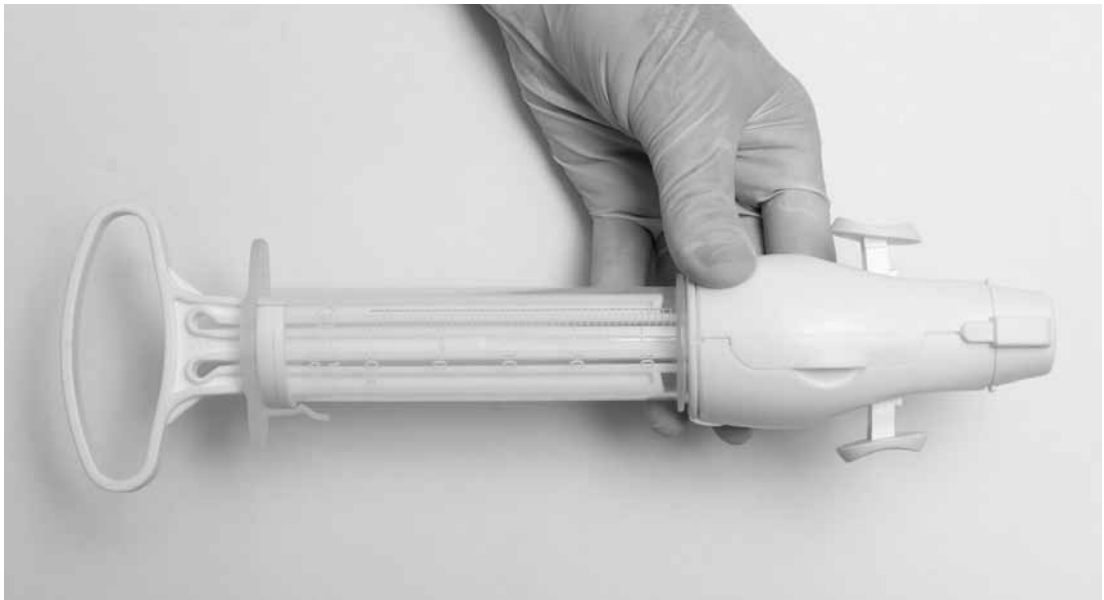


Figura 19



Figura 20

2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 20), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un “clic”. Esta maniobra cierra la válvula.

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 21). Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esa posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.

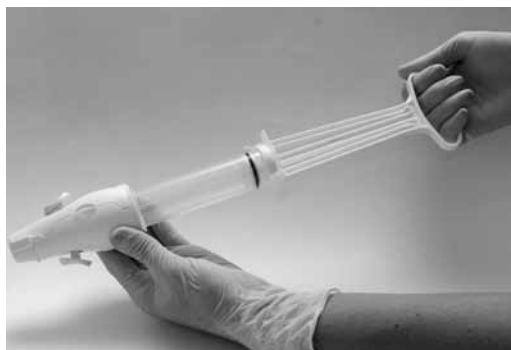
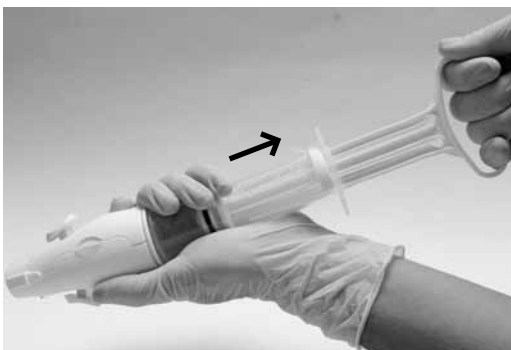


Figura 21

4. Para liberar el vacío, “soltar” los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 22). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

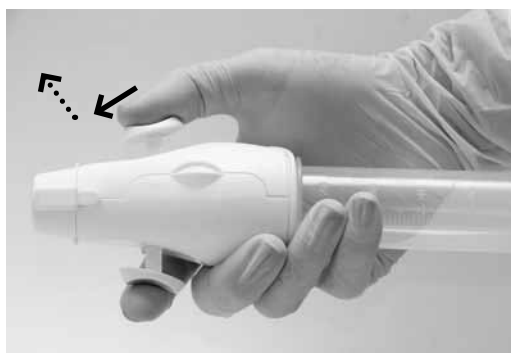


Figura 22

PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PARA SER REUTILIZADO

1. **Descontaminación por remojo.** Después del procedimiento, todo el instrumental que va a ser reutilizado debe dejarse en remojo hasta que pueda lavarse en un balde con solución de cloro al 0,5%. Aspirar y eyectar el agua con el aspirador varias veces para asegurarse de que no queden restos y/o sangre visible adheridos. Esta etapa facilita las maniobras de limpieza posterior.
2. **Lavado.** Desarmar el dispositivo y lavarlo con agua tibia, detergente y esponja.
3. **Desinfección de alto nivel.** Se hace con detergentes enzimáticos durante 20 minutos, glutaraldehído al 2% por 20 minutos, o cloro al 0,5% por 20 minutos. La otra opción es realizar una esterilización con autoclave a vapor (con temperaturas de hasta 121°C) o glutaraldehído al 2% por 10 horas.
4. **Almacenamiento.** El dispositivo se debe conservar en envases o recipientes estériles, en un ambiente seco y limpio. Debe almacenarse armado, lubricado y listo para su uso.

MANTENIMIENTO DEL ASPIRADOR

El aspirador es un dispositivo reutilizable. Las cánulas, por su parte, si bien están rotuladas para un solo uso, en los lugares donde es permitido por los reglamentos locales pueden ser reutilizadas después de ser esterilizadas o sometidas a una desinfección de alto nivel.

Después del procedimiento es necesario mantener en remojo el aspirador y las cánulas hasta que puedan lavarse o procesarse, ya que si se secan dificultaría eliminar completamente todos los contaminantes. Como desinfectante puede usarse una solución de cloro al 0,5%.

El número de veces que se pueden reutilizar el aspirador o las cánulas varía de acuerdo con su uso y mantenimiento. Entre los motivos para desechar el aspirador se pueden señalar (IPAS, 2004): el cilindro se puso quebradizo o agrietado; tiene depósitos minerales que impiden el movimiento del émbolo; las piezas de la válvula están agrietadas, dobladas o rotas; los botones están rotos; los brazos del émbolo no se aseguran en su lugar; el dispositivo ya no tiene la capacidad de conservar el vacío.

Por su parte, las cánulas deben desecharse si se vuelven quebradizas, si están agrietadas, torcidas o dobladas, en especial en el sitio de la abertura, o si no se puede extraer el tejido al lavarlas.

Anticoncepción post interrupción del embarazo

- 
- 
- Criterios y pautas para la anticoncepción post aborto.
 - Situaciones particulares a tener en cuenta.
 - Recomendaciones para la consejería.

El objetivo de la consejería en anticoncepción es brindar a las mujeres la información necesaria para que puedan elegir libremente, si lo desean, un método anticonceptivo (MAC) entre las opciones posibles, sin coerción o presión alguna.

En muchos casos puede ser beneficioso realizar la consejería antes del procedimiento de ILE. Si no fuera posible o apropiado, es conveniente efectuarla enseguida de concluido el tratamiento. En esta instancia se evaluarán los métodos que la mujer puede usar inmediatamente, teniendo en cuenta que luego, cuando concurra al control médico, puede cambiarlo si así lo desea.

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción. Se recomienda mantener el encuentro en un espacio que garantice la privacidad. Es importante que al inicio el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte en forma privada si desea que su pareja o acompañante esté presente durante la conversación.

Si la mujer considera que no está lista para tomar una decisión sobre un método anticonceptivo a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección enseguida de la interrupción. Igualmente, si el método que la mujer prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica, es importante ofrecerle uno provisional hasta que se resuelva la situación.

Cuando se ofrecen diferentes métodos anticonceptivos y la mujer puede elegir libremente entre ellos, es más probable que los acepte y los utilice adecuadamente.

Una consideración especial merecen las niñas con antecedentes de embarazo por abuso sexual o violación, ya que en su mayoría no desean mantener relaciones sexuales. En estos casos es muy importante evaluar en cada situación particular si es adecuado o no ofrecerles asesoramiento en anticoncepción.

Las circunstancias en que se encuentran las personas que reciben atención integral de ILE son diversas. Es importante que el equipo de salud trate de evitar hacer cualquier tipo de suposiciones sobre la situación de las mujeres que asiste.

La consejería en anticoncepción será más eficaz si se basa en las necesidades individuales de cada mujer. Por lo tanto, el equipo de salud debe valorar la situación de cada una de ellas, incluidas sus características personales y la capacidad del sistema de salud local para garantizar el acceso a los MAC.

Durante el encuentro, se recomienda que la/el profesional:

- Evalúe las necesidades de la mujer mediante preguntas abiertas y cuidando de no hacer suposiciones.
- Converse con ella sobre su interés en usar anticonceptivos.
- Evalúe con los criterios médicos de elegibilidad, a partir de la situación clínica de la mujer, cuáles son los métodos anticonceptivos seguros para ella.
- Informe a la mujer sobre los métodos anticonceptivos disponibles y accesibles para ella y le explique las características, uso, efectos secundarios y eficacia de cada uno.
- Valore las barreras que podrían restringir el uso exitoso de algunos métodos y considere junto con la mujer posibles formas de resolverlas o trabajar alrededor de ellas.

- Acompañe a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular y preferencias.
- Brinde información sobre cómo funciona el método elegido, su modo de uso, la eficacia, qué hacer ante distintas situaciones como olvidos o uso de otras medicaciones, los posibles efectos secundarios, etc. Y, de ser posible, reforzar la información con folletería.
- Informe donde obtener el método elegido y realizar el seguimiento que requiera.

1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ADECUADOS PARA EL USO POST ABORTO

Los métodos anticonceptivos pueden utilizarse de inmediato, siempre y cuando:

- No existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional.
- La mujer haya recibido consejería.
- El/la profesional de la salud haya indagado y valorado, basándose en los criterios médicos de elegibilidad, todas las posibles contraindicaciones para el uso de determinados métodos anticonceptivos.

1.1. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

A través de los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, la OMS propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar determinado método anticonceptivo en forma segura.

Estas condiciones se ordenaron en una clasificación de cuatro categorías, según el siguiente detalle:

1. Condición en la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2. Condición en la que las ventajas del uso del método anticonceptivo generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Condición en la que los riesgos teóricos o probados, generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Condición que representa un riesgo para la salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Para evaluar la situación de una persona respecto de estas categorías, es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica, teniendo siempre presente la situación singular de la mujer y el método que está eligiendo.

En términos de la práctica cotidiana, según la posibilidad de acceder a observaciones clínicas amplias o limitadas, las cuatro categorías anteriores se pueden traducir en dos posibilidades de uso del método (Tabla 3). En la Tabla 4 se presentan los criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto (OMS, 2009).

ELEGIR EL MÉTODO

Los criterios de elegibilidad permiten que la mujer pueda elegir, según sus preferencias y condiciones de vida, el método que prefiere entre las opciones que son seguras para su salud.

1.2. PAUTAS PARA EL COMIENZO DE LA ANTICONCEPCIÓN

A continuación se presentan las especificidades para el inicio de cada método luego de una interrupción del embarazo.

- Para más información, consultar "Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud" (PNSSyPR, 2014).

Dispositivo intrauterino. El DIU puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones realizado en el primero o segundo trimestre de embarazo. En estos casos, los estudios no indican diferencia en el riesgo de complicaciones en la inserción inmediata en comparación con la diferida. Por otra parte, se ha observado un mayor índice de expulsión cuando el DIU se insertó después de un aborto ocurrido en el segundo trimestre que en los casos de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o en las expulsiones en la inserción post aborto del dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG) en comparación con el DIU con cobre (OMS, 2009). Igualmente, si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuadas, se recomienda aplazar la inserción y suministrar

mientras tanto otro método anticonceptivo provisional. La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico), ya que se trataría de un caso de categoría 4 de la OMS. Posponer la inserción hasta que la mujer se haya curado de la infección.

Anticonceptivos hormonales combinados.

Esta categoría incluye: anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso de inmediato, incluso si existe infección o trauma, en interrupciones del embarazo realizadas durante el primero o el segundo trimestre de embarazo. Es posible comenzar el mismo día en que se realiza la evacuación uterina, al día siguiente o luego de la confirmación de evacuación uterina completa.

Los anillos vaginales no deben utilizarse si la mujer presenta trauma genital/vaginal. Recién podrá hacerlo cuando este se haya curado.

Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos.

Incluye minipíldora, desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e implante. Puede iniciarse su uso de inmediato, incluso si hay infección o trauma, luego de procedimientos realizados en el

Tabla 3 Uso de las categorías para la práctica cotidiana.		
Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	Sí, usar el método.
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia.	No usar el método.
4	No debe usarse el método.	

Tabla 4 Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos en el post aborto.

Situación de la mujer	Anticonceptivo combinado oral	Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)	Anticonceptivo oral solo de progestágeno (minipíldora desogestrel) (AOSP)	Acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo de progestágeno solamente inyectable trimestral) (AMPD)	Implante	DIU de cobre y sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel (SIU)	
Post aborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1	
Post aborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4	

primero o segundo trimestre de embarazo. Es posible comenzar su uso el mismo día en que se realiza la evacuación uterina, al día siguiente o luego de la confirmación de la evacuación uterina completa. En el caso del implante, si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuada, se recomienda aplazar la colocación y suministrar mientras tanto un método anticonceptivo provisorio.

Anticoncepción hormonal de emergencia. El suministro de antemano de pastillas anticonceptivas de emergencia podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Se recomienda ofrecer este tipo de tratamientos al momento del alta.

Preservativos. No hay restricciones para su uso y puede ser simultáneo al inicio de las relaciones sexuales post interrupción. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

Diafragmas y capuchones cervicales. Pueden ser utilizados inmediatamente en los casos de abortos producidos en el primer trimestre. En los casos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas, hasta que el cuello regrese a su tamaño normal.

Espermicidas. Se pueden comenzar a utilizar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales.

Anticoncepción quirúrgica. Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo, y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento de interrupción, salvo en los casos en que se presente una infección o pérdida sanguínea grave; en ese caso es necesario apla-

zar la práctica hasta que cure la infección por completo o se sane la lesión. Tener en cuenta la importancia de proporcionar la consejería adecuada y obtener el consentimiento informado, lo que a menudo no es posible en el momento de prestar atención de urgencia. También informar sobre la posibilidad de la vasectomía, en los casos en que haya una pareja. Puede realizarse en cualquier momento.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer. No se recomienda su uso inmediato después de una interrupción del embarazo, sino recién después del primer sangrado espontáneo posterior al evento. Mientras tanto, se requiere un método alternativo (por ejemplo, preservativo) o no mantener relaciones sexuales.

2. PROVISIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El equipo de salud debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces en la misma institución o a través de la referencia efectiva a otro efector.

Es importante que las/los profesionales ofrezcan e informen sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual que aseguren la entrega de métodos y realicen consejerías, tanto en el mismo establecimiento de salud como en otros cercanos a él.



CONSIDERACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA

- Recomendar a la mujer que no tenga relaciones sexuales hasta que cese el sangrado post aborto.
- Reafirmar que para evitar un embarazo no deseado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.
- Informar sobre los métodos que puede utilizar de manera segura.
- Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- Disponer que haya existencia de insumos anticonceptivos.

Anexo

Víctima de delito contra la integridad sexual

Embarazo producto de una violación

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente declaración son exactos y completos; soy consciente de que corresponde aplicar sanciones penales por falsa declaración y DECLARO:

- Que fui víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal).
- Que como consecuencia de este hecho quedé embarazada.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

A los efectos de lo establecido por la normativa vigente (art. 86, inc. 2 del Código Penal y sentencia "F.A.L. s/medida autosatisfactiva", marzo de 2012 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación).

Firma de la declarante

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.
Señalar lo que corresponda.

☐

Menor de 14 años*

☐

Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –como el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.

Interrupción legal del embarazo /aborto no punible

Datos de la declarante

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de historia clínica _____

Requiero formalmente la interrupción del embarazo, en los términos del art. 86 inc. 1º y/o 2º del Código Penal.

A los fines referidos declaro expresamente: 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales puede llevarse a cabo la interrupción de este embarazo por su edad gestacional –incluido el aborto farmacológico–, sobre la naturaleza e implicancias que tiene cada una de ellos sobre mi salud, sobre las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias. 2) Que he entendido la información que se me ha dado. 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 4) Que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en _____, a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma de la interesada

Aclaración

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

Para personas menores de 14 años* y personas declaradas judicialmente incapaces.

Señalar lo que corresponda.

☐ Menor de 14 años* ☐ Incapaz

Nombre y apellido: _____ Documento (tipo y N.º) _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Firma de la/el representante legal

* Este límite de edad deberá actualizarse progresivamente de acuerdo a nuevas legislaciones –como el nuevo Código Civil y Comercial– en orden a satisfacer el interés superior de la niña (Ley 26.061, art. 3).

Firma del o de las/los profesionales médicos

Matrícula N.º

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la interesada.

Bibliografía

- CSJN (2012). Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”. Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517> [consulta, 8/10/2014].
- DEIS (2013). *Estadísticas vitales. Información básica, año 2012*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>.
- DEIS (2014). *Estadísticas vitales. Información básica, año 2013*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>.
- FLASOG (2013). *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. Federación Latinoamericana de obstetricia y Ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf
- FIGO (2012). *Misoprostol. Dosis recomendada*. Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Guttmacher Institute (2012). *Hechos sobre el aborto inducido en el mundo*. New York: Guttmacher Institute - World Health Organization.
- Gynuity (2009a). *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*. Guía introductoria. Gynuity Health Projects. disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_pacguide_sp.pdf
- Gynuity (2009b). *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria*. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf
- IPAS (2004). *La atención post aborto centrada en la mujer. Manual de referencia*. AA.: J. Herrick, K. turner, t. Mcinerney y L. Castleman. Disponible en <http://www.ipas.org/~media/Files/ipas%20Publications/PACreFs04.ashx>
- IPAS (2006). *La atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia*. AA.: A. G. Hyman y L. Castleman. Disponible en <http://www.ipas.org/es-Mx/resources/ipas%20Publications/Laaten-cion-del-aborto-centrada-en-la-mujer-Manual-de-referencia.aspx>
- IPAS (2010). *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill: IPAS
- IPAS (2013). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. A.: A. Mark. Disponible en http://www.ipas.org/~media/Files/ipas%20Publications/CurHeNero2014sp.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=Cur%20HeNero%202014sp
- IPPF (2012). *Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos*. A.: Marcel Vekemans. International Planned Parenthood Federation.
- Mario, S. y E. A. Pantelides (2009). “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, *Notas de Población*, 87. Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

- OMS (2005). *Medicamentos esenciales* (14º ed). Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf
- OMS (2006). *Constitución de la OMS*. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Octubre. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- OMS (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf
- PNSSyPR (2012). *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php
- PNSSyPR (2015). “*Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto*”. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- PNSSyPR (2015). “*Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud*”. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.
- RCOG (2011). “The Care of Women Requesting Induced Abortion”, *Evidence-based Clinical Guideline*, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf