

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Montevideo, 23 MAY 2017

VISTO: la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, el Decreto N° 375/012 del 22 de noviembre de 2012 y las Ordenanzas Ministeriales N° 243/016 del 22 de abril de 2016 y 247/016 del 26 de abril de 2016;

CONSIDERANDO: que los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo se encuentran regulados en el “Manual y Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo”, aprobado en el año 2013;

RESULTANDO: I) que por Sentencia N° 586/015 del 11 de agosto de 2015 del Tribunal de lo Contencioso Administrativo se anularon los siguientes artículos del Decreto reglamentario N° 375/012: artículo 7 inciso 2, artículo 8 incisos 1, 2,3; artículo 12 inciso final; artículo 13 literal b) inciso 2; artículo 16, artículo 28 inciso 1; y artículo 29 inciso 1;

II) que en virtud de la referida sentencia, se dictó el Decreto N° 101/016 del 5 de abril de 2016, por el cual se encomendó al Ministerio de Salud Pública el dictado de la normativa necesaria para regular aquellos aspectos del procedimiento previsto en la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, requeridos para su correcta aplicación;

III) que el artículo 1 de la Ordenanza N° 247/016 dispuso la aprobación de documentos técnicos, con carácter provisorio, hasta la aprobación del “Manual y Guía Técnica para Interrupción Voluntaria del Embarazo”;

IV) que resulta necesario aprobar la actualización de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo;

ATENTO: a lo expuesto y a lo establecido por la Ordenanza N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Apruébanse las versiones actualizadas del “Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo



Ministerio de Salud Pública

(IVE) según Ley 18.987, 2º Ed. corregida, 2016" y la "Gula Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2º Ed. corregida, 2016".

- 2º) El personal de salud interviniente en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo deberá registrar las actuaciones médicas en los siguientes formularios: Formulario IVE, Constancia de Asesoramiento integral (Consulta IVE 2) y Consentimiento informado (Consulta IVE 3), identificados como Anexos I y II, respectivamente, del referido Manual, sin perjuicio de su correspondiente registro en la historia clínica. El prestador de salud deberá garantizar, a través de la Dirección Técnica, la disponibilidad de los referidos formularios en todos los servicios de atención médica.
- 3º) Comuníquese a los prestadores de servicios integrales de salud. Publíquese en el sitio web del Ministerio de Salud Pública. Cumplido, archívese.

Res. Nº 489

Ref. Nº 12/001/3/2090/2017



Dr. JORGE QUIAN
DIRECTOR GENERAL DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**Ministerio
de SALUD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA EL MANEJO SANITARIO
DE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA
DEL EMBARAZO
(IVE)**

según Ley 18987 del 17.10.2012

SEGUNDA EDICIÓN CORREGIDA.

URUGUAY 2016

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria

Dra. Cristina Lustemberg

Dirección General de la Salud

Dr. Jorge Quian

Sub Dirección General de la salud

Dra. Raquel Rosa

Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

Dra. Ana Visconti

Área Programática Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

Coordinan Segunda edición:

Dra. Ana Visconti

Dr. Rafael Aguirre

Equipo técnico de la Segunda edición corregida

Psic. Silvia Avondet

Dra. María Luisa Banfi

Dra. María Barreto

O.P. Vanesa Berruti

O.P. Rocio Cabrera

Dr. Rodrigo Diaz

Dra. Sandra Doldan

Dra. Soledad Estefan

Ed. Soc. Andrea Fabbiani

Dra. Verónica Fiol

E.U. Florencia Forrisi

Dra. Mónica Gorgoroso

Dra. Cristina Grela

Dra. Yeni Hortonedá

O.P. Ana Labandera

Dra. Laura Monge

Psic. Ana Monza

Dr. Heber Lettier

Psic. Ivana Leus

Dra. Gabriela Piriz

Dra. María Fernanda Porteiro

Dra. Grazzia Rey

Dra. Leticia Rieppi

Dr. Christians Rodriguez

O.P. Sandra Roldan

O.P. Carmen Romero

Dr. Fernando Rovira

Dra. Carolina Senattore

Dr. Carlos Severo

Dra. Jahel Vidal

Dra. Beatriz Vidarte

Dr. Gonzalo Vidiella

O.P. Pilar Zunino

Equipo de técnico de primera edición

Coordinan

Dra. Leticia Riepp

Dra. Perla Vivas

Equipo de trabajo primera edición

Dr. Sergio Abreu

Dr. Gabriel Adriasola

Dr. Rafael Aguirre

Dra. Silvia Graña

Dra. Cristina Grela

Dr. Daniel González

Dra. Mónica Gorgoroso

Dra. Susana Grumbaun

Dra. Jenny Hortonedá

Gonzalo La Rosa

Dr. Santiago Pérez

Q.F. Raquel Ramilo

Dr. Fernando Rovira

Lic. Diego Soria

Q.F. Alba Trimble

Dra. Giselle Tomasso

Ec. Ida Oreggioni

INDICE

1	Propósito	pag 5
2	Objetivo	pag 5
3	Marco Jurídico	pag 5
4	Alcance	pag 8
5	Población objetivo	pag 8
	Situación general (1) y sus particularidades (2 y 3)	
	Situaciones excepcionales (4, 5 y 6)	
6	Políticas y normas generales	pag 9
7	Procedimiento general: mapa de ruta situación general	pag 11
8	Detalles normativos	pag 20
	Condiciones particulares consideradas en la	pag 21
	situación general	
	situaciones excepcionales	pag 22
	confidencialidad	pag 25
	tiempos	pag 25
	gestión institucional y sus responsabilidades	pag 26
	consentimiento informado	pag 28
	entrevista con el progenitor	pag 28
	registros	pag 29
	estadísticas asistenciales a presentar ante MSP	pag 30
	tasas moderadoras * sujeto a Dec P.Ejecutivo	pag 30
	objeción de conciencia	pag 30
	Autonomía progresiva	pag 32
9	Anexos	
	I Formulario IVE	
	II Constancia de Asesoramiento - Consentimiento informado	
	III Formulario declaración objeción de conciencia	

1 - PROPOSITO

El presente Manual surge de la actualización del Manual de procedimientos para manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como resultado de:

1. la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015, del Decreto N° 101/016 del 5 de abril de 2016, la Ordenanza N° 243/2016, de 22 de abril de 2016 y la Ordenanza N° 247/2016, de 26 de abril de 2016.
2. las recomendaciones realizadas por los equipos de salud y la experiencia que resulta del proceso asistencial de las usuarias que solicitan y realizan una IVE
3. las recomendaciones realizadas por la Comisión Nacional Asesora en SSYSR del MSP.

Promueve la implementación, en el marco de la Ley 18.987, de la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones específicas.

Esta ley, junto con la 18.426, busca asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población y garantizar el derecho a la procreación consciente y responsable.

Su propósito es bregar por la sistematización de prácticas que aseguren la calidad de atención, el trato digno y el respeto a derechos en la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se enmarca en los avances en la atención de la salud sexual y reproductiva, con perspectiva de derechos y género, en particular vinculada a la disminución de riesgos y daños del aborto inseguro y a las consecuencias del embarazo no intencional ni planificado, al descenso de la mortalidad y morbilidad de las mujeres, - ya avanzada en el país mediante la instrumentación de la Normativa "Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo" (Ordenanza 369/04).

2 - OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de acuerdo a la Ley 18.987 que deben ser cumplidos por las instituciones prestadoras de salud y su personal comprendiendo a sus equipos de salud.

3 - MARCO JURIDICO

El presente Manual se vincula con el marco jurídico vigente relativo a los derechos y atención a la salud sexual y reproductiva:

- Ley 18.987 del 17/10/2012 y su Decreto Reglamentario N° 375/12. Ley que garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, despenaliza la interrupción voluntaria

del embarazo hasta la 12ª semana, en general, en base a requisitos y determinadas condiciones, y establece situaciones de excepción.

- Ley 18.426 (Derechos en Salud Sexual y Reproductiva) del 1º/12/2008 y su Decreto Reglamentario N° 293/10. Garantiza condiciones para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) de la población, promueve políticas nacionales al respecto y establece la implementación de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en las instituciones prestadoras de salud, así como la instalación de Equipos Coordinadores de Referencia de dichos servicios, atención de mujeres en situación de embarazo no deseado según la Ordenanza 369/04, entre otros. Establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a la información y acceso a servicios de salud, incluso los de SS y SR, debiendo los profesionales respetar la confidencialidad de la consulta. (Incorporación al Código de la Niñez y la Adolescencia del Art 11 bis).
- Ley 18.335 (Ley de Derechos y Obligaciones de los usuarios de salud) del 15/08/2008 y su Decreto Reglamentario N° 274/10. Regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención. Reglamenta el consentimiento informado, su otorgamiento como derecho del paciente y su obtención como deber del profesional de la salud.
- Ley 18.331 (Ley de Habeas Data) del 11/08/08 y Decreto Reglamentario N° 414/09. Aplica a la protección de los datos personales registrados en cualquier soporte que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso de estos datos por los ámbitos público o privado.
- Ley 18.211 del 5/07/2007 y Decreto Reglamentario N° 2/08. Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país. Establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud y la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Define su integración y crea la Junta Nacional de Salud.
- Ley 17.823 Código de la Niñez y la Adolescencia del 7/09/04. Aplica a los seres humanos menores de 18 años (niño hasta los 13 años de edad, y adolescente a los mayores de 13 y menores de 18), estableciendo que son titulares de derechos, deberes y garantías por su calidad de personas humanas. Derechos que serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, debiendo en todo caso ser oídos y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida.
- Ley 18.270 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes del 19/04/2008. Establece que las personas entre los 15 y los 24 años se consideran jóvenes y son sujetos y titulares de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidas por dicha Convención.
- Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, N° 586/2015 de 11/08/2015. Anula parcialmente los artículos 7 (inciso segundo), 8 (inciso primero, segundo y tercero), 12 (último inciso), 13 (inciso segundo del literal b), 16, 28 (inciso primero) y 29 (inciso primero) del Decreto reglamentario de la Ley N° 18.987.

- Decreto N° 101/016 del 5/04/2016. Encomienda al Ministerio de Salud Pública el dictado de la normativa necesaria, para regular aquellos aspectos del procedimiento previsto en la Ley N° 18.987 de 22 de octubre de 2012, requeridos para su correcta aplicación, en cumplimiento de la Sentencia del Tribunal de lo Contencioso Administrativo N° 586/2015, de 11 de agosto de 2015 y con apego estricto al mandato legal.
- Ordenanza N° 243/016 del 22/04/2016. Modificación al procedimiento de IVE, según mandato del Decreto 101/2012, en relación a forma de reunión del equipo interdisciplinario, cómputo de plazo y objeción de conciencia.
- Ordenanza N° 247/016 de 26/04/2016 Documento técnico transitorio sobre IVE.
- Ordenanza N° 366/016 del 30/05/2016. Cuestionario con carácter de declaración jurada a prestadores de salud sobre aspectos asistenciales vinculados a SSyR e IVE.

4. ALCANCE

La normativa y el presente manual son de aplicación en:

- Todas las instituciones prestadoras de servicios integrales de salud del SNIS.
- Personal de la salud de dichas instituciones, y en particular aquel vinculado a la atención de las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo.

El presente Manual será de aplicación obligatoria por parte de todas las instituciones de prestación integral de salud del SNIS, y su personal, comprendiendo al equipo de salud o personal de la misma en tanto esta prestación se ha integrado al PIAS según el Decreto N° 375/12 reglamentario de la ley 18.987, de fecha 22/11/2012.

5 - POBLACION OBJETIVO

En atención a los requisitos y causales establecidos en la Ley 18.987 se definen las siguientes poblaciones objetivo, como beneficiarias de los procedimientos de IVE que se describen en cada caso.

SITUACIONES GENERALES

Las situaciones descritas a continuación (1 al 3), refieren a la interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive, que deberán cumplir con los requisitos y plazos indicados por la Ley 18.987:

SITUACION 1 - Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo, mayores de 18 años o menores habilitadas.¹

SITUACION 2 - Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo.

SITUACION 3 - Mujer declarada incapaz judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria del embarazo.

SITUACIONES EXCEPCIONALES:

En las tres situaciones siguientes (4 a 6) la normativa no exige la actuación del equipo interdisciplinario establecido para IVE (ginecólogo, salud mental y trabajo social) pudiendo actuar, si así se requiere, un equipo interdisciplinario de acuerdo al caso individual. En todos los casos requiere la voluntad de la mujer.

SITUACION 4 - Violación: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, con la acreditación de la presentación judicial, denuncia judicial dentro de las 14^a semanas de gestación.

SITUACION 5 - Grave riesgo para la salud de la mujer: Toda circunstancia que, a criterio del médico o de los médicos actuantes, implique un grave riesgo para la salud o vida de la mujer.

SITUACION 6 - Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina: Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

6 – POLITICAS Y NORMAS GENERALES

El presente Manual establece procedimientos de actuación a instituciones de salud y sus equipos técnicos en cumplimiento de la Ley 18.987 que regula la interrupción voluntaria de la gestación hasta la 12^a semana de la misma,

- en las situaciones generales (en mayores de 18 años, menores de 18 años y mujeres declaradas incapaces judicialmente)
- en situaciones excepcionales tales como violación (hasta 14^a semana), grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina, (sin determinar plazos)

6.1 Normas generales:

¹ Se entiende por menor habilitada, la mujer a partir de los 16 años de edad que haya contraído matrimonio, de acuerdo a los artículos 91 numeral 1° y 305 del Código Civil.

- La interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada - y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal -, para el caso que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en la Ley 18.987, y se realice durante las primeras doce semanas de gestación (casos generales). Define asimismo situaciones especiales con plazos diferenciales (violación, grave riesgo para la salud de la mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina).
- El procedimiento definido por la Ley establece los siguientes tiempos para las situaciones generales:

■ 1ª consulta médica (médico general o especialista). RECEPCION DE LA VOLUNTAD DE LA MUJER. Se verifican los requisitos y se solicita paraclínica y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta el mismo día o al día siguiente. Si esta primera consulta ocurre con un médico objetor de conciencia para esta etapa de IVE se deberá:

- Informar a la usuaria que es objetor de conciencia.
- Derivar, inmediata y personalmente a la usuaria identificando el médico que efectivamente le brindará la asistencia.
- Registrar las actuaciones en la historia clínica de la usuaria.

■ 2ª consulta con equipo interdisciplinario. ASESORAMIENTO. Tres profesionales con actuación articulada y en forma simultánea, (ginecobstetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión establecido por la ley - no menor de 5 días corridos.

■ 3ª consulta con ginecólogo. EXPRESION FINAL DE VOLUNTAD DE LA MUJER cuando se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica.

- Las pautas de este Manual promueven la implementación de IVE en las condiciones planteadas por la ley, asegurando la calidad asistencial, que no se circunscribe exclusivamente a IVE sino a toda atención en salud y respeto a derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la oportunidad, la continuidad y la humanización del proceso.
- Las consultas y acciones derivadas del proceso de IVE deben considerarse, dado los plazos perentorios que establece la ley, como una urgencia de salud y obliga al equipo de salud y las instituciones a proceder como tal.
- Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la Ley. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente y libre basada en la voluntad informada de la paciente.
- En caso que la mujer denuncie la falta de confianza en el prestador para cumplir en tiempo y forma con el procedimiento, podrá solicitar el cambio de prestador en forma directa ante la Junta Nacional de Salud (JUNASA). La misma posibilitará dicho cambio de manera inmediata, con comunicación al prestador involucrado en 24 hs. El nuevo prestador deberá reconocer las actuaciones previas vinculadas al proceso de IVE.

- Se propiciará el ejercicio del derecho de la mujer a ser acompañada durante todo el proceso de atención, por quien ella desee.
- El equipo interdisciplinario debe consultar a la mujer si desea que el progenitor sea entrevistado y, en caso de que otorgue su consentimiento, registrarlo en la historia clínica, recabando su firma. El equipo está obligado a no inducir o influenciar a la mujer para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor del embarazo.
- En el proceso de atención la mujer recibirá asesoramiento sobre:
 - procedimientos previstos en la Ley 18.987 y sus derechos sexuales y reproductivos
 - alternativas al aborto voluntario, incluyendo los programas de protección social disponibles, y la posibilidad de continuar el embarazo y considerar el desvínculo luego del nacimiento.
 - estrategias para la reducción del riesgo y daño por aborto.
 - características, métodos y riesgos de la IVE.
 - medios para prevenir embarazos futuros y el acceso a los mismos.
- Asimismo en caso de apreciar faltas, aun cuando no se haya inhibido el procedimiento (confidencialidad, trato degradante, emisión de objeciones, etc.), podrá realizarse posteriormente la denuncia ante la Oficina de Usuarios de su prestador, directamente en la oficina de atención al usuario del MSP o el Colegio Médico del Uruguay.

7 - PROCEDIMIENTO GENERAL

MAPA DE RUTA

Situación general: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas, durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive.

• PRIMERA CONSULTA: Expresión de voluntad de interrumpir la gestación

Esta 1ª consulta que desencadena el proceso, debe realizarse ante un prestador integral de salud. Podrá ser realizada por un médico general o de cualquier especialidad, incluyendo las consultas en puerta de emergencia.

En caso que la mujer exprese su voluntad ante un profesional que no pertenece a un prestador integral (por ej: policlínica de emergencia móvil, policlínica comunitaria, etc) se le deberá derivar inmediatamente al prestador integral correspondiente.

El personal de salud interviniente debe abstenerse de imponer sus valores y creencias, así como sus visiones filosóficas personales, debiendo actuar e informar a la mujer que proceda a interrumpir un embarazo de acuerdo a la evidencia científica disponible, con profesionalismo,

calidad técnica y humana, cumpliendo con el deber de respetar la autonomía de la voluntad de la mujer, así como su libre ejercicio.

Los siguientes son requisitos necesarios para habilitar IVE, que deberán constatarse en la 1ª consulta:

Requisitos necesarios para habilitar IVE	
1	<u>Expresión verbal de la voluntad de la mujer</u>
2	<u>Ciudadana natural o legal, o extranjera con residencia no menor de 1 año</u> ✓ <u>ciudadana natural o legal</u> : verificar en base al documento de identidad, credencial cívica, partida de nacimiento, pasaporte u otro documento ✓ <u>extranjera con residencia no menor de 1 año</u> : verificar antecedentes en su historia clínica, o la antigüedad como beneficiaria del prestador de salud, u otra constancia de autoridad nacional competente.
3	<u>Edad gestacional por FUM (que luego se verificara por ecografía):</u> = hasta las 12ª semanas inclusive en situaciones generales (situación 1 a 3) = hasta 14ª semana inclusive (situación 4, violación) = independiente de la edad gestacional en las situaciones excepcionales 5 y 6 (grave riesgo para la salud de la mujer o proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina)
4	<u>Menor de edad habilitada</u> : verificar tal condición con cédula de identidad y partida de matrimonio. Aun cuando el matrimonio se hubiere disuelto (por fallecimiento del cónyuge o divorcio), la menor habilitada no pierde su calidad de tal.

Nota: En caso de exceder los plazos estipulados por Ley 18.987 (12ª semana para Situación 1 a 3, 14ª semana para Situación 4), o si la mujer extranjera tiene residencia menor de 1 año, no aplica lo establecido en este Manual, debiendo asesorarse a la mujer sobre como disminuir riesgos y daños. (Ley 18426, Ordenanza 369 / 2004).

Durante esta consulta el médico (con el apoyo institucional) deberá:

1-Evaluar en todos los casos, los requisitos básicos antes señalados (expresión de voluntad de la mujer, la edad gestacional por FUM dentro de los plazos, y la condición de ciudadanía o residencia

2-Solicitar:

- ✓ ecografía ginecológica (en lo posible transvaginal) para evaluar vitalidad, estimar la edad gestacional y el lugar de la implantación del embrión. El cálculo de la edad gestacional se debe ajustar a las prácticas habituales, estableciendo si la biometría es acorde a la edad gestacional por amenorrea. En caso contrario se

asignará por ecografía. La edad gestacional se expresará en semanas de embarazo, siendo el margen estadístico de error (a esta edad gestacional) menor a 1 semana. Como ejemplo, la edad gestacional se debe expresar de la siguiente manera: 9 +/- 1 sem. El procedimiento ecográfico debe realizarse cuidando la confidencialidad, la sensibilidad necesaria y los derechos de una mujer en situación de IVE.

- ✓ clasificación de grupo sanguíneo y Rh. Los resultados de esta paraclínica deberán estar para la 3ª consulta (a los 6 días).
1. Velar por el acceso a la paraclínica solicitada, evitando traslados innecesarios, de manera que el resultado de la misma esté disponible al cabo de los 5 días del período de reflexión, cuando la usuaria retorne con la decisión final
 2. Enviar, si cumple los requisitos, a la paciente a la consulta con el equipo interdisciplinario de asesoramiento coordinado en cada institución para ese mismo día o para el inmediato siguiente. Explicar claramente el proceso y los tiempos legales. La referencia a dicho equipo se realizará en forma segura y responsable.
 3. Entregar a la mujer una derivación claramente escrita en la cual conste:
 - ✓ Fecha de la consulta IVE 1
 - ✓ Datos patronímicos de la usuaria (nombre, apellido, edad, cédula de identidad)
 - ✓ Motivo de la derivación (IVE)
 - ✓ Paraclínica solicitada
 - ✓ Día, hora y lugar de la consulta con el equipo interdisciplinario
 - ✓ Firma, contrafirma y N° Caja profesional del médico que realiza IVE 1
 4. Iniciar el Formulario IVE en la 1ª consulta, de contar con el mismo, en vez de la derivación IVE antes señalada. Dicho Formulario se entregará a la mujer, para ser presentado ante el equipo interdisciplinario.
 5. Registrar lo actuado en la historia clínica, incluyendo: día, hora y lugar de la consulta asignados para la consulta con el equipo interdisciplinario.
 6. Explicar:
 - ✓ la importancia de conservar la derivación o el formulario IVE a los efectos de presentarlo ante el equipo interdisciplinario.
 - ✓ la importancia de concurrir a la brevedad posible para continuar el proceso IVE
 7. Realizar, si es que el profesional es un ginecobstetra o médico de familia:
 - ✓ la evaluación clínica incluyendo examen general que descarte factores de riesgo que aumenten las complicaciones de IVE, y examen genital para evaluación del útero y los anexos.
 - ✓ otra paraclínica si fuera necesaria (ej: hemograma en caso de anemia) será solicitada. La realización de estos exámenes no retardarán el proceso de atención.

✓ tratamiento de infecciones genitales si las hubiera.

8. Informar a la usuaria acerca de su declaración de objeción de conciencia, si fuera un médico/a objetor y derivarla personalmente, identificando al médico que efectivamente le brindará la atención en forma inmediata. Estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica de la usuaria.

Los prestadores de salud deberán:

1. Garantizar a las usuarias el acceso al procedimiento de IVE, y que la primera consulta con un médico no objetor se realice en forma inmediata al inicio del proceso, coordinándole la atención con el equipo interdisciplinario dentro de los plazos establecidos por la ley. Esto significa el mismo día de la consulta o el día siguiente, por lo que deberán tomar todas las medidas necesarias para contar con un equipo de trabajo que preste el servicio de acuerdo a las normativas vigentes
2. Difundir a sus funcionarios y usuarias la ruta de acceso a los servicios de IVE, incluyendo en todos los casos a las oficinas de atención al usuario en cada prestador.

• SEGUNDA CONSULTA: Asesoramiento por el equipo interdisciplinario.

Consiste en la entrevista de la mujer con el equipo interdisciplinario pautado por la ley, que asesorará sobre sus derechos, evaluará la paraclínica, explicará los procedimientos y coordinará la tercera consulta (luego de los 5 días de reflexión), con decisión tomada.

Según lo dispuesto por la ley, la mujer que solicita la IVE deberá recibir asesoramiento de un equipo interdisciplinario, integrado por ginecobstetra, y por especialistas del área de salud mental (psiquiatra, psicólogo) y del área social (trabajador social, sociólogo, educador).

Esta consulta debe realizarse el mismo día o al día siguiente de la 1ª consulta, para asegurar el cumplimiento de los plazos. La institución definirá la integración de uno o varios equipos interdisciplinarios en sus distintas sedes, de forma de facilitar el acceso en tiempo a las consultantes.

La reunión debe realizarse entre los tres especialistas en forma simultánea. Dicha reunión podrá realizarse en forma presencial preferentemente, y si no resulta posible reunir a los tres especialistas se podrá utilizar, de manera excepcional, un medio audiovisual. Dicha situación, que reiteramos excepcional, requiere siempre la presencia en la consulta de un miembro del equipo, a efectos de poder garantizarle a la usuaria un ámbito de contención adecuado, respetando la confidencialidad. Las instituciones deberán garantizar dicho proceso y establecer mecanismos para el registro de firmas de los integrantes del equipo interdisciplinario que requiere el proceso de IVE.

En cuanto al plazo de reflexión, el día que ocurre la reunión con el equipo interdisciplinario (IVE 2) corresponde al día 1. A partir de la hora 0 del día 6 se podrá realizar la tercera consulta (IVE 3) y proceder a IVE.

La institución definirá la integración de otros profesionales en el / los equipos interdisciplinarios (médico de familia, obstetra partera, licenciada de enfermería), que puedan contribuir con el asesoramiento.

La actuación del equipo ocurrirá en forma coordinada reconociéndose algunos aspectos en relación a cada especialidad:

Actuación de ginecobstetra:

- Informar sobre las prácticas más seguras de IVE en base a las evidencias científicas y las situaciones concretas.
- Asesorar y brindar información sobre las diferentes alternativas a IVE, opciones, ventajas, desventajas de cada una de ellas.
- Evaluar la paraclínica solicitada en la primera entrevista, si los resultados estuvieran disponibles, o solicitarla de ser necesario.
- *Brindar, en caso de que la ecografía solicitada muestre que se supera el plazo indicado por la ley, el asesoramiento correspondiente a la Ley 18.426 - Ord 369/2004.*

Actuación de profesional de salud mental:

- Aportar elementos que favorezcan la capacidad de una toma de decisión en forma informada y autónoma.
- Evaluar en el marco de salud integral de la mujer la necesidad de interconsultas, seguimiento, recurriendo al apoyo de redes y recursos adicionales para el manejo óptimo de IVE, minimizando las repercusiones de la misma en su salud.

Actuación de profesional del área social:

- Brindar asesoramiento sobre decisiones personales y familiares, los alcances de la ley y sus derechos prestaciones sociales de trabajo y vivienda, etc., la posibilidad de continuar el embarazo y considerar el desvinculo al final del mismo.
- Hacer, en particular hincapié sobre la importancia de poder contar con acompañamiento en el proceso de IVE (progenitor, otro/a de su confianza)

De la actuación articulada, además, debe surgir:

- la detección de situaciones de riesgo bio psico social y la gestión de las acciones pertinentes.
- el recabar en forma expresa el consentimiento de la mujer para entrevistar al progenitor. Se entiende que este deber, incluye la obligación del equipo, de preguntarle a la mujer si desea que el progenitor sea entrevistado. Todo ello debe ser registrado en la historia clínica, recabando la firma de la mujer en caso de aceptación. En este caso se otorgará cita en los próximos 5 días o se promoverá la concurrencia conjunta, según corresponda.
- la vigencia de la obligación del equipo interdisciplinario de no inducir o influenciar a la mujer para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.
- la abstención de denegar o autorizar IVE, explicando a la solicitante que luego de 5 días podrá volver con su decisión al ginecobstetra, la cual será respetada.
- el habilitar una posible nueva consulta antes del 5º día, con vistas a profundizar el proceso de evaluación y asesoramiento, de así solicitarlo la usuaria.

- la definición de la fecha de la tercera consulta (IVE 3).
Se debe ofrecer la consulta inmediatamente cumplido el plazo de reflexión de 5 días. El cómputo se inicia el día que se efectiviza la reunión completa del equipo interdisciplinario. Los días deben ser contabilizados como días corridos y no hábiles, no interrumpiéndose ni suspendiéndose por días inhábiles. El día que ocurre la reunión con el equipo (IVE 2) corresponde al día 1. A partir de la hora 0 del día 6 se podrá iniciar el proceso de IVE 3

En caso que la usuaria desee realizar, por razones personales, la tercera consulta en fecha posterior a la ofrecida se debe dejar constancia en la historia clínica de dicha situación.

SE DEBE ACLARAR, EN TODOS LOS CASOS, EL TIEMPO MÁXIMO LEGAL PARA PROCEDER A LA IVE, UNA CONSULTA LUEGO DE DICHO PLAZO NO HABILITA A REALIZARLA.

Asegurar la confidencialidad del proceso de consulta.

La institución debe garantizar que, el proceso de decisión de la mujer permanezca fuera de presiones de terceros *a nivel institucional*, en este período de reflexión.

- Registros: Esta etapa requiere
 - Abrir o continuar el registro en el Formulario IVE agregándole la Constancia de Asesoramiento- Formulario de Consentimiento (2 vías)
 - engrampar en el Formulario IVE la indicación de la 1ª consulta (si corresponde).
 - corroborar que en el *Formulario IVE* abierto este identificado con los datos de la mujer.
 - completar en el mismo los datos de la 2ª consulta.
 - lectura y firma de la *Constancia de Asesoramiento*, una de las vías se entrega a la mujer (se adjunta formato en Anexo IV). La vía restante quedará en archivo del Servicio.

Se explica a la mujer que deberá llevarse y custodiar dichos formularios, que son parte de la historia clínica y que deberá entregarlos en la 3ª consulta. Estos formularios quedarán en poder de la mujer de forma de facilitar la continuidad del proceso asistencial cuando el mismo se completa con otro equipo técnico, otra sede o institución.

- Se debe registrar, como es habitual, lo actuado en la historia clínica de la usuaria.

Debido a la necesidad de monitoreo institucional de este proceso, y de la obligatoriedad de reportar mensualmente al MSP información respecto a los procesos de IVE (art 12 Ley 18.987) la institución definirá los mecanismos pertinentes para el logro de dichos objetivos. La información mínima a registrar es la que surge de la solicitud del MSP.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • TERCERA CONSULTA: Expresión final de voluntad y procedimiento técnico de IVE. |
|--|

Consiste en la consulta con el ginecobstetra con vistas a:

- Ratificar o rectificar la voluntad de IVE
- Proceder a IVE dentro de los plazos legales

La institución deberá garantizar la consulta con un/a ginecobstetra una vez cumplido el plazo de reflexión previsto por la ley. Dicho ginecobstetra será el que la institución designe, pudiendo ser el ginecólogo de elección de la mujer, el ginecobstetra de guardia, de policlínica, del espacio adolescente, o el del equipo interdisciplinario específico para IVE.

En esta 3ª consulta la mujer podrá:

- o ratificar su decisión inicial de interrupción de la gestación;
- o rectificar la decisión y continuar su embarazo;
- o rectificar la decisión, continuar con el embarazo y considerar la opción de iniciar un proceso de desvínculo - adopción del recién nacido.

En caso de:

A. ratificar la voluntad se aplicarán las recomendaciones técnicas contenidas en la Guía técnica para la IVE. El ginecobstetra deberá:

1. Corroborar que se han cumplido los pasos y plazos del proceso evaluando el *Formulario IVE* y la *Constancia de Asesoramiento* que entrega la usuaria.
2. Evaluar la paraclínica solicitada anteriormente (verificación de edad gestacional, y grupo - Rh) y el cumplimiento de los requisitos (el plazo de 12 semanas y la condición de ciudadanía o residencia), dejando constancia nuevamente de dicha verificación en el *Formulario IVE - 3ª consulta*.
3. Seguir, una vez verificados los requisitos, las recomendaciones descritas en la "Guía Técnica para la interrupción voluntaria del embarazo". Se deberá utilizar las prácticas más seguras y seleccionar en conformidad con la usuaria el procedimiento en atención a la situación concreta.
4. Brindar explicación a la mujer sobre el procedimiento elegido, y solicitar la firma del *Consentimiento Informado* adjunto al *Formulario IVE*, los que se integrarán a la historia clínica. Se deberá entregar copia del consentimiento informado a la usuaria.
5. Indicar el procedimiento seleccionado.

Procedimiento farmacológico: es el procedimiento de elección.

Se explicarán claramente los signos y síntomas esperables luego del procedimiento y los elementos de alerta que requerirán una consulta de urgencia.

Se debe asegurar que la mujer comprenda las instrucciones utilizando un lenguaje sencillo y promover que cuente con acompañamiento y apoyo emocional en el proceso.

La medicación (tanto la asociación mefiprestona - misoprostol, como el misoprostol solo) se recetará en una receta habitual. En la misma, además de los datos habituales se pondrá la sigla IVE y se indicará la fecha de validez máxima para la entrega en farmacia. Dicha fecha será la que corresponde al día anterior a cumplir 13 semanas de gestación. La farmacia no procederá a la entrega en fechas posteriores a la misma.

Las recetas de mefiprestona - misoprostol serán por 1 Kit y las de misoprostol serán por 4, 8 o 12 comprimidos (aclarando en la receta la cantidad)

Se debe recordar a la usuaria las situaciones ante las cuales debe consultar en forma urgente y donde hacerlo, incluyendo la puerta de entrada institucional para dicha consulta. (Incluido en el **Consentimiento Informado**)

Ante situaciones de riesgo a juicio del profesional se podrá promover la internación - hospital de día - al momento de la toma del misoprostol (a las 36 hs. de inicio del tratamiento - toma de mifepristona).

Procedimiento quirúrgico: en caso de ser necesario, debe realizarse dentro del plazo legal para IVE y con una demora no mayor a la resolución de una situación de urgencia.

6. Administrar Globulina Anti-D (si está indicada), preferentemente antes de proceder a la realización de la IVE.
7. Realizar, independientemente del método de IVE indicado, consejería en anticoncepción post evento (eventualmente se proporcionará el método anticonceptivo (MAC) elegido por la mujer, si corresponde).

De requerirse ecografía de control post IVE, entre los 7 y 10 días de realizado la IVE, de requerirse, con el objetivo de evaluar la vacuidad uterina.

8. Coordinar una visita de control post IVE:

- Se coordinará aproximadamente a los 10 días, exhortando acerca de su importancia, y explicándole que en caso que no concurra podrá recibir un llamado personal para conocer su evolución y recordarle dicha visita.
- En caso que la edad gestacional esté próxima al plazo legal se deberá coordinar antes (al igual que la ecografía de control), de forma de asegurar

la respuesta clínica antes de cumplidos los plazos máximos legales para IVE.

B. En caso de que la mujer exprese su voluntad de continuar el embarazo se deberá:

- iniciar el control del embarazo, con registro de carné y ficha obstétrica del SIP.
- solicitar las rutinas obstétricas.
- ofrecer seguimiento integral con sicología y servicio social.

C. En caso de que la mujer defina la continuidad del embarazo y considere la opción de desvincularse del niño se deberá:

- iniciar el control del embarazo, con registro de carné y ficha obstétrica del SIP.
- solicitar rutina obstétrica.
- ofrecer seguimiento integral con atención psicológica y social, aplicando el protocolo institucional referido a casos de adopción. *

(*Desvinculo y Adopción. Una Mirada integradora. Publicación de Iniciativas Sanitarias. Primera edición. Agosto 2012. ISBN 978-9974-98-766-1.)

• **CUARTA CONSULTA: Control post IVE.**

Esta consulta es muy importante, a efectos de asegurar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, brindar contención sico-social si lo requiere y completar la información que requiere el MSP.

Se realizará ante ginecobstetra, obstetra partera o médico de familia (de preferencia ante el ginecobstetra que indicó la IVE). De ser necesario, se realizará eventual consulta con psicólogo y/o asistente social.

En esta consulta el profesional deberá:

- Realizar la evaluación clínica de la paciente post IVE, y eventualmente de la paraclínica solicitada (ecografía post IVE).
- Diagnóstico y atención de eventuales complicaciones que puedan afectar cualquier área (bio-psico-social).
- Orientar y asesorar sobre futuros embarazos, anticoncepción, acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
- Referir para atención integral de salud a médico o equipo de referencia.
- Recabar los datos necesarios para completar los registros que el MSP solicite.

En caso de falta de concurrencia a la cita post IVE, la institución definirá un procedimiento de búsqueda activa que, sin comprometer la confidencialidad, promueva el control post IVE y gestione posibles riesgos.

**N
O
T
A**

El proceso asistencial de la IVE (Consultas 1 a 3, incluyendo tiempo de reflexión) no deberá exceder los 7 días a partir del momento de la primera consulta, siempre que la mujer disponga del plazo mínimo de reflexión (5 días). Si la mujer desea un plazo mayor de reflexión se debe respetar el mismo, informando sobre el plazo máximo para proceder a la IVE en el marco de la ley. La institución y sus técnicos deberán extremar esfuerzos para abreviar los tiempos de demora asistencial en particular en las situaciones de consulta inicial próxima a las 12 semanas.

FARMACOVIGILANCIA DE FARMACOS UTILIZADOS EN LA IVE

Con el objetivo de registrar la eficacia y seguridad de los fármacos a utilizar para IVE, se realizará un sistema de fármaco-vigilancia activa. El mismo está basado en la recolección de datos, sistemática y detallada, de las sospechas de reacciones adversas vinculadas a los medicamentos utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo. Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link: http://www.msp.gub.uy/uc_3831_1.html.

Se incluyen dentro del concepto de Reacción Adversa a Medicamento (RAM) las fallas en la interrupción del embarazo (continuación del embarazo luego de completadas todas las dosis recomendadas).

Con el fin de preservar la confidencialidad, no se solicita completar los datos de nombre, apellido y teléfono de la paciente. Es necesario incluir el número de C.I para evitar contabilizar el evento más de una vez cuando la notificación llega por varias vías.

Una vez que se completen los datos solicitados en el formulario, éste será enviado a la Dirección Técnica de la Institución de Salud, a la cual pertenece la paciente. La Dirección Técnica implementará los mecanismos necesarios para comunicar el evento a la Unidad de Farmaco-vigilancia del MSP.

8. DETALLES NORMATIVOS

8.1. Condiciones particulares consideradas por la Ley 18.987 en la situación general (IVE durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive.), vinculadas a la capacidad de consentir: edad menor de 18 años, y acreditación judicial de incapacidad

- **Condición: edad menor de 18 años:** la concurrencia de una adolescente menor de 18 años no habilitada, obliga a la consideración de su autonomía progresiva prevista por las Leyes 18.987, 18.426 y el Código de la Niñez y la Adolescencia (ley 17.823) . Esta

evaluación será preferentemente realizada por los técnicos del equipo interdisciplinario. (ver Autonomía Progresiva en Anexo III)

Si el equipo considera que la adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas, su sola voluntad definirá la continuidad del proceso.

Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar éstos ausentes, otro adulto referente. Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto referente acompañen el proceso de asesoramiento. De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez, a los efectos previstos en el artículo 7 de la Ley 18.987 (Juzgado de Familia en Montevideo, Juzgado Letrado de Primera Instancia con competencia en materia de familia especializada en el interior).

En ningún caso la voluntad del padre y/o madre o adulto referente podrá imponerse a la voluntad contraria de la niña o adolescente (independientemente de la edad de esta).

La condición de autonomía de la adolescente debe quedar claramente explicitada en el **Formulario IVE - 2ª consulta** y en la historia. En caso de evaluación positiva, tanto la **Constancia de Asesoramiento** como el **Consentimiento Informado** serán firmados por ella. En caso de evaluación negativa de su autonomía, pero existiendo acuerdo con padres o adulto referente, todos registrarán su firma.

- **Condición: acreditación judicial de incapacidad:** esta situación ocurre cuando habiendo previa declaración judicial de incapacidad, se presenta el curador/a con dicha documentación, solicitando IVE. Se debe iniciar el proceso de la 1ª y 2ª consulta (de asesoramiento) por parte del curador/a, siendo importante que la mujer participe de esta entrevista, en caso que su situación de incapacidad no se lo impida. Debe informarse la necesidad de presentar la venia judicial respectiva, (trámite iniciado ante el Juzgado competente, con asistencia letrada) sin la cual no se procederá a IVE. Será el curador quien firme la **Constancia de Asesoramiento**, y el **Consentimiento Informado**.

La decisión judicial (venia del Juez ratificando la voluntad de interrupción del curador) deberá anexarse al **Formulario IVE**, y consignarse en la HC.

8.2. Situaciones excepcionales vinculadas a violación, condición de salud de la mujer o procesos patológicos que provoquen malformaciones del feto.

Estos procedimientos no requieren la entrevista con equipo interdisciplinario ni el periodo de reflexión establecido para la situación general.

- **Condición: violación. (situación excepcional 4)**

La ley prevé que en este caso la realización de la interrupción del embarazo podrá ocurrir en gravidez de hasta 14 semanas inclusive.

1ra Consulta: expresión de voluntad de interrupción por parte de la mujer ante cualquier profesional, con presentación de la denuncia judicial de la violación presentada ante Juez, con sello de la sede judicial (se realiza en Montevideo en el Juzgado Letrado Penal de 1ª Instancia, en el interior en el Juzgado letrado con competencia en materia penal) se debe realizar evaluación clínica, solicitar paraclínica, considerar los requisitos.

Si la expresión de voluntad es realizada ante un médico no ginecobstetra, se deberá derivar en forma personal, identificando quien efectivamente le brindará la asistencia en forma inmediata.

Si la mujer no presenta la denuncia judicial se debe asesorar sobre su derecho a presentarse ante sede judicial y tramitar la misma. Una vez realizada y previa presentación de la denuncia judicial con sello de la sede, se iniciará el proceso de interrupción.

Debido a que no se requiere el asesoramiento por el equipo interdisciplinario, no se pide la firma de la **Constancia de Asesoramiento**.

Pese a no requerir legalmente la actuación del equipo interdisciplinario, es importante ofrecer el abordaje sanitario integral por parte del equipo de salud mental y trabajo social, como así llevar adelante las recomendaciones para las situaciones de agresión sexual del MSP.

Confirmados los requisitos, por parte del ginecobstetra, incluyendo la edad gestacional (hasta 14 semanas inclusive) se deberá recabar el consentimiento informado en la historia clínica. Una vez hecho esto se definirá el procedimiento en conjunto con la mujer y se procede a la indicación.

La intervención para la interrupción deberá seguir las recomendaciones de la Guía técnica para IVE, teniendo las consideraciones técnicas necesarias ante gestaciones de mayor edad gestacional

Se debe coordinar y realizar un control post interrupción. El apoyo psicológico y el seguimiento posterior en esta etapa es de fundamental importancia tanto para superar la situación de abuso como para asegurar que el proceso se haya completado.

En caso de adolescente menor de 18 años no habilitada, que expresa su voluntad de interrupción del embarazo ante un médico y presenta denuncia judicial de violación, se debe actuar según el principio de autonomía progresiva con iguales consideraciones que para el caso de IVE.

En caso de mujer con acreditación judicial de incapacidad cuyo curador se presenta a solicitar interrupción del embarazo con una denuncia judicial de violación, deberá presentarse además venia judicial y actuar en lo legal de acuerdo a lo establecido para un caso de IVE.

En ningún caso la voluntad de madre y/o padre/adulto/curador podrá imponerse a la voluntad contraria de la mujer.



Si la mujer se presenta ante el médico refiriendo que el embarazo fue producto de una violación, y no desea realizar denuncia judicial, si se está dentro del plazo de las 12 semanas, se procederá según el procedimiento general de IVE (pasaje a equipo interdisciplinario).

• **Condición: grave riesgo para la salud de la mujer (situación excepcional 5).**

Se entiende por grave riesgo para la salud de la mujer embarazada, toda circunstancia que, a criterio del médico o de los médicos actuantes, implique un grave riesgo de complicaciones graves de la salud o riesgo de muerte de la mujer. El riesgo grave para la salud de la mujer será valorado en su gravedad por los profesionales actuantes solicitando las interconsultas pertinentes. No se requiere cumplir el periodo de reflexión, ni la intervención del equipo interdisciplinario previsto para la situación general (IVE).

La situación clínica, el Consentimiento Informado y el procedimiento realizado, deben registrarse en la historia clínica. Si la situación de gravedad imposibilita la firma de la mujer se exigirá la firma de un referente familiar, como es habitual.

En caso que la causal de riesgo esté vinculada a condiciones referidas a la salud mental de la usuaria, se deberá realizar una evaluación integral con el equipo especializado en salud mental, efectuándose un diagnóstico clínico y de riesgo. El equipo de salud mental, en conjunto con el equipo de ginecología, establecerá específicamente el rol del embarazo como causa grave de riesgo para la salud o vida de la usuaria. En conjunto el equipo ginecológico de la institución y el equipo de salud mental, resolverán la conducta a adoptar. Se deberá dejar constancia en la historia clínica de todas estas actuaciones.

En este caso el consentimiento informado presenta las mismas consideraciones que se incluyen en el presente manual (puntos 8.6 y 8.8)

De tratarse de una adolescente menor de 18 años, se evaluará la autonomía y en caso positivo se procederá a solicitar el Consentimiento. Si la valoración de autonomía es negativa se deberá contar con el consentimiento de padres, madre o adulto referente, firmando el Consentimiento Informado la adolescente y el/los adultos. Se procede como en cualquier otra situación de consentimiento, en función de la autonomía progresiva de los adolescentes.

Esta intervención debe ser informada al Equipo Coordinador de Referencia (ECR) con vistas a su inclusión en los informes periódicos sobre interrupción de embarazo que la dirección técnica institucional debe elevar al MSP. La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso.

- **Condición: Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina. (situación excepcional 6)**

La definición de incompatibilidad con la vida extrauterina será competencia exclusiva de la Comisión Asesora que funciona, a estos efectos, en la órbita del MSP. En todos los casos, la solicitud de consideración de causal ante dicha Comisión deberá ser elevada por la dirección técnica institucional y por los responsables del servicio de Obstetricia. Deberá contar con:

- La solicitud de interrupción del embarazo, por esta causa, firmada por la mujer o por ella y su pareja.
- El consentimiento informado firmado de la mujer que incluya la descripción del procedimiento a llevar adelante, sus riesgos y consecuencias para la salud o la fertilidad.
- Un resumen del caso clínico, realizado por parte del equipo médico tratante en donde conste claramente el diagnóstico que justifica la interrupción.
- Una nota de aval de la dirección técnica institucional firmada por la misma.
- Copia de los estudios paraclínicos que certifiquen la condición de incompatibilidad con la vida extrauterina del producto de la gestación.

La mujer posee el derecho de solicitar la consideración del caso ante la Comisión Asesora, aun habiendo sido desestimado el caso por el equipo médico tratante. En este caso la institución deberá actuar de acuerdo a lo estipulado por la Comisión, una vez emitida la decisión.

La documentación deberá ser enviada al MSP:

Departamento de Comisiones, 18 de Julio 1892, 1er piso, Oficina 108. Montevideo.

Se puede enviar por fax (Teléfono 1934 Interno 1011) o por vía electrónica al mail: comisionesmsp@msp.gub.uy (adjuntando copia escaneada de la documentación solicitada).

En caso de resolución positiva de dicha Comisión, autorizando la interrupción del embarazo, se procederá a la misma considerando la situación clínica concreta y de acuerdo a las mejores prácticas científicas. La resolución de la Comisión se adjuntará a la historia clínica (HC) de la mujer.

De tratarse de adolescente menor de 18 años no habilitada, se evaluará la autonomía y en caso positivo se procederá a solicitar el consentimiento. Si la valoración de autonomía es negativa se deberá contar con el consentimiento de padres o adulto referente, firmando el mismo la adolescente y el/los adultos.

Esta intervención debe ser informada al ECR con vistas a su inclusión en los informes periódicos sobre interrupción de embarazo que la dirección técnica institucional debe elevar al MSP. La institución definirá el mecanismo pertinente conservando la confidencialidad del proceso.

8.3 - Confidencialidad:

La gestión del proceso de atención, debe asegurar la privacidad de la atención a la usuaria, y la máxima confidencialidad.

Se evitará la cartelera explícita, la entrega de folletería fuera del consultorio, la entrega de medicación en forma abierta que permitan, de alguna manera, poder identificar a las usuarias que consultan por IVE.

Se orientará a todo el personal, incluyendo al personal de administración y de servicio, acerca de esta prestación y la necesaria confidencialidad en toda la cadena de procesos, en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Más allá del registro en la HC, otros registros necesarios como el *Formulario IVE*, la *Constancia de Asesoramiento* y el *Consentimiento Informado* que saldrán de la custodia institucional temporalmente en el trámite general (situaciones 1 a 3) se apoyarán en la identificación exclusiva por documento de identidad.

En caso que la mujer manifieste su deseo que no quede registro alguno en la historia clínica (derecho consagrado en la Ley 18.331), se le explicará que si bien no se adjuntarán los formularios, consentimientos y los registros específicos sobre IVE en la historia clínica, los formularios y el registro clínico (realizados por separado) deberán permanecer en custodia por parte de Registros Médicos de la institución.

Esto se refiere a la necesidad de guardar registro de la realización del proceso de acuerdo a las mejores prácticas técnicas y marco legal vigente, y con vistas a la estadística confidencial que la institución debe enviar al MSP.

Los formularios y registros serán enviados aparte de la HC, con el rótulo “confidencial” para su custodia separada, según lo tenga establecido la Institución.

En caso que la institución cuente con Historia clínica electrónica (HCE) y a solicitud expresa de la usuaria, se deberá restringir el ingreso al episodio de la consulta de forma de preservar su confidencialidad.

8.4 - Tiempos del proceso

- La Ley promueve la premura en la consulta con el equipo interdisciplinario (el mismo día o al día siguiente a la 1ª consulta), por lo que los días se considerarán corridos. La institución deberá garantizar el cumplimiento de estos plazos, considerando los casos de IVE como una urgencia sanitaria.

- Plazo de reflexión de 5 días: El cómputo del plazo de reflexión se inicia con la reunión completa del equipo interdisciplinario.

Los días deben ser contabilizados como días corridos y no hábiles (artículo 10 del decreto N° 375/012), no interrumpiéndose ni suspendiéndose por días inhábiles. El día en que ocurre la reunión con el equipo interdisciplinario (IVE2) corresponde al día 1.

A partir de la hora 0 del día 6 se podrá iniciar IVE 3.

- Plazo máximo para la fecha de la 3ª consulta: El equipo interdisciplinario durante la 2ª consulta deberá entregar a la mujer la siguiente información en forma escrita:
 - a) fecha a partir de la cual se puede realizar la 3ª consulta - IVE3- (hora 0 del día 6)
 - b) fecha, hora y lugar de la 3ra consulta, acordando estos detalles con la usuaria.
 - c) fecha en la cual se cumplen las 12 semanas completas, (o 14 en caso de violación) calculada a partir de fecha última menstruación (FUM) o de ecografía de estar disponible.

Se deberá dejar registro de estas fechas en el formulario IVE y dar a la mujer, en forma escrita, estas fechas destacando que:

- o la IVE debe realizarse en los plazos menores, a menor edad gestacional menor riesgo. Deben tenerse en cuenta las definiciones de la Guía Técnica y de la Ley.
 - o la consulta fuera de plazo legal imposibilita la realización de IVE según el marco legal.
- Plazos para la interrupción quirúrgica del embarazo. En los casos que se requiera de una interrupción quirúrgica del embarazo (AMEU, legrado evacuador, micro-cesárea) la misma deberá realizarse lo antes posible, dentro del plazo de 48 hs. de coordinación, no pudiendo posponerse más de 5 días (a excepción de causas médicas debidamente justificadas).

8.5 - Gestión institucional y sus responsabilidades

- Conformación de los equipos interdisciplinarios:
La institución facilitará la conformación y articulación de los profesionales establecidos, (ginecobstetra, área salud mental y área social) en uno o más equipos interdisciplinarios, de forma de facilitar el acceso de las mujeres, y hará conocer a todos los médicos su localización y contacto para una referencia responsable y confidencial.
Los prestadores deben garantizar a las usuarias el acceso al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, garantizándole a las mismas que la primera consulta con un médico no objetor se realice en forma inmediata al inicio del proceso, coordinándole la atención con el equipo interdisciplinario dentro de los plazos establecidos por la ley. Esto significa el mismo día de la consulta o el día siguiente, por lo que deberán tomar todas las medidas necesarias para contar con un equipo de trabajo que preste el servicio adecuadamente. Asimismo, deberán informar a sus médicos objetores los equipos a los que deben realizar las derivaciones y la ruta de acceso de las usuarias para las coordinaciones correspondientes.

La institución debe difundir a sus funcionarios y usuarias la ruta de acceso a los servicios de IVE, incluyendo en todos los casos a las oficinas de atención al usuario (tanto presencial como telefónico), en cada prestador.

Las Instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán adoptar todas las medidas necesarias para garantizar a sus usuarias el correcto acceso a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo. Por ende, deberán solicitar a su personal de salud que informe en forma escrita si son objetores de conciencia, de modo de organizar adecuadamente el servicio.

Según la ordenanza N° 316 del 30/5/2016 deberán elevar una declaración jurada anual al MSP sobre los servicios de IVE.

Los prestadores deben contar con personal no objetor en los cargos clave para la asistencia de los usuarios en proceso de IVE, para lo que podrán realizar convocatorias a personal no objetor para ocupar los mismos.

- Disponibilidad de la paraclínica y la medicación: el acceso a la realización de paraclínica debe ser facilitado. Se debe garantizar que la misma ocurra dentro del plazo de reflexión, de forma de contar en la 3ª consulta con los resultados de la misma (la ecografía y grupo sanguíneo). Se dispondrá de la medicación a indicar para IVE en todas las farmacias institucionales.

Los prestadores deberán:

- Gestionar el proceso asistencial, estableciendo recursos según corresponda (hospital de día para apoyo, o similar) así como la orientación al personal en su conjunto de forma de facilitar: el acceso a la prestación, la seguridad de la paciente y la condición de confidencialidad.
- Brindar la capacitación al personal de salud en competencias y destrezas para las mejores prácticas de la IVE, para el trabajo interdisciplinario y el asesoramiento en las diversas prestaciones socio-sanitarias. El MSP brindará la necesaria orientación para este fin.
- Definir la forma del seguimiento de las mujeres que no concurrieron a la 4ª consulta, de manera de minimizar los riesgos, asegurar la condición de salud y confidencialidad de las consultantes y promover un proceso de orientación anticonceptiva que reduzca la tasa de embarazo no intencional.
- Gestionar la información de todo el proceso de forma de aportar los datos que solicitará el MSP en forma mensual, además de los parámetros de interés propios.
- Informar a las/los usuarios de la existencia de los servicios IVE, los procedimientos y dispositivos de atención, y la importancia de consultar precozmente en caso de embarazo no deseado.

- Respetar la decisión de los profesionales que expresen objeción de conciencia. El derecho a la objeción de conciencia debe ser notificado con la debida anticipación de forma de permitir la organización de los servicios y no puede vincularse a un caso individual.

8.6 - Documentación médico-legal propia de la IVE: *Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado*.

Se definen la *Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado* como documentos médico legales vinculados a IVE (ver Anexo II).

- La *Constancia de Asesoramiento* recaba:
 - ✓ la confirmación, por parte de la usuaria, que se ha iniciado el proceso y ha sido asesorada respecto al mismo.
 - ✓ la consulta sobre la voluntad de entrevistar al progenitor. En caso de aceptar la misma se debe recoger la firma de la mujer.

Aplica para las situaciones generales (1 a 3)

- El *Consentimiento Informado*: será recogido por el ginecobstetra actuante en la 3ª consulta, y da cuenta de:
 - ✓ la comprensión del procedimiento
 - ✓ los plazos legales
 - ✓ la solicitud de IVE
 - ✓ el consentimiento del proceso de IVE
 - ✓ la importancia del control posterior, y de la posibilidad de una llamada confidencial para conocer su evolución, caso de no concurrir.

Aplica para las situaciones generales (1 a 3) y en las situaciones excepcionales cuando se indique tratamiento farmacológico.

8.7 - *Entrevista con el progenitor*

El equipo debe obligatoriamente preguntar y registrar (en caso de estar ausente el progenitor en la consulta IVE 2) la voluntad de la mujer de realizar la entrevista al mismo.

Se debe registrar en el formulario IVE si el mismo concurrió a la entrevista con el equipo interdisciplinario (IVE 2). Se marcará SI o NO. En caso de concurrir, se entenderá que se cumple con la entrevista referida en el artículo 4 literal B de la Ley y, por tanto, no deberán realizarse más consultas.

En caso que la mujer concurra sin la compañía del progenitor se deberá preguntar si desea se cite y entreviste al mismo. En dicho caso se debe registrar en la *constancia de asesoramiento* cuál es su respuesta (SI o NO). Si solicita la entrevista, deberá firmar su consentimiento en dicha constancia y se solicitará a la mujer que concurra acompañada del mismo a una nueva entrevista. Se le ofrecerá la alternativa de concurrir a una entrevista solo, antes de cumplido el plazo de reflexión de 5 días.

En caso que el progenitor no concurra se considera que no desea estar presente.

Sigue vigente la obligación del equipo interdisciplinario de no inducir o influenciar a la mujer para que preste el consentimiento a la entrevista con el progenitor.

En la misma se informará sobre:

- el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción o continuación del embarazo y al cuidado de su salud.
- las características y riesgos del procedimiento IVE.
- la importancia del acompañamiento y contención durante todo el proceso.
- La importancia de la planificación familiar y de evitar situaciones de embarazo no intencional.

8.8 - Registros

- **Formulario IVE:** Se define un **Formulario IVE** específico que deberá ser adoptado por todo prestador (Anexo I).

Este formulario deberá estar accesible al menos en toda consulta médica (policlínica o emergencia) de todo ginecobstetra, y en la atención del equipo interdisciplinario.

Debe ser iniciado en la 1er consulta (de estar disponible) o indefectiblemente en la 2ª.

En caso de no haberse iniciado el formulario IVE en la primera, se deberá anexar a la misma la nota de derivación que realizó el médico en la primera instancia de consulta.

El **Formulario IVE**, junto a la **Constancia de Asesoramiento** (luego de firmada por la usuaria) será entregado a la mujer para su custodia transitoria y entrega en oportunidad de realizar la 3ª consulta ante ginecobstetra. Este finalizará el registro con la definición de la intervención, solicitará la firma en el **Consentimiento Informado**, y adjuntará todos los formatos en la historia clínica.

El registro en el Formulario IVE no exime de realizar el necesario registro en la HC en cada oportunidad.

Registros en situación 5 a 6: Las situaciones excepcionales, en particular la 5 (riesgo grave para la salud o vida de la mujer) y la 6 (malformación fetal no compatible con vida extrauterina) no requieren Formulario IVE ya que el registro inicial y posterior es realizado por el mismo ginecobstetra. En ambos casos, los informes de interconsultas requeridos para la toma de decisión en la condición de grave riesgo para la salud, y el informe de la Comisión Asesora, deberán incluirse en la HC. Antes de proceder a la interrupción se deberá firmar el Consentimiento Informado específico para cada situación.

Los otros documentos médico-legales necesarios en el proceso e IVE (denuncia judicial de violación, venia del Juez, evaluación de afectación fetal, interconsultas sobre salud de la mujer, otros) deberán integrarse a la historia clínica.

8.9 - Estadísticas asistenciales a presentar ante MSP

Informes estadísticos mensuales a MSP: Las instituciones deberán presentar ante el MSP informes mensuales, antes de los 45 días de vencido el mes que se informa, con la

estadística institucional de IVE. Esta información, junto con información complementaria, debe ser presentada ante el MSP en el formato que éste establezca. La falta de los mismos será pasible de las sanciones que el MSP establezca.

Las instituciones podrán recabar información adicional para sus fines, debiendo preservar la confidencialidad de los usuarios individuales.

8.10 - Tasas moderadoras (*sujeto a Decreto Poder Ejecutivo*)

Las tasas moderadoras no deben significar una barrera al acceso al proceso de la IVE, por lo que los distintos pasos del mismo se beneficiarán de las bonificaciones y exoneraciones que actualmente rigen para las consultas y la paraclínica de embarazo, en las situaciones 1 a 4, que transcurren por lo general en el ambulatorio.

- 1ª consulta: Precio de Orden de consulta topeado en caso de consulta ginecológica o de medicina general.
- Ordenes de Paraclínica solicitada: serán gratuitas (sólo pago de timbres).
- 2ª consulta con equipo interdisciplinario: será gratuita (sólo timbres).
- 3ª consulta con ginecólogo: ya está topeada.
- 4ª consulta con ginecólogo: ya está topeada.
- Eventual 2ª ecografía: gratuitas (sólo pago de timbres).
- Entrega de medicación: ticket moderador de medicación.

8.11 - Objeción de conciencia

- El ejercicio de la objeción de conciencia es individual, debe ser específico y referida a acciones concretas, vinculadas con el procedimiento previsto en el artículo 3° de la Ley N° 18987.
- La objeción de conciencia es un derecho del profesional que garantiza su libertad por razones fundadas, sea religiosa y/o de expresión, admitiendo que se oponga a incumplir un deber legal o profesional. Si el propio profesional objetor no se opone a realizar ciertos actos o etapas del procedimiento, podrá participar de las mismas.
- Conforme a lo previsto en el artículo 6 de la Ley N° 18.987, el objetor de conciencia puede abstenerse de participar en los siguientes casos:
 - a) primera, segunda y tercera consulta (IVE 1, 2 y 3);
 - b) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina;
 - c) cuando el embarazo fuera producto de una violación acreditada con constancia de denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación.
- No se podrá declarar objeción de conciencia cuando la interrupción del embarazo resulte de un grave riesgo para la salud o vida de la mujer.
- Asimismo, no se pueden objetar los actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo, entendiendo por tal la pérdida de la viabilidad de la

gravidez. Por lo tanto, los actos posteriores a la pérdida de vitalidad del producto de la gestación no son objetables.

- Según el actual marco normativo, sólo podrán ser objetores en cualquiera de las tres etapas (IVE 1, 2 o 3) los doctores en medicina. El personal técnico, administrativo, operativo y demás personal de la salud sólo podrá objetar de conciencia cuando deba intervenir directamente en el acto médico, entendiendo por tal el IVE 3.
- La objeción de conciencia debe ser presentada por escrito ante la Dirección Técnica de todas las Instituciones donde el objetor preste servicios, sea en calidad de titular o de suplente, en forma previa a la realización de la consulta por una usuaria. La misma debe contener su declaración de objeción, donde deberá identificar en forma expresa las etapas (IVE 1, 2 y/o 3) en las que se abstiene de intervenir, conforme a un formulario pre-impreso elaborado por el MSP (Anexo III).
- Las objeciones que no cumplan con este procedimiento no serán válidas.
- La objeción de conciencia podrá ser realizada o revocada, en forma expresa, en cualquier momento, según lo dispuesto por el artículo 11 de la Ley N° 18.987.
- Esta referencia no habilita al objetor de conciencia a manifestar su objeción, motivada por un caso particular que llega a la consulta, dado que la objeción de conciencia responde a una posición personal y filosófica que no debería vincularse a situaciones particulares.
- El profesional tiene la obligación de manifestar en forma previa su objeción, por lo que si desea hacer una objeción parcial, en su manifestación previa debe explicitar las etapas por las que plantea la objeción de conciencia, esto es, IVE 1, 2 o 3. De lo contrario, si sólo presenta su manifestación de objeción de conciencia en forma genérica, se debe interpretar que la misma es total y, por ende, si con posterioridad participa de algunas de las etapas del procedimiento se deberá entender que su objeción fue tácitamente revocada (artículo 11, inciso dos, de la Ley N° 18.987).
- El médico objetor de conciencia debe informar a la usuaria que es objetor de conciencia y derivarla personalmente identificando al médico que efectivamente le brindará la atención en forma inmediata. Estas actuaciones deberán registrarse en la historia clínica de la usuaria.
- Las Direcciones Técnicas deberán evaluar las objeciones presentadas, a efectos de determinar su procedencia (a modo de ejemplo, si los objetores integran el elenco

de personal autorizado para abstenerse de intervenir en los procedimientos, si pueden objetar de intervenir en cualquiera de las etapas o sólo en el IVE 3).

- Dado que los prestadores tienen la obligación de disponer las condiciones técnico-profesionales y administrativas necesarias para prestar el servicio adecuadamente y con el fin de organizar los mismos, deben solicitar al personal que presenten con antelación (en el plazo que determine la institución) sus declaraciones de objeción de conciencia.

- Los prestadores deberán disponer de personal no objetor suficiente en los diversos cargos claves para la asistencia de las usuarias que solicitan IVE dentro los plazos y el marco de la Ley N° 18.987.

AUTONOMIA PROGRESIVA de niños, niñas y adolescentes

El concepto de la autonomía progresiva está inspirado en la nueva condición jurídica del niño (1), por tanto reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño y o adolescente, tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo.

Definición de autonomía progresiva

Proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos.

Son características de este proceso:

- Capacidad de formarse un juicio propio.
- Habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes y habilidad de reflexionar y elegir con un cierto grado de independencia.
- LA ADOLESCENTE debe ser capaz de efectuar una elección sin que nadie lo obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí misma.
- Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles, manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.

Se adquiere paulatinamente.

En el área de la salud y específicamente en la temática que nos convoca esto se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento, garantizando el acceso a una información adecuada sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento.

La adolescente deberá ser capaz de efectuar una elección sin que nadie la obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí misma.

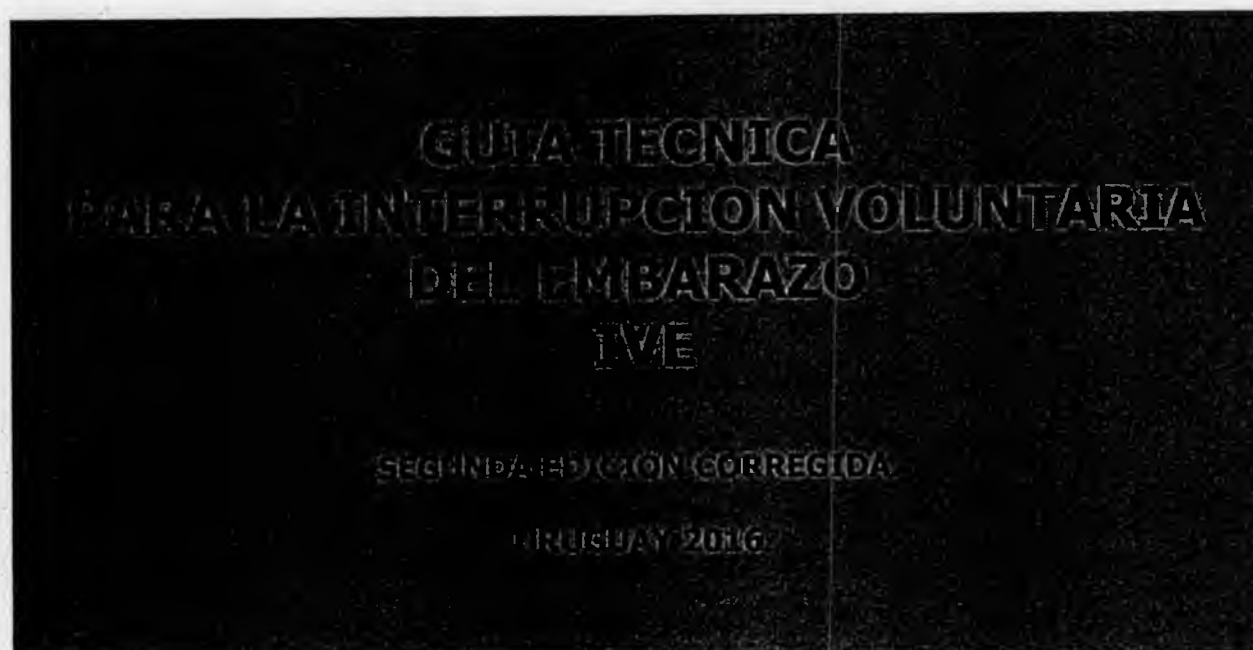
(1) Refiere al cambio de paradigma instalado por la Convención Internacional de Derechos del Niño (1989), y el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17823 del 14.09.04)

ANEXOS

ANEXO I – FORMULARIO IVE

ANEXO II – CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO III – FORMULARIO DECLARACION OBJECION CONCIENCIA



Esta Guía surge de la actualización del Manual de procedimientos para manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como resultado de:

1. la Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) N° 586/2015 del 11 de agosto de 2015, del Decreto N° 101/016 del 5 de abril de 2016, la Ordenanza N° 243/2016, de 22 de abril de 2016 y la Ordenanza N° 247/2016, de 26 de abril de 2016.
2. las recomendaciones realizadas por los equipos de salud y la experiencia que resulta del proceso asistencial de las usuarias que solicitan y realizan una IVE

N

o debe ser interpretado como una norma que dicta una forma exclusiva de tratamiento. Podrán introducirse variaciones en la práctica basadas en las necesidades individuales de las pacientes o de acuerdo a los recursos y limitaciones institucionales.

El uso de las recomendaciones clínicas debe adaptarse a cada mujer, y se debe enfatizar su condición clínica y el método de interrupción específico que se utilizará. Se considerarán, de ser factible, las preferencias de cada mujer respecto de la atención.

Montevideo, 2016

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Basso

Sub Secretaria
Dra. Cristina Lustemberg

Dirección General de la Salud
Dr. Jorge Quián

Sub Dirección General de la salud
Dra. Raquel Rosa

Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

Dra. Ana Visconti

Área Programática Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

Coordinación

Dra. Ana Visconti
Dr. Rafael Aguirre

Equipo de Trabajo

Psic. Silvia Avondet

Dra. María Luisa Banfi

Dra. María Barreto

O.P. Vanesa Berruti

O.P. Rocio Cabrera

Dr. Rodrigo Díaz

Dra. Sandra Doldan

Dra. Soledad Estefan

Ed. Soc. Andrea Fabbiani

Dra. Verónica Fiol

E.U. Florencia Forrisi

Dra. Mónica Gorgoroso

Dra. Cristina Grela

Dra. Yeni Hortonedá

O.P. Ana Labandera

Dra. Laura Monge

Psic. Ana Monza

Dr. Heber Lettier

Psic. Ivana Leus

Dra. Gabriela Piriz

Dra. María Fernanda Porteiro

Dra. Grazzia Rey

Dra. Leticia Rieppi

Dr. Christians Rodríguez

O.P. Sandra Roldan

O.P. Carmen Romero

Dr. Fernando Rovira

Dra. Carolina Senattore

Dr. Carlos Severo

Dra. Jahel Vidal

Dra. Beatriz Vidarte

Dr. Gonzalo Vidiella

O.P. Pilar Zunino

INDICE

1 – Definición	6
2 – Objetivos	6
General	7
Específicos	
3- Población Objetivo	7
4 – Usuarios	7
5 –procedimiento	7
6 – Métodos de interrupción voluntaria del embarazo	7
Recomendaciones: método de elección	
A - Método farmacológico	7
Dosis, vías e intervalos de administración	
Asesoramiento a la mujer	
Información adicional	
B – Método quirúrgico	11
Técnica	
Preparación cervical	
C – Otros cuidados a tener en cuenta	12
Antibióticos profilácticos	
Gamma globulina anti - D	
Analgésicos	
7 – Seguimiento después de la IVE	13
8. Daños potenciales de los fármacos	14
Efectos adversos	
Contraindicaciones	
Referencias	15

GUÍA TÉCNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

1. DEFINICION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Es la terminación de la gestación facilitada por personal idóneo, que cuenta con la voluntad de la mujer, usando técnicas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones de atención Integral del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las siguientes situaciones establecidas por Ley 18987

1 - Dentro de las 12 semanas de edad gestacional, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de Incapacidad)

2 - Dentro de las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación.

3 - A cualquier edad gestacional, cuando la continuación del embarazo constituye, a criterio médico, un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada.

4 - A cualquier edad gestacional, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por la Comisión Asesora del Ministerio de Salud Pública (MSP).

MÉTODOS PARA IVE:

• **MÉTODOS MÉDICOS:** Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo ("aborto no quirúrgico").

• **MÉTODOS QUIRÚRGICOS:** Utilización de procedimientos trans-cervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío (AMEU), el legrado aspirativo en block quirúrgico y la dilatación y curetaje (DyC - legrado evacuador)

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la morbilidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo en las condiciones estipuladas por la Ley 18987.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Habilitar la toma de decisiones relacionadas con la atención de la IVE con los menores riesgos posibles y basadas en la mejor evidencia clínica disponible.
- Sistematizar el manejo de la IVE cumpliendo con lo establecido en la ley 18987, los decretos reglamentarios, ordenanzas y la sentencia del TCA N° 586/2015.
- Reducir la incidencia de complicaciones, disminuyendo la morbilidad de las mujeres y los riesgos y daños generados por IVE.
- Presentar evidencia sobre la efectividad, beneficios, y riesgos de los diferentes métodos disponibles para la atención de IVE.

3. POBLACION OBJETIVO

Mujeres que manifiestan la decisión de interrumpir voluntariamente su embarazo (IVE) en las condiciones establecidas por la ley 18987.

4. USUARIOS DE LA GUIA

Equipos de salud vinculados a la atención de las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo, con énfasis en la atención ginecobstétrica.

5. PROCEDIMIENTO

Los detalles del procedimiento a nivel de los servicios se describen en el "Manual de Procedimientos para el manejo sanitario de IVE".

Cabe reiterar la importancia de la adecuada explicación a la mujer sobre el procedimiento de elección, su consentimiento informado debidamente recabado, y el seguimiento institucional en caso que no concurra al control post IVE.

6. METODOS PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

RECOMENDACIONES:

Método de elección. En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, el régimen farmacológico deberá ser considerado como la alternativa de elección a ofrecer, sobre el régimen quirúrgico. Se debe explicar a la mujer las ventajas del régimen farmacológico en base a la evidencia científica, la experiencia a nivel nacional y las condiciones sanitarias actuales.

A. Régimen farmacológico.

A.1 Mifepristona seguida de Misoprostol.

El régimen recomendado para la interrupción farmacológica es el de Mifepristona seguida de Misoprostol^{II}. Este régimen se asocia a una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios, mayor tasa de abortos completos, menor tasa de continuación de embarazos y menores costos si se lo compara con el régimen que usa Misoprostol solo.

Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para las interrupciones del primer trimestre. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 %^{III, IV}.

Dosis, vías* e intervalos de administración.

Mifepristona 200 mg v/o seguido de Misoprostol 800 microgramos por vía subyugal o intravaginal.

La Mifepristona será administrada siempre por vía oral (el comprimido se traga). La dosis recomendada es de 200 mg. (1 comprimido). Presenta una buena tolerancia a la administración.

La dosis recomendada de Misoprostol es de 800 microgramos (4 comprimidos) y la vía de administración puede ser subyugal o vaginal. Las dos vías ofrecen buenos resultados de seguridad y efectividad. Los efectos secundarios son algo menores en la vía vaginal, pero la vía subyugal es de más fácil aplicación y brinda mayor aceptabilidad e independencia para la mujer. Se puede utilizar también por vía sublingual o vía oral, siendo esta última la vía menos recomendada por los efectos secundarios y su alto índice de fracaso cuando se utiliza esta vía a medida que avanza el embarazo^V. En caso de administración oral* la dosis de Misoprostol será de 400 microgramos.

Formas de administración de Misoprostol:

- Subyugal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y el resto sin disolver después de 30 minutos se traga.
- Sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y el resto sin disolver después de 30 minutos se traga.
- Vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que permanezca en posición horizontal al menos durante 30 minutos.

Esquema de dosis según edad gestacional

Para embarazos hasta 9 semanas	El Misoprostol será administrado 1 a 2 días (24-48 hs) después de la Mifepristona, nunca antes de las 24 hs.
Para embarazos mayores de 9 semanas	Si el embarazo es mayor de 9 semanas se recomienda, de ser posible, que la administración del Misoprostol NO se haga antes de las 36 hs después de la Mifepristona (tiempo recomendado entre 36hs y 48 hs) En caso de gestaciones de 10 o más semanas: • se recomienda repetir las dosis de misoprostol: 800 microgramos (4 comprimidos) cada 3-4 hrs en 1 a 2 administraciones adicionales. En caso de falta de respuesta al tratamiento (Juego de 24 hrs. de la última toma) se recomienda la re consulta para evaluar dosis adicionales. • Puede ser necesaria la administración del misoprostol antes de las 36 hrs para lograr la respuesta clínica dentro de los plazos legales (12 sem + 6 días)

Casos refractarios a la evacuación:

- Si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol en dosis de 400 microgramos (2 comprimidos) por vía vaginal o subyugal, cada tres horas hasta que se logre la expulsión.
- En caso de comprobarse la vitalidad del embrión se puede repetir las dosis de mifepristona.

A.2 Uso exclusivo de Misoprostol (si no se cuenta con Mifepristona)

No es el método recomendado. Se plantea en caso de no contar con Mifepristona por razones de fuerza mayor. En ese caso el método recomendado es el uso de Misoprostol solo.

En base a la experiencia de los Equipos de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSYSR) en el asesoramiento para reducir el aborto en condiciones de riesgo se recomienda la misma pauta de uso :

- 800 microgramos de Misoprostol por vía vaginal, sublingual o yugal, repitiendo la dosis, a las 3-4 hrs (800 microgramos de Misoprostol).

En casos refractarios a expulsión:

- si pasadas las 48 horas de la administración del Misoprostol, no se lograra la expulsión, se repetirá el misoprostol 800 microgramos cada 3-4 hrs hasta obtener la respuesta clínica.

Asesoramiento a la mujer

Es muy importante el asesoramiento a la mujer acerca de la toma de los medicamentos, sus efectos, su vía y dosis de administración.

La administración de mifepristona con misoprostol, o misoprostol sólo, en gestaciones menores a las 6-7 semanas se puede asociar a una mayor tasa de fracaso, requiriendo dosis adicionales. Se debe evaluar con la mujer el momento oportuno del uso en base al caso y a la potencial eficacia del mismo.

En tanto no se le administra la mifepristona en consultorio, debe quedar claro cuál es el plazo máximo para cumplir con los requisitos legales (dentro de las 12 semanas en la situación general, dentro de las 14 semanas en caso de violación).

Deberá aclararse que debe esperar sangrado y la expulsión, así como explicarle cómo reconocer los signos y síntomas para consulta inmediata y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Es conveniente recomendarle que mientras dure el proceso, se encuentre acompañada por alguien de su confianza.

Mientras las mujeres esperan que se complete la interrupción farmacológica, deben tener la posibilidad de comunicarse con un médico o un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarles apoyo.

Los servicios deben informar donde consultar ante sintomatología y dudas.

Es muy importante aconsejar y dar fecha para realizar la consulta post IVE de forma de asegurarse el éxito del proceso, el asesoramiento anticonceptivo y los controles en salud posteriores.

Información Adicional.

- El régimen Mifepristona-Misoprostol (200 mgs de Mifepristona oral y 800 microgramos de Misoprostol vaginal) es preferible a los regímenes que usan Misoprostol solo.
- En comparación con la administración vaginal, el Misoprostol sublingual parece estar asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales, y la administración subyugal parece estar asociada con

índices más altos de diarrea. Sin embargo, la vía subyugal suele ser más aceptada por la usuaria por la facilidad de administración y no requerir reposo.

- Luego de haber sido asesorada, la mujer puede utilizar la medicación en su domicilio en forma segura y efectiva.
- De **presentar factores de riesgo que se asocien a complicaciones**, el ginecobstetra valorará la necesidad de ingresar a la paciente a un servicio de salud. Se citan como ejemplo: necesidad de acompañamiento, labilidad emocional extrema, domicilio con poca accesibilidad a servicios de salud, úteros multicatrízales, patologías médicas, embarazos de 12 semanas o más, etc.
- El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en IVE es inferior a 1 / 1000 casos. El antecedente de cesárea anterior (una o más) si bien no contraindica el uso de prostaglandinas, deberá ser tenido en cuenta por los profesionales quienes decidirán la conveniencia de institucionalizar a la paciente durante el procedimiento.
- Debido a la **teratogenicidad de los fármacos mencionados**, si el embarazo continuara a pesar de la administración de los mismos, las mujeres deberán ser informadas al respecto. El Misoprostol puede considerarse como un "mini-teratogénico" (definido como un agente que causa menos de 10 alteraciones por cada 1000 exposiciones). Sin perjuicio de esos datos, se debe prevenir a las mujeres sobre el riesgo real - aunque menor - de malformaciones congénitas cuando el embarazo llega al término después de la exposición in útero al Misoprostol. Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados e inconcluyentes; por lo tanto, recibida la información, será decisión de la mujer continuar con el embarazo.
- El legrado evacuador complementario deberá estar disponible de inmediato frente a casos de hemorragia severa. Menos del 1% de las mujeres que se someten a un aborto médico lo necesitarán.

B. Régimen quirúrgico.

Técnica

El uso del régimen quirúrgico se justifica solo ante la imposibilidad del uso del método farmacológico. Si finalmente se necesita optar, por razones médicas, por la interrupción quirúrgica de primera elección, **la aspiración de vacío (AMEU) o la aspiración con sistema central son las técnicas recomendadas.**^{vi vii}

Este procedimiento no requiere, generalmente, completarse mediante legrado evacuador complementario.

En caso de no contar técnicamente con la opción de legrado aspirativo se

optará por el método de legrado con dilatación y curetaje (DyC)

Preparación cervical

Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino. Cualquiera de estos métodos de preparación del cuello uterino pueden emplearse por haber demostrado la misma eficacia ^{viii}:

- 400 µg de Misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal, 3 horas antes del procedimiento;
- 200 mg de Mifepristona oral (de 24 a 48 horas antes);

La elección del método para preparar el cuello uterino que se empleará, dependerá de la disponibilidad local.

C. Otros cuidados a tener en cuenta

• Antibióticos profilácticos

Todas las mujeres en las que se realice un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deberán recibir profilaxis antibiótica ^{ix}.

La pauta recomendada es 500 mg de Metronidazol v/o 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del Misoprostol) + 200 mg de Doxiciclina i/v al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la Doxiciclina por 1 gr de Azitromicina v/o al ingreso.

No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos profilácticos para el aborto médico^x, por lo que éstos serán indicados según criterio de ginecobstetra actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: Azitromicina v/o 1 gramo (monodosis) más Metronidazol 1 gramo v/o (monodosis) al inicio del procedimiento.

• La gama globulina anti-D

En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis con gama globulina anti-D antes del aborto médico. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional.

Dosis: 120 mcg gama globulina anti-D por vía intramuscular o intravenosa.

Su administración debe registrarse en la historia clínica.

• Analgésicos

Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias. ^{xlixiii}

Fármaco sugerido: Ibuprofeno en dosis de 400 mg desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas hasta el cese del dolor (dosis diaria máxima 2400 mg), con control clínico evolutivo.

El Paracetamol no es eficaz para aliviar el dolor posterior al procedimiento después de un aborto quirúrgico ni para reducir el dolor durante un aborto médico. Por lo tanto, no se recomienda el uso de paracetamol para reducir el dolor durante el aborto.

NOTA: La necesidad de manejar el dolor aumenta con la edad gestacional.

7. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE IVE

Se debe informar apropiadamente a las mujeres acerca de los síntomas que sugieren la persistencia o continuación del embarazo y otras razones médicas, como fiebre o hemorragia intensa prolongada, por las cuales deben consultar de inmediato.

La OMS no recomienda realizar una visita de seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico o de un aborto médico sin complicaciones, ante la falta de evidencia que muestre sus beneficios.^{xiv}

Sin embargo, en la presente GUIA **se propone adoptar las mismas medidas de seguimiento utilizadas por los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva de las Instituciones médicas ya que con una vasta experiencia en el tema, han demostrado una forma de manejo clínico de máxima seguridad.**

Dichas medidas son las siguientes:

- Coordinar una visita de control post IVE a los 10 días de iniciado el procedimiento. En dicha visita se confirmará el status de aborto completo. Como principio rector será la clínica la que diagnostica el status del aborto como completo o incompleto (anamnesis y examen genital).
- Planificar la consulta y la ecografía de forma de corroborar la culminación del procedimiento antes de expirar los plazos legales, en caso de gestaciones de 12 semanas o más.
- Solicitar, en caso de duda, una ecografía ginecológica. La misma es eficaz para confirmar la pérdida de vitalidad de la gestación. Para evaluar la vacuidad uterina dicha ecografía deberá interpretarse en el contexto del examen físico y la evolución clínica ya que tiene muy baja especificidad para el diagnóstico de aborto completo.
- Indicar el inicio inmediato de medidas anticonceptivas (adecuadas al caso) luego de realizada la IVE. Se debe recomendar posponer el inicio de las relaciones sexuales coitales mientras persista la genitorragia.
- Informar que la IVE es un procedimiento que presenta riesgos, aun realizada en las mejores condiciones, por lo cual se debe evitar el embarazo no intencional poniendo a disposición de la mujer y su pareja la información y los recursos para la planificación familiar.

Interpretación de los hallazgos ecográficos para diagnosticar persistencia de restos ovulares:

- Si la ecografía solicitada a los 10 días de la IVE muestra una línea endometrial hasta 12 mm se considerará que el aborto es completo.
- Si la línea endometrial tiene entre 12 y 20 mm, se recomienda seguimiento ecográfico a la semana.
- Si el endometrio es mayor de 20 mm el aborto es seguramente incompleto y debe indicarse una evacuación endouterina con AMEU^{xv} o con Misoprostol. El régimen recomendado con Misoprostol es una dosis única^{xvi} administrada por vía subyugal o sublingual^{xvii} (400 µg) u oral (600 µg).

La conducta expectante ante el aborto incompleto puede ser tan eficaz como el Misoprostol, pero el proceso lleva más tiempo^{xviii}. La decisión de tratamiento o conducta expectante ante la persistencia de restos ovulares debe estar basada en la condición clínica de la mujer y sus preferencias para el tratamiento.

Recordar que solo entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de Mifepristona y Misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia^{xix}

8. DAÑOS POTENCIALES DE LOS FARMACOS

Efectos adversos de la medicación usada:

- Sangrado y dolores cólicos uterinos; náuseas; vómitos; diarrea; escalofríos y chuchos; cefaleas, disnea, fatiga y problemas de termorregulación.
- Fracaso del tratamiento. Según una revisión sistemática^{xx}, los factores que más se asociaron a fracaso de la interrupción fueron los siguientes:
 - Intervalo entre la administración de Mifepristona y Misoprostol menor a 24 h.
 - Dosis bajas de Misoprostol 400 mcg o menores.
 - Misoprostol administrado por vía oral (comparado con las otras vías vaginal, yugal, o sublingual).

La proporción de persistencia del embarazo en el seguimiento — resultado que preocupa a los clínicos por la eventualidad de malformaciones fetales y de requerimiento de cirugía es del 1.1%.

- Complicaciones severas que requirieron hospitalización. (0.3%)
- Requerimiento de transfusión (0.1%)

Con el objetivo de registrar la eficacia y seguridad de los fármacos a utilizar para IVE, se realizará un sistema de fármaco-vigilancia activa. El mismo está basado en la recolección de datos, sistemática y detallada, de las sospechas de reacciones adversas vinculadas a los medicamentos utilizados para la interrupción voluntaria del embarazo.

Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link:

http://www.msp.gub.uy/uc_3831_1.html.

Se incluyen dentro del concepto de Reacción Adversa a Medicamento (RAM) las fallas en la interrupción del embarazo (continuación del embarazo luego de completadas todas las dosis recomendadas).

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de fármacos son infrecuentes.

Las contraindicaciones para el uso de **Mifepristona** incluyen:

- Sospecha o confirmación de un embarazo ectópico o cualquier masa anexial no diagnosticada.
- Dispositivo intrauterino, (se debe retirar el DIU previo a la IVE).
- Terapia actual y prolongada con corticosteroides sistémicos.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Anemia severa.
- Coagulopatía conocida o terapia anticoagulante.
- Intolerancia o alergia a la Mifepristona.

La mayoría de los estudios también excluyen a mujeres con hepatopatías severas, enfermedades renales y respiratorias severas, hipertensión no controlada, enfermedad cardiovascular (angina, enfermedad valvular, arritmia, o falla cardíaca).

Las contraindicaciones para el uso de **Misoprostol**

- Convulsiones no controladas
- Alergia o intolerancia al Misoprostol o a otras prostaglandinas.

Precaución

Lactancia. La mujer que amamanta debe desechar la leche materna producida durante las primeras 6 horas después de la administración de Misoprostol.

Referencias

- i Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD003037. Review.
- ⁱⁱ Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD002855. Review.
- iii Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119-13
- iv Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151
- v Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006.
- vii Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
- viii Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;(2):CD007207. Review.
- ix Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;3:CD005217. Review.
- * Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183-190.
- ^{xi} Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
- ^{xii} Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006712. Review.
- ^{xiii} Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Sep;74(3):275-80.
- ^{xiv} Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*. 2011 Jun;83(6):504-10. Epub 2010 Oct 8. Review.

^{xv} Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD001993. Review.

^{xvi} Phupong V, Taneepanichskul S, Kriengsinyot R, Sriyirojana N, Blanchard K, Winikoff B. Comparative study between single dose 600 microg and repeated dose of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Contraception.* 2004 Oct;70(4):307-11.

^{xvii} Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception.* 2009 Jun;79(6):456-62.

^{xviii} Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan20;(1):CD007223. Review.

^{xix} World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524-530.

^{xx} Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception.* 2012 Aug 13.

^{xxiii} WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. *The Lancet* 2007 369: 1938-46.

^{xxiv} von Hertzen, Helena, Gilda Piaggio, Nguyen Thi My Huong, Karine Arustamyan, Evelio Cabezas, Manuel Gomez, Archil Khomassuridze, Rashmi Shah, Suneeta Mittal, Rajasekharan Nair, Radnaabazar Erdenetungalag, To Minh Huong, Nguyen Duc Vy, Nguyen Thi Ngok Phuong, Hoang Thi Diem Tuyet, and Alexandre Peregoudov, for the WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. 2007. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369: 1938-46.

^{xxv}. Faúndez A. Uso del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. Publicación FLASOG Segunda edición Marzo 2007

Sentencia dictada por el Tribunal de lo Contencioso administrativo N° 586/2015 de 11 de agosto de 2015

Ordenanzas N° 243/2016 Y N° 247/2016

 Ministerio de SALUD 1900 0000 0000	Ley Nº 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO INTEGRAL. CONSULTA IVE 2 Versión 1- 2016	Logo o sello del prestador

LUGAR Y FECHA CONSULTA IVE 2

..... ,/...../.....

En el día de la fecha, yo, , de años de edad, titular de la (CI/Pasaporte/CC) número, ciudadana (natural/legal/residente por 1 año ó más), cursando gravidez de semanas por (FUM/ECO) he solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) prevista en la Ley Nº 18.987 y su decreto reglamentario.

En esta consulta el equipo multidisciplinario, integrado por los profesionales abajo firmantes, ha cumplido las actuaciones previstas en el Manual de procedimiento para el manejo sanitario de la IVE y me ha informado sobre:

✓ Marco legal y confidencialidad	✓ Riesgos bio-sico-sociales
✓ Derechos sexuales y reproductivos	✓ Procedimientos de IVE
✓ Alternativas a la IVE	✓ Otra información relevante

	Ginecologo/a	Área Social	Salud Mental
Firma			
Contrafirma			
Número CJP			

Hago constar que he recibido la información detallada antes y que la he comprendido en su totalidad

He planteado todas las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara

Se me ha consultado sobre si deseo se entreviste al progenitor habiendo:

☐ NO CONSENTIDO

☐ CONSENTIDO

FIRMA:

Se me ha informado que podré consultar a partir del día/...../..... (fecha de finalizado el plazo de reflexión) y o hasta el día/...../..... (12 o 14 semanas completas de gestación, según corresponda) para expresar mi decisión respecto de la interrupción o continuación del embarazo y proceder a la misma

Fui informada y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo en caso de no concurrir a la consulta posterior al lapso de reflexión.

Firma de la usuaria

Aclaración de firma

CI/Pasaporte/CC

Firma del/la representante legal (si corresponde)

Aclaración de firma

CI/Pasaporte/CC

 Ministerio de SALUD	Ley Nº 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) CONSENTIMIENTO INFORMADO. CONSULTA IVE 3 Versión 1 - 2016	Logo o sello del prestador
--	---	----------------------------

LUGAR Y FECHA CONSULTA DE RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD

.....,/...../.....

En el día de la fecha, yo,, de años de edad, titular de la (CI/Pasaporte/CC) número, ciudadana (natural/legal/residente por 1 año o más), cursando gravidez de semanas por (FUM/ECO) he solicitado la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) prevista en la Ley Nº 18.987 y su decreto reglamentario. Habiendo tenido oportunidad de considerar la situación en la que enfrente esta gravidez y la información que se me ha aportado, he decidido ratificar mi decisión de interrumpir el embarazo.

En atención a la voluntad que he manifestado y aplicando lo dispuesto en la mencionada ley, en la presente consulta el/la Dr./a..... me ha informado sobre los procedimientos y riesgos de la IVF las pautas de control post IVE, establecidas en base a la mejor evidencia científica disponible y contenidas en las Guías Técnicas del MSP, en los siguientes términos:

Métodos para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, la interrupción con medicamentos es la opción de elección en nuestro medio, de acuerdo a las Guías técnicas y de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública 2012.

a. Información sobre la interrupción con medicamentos

El método recomendado para la interrupción voluntaria del embarazo es con medicamentos es la administración de mifepristona seguida de misoprostol.

La mifepristona es un medicamento que bloquea la acción de la progesterona, hormona necesaria para la continuidad del embarazo, llevando a la interrupción de la gestación por afección del desarrollo embrionario.

El misoprostol es un medicamento que actúa sobre el útero provocando contracciones, y sobre el cuello del útero llevando a su reblandecimiento y dilatación. Este conjunto de modificaciones determina la expulsión del producto de la gestación y la finalización del embarazo.

Este método se asocia con una alta eficacia de interrupciones, una disminución del tiempo de expulsión, menos efectos secundarios y mayor tasa de abortos completos, si se lo compara con el régimen que usa misoprostol solo. Se ha demostrado que el uso de la mifepristona y misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para la interrupción del embarazo en el primer trimestre. De 100 mujeres que usan este método, 98 logran la interrupción de la gestación.

Luego de haber sido asesorada, la mujer puede utilizar la medicación (mifepristona y misoprostol), en su domicilio en forma segura y efectiva dentro de los plazos previstos por la ley.

Dosis, vías e intervalos indicados

La mifepristona se indica siempre por vía oral (los comprimidos se tragan), 1 comprimido de 200 miligramos.

El misoprostol se indica 36 horas (1 día y medio) después de la Mifepristona en dosis de 800 microgramos (4 comprimidos) por vía subyugal (los comprimidos se colocan entre las encías inferiores y las mejillas y si persisten luego de 30 - 40 minutos, se ingieren) o vaginal (los comprimidos se colocan en la parte más profunda de la vagina y se indica a la mujer que permanezca en cama al menos durante 30 minutos).

En caso de gestaciones de 10 o más semanas se recomienda repetir las dosis de misoprostol: 800 microgramos (4 comprimidos) cada 3-4 hrs en 1 a 2 administraciones adicionales. En caso de falta de respuesta al tratamiento (luego de 24 hrs de la última toma) se recomienda la re consulta para evaluar dosis adicionales

Si no se dispone de Mifepristona

En estos casos, el método recomendado es el de misoprostol solo. La dosis recomendada, en base a la experiencia nacional en el asesoramiento para reducir el aborto en condiciones de riesgo, es:

- 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal, sublingual o subyugal, repitiendo a las 4 hrs, 800 microgramos de misoprostol más.

Cuando se usa misoprostol solo es posible administrar un máximo de 3 dosis repetidas de 800 microgramos (4 comprimidos) con intervalos entre 3 y 12 horas entre una dosis y otra

Efectos secundarios probables cuando se usa este tratamiento:

- Nauseas y vómitos. Aparecen al comienzo y desaparecen a las 2 a 6 horas luego de la toma de misoprostol
- Diarrea. Pasajera que generalmente desaparece en el día y no requieren mayor tratamiento.
- Escalofríos y fiebre. Los escalofríos son frecuentes pero pasajeros. La fiebre es menos frecuente. No significa que haya infección si ocurre en las primeras horas luego de usar el misoprostol. Fiebre, alejada del episodio de toma, debe realizar la consulta inmediata con el equipo de salud.

Efectos esperables al usar este tratamiento:

- Sangrado a través de la vagina. Se inicia en general dentro de la primera hora de haber administrado el misoprostol y dura en promedio 5 a 8 días, aunque puede prolongarse unos días más. En general el sangrado es similar al sangrado menstrual pero puede llegar, en el episodio de evacuación, a ser el doble de una menstruación.

Dolor cólico en la parte baja del abdomen. Se debe a las contracciones del útero. Las contracciones suelen comenzar dentro de las primeras horas e incluso a los 30 minutos de la administración del misoprostol. La vivencia de la intensidad del dolor determinado por las contracciones es individual y variable. Pueden usarse analgésicos comunes como el ibuprofeno.

Riesgos. Situaciones ante las cuales debe consultar en forma urgente:

- Las anteriores, si así lo considera la mujer
- Sangrado excesivo:

Sangrado que empape dos toallas higiénicas por hora durante más de dos horas seguidas

Sangrado intenso y repentino que se reinicia luego de varios días con poco o sin sangrado

Sangrado continuo durante varias semanas con mareos

Feo olor en el sangrado

Chuchos de frío o fiebre que se presenta luego de 24 horas (1 día) de haber usado el misoprostol

Falta de aliento o fatiga

Estos efectos son muy poco frecuentes

De 1000 mujeres que tienen un aborto con medicamentos, 3 pueden presentar complicaciones severas que requirieron hospitalización (0.3%) y 1 puede requerir una transfusión de sangre (0.1%)

El legrado, para extraer restos del embarazo, deberá estar disponible de inmediato frente a casos de hemorragia severa. Menos del 1% (1 de cada 100) de las mujeres que tienen un aborto con medicamentos pueden necesitar un legrado por esta causa

Ante alguno de estos síntomas la mujer debe consultar en:
las 24hs los 365 días del año (a completar en cada institución)

Otros riesgos particulares de esta paciente (IMPORTANTE: completar describiendo características biológicas, psicológicas o sociales de esta paciente que implican riesgos específicos para su salud al usar el tratamiento para la IVE, así como la entidad de tales riesgos)

Falla del aborto con medicamentos

La proporción de persistencia del embarazo es de 1,1%. De 100 mujeres que usan mifepristona y misoprostol, 1 continúa con el embarazo.

Estos fármacos podrían causar malformaciones en el feto, si el embarazo continuara a pesar de su administración. De 1000 mujeres embarazadas que usan misoprostol y continúan con el embarazo, menos de 10 pueden presentar malformaciones congénitas en el feto. Los defectos más frecuentemente descritos después de la exposición in útero al misoprostol son malformaciones de los pies y las manos (pies que "miran hacia afuera", falta de dedos) y anomalías neurológicas de los pares craneales V, VI, VII y XII (nervios de cabeza y cara). Los datos disponibles sobre el riesgo potencial de anomalías fetales después de un aborto sin éxito son limitados y no concluyentes; por lo tanto, si una mujer desea continuar con un embarazo luego de haber usado misoprostol, no es necesario insistir en finalizarlo.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de estos fármacos son poco frecuentes.

Las contraindicaciones para el uso de mifepristona incluyen sospecha o confirmación de un embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o cualquier tumoración en las trompas u ovarios no diagnosticada, terapia actual y prolongada con corticosteroides sistémicos, insuficiencia suprarrenal crónica, anemia severa, coagulopatía conocida o terapia anticoagulante, intolerancia o alergia a la mifepristona, hepatopatías severas, enfermedades renales y respiratorias severas, hipertensión no controlada, insuficiencia coronaria, enfermedad valvular, arritmia, o falla cardíaca). El misoprostol no debería ser administrado a mujeres con convulsiones no controladas o en aquellas que presenten alergia o intolerancia al misoprostol o a otras prostaglandinas

Precauciones

Si la mujer que va a usar misoprostol tiene colocado un DIU (Dispositivo Intrauterino), este debe ser extraído antes de usar el medicamento

El antecedente de cesárea anterior (una o más) si bien no contraindica el uso de misoprostol, deberá ser tenido en cuenta por los profesionales, quienes decidirán la conveniencia de internar a la paciente durante el procedimiento. El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en la IVE es inferior a 1 cada 1000 casos.

Si la mujer que va a usar misoprostol está amamantando, debe ordeñarse y desechar la leche producida en las 6 horas posteriores al uso de este medicamento

El aborto con medicamentos es seguro. Sin embargo la mujer debe estar acompañada por alguien de su confianza y contar con algún medio de transporte disponible para trasladarse a un centro asistencial de ser necesario. Si no cuenta con estos medios (transporte y acompañamiento), puede indicarse que ingrese a las 36 horas de iniciado la interrupción (toma de mifepristona) para usar el misoprostol estando internada

Plazos para el uso de este tratamiento

La seguridad y efectividad de este tratamiento depende de que se use en el momento adecuado del embarazo y tal como se informa en el presente documento. En caso de no cumplir con la indicación, pueden presentarse mayores riesgos

Al mismo tiempo, si se usa este tratamiento mas allá de las 12 semanas de embarazo (o las 14 semanas en caso de embarazo producto de violación) la mujer no estará amparada por la ley de 18.987 de IVE.

b. Información sobre aborto quirúrgico.

Si por alguna causa médica se requiere el aborto quirúrgico de primera elección, la aspiración de vacío (Aspiración Manual Endouterina o legrado aspirativo) es la técnica recomendada. En caso de no contar con legrado aspirativo (AMEU) se optara por el método de legrado con dilatación y curetaje

Antes de un procedimiento quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino utilizando misoprostol o mifepristona.

Otros cuidados a tener en cuenta

✓ Antibióticos profilácticos: Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, deben recibir profilaxis con antibióticos de amplio espectro, antes de la cirugía o durante ésta. La pauta recomendada es 500 miligramos de metronidazol por vía oral, 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del misoprostol) + 200 mg de doxiciclina por vía intravenosa al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la doxiciclina por 1 gramo de azitromicina por vía oral al ingreso

✓ No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos preventivos para el aborto medico, por lo que éstos serán indicados según criterio del ginecólogo actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: azitromicina por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) mas metronidazol, por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) al inicio del procedimiento.

✓ Gama globulina anti-D : En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis (prevención del conflicto Rh) con gama globulina anti-D antes del aborto medico. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional. Dosis 120 microgramos (1 ampolla) de gama globulina anti-D, administrada por vía intramuscular (inyectada en músculo glúteo) o intravenosa

✓ Analgésicos: Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias. Fármaco sugerido. Ibuprofeno en dosis de 400 miligramos (1 comprimido) desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas (dosis máxima 6 comprimidos en un día) hasta el cese del dolor

Beneficios para la salud de la mujer

La atención de la IVE dentro del sistema de salud garantiza las mejores condiciones sanitarias para la realización del aborto: el respeto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, del Derecho a la Salud y a la confidencialidad, disminución de los riesgos del aborto provocado, y de la ocurrencia de nuevos embarazos no deseados-no aceptados

Seguimiento después del aborto: Es fundamental realizar una visita de control posterior al aborto aproximadamente a los 10 días de iniciado el procedimiento (CONSULTA IVE4) para :

1. Confirmar si la mujer ha cursado un aborto completo (ha expulsado todo el embarazo), un aborto incompleto (persisten restos del embarazo dentro del útero) o si presenta complicaciones (hemorragia o infección)

2. Si la mujer presenta un aborto incompleto será informada sobre los métodos para su tratamiento: uso de medicamentos o legrado aspirativo.
3. Solo entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de mifepristona y misoprostol (entre 2 y 5 de 100 mujeres tratadas) requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuó o controlar una hemorragia
4. Informarse, elegir e iniciar un método anticonceptivo que permita evitar futuros embarazos no intencionales o no planificados
5. Brindar apoyo psicológico y social siempre que la mujer lo considere necesario

La consulta de control se puede anticipar (antes de los 10 días) en los casos de gestaciones de más de 10 semanas de forma de confirmar que ha ocurrido la IVE, antes de cumplido el plazo legal máximo para la misma

☐ (Marcar en el cuadro SOLO si corresponde)

Por tratarse de una usuaria adolescente se deja constancia que se ha actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a), artículo 24, Decreto 274/010. Consentimiento informado otorgado por niños/as y adolescentes. Autonomía progresiva

Firma Ginecólogo/a

Contrafirma

Nº. CJP

Hago constar que he recibido la información detallada antes y que la he comprendido en su totalidad.

He planteado las dudas que tenía y se me han dado las explicaciones de manera clara.

Se me ha informado que el presente consentimiento puede ser revocado previo a la autoadministración de los medicamentos (mifepristona y misoprostol) sin tener que dar explicaciones de la causa de la revocación.

Fui informada y acepto que el equipo asistencial se contacte conmigo en caso de no concurrir a la consulta de seguimiento en 15 días a partir del día de la fecha

Estando en conocimiento de todo lo antedicho, decido y solicito la Interrupción Voluntaria del Embarazo, para la cual presto este consentimiento que firmo en dos vías, una de las cuales se incorporará a mi historia clínica y la otra quedará en mi poder

Firma de la usuaria _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

FECHA: _____

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

Logo o Sello del prestador		FORMULARIO IVE Ley 18987 Version 2016 - 2		 Ministerio de SALUD	
PRIMERA CONSULTA (IVE 1)		CI de la mujer..... MEDICO(Nombre y N° CJP)		FECHA DE REALIZADA 	
Edad:		Edad gestacional (estimada por FUM)			
Requisitos / condiciones*: *(marque con una cruz)		Ciudadana natural SI ☐ NO ☐		Ciudadana Legal SI ☐ NO ☐	
		Extranjera residencia > 1 año SI ☐ NO ☐			
		Verificado por: CI / CC Partida Otro.....		Verificado por: CI / CC Partida Otro.....	
Verificado por: H. Clínica..... Antigüedad en prestador..... Otro.....					
Paraclínica Solicitada (si o no)	Ecografía ☐	Grupo y RH ☐	Otras (especifiquecual):		
Cita con Equipointerdisciplinario		Ofrecidaparadía: Aceptadaparadía:		Hora: Hora:	Firma usuaria:
Observacionesen situacionesparticulares:					Firma medico:
SEGUNDA CONSULTA (IVE 2) (interdisciplinaria)					FECHA de realizada.
Nombres: GINECOLOGO		Observaciones		Firma:	
SALUD MENTAL		Observaciones		Firma:	
AREA SOCIAL		Observaciones		Firma:	
IVE 3		Consulta IVE 3 habilitada a partir del:		Firma usuaria	
		Consulta aceptada para el:			
		Plazo máximo para la IVE 3:			
Menor de 18 años evaluación autonomía	Positiva:	Negativa:Definición padres/adulto:Consienten:			
Observaciones:				Concurre con el progenitor? SI NO	
TERCERA CONSULTA (IVE 3)		GINECOLOGO (NOMBRE Y N°CJP)		FECHA 	
Ratificación de voluntad IVE (si/no) ☐	Resultados:		Fecha máxima informada por plazos legales y de seguridad (12 sem + 6 días)	Rectificación: continúa embarazo (si/no)	
	EG (al día del IVE 3) ECO Acorde..... No Acorde.....	Grupo sanguíneo:			
Procedimiento indicado: Mefiprestona – misoprostol Misoprostol solo AMEU Legrado instrumental			Ambulatorio Institucionalizado		Fecha próximo control de embarazo:
Firmó Consentimiento Informado adjunto (si/no):					Observaciones:
Fecha4ª consulta(IVE 4)	Donde la realizará:	Observaciones			

INSTRUCTIVO

- La presente declaración se enmarca en el derecho que establece el artículo 11 de la ley N° 18.987
- Debe ser completada solo por aquellos técnicos que declaran objeción de conciencia en alguna de las instancias asistenciales de al IVE
- Se debe presentar ante la Dirección Técnica de cada una de las instituciones en la que se prestan funciones (bajo cualquier régimen de relación laboral). Se debe entregar una copia firmada por parte del receptor al funcionario que la presenta (como constancia).
- Para su validez se debe presentar con la debida antelación y no ante un caso clínico individual en el entendido que la objeción de conciencia responde a una posición personal y filosófica que no debe vincularse con situaciones individuales
- En caso de revocación de la objeción (total o parcial) se debe firmar una nueva declaración (con la fecha actual) en la cual se aclara que NO se objeta alguna o todas las instancias asistenciales

DECLARACIÓN

Por la presente, en el marco de la protección legal de los datos personales, declaro presentar objeción de conciencia para los siguientes procedimientos previstos por la ley de 18987 de interrupción voluntaria de embarazo.

	NO Objeto	SI Objeto
Consulta inicial (IVE 1)		
Consulta equipo interdisciplinario (IVE 2)		
Consulta de resolución (IVE 3)		

Declaro que la misma es personal y se fundamenta en motivos religiosos o filosóficos o morales

Nombres y Apellidos	
Cedula Identidad	
N° Caja Profesionales	
N° funcionario	
Cargo en la institución	
Firma:	
Fecha de la declaración (día/mes/año)	

PRESTADOR (nombre)

Recibido por Dirección Técnica:

Fecha	
Localidad	
Firma	
Contrafirma	