	<b>Ley Nº 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b> <b>CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO INTEGRAL.</b> <b>CONSULTA IVE 2</b> 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 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.

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 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 \_\_\_\_\_

	<b>Ley Nº 18.987. INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b> <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b> <b>CONSULTA IVE 3</b> 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 IVE y 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 aire o fatiga
- Estos efectos son muy poco frecuentes

De 1000 mujeres que tiene un aborto con medicamentos, 3 pueden presentar complicaciones severas que requirieren 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 craneanos 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 esta 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 lo cual presto este consentimiento que firmo en dos vías, una de las cuales se incorporará a mi historia clínica y la otra quedará en mí 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 \_\_\_\_\_