

**MODELO OPERATIVO PARA LA
ATENCION DE LA INTERRUPCION
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN
COOMEVA SALUD**

I. INTRODUCCIÓN

II. MARCO LEGAL COLOMBIANO

- A. Cronología y antecedentes legislativos*
- B. Identificación de las causales y requisitos legales*
- C. Prácticas prohibidas y obligaciones*
- D. Bases para el ejercicio de la objeción de conciencia*

III. RUTA DE ATENCIÓN

- A. Definición de competencias por niveles de atención y alcance del protocolo.*
- B. Modelo de atención*
 - 1. Consulta inicial*
 - 2. Orientación*
 - 3. Procedimiento*
 - a. Elección de la técnica según edad gestacional*
 - b. Consentimiento informado*
 - c. Interrupción del embarazo*
 - i. Tratamiento quirúrgico*
 - ii. Tratamiento con medicamentos*
 - 4. Control y seguimiento*
 - 5. Asesoría anticonceptiva*
 - 6. Manejo de complicaciones*

Anexos:

- 1. Algoritmos de atención**
- 2. Codificación para el reporte en RIPS**
- 3. Modelo de objeción de conciencia**

I. INTRODUCCIÓN

Internacionalmente se ha considerado la mortalidad materna (MM) como un indicador del grado de desarrollo de un país. Por ello, en la Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada en Nueva York del 20 al 22 de septiembre de 2010, se ratificó el compromiso de disminuir en tres cuartas partes el número de muertes maternasⁱ.

En la región de América Latina y el Caribe (ALC), la razón de MM es de 190 por 100.000 nacidos vivosⁱⁱ. En Colombia, la razón de mortalidad materna para el año 2007 fue de 75.6 x 100.000 nacidos vivosⁱⁱⁱ.

Cada año, en la región de América Latina y el Caribe hay 6.000 muertes por complicaciones secundarias al aborto, siendo el número real de abortos desconocido por las características de clandestinidad, ilegalidad y penalización que le rodea en la mayor parte de países. Se estima que el número de mujeres que necesita una atención institucionalizada equivale al 20% de todos los abortos inseguros.

A pesar del notable aumento de uso de anticoncepción en las últimas tres décadas, se estima que 40-50 millones de abortos ocurren anualmente, cerca de la mitad en circunstancias inseguras. Globalmente, alrededor del 13% de todas las muertes maternas se deben a complicaciones por abortos inseguros^{iv}.

Aún donde existe amplio acceso a métodos de regulación de la fecundidad, los embarazos no deseados ocurren como consecuencia de fallas en la anticoncepción, dificultades con su uso, falta de uso o a causa de incesto o violación.

El embarazo no puede representar una amenaza para la vida de la mujer o para su salud física y mental, y es por esto que casi todos los países del mundo han aprobado leyes que permiten interrumpir un embarazo bajo ciertas circunstancias. Dentro del espectro del aborto legal se encuentran países que lo permiten únicamente para salvar la vida de la mujer mientras que en otros el aborto se admite a solicitud de la mujer. En algunos lugares, el aborto es legal sólo para salvar la vida de la mujer; en otros, el aborto se permite a requerimiento de la mujer.

Esta diversidad plantea la necesidad de adaptación de los sistemas locales de salud. Los sistemas de salud necesitan dar respuesta a las distintas circunstancias.

El aborto inducido y el embarazo no deseado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados.

En Colombia, a pesar de los avances en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, la proporción de embarazos no planeados sigue siendo preocupante, ya que según datos recientes asciende a 67% de todos los embarazos que suceden^v y a 48% de todos los nacimientos^{vi} con una mayor concentración entre las mujeres menos favorecidas como por ejemplo aquellas provenientes de zonas rurales o con baja escolaridad.

El contexto previamente señalado explica el porqué dentro de su rol de desarrollar normas y estándares, y asesorar a los estados miembros para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, la OMS ha brindado asistencia a gobiernos, agencias internacionales y organismos no gubernamentales en la planificación y entrega de servicios de salud materna, incluyendo el manejo de las complicaciones del aborto inseguro y la provisión de servicios de alta calidad en anticoncepción.

En junio de 1999, durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas los Gobiernos acordaron que “en circunstancias donde el aborto no sea ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles”.

Coomeva Salud consecuente con su compromiso con la reducción de la mortalidad materna en Colombia ha estructurado el presente modelo operativo para que los proveedores de los servicios de salud realicen la interrupción voluntaria del embarazo en los casos que contempla la legislación Colombiana cumpliendo los estándares de garantía de la calidad, en especial con los atributos de la calidad relacionados con oportunidad, accesibilidad y seguridad.

Este modelo operativo recoge los contenidos del protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, de acuerdo con lo establecido en la guía técnica y de política para sistemas de salud: aborto sin riesgos OMS 2003, elaborado mediante un convenio entre la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología - FECOLSOG y el Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas - UNFPA en Noviembre de 2011, en el desarrollo del convenio MPS/UNFPA 168 de 2011 y lo adapta a las características particulares de la prestación de servicios de Coomeva Salud.

II. MARCO LEGAL COLOMBIANO

A. Cronología

En 2005, la abogada Mónica del Pilar Roa López, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, presenta una demanda contra los arts. 122, 123, 124 y 32 numeral 7 de la ley 599 de 2000 (Código Penal) mediante los cuales se penalizaba totalmente el aborto en Colombia. Consideraba ella que las normas demandadas violaban el derecho a la dignidad, la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad establecidos en el preámbulo, los artículos 1º, 16 y 42 de la Constitución Política. Igualmente encontraba vulnerados el derecho a la igualdad y a la libre determinación (art. 13 C.P.), el derecho a la vida, a la salud y a la integridad (arts. 11, 12, 43, 49 del C.P.), el derecho a estar libre de tratos crueles inhumanos y degradantes (art. 12 del C.P.), y las obligaciones de derecho internacional de los derechos humanos (art. 93 C.P.).

En mayo de 2006, la Corte Constitucional colombiana falla declarando inconstitucional la prohibición absoluta del aborto, por cuanto se constituye en una violación a los derechos fundamentales de las mujeres y emite la Sentencia C-355 estableciendo el derecho de todas las mujeres dentro del territorio nacional a interrumpir voluntariamente su embarazo dentro de tres causales específicas a saber:^{vii}

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;
- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Es importante recalcar que, al ser de orden constitucional, tanto esta sentencia como todos sus desarrollos posteriores son de obligatorio cumplimiento y tienen fuerza de ley.

En diciembre del mismo año emite el decreto 4444 mediante el cual se reglamentaba la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En la actualidad dicho decreto se encuentra temporalmente suspendido, sin que esto afecte la vigencia de la sentencia C-355/06, ya que como lo ha expresado la Corte en múltiples escenarios, “se mantiene incólume el derecho de las mujeres a la IVE y las correlativas obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado y de los particulares que prestan y promueven el servicio de salud debido a que surgen directamente de la Constitución y del bloque de constitucionalidad”^{viii}

Así mismo continúan vigentes el acuerdo 350/2006 y todas las actualizaciones de POS incluyendo la más reciente (acuerdo 008/2009)^{ix} por medio del cual se incluyeron la interrupción voluntaria del embarazo y la aspiración manual endouterina para este fin dentro de los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), garantizando así que se preste el servicio de IVE en cualquier lugar y a todas las personas dentro del país.

La sentencia C-355/06 es el pronunciamiento más importante hecho por un organismo judicial en materia de derechos reproductivos de las mujeres en Colombia. No sólo reconoce que la prohibición absoluta del aborto se constituye en una violación de los derechos fundamentales y la corrige mediante el establecimiento de causales de aborto no penalizadas, sino que además reivindica la autonomía sexual y reproductiva como materialización de la dignidad humana y en este sentido las mujeres como sujetas morales y plenas ciudadanas con total capacidad para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas.

A pesar de los avances legislativos y de la amplitud y alcance de la sentencia C-355/06, el acceso a los servicios de aborto legal en Colombia sigue siendo muy limitado, teniendo en cuenta que las cifras oficiales de abortos legales en los últimos 5 años no sobrepasa los 1000. No obstante, se estima que cada año se realizan en el país más de 400.000⁶ abortos en la clandestinidad poniendo en riesgo la salud y la vida de mujeres, muchas de las cuales, probablemente, se encuentren dentro de las causales de aborto no punible.

Se han identificado múltiples barreras de acceso,^x siendo las más importantes el desconocimiento y la aplicación insuficiente de las causales que llevan a la negación injustificada de los servicios, la solicitud de requisitos adicionales que no contempla la norma y la aplicación inadecuada de la objeción de conciencia.

B. Identificación de las Causales

Con el fin de garantizar el acceso efectivo de las mujeres a la IVE, la sentencia C-355/06 establece los principios con los que se debe llevar a cabo la atención y los elementos que caracterizan a cada una de las causales. Posteriormente, la Corte Constitucional, en vista de las repetidas falencias a nivel práctico en la prestación de los servicios y mediante sentencias de revisión de tutela relacionadas con servicios de IVE, ha aportado elementos muy valiosos para este propósito, estableciendo así reglas jurisprudenciales.

Una de las principales barreras que las mujeres han identificado al intentar acceder a una IVE ha sido la dificultad que manifiestan los(as) profesionales de la salud y judiciales para reconocer y aceptar que su caso se encuentra dentro de las

causales legales, por lo tanto es muy importante hacer una correcta interpretación de las mismas.

Primera Causal: *Peligro para la Vida o la Salud de la Mujer*

En esta causal se debe reconocer el peligro para la salud de forma independiente del peligro para la vida, es decir el peligro para la salud no necesariamente debe coexistir con el peligro para la vida para que se configure la causal. Esta diferenciación fue contemplada por los magistrados al utilizar la conjunción “o” en vez de la “y” entre las palabras vida y salud.

Esta causal parte del derecho a la salud y por lo tanto para su aplicación deben tenerse en cuenta los principios fundamentales que rigen la garantía efectiva de este derecho según el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC)^{xi}:

Respeto de la autonomía para decidir: La Corte Constitucional ha sido clara al respecto, señalando que una vez se reconozca la existencia del riesgo, la decisión de terminar el embarazo depende únicamente de la voluntad de la mujer.

Estándares de bienestar definidos por las mujeres: Por ser las mismas mujeres quienes asumen el riesgo asociado al embarazo, son ellas mismas quienes deben decidir, basadas en sus estándares de bienestar, qué tanto riesgo están dispuestas a correr. No se puede imponer cargas desproporcionadas ni exigir actos heroicos a las mujeres al obligarlas a continuar un embarazo que pone en riesgo su salud o su vida.

Prohibición de poner en riesgo la salud: Las demoras en la atención, pueden resultar en el avance de la edad gestacional, aumentando el riesgo de complicaciones asociadas a la IVE. Así mismo, la negación injustificada de servicios favorece el uso de servicios inseguros que pueden poner en riesgo la salud de las mujeres. La negación del derecho al aborto cuando se cumplen las causales establecidas por la ley también pone en riesgo la salud de las mujeres^{xii}
xiii xiv

Concepto de peligro: El peligro o riesgo para la salud o la vida debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud y en este sentido no puede ser exigible ni la presencia de una enfermedad para determinar que en efecto la salud se ve afectada, ni la concreción de dicho riesgo.

La sentencia no establece como requisito una intensidad determinada de riesgo sino sólo su presencia, ya que de acuerdo con el espíritu de la misma, no se puede exigir a las mujeres que corran de manera obligada ningún riesgo con el objetivo de continuar el embarazo; Es la misma mujer quién, en la presencia de un riesgo, determina la magnitud del riesgo que está dispuesta a correr como

resultado de la continuación del embarazo y por lo tanto si desea terminarlo, o no.^{xv}

Al respecto de la valoración de la intensidad del riesgo, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología se pronunció a través de la Declaración de Santa Cruz en 2002: “Cuando la legislación del país no condena el aborto en los casos de riesgo para la vida y para la salud de la mujer, la opinión de la mujer sobre cuánto riesgo está dispuesta a correr, debe ser el factor determinante en la decisión de interrumpir la gestación”^{xvi}.

De la misma manera no es procedente limitar el riesgo según su inminencia, ya que éste puede hacer referencia a posibles afectaciones en diferentes momentos de la vida de la mujer y no necesariamente de forma inmediata. La continuación del embarazo puede implicar riesgos durante el mismo embarazo, parto o puerperio pero también a mediano y largo plazo, como resultado de asumir la maternidad.

El riesgo puede actuar de diferentes maneras en el proceso salud-enfermedad. Así, cuando se trata de una mujer sana, la continuación del embarazo puede constituirse en un factor de **vulnerabilidad**, aumentando la posibilidad de una afectación en un futuro. Cuando se trata de una mujer con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de **precipitación** de una afectación y por último, cuando se está ante la presencia de una mujer con una enfermedad crónica o aguda, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de **consolidación** de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación o aparición de secuelas o la muerte secundaria a la misma, que, de no estar presente el embarazo o de haberse interrumpido, hubieran podido evitarse^{xvii}.

La estimación del riesgo debe tener en cuenta tanto la experiencia clínica como la evidencia científica disponible y, en todos los casos, debe ser contextualizada e individualizada según la situación particular de la mujer, teniendo en cuenta que la subestimación del riesgo puede acarrear responsabilidad al(a) profesional de la salud¹⁶

Concepto de salud y sus dimensiones: La salud debe ser vista como un estado de bienestar integral, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos y la definición de la Organización Mundial de la Salud acogiendo la definición amplia e integral de la salud en la que ésta se considera como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.

El concepto amplio de salud fue también contemplado en el PIDESC en la observación 14 cuando afirma que el derecho a la salud debe entenderse como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.^{xviii}

Vale la pena aclarar que al adoptar el concepto de salud como un estado de bienestar integral, tanto en el ámbito de la salud física como de la mental, se elimina la necesidad de la presencia, o diagnóstico, de enfermedad mental para considerar que salud de la mujer se ve afectada por el embarazo en miras de una IVE no se requiere de la presencia o diagnóstico de una enfermedad mental para que se considere afectada la salud de una mujer para efectos de la interrupción de su embarazo.

El alcance de la salud mental dentro de la sentencia C-355/06 queda claro desde su inicio al afirmar textualmente: “...esta hipótesis (riesgo para la salud) no cubre exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, a la luz del artículo 12 del PIDESC supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones psíquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica”^{xxix}

En desarrollos posteriores queda evidenciada la importancia de la integralidad del concepto de salud, en especial a través de la sentencia T-585 de 2010 en la que se establece la obligatoriedad de contar en todos los ámbitos de salud con protocolos de diagnóstico rápido que incluyan la valoración de la salud mental para todos aquellos casos en los que los/as profesionales de la salud o las mujeres creen estar frente a un riesgo para la salud o la vida como consecuencia de la continuación del embarazo.^{xx} Esto implica que en la valoración inicial de una mujer que solicita una IVE se debe evaluar su estado emocional y determinar si la continuación del embarazo puede poner en peligro su salud mental entendida ésta como un estado de bienestar y no solo la ausencia de enfermedad.

Cuando existen conceptos previos de psicología sobre riesgo para la salud mental de una mujer, éstos no pueden ser descalificados por parte del/a médico/a que evalúa el riesgo, puesto que los/as profesionales de psicología son reconocidos/as como profesionales de la salud según la ley 1090 de 2006.^{xxi}

Requisitos Legales

El único requisito exigible a las mujeres para acceder a la IVE por esta causal es un certificado médico en el que se expresa la existencia de un riesgo para la salud o la vida de la mujer en caso de continuar con el embarazo. La única exigencia para quién expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión^{xxii} y por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad determinada o que pertenezca necesariamente a una institución o empresa determinada (p ej. La EPS a la que está afiliada la mujer)

El certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir, o no, el embarazo según la ponderación del riesgo por parte del/a profesional de la medicina, sino la confirmación de que en efecto, la hipótesis de la existencia del

riesgo, es cierta. Por lo tanto, cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que éste sea de una intensidad determinada sino sólo de su existencia, es decir, la pregunta que se debe responder en el mismo, es si existe o no el riesgo y no si el riesgo es tal que, en la opinión de quién certifica, se justifica o se autoriza interrumpir el embarazo. Este ejercicio de ponderación, corresponde únicamente a la mujer.

Segunda Causal: *Cuando Exista Grave Malformación del Feto que Haga Inviabile su Vida*

Esta causal se fundamenta en el hecho de que no se puede exigir a las mujeres soportar la carga de un embarazo en términos de riesgo para su salud física y emocional, a sabiendas de la inviabilidad del feto, pues esto significaría someterlas a tratos crueles inhumanos y degradantes que afectarían su dignidad como ya lo ha conceptualizado el Comité de Derechos Humanos de la ONU.^{xxiii}

Esta causal restringe las malformaciones fetales a aquellas que, por su gravedad, hagan que la vida del feto sea inviable, es decir que vaya a morir durante o corto tiempo después del nacimiento. Así mismo descarta cualquier enfermedad o situación que pueda ser curada antes o después del parto. **El único requisito exigible es una certificación sobre la inviabilidad resultante de las malformaciones observadas en el feto la cual debe ser expedida por un médico/a con suficiente información, no necesariamente especialista, al igual que en la causal anterior, bajo estrictos estándares de ética profesional.**

Es muy importante tener en cuenta que existen malformaciones graves que permiten la sobrevivencia por un tiempo corto o incluso prologado de una persona. En estos casos no se constituye esta causal, sin embargo no se puede ignorar la posibilidad de afectación de la salud integral de la mujer como resultado de la continuación del embarazo, constituyéndose, en ese caso, una clara situación correspondiente a la primera causal.

Tercera Causal: *Cuando el Embarazo sea Resultado de Cualquier Forma de Abuso Sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de Inseminación o Transferencia de Óvulo Fecundado no Consentido o de Incesto.*

El consentimiento de la mujer es fundamental para la concepción y al exigírsele la continuación de un embarazo producto de una violación en contra de su voluntad, se vulnera su dignidad al reducirse a un instrumento de la reproducción.

La violencia sexual es una violencia basada en género, que afecta principalmente a mujeres. Para muchas, es muy difícil comunicar que han sido víctimas de violación y es por esto que el personal de salud debe tener especial cuidado en su

atención. Es importante escuchar a la mujer y creer en su relato sin cuestionarla, re-victimizarla o juzgarla.

En muchas ocasiones, el primer contacto de la víctima con el sector salud tiene lugar cuando constata que está embarazada como resultado de la violación. Es importante atender a la mujer de manera oportuna y teniendo en cuenta que está en una situación de fragilidad emocional. La atención debe ser integral, por lo cual debe incluir atención por parte de profesionales de salud mental o ciencias sociales debidamente entrenados cuando haya disponibilidad.

El único requisito que debe cumplir la mujer para acceder a una IVE por esta causal, es la presentación de la copia de la denuncia debidamente formulada. Debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denuncia tal hecho^{xxiv} y por tanto no es procedente por parte del sistema de salud, exigirle que se compruebe el hecho a satisfacción de un/a juez/a ni que demuestre la veracidad de los hechos.^{xxv} Este papel de verificación es absolutamente judicial y en ningún momento puede ser un argumento para obstaculizar la prestación de un servicio de IVE y mucho menos servir como fundamentación para la objeción de conciencia.^{23 xxvi}

Para el caso de las menores de 14 años, se presume el abuso sexual^{xxvii} y la exhibición de la denuncia se constituye en un formalismo que no puede retrasar la atención²⁴. Así mismo, para las mujeres discapacitadas no es exigible la presentación de interdicción, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga desproporcionada que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer que evidentemente ha sido víctima de abuso sexual.^{xxviii}

Se debe tener en cuenta que en Colombia es frecuente el abuso sexual en el marco de las relaciones de pareja y por lo tanto siempre debe informarse a la mujer embarazada sobre la existencia de esta causal de manera que pueda tomar una decisión informada.

La violencia sexual se considera una urgencia, de acuerdo con la definición establecida en el Acuerdo 008 de 2009. Así mismo, la Ley 1146 de 2007 establece que los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual deben ser atendidos como una urgencia médica. La Resolución 1776 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud establece las sanciones por la no adecuada prestación de servicios a las víctimas de violencias sexuales. En general, la atención de víctimas de violencias sexuales, debe hacerse de acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de la Protección Social.^{xxix}

Por último, en los casos en los que existe una coexistencia de causales, como por ejemplo, en el caso de una mujer víctima de violación quien por algún motivo no puede presentar la denuncia (conflicto armado, amenazas u otras) pero evidentemente ve afectada su salud mental, se debe escoger aquella causal cuyos requisitos sean menos gravosos o exijan menos trámites.

En ningún caso puede negarse la interrupción del embarazo por aplicarse otra causal para la que no se cumplen los requisitos pudiendo aplicarse la causal salud.

C. Prácticas Prohibidas y Obligaciones

A pesar de estar sentadas las bases para la garantía del derecho de las mujeres a la IVE desde la sentencia C-355, existen graves problemas de acceso a los servicios de salud y de justicia.

La Corte Constitucional ha identificado prácticas que se han constituido en barreras sistemáticas al acceso de las mujeres a la IVE en el marco de una atención oportuna y dentro de los estándares de calidad que garanticen la protección de la salud y la dignidad de las mujeres.

La evidencia jurisprudencial, reflejada en las sentencias de revisión de tutela posteriores a la sentencia C-355 establecen la prohibición de dichas prácticas, las califica como inadmisibles y por tanto su práctica puede acarrear sanciones legales tanto para las personas como para las instituciones. Algunas de estas prácticas prohibidas son²⁴:

- Imponer requisitos no previstos en la ley: el personal médico o administrativo no puede exigir documentos o requisitos adicionales a los mencionados en el numeral primero, con el fin de abstenerse de practicar o autorizar un procedimiento de IVE ²⁴.
- Exigir dictámenes de medicina forense, órdenes judiciales, exámenes de salud que no sean practicados de manera oportuna.
- Exigir autorización o notificación de familiares o de instancias jurídicas o, en los casos de violencia sexual, exigir pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria, evidencia forense de penetración sexual o pedir que un/a oficial esté convencido/a del abuso sexual.
- Dilatar la prestación de los servicios: El Sistema de Seguridad Social en Salud no puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación del servicio de IVE, como la realización de juntas médicas, de revisión o aprobación por auditores/as que ocasionen tiempos de espera injustificados. ²⁹
- Ser reticentes a cumplir las reglas de referencia y contrareferencia imprescriptibles para atender los eventos, en caso de que la entidad dónde se encuentre la paciente no cuente con disponibilidad para brindar la atención, según la necesidad del caso.

- Aplicar de manera inadecuada la objeción de conciencia (ver anexo 3)
- Suscribir pactos – individuales o conjuntos- para negarse a practicar la IVE.
- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias discriminen laboralmente a sus médicos/as.
- No disponer del servicio de IVE dentro de la red pública de prestadores/as del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal.
- Impedir que las niñas menores de 14 años exterioricen su voluntad y/o consentimiento, cuando sus padres o responsables legales no estén de acuerdo con su decisión.

En conclusión, el sistema de salud y sus actores han adquirido a partir de la sentencia C-355, las siguientes obligaciones en cuanto a la prestación de servicios de IVE:

- Informar a las mujeres sobre las causales legales de aborto, en especial cuando observen la presencia de alguna de ellas.
- Respetar la libertad y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones en cuanto a la continuación o interrupción de su embarazo.
- Garantizar la confidencialidad, intimidad, respeto y guarda del secreto profesional.
- Brindar asesoramiento e información clara, oportuna y veraz sobre el procedimiento de interrupción del embarazo.
- Asegurar la evaluación del estado emocional de la mujer, dentro del proceso de verificación de cumplimiento de los requisitos legales.

El servicio de IVE debe estar disponible para todas las mujeres en todo el territorio nacional, garantizando un número adecuado de proveedores/as y profesionales en todos los niveles de atención (independientemente si son públicas, privadas, laicas o confesionales), que resulte en un servicio universal y oportuno que no discrimine a ninguna mujer y que dé un énfasis especial a los grupos más vulnerables (adolescentes, mujeres desplazadas, víctimas de violencia sexual, minorías raciales, etc.).

D. Bases para el Ejercicio de la Objeción de Consciencia

La objeción de consciencia surge como resultado de un conflicto entre las creencias y la forma de ver la vida de una mujer y su prestador/a de salud, cuando

ella requiere de una interrupción del embarazo y se encuentra dentro de las causales despenalizadas.

Esta situación ya ha sido reconocida y resuelta por la Corte Constitucional, que en su jurisprudencia ha establecido claros lineamientos que buscan proteger al máximo los dos derechos en conflicto.

Las reglas resultan de hacer un ejercicio de ponderación entre los derechos en tensión, de manera que se garanticen tanto los derechos de la persona objetora como los de las mujeres que solicitan el servicio.

Así, el/la profesional de la salud puede o no objetar consciencia, pero si lo hace, su derecho no puede ser ejercido para impedir que la mujer ejerza el suyo, sino que debe garantizar que los derechos de la mujer sean respetados y para tal efecto debe seguir los siguientes lineamientos ampliamente expuestos en la sentencia T-209/2009:

- En situaciones de urgencia, en las que existe peligro inminente para la vida de la mujer y es el/a único/a prestador/a del servicio, no puede alegarse objeción de consciencia, y debe prestarse el servicio en cumplimiento de la obligación última de proteger los derechos fundamentales de la mujer.
- Sólo aplica para la realización directa del procedimiento de IVE es decir, no puede ser ejercida por otro tipo de profesionales que intervienen en el proceso (p. ej. personal de anestesiología, enfermería, jueces/as, etc.), ni para abstenerse de dar información, coartar la voluntad de la mujer o persuadirla de su decisión.
- Implica la obligación de remitir a la mujer a otro/a profesional que no sea objetor/a de consciencia. Para tal efecto, debe conocer de antemano qué colega está dispuesto a proveer abortos en la red de prestación de servicios que corresponde a la mujer según su afiliación al Sistema de Seguridad Social. De la misma manera toda IPS y EPS debe identificar previamente con qué prestadores cuenta para brindar el servicio de IVE.²⁹
- Debe comunicarse de manera individual en un escrito en el que se expongan debidamente los fundamentos. Éstos deben obedecer a convicciones de carácter religioso o moral y en ningún momento pueden basarse en su opinión acerca de si está de acuerdo o no con las razones por las que una mujer decide abortar.
- Sólo se puede ejercer de manera individual y como persona natural ya que sólo el individuo tiene consciencia. No es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, las instituciones y por lo tanto, no pueden existir IPS que presenten objeción de consciencia a la práctica del aborto cuando se reúnan los requisitos legales necesarios.⁶

- Para el caso de jueces/as y funcionarios/as del sector judicial, deben actuar conforme a la Constitución y la Ley, no con base en su propia consciencia, por lo tanto, no pueden alegar objeción de consciencia cuando cumplan sus funciones en casos relacionados con IVE.

En cualquier caso, la objeción de consciencia no puede convertirse en una barrera de acceso a los servicios de IVE ya que estaría vulnerando los derechos fundamentales de las mujeres.

Quien es objetor de consciencia no está excusado de realizar la consulta inicial y tiene el mismo deber de quien no es objetor de informar sobre las causales legales, las opciones y de reconocer el riesgo para la salud y/o la incompatibilidad con la vida del feto.

La jurisprudencia es amplia al respecto y demuestra cómo la aplicación inadecuada de la objeción de consciencia se constituye en una negación injustificada de servicios médicos y puede generar responsabilidad tanto institucional (sentencia T209) como individual, desde el punto de vista disciplinario y ético^{xxx}

III. RUTA DE ATENCIÓN

Además de las características de accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia que debe tener todo servicio de salud, la prestación del servicio de IVE debe caracterizarse por:

- Desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado, dando especial énfasis a la asesoría en anticoncepción.
- Brindarse con respeto por la dignidad de las mujeres y sin discriminación, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables como: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, desplazadas, portadoras de VIH y mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos y mujeres con discapacidad.
- Guardar estrictamente el secreto profesional, mediante el sigilo de la consulta, la confidencialidad del diagnóstico y de toda la información propia de la mujer que se revele como resultado de la atención. De ello se deriva que la información epidemiológica derivada de esta actividad se debe usar única y exclusivamente con fines estadísticos. En el anexo 2 se presenta la codificación correspondiente para ser introducida en el sistema de RIPS.

A. Definición de Competencias por Niveles de Atención

Primer Nivel de Atención (UBA)

Informar a las mujeres sobre las causales legales de aborto, en especial cuando observen la presencia de alguna de ellas, respetar la libertad y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones en cuanto a la continuación o interrupción de su embarazo, brindar asesoramiento e información clara, oportuna y veraz sobre el procedimiento de interrupción del embarazo, asegurar la evaluación del estado emocional de la mujer dentro del proceso de verificación de cumplimiento de los requisitos legales y remitir a las instituciones de la red prestadora de servicio de segundo o tercer nivel de atención acorde a lo establecido en este modelo operativo para la práctica de la IVE.

Segundo Nivel de Atención

El segundo nivel de atención debe ofrecer todos los servicios de aborto delineados y debe estar preparado para atender servicios de IVE en todas las circunstancias y etapas del embarazo. Aunque algunos procedimientos por encima de las 15 semanas se pueden realizar de forma ambulatoria (dilatación y evacuación), debe estar disponible la opción de hospitalización en caso de ser necesario o para el caso de tratamientos por inducción con medicamentos. Así mismo, este nivel debe estar en capacidad de manejar las complicaciones relacionadas con el aborto.

Tercer Nivel de Atención

Los hospitales y clínicas de tercer nivel que estén equipados y cuenten con personal para brindar cuidados obstétricos de emergencia, deben estar preparados para recibir remisiones relacionadas con abortos que realicen los centros de segundo nivel del área de cobertura.

A este nivel deben llegar aquellos procedimientos que por su complejidad (edad gestacional avanzada, enfermedades coexistentes en la mujer, etc.), requieren de un nivel de mayor complejidad. Así mismo debe brindar todo el apoyo al segundo nivel en el manejo de las complicaciones por IVE.

Todos los hospitales y clínicas de tercer nivel deben contar con el personal y la capacidad física para realizar una IVE en todas las circunstancias permitidas por la ley y para manejar todas las complicaciones del aborto inseguro.

La realización de IVE en hospitales universitarios es particularmente importante, para asegurar que un conjunto relevante de profesionales sea competente en la prestación de servicios de aborto durante las rotaciones de entrenamiento clínico.

En cualquier situación en la que sea procedente remitir a una mujer para atención por IVE en otro nivel o en otra institución, es necesario hacer seguimiento del caso, para verificar que se le brinde la atención necesaria y que la remisión sea efectiva.

B. Modelo de Atención

1. Consulta Inicial

Esta consulta se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud en el que ella hace una solicitud de IVE o en la que se identifica una de las causales despenalizadas y, luego de conocer la información, la mujer opta por interrumpir el embarazo. Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina

general o por especialista, y en cualquier caso se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación.

Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, así como los pasos que se siguieron para determinar si se encontraba efectivamente dentro de las causales legales.

Para ello es fundamental una valoración integral de la salud que incluya la mental dando especial importancia a la valoración del estado emocional en toda consulta por embarazo¹⁸. Esta valoración cobra especial importancia cuando durante la anamnesis de cualquier consulta se identifique que el embarazo es no deseado.

La evaluación del impacto del embarazo sobre la salud mental, no necesariamente tiene que ser realizada por un especialista. La Corte Constitucional reconoce la capacidad de cualquier médico/a para valorar este riesgo al no exigir como parte del requisito la certificación por parte de un especialista.

Durante la consulta inicial, se debe establecer si la mujer está efectivamente embarazada y si lo está, conocer el tiempo de gestación y confirmar que el mismo sea intrauterino. Además, se debe establecer el estado general de salud mediante una historia clínica completa.

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga sobre el primer día de la última menstruación, es decir, el primer día de sangrado, y si la menstruación fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y confirmar su correlación con el examen físico ya que en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o si ha presentado sangrados en etapas iniciales del embarazo, es posible que se produzca un error en la estimación de la edad gestacional.

La historia familiar y médica personal de la gestante debe interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones o antecedentes que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir una valoración de sus condiciones psico-sociales previas, así como la posible afectación que el embarazo esté causando en la actualidad. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja.

El examen físico debe ser completo en su aspecto general, pero específicamente debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual.

Si el tamaño uterino es menor al esperado por su amenorrea, puede deberse a un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de última menstruación, a un embarazo ectópico o a un aborto retenido. Un útero mayor al esperado, puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de última

menstruación, un embarazo múltiple, la presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional.

Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero ya que la anteversión o retroversión extrema deben ser reconocidas para evitar complicaciones durante una IVE quirúrgica. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, ya que pueden aumentar el riesgo de una infección posaborto, si no son tratadas antes del procedimiento.^{xxxii}

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es VIH positiva, puede necesitar orientación especial en cuanto a las particularidades de la transmisión materno-perinatal.

Ningún examen paraclínico es un requisito universal para la prestación de los servicios. No obstante, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer, y en los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias por si eventualmente se presenta una hemorragia.

Si la gestante es O- y no es posible obtener el Rh del varón o este es O+, debe optarse por la administración de la Gammaglobulina Humana Anti D.

Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH, dejando claro que es voluntaria pero que se recomienda su realización a todas las mujeres embarazadas. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis.

En ningún caso estas pruebas pueden constituirse en una barrera de acceso al procedimiento de IVE.

Cuando existan dudas sobre la localización o multiplicidad del embarazo, puede ser de ayuda una ecografía, sin embargo ésta o cualquier otro paraclínico debe realizarse de forma prioritaria para no dilatar el procedimiento.

La exploración ecográfica no es necesaria para la realización de un aborto de primer trimestre. En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede ser de utilidad en la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos/as profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE.

En aquellos lugares donde se utilice la ecografía se deberá, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadamente aquellas mujeres que buscan un aborto de aquellas que reciben cuidados prenatales y establecer con el

personal que realiza la ecografía estrategias para no exponer a la mujer a la visión de la gestación a menos que ella así lo desee^{xxxii}

Si se sospecha un embarazo ectópico ya sea porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado y en casos avanzados, mareos, desmayos, palidez o masa anexial, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE y la mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y medición de fracción Beta de Gonadotrofina Coriónica humana (β -hCG).

Enrutamiento hacia la IVE

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa se debe determinar si efectivamente el caso de la mujer está dentro de las causales definidas por la sentencia C-355.

Un(a) profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales y verificar el cumplimiento de los requisitos e incluso expedir las certificaciones pertinentes (riesgo para la salud o malformación no viable).

Para los casos de violación debe indicarse claramente a la mujer cómo y en dónde presentar la denuncia si aún no lo ha hecho, y para los otros casos, debe expedirse el certificado correspondiente.

En los casos en que el/a prestador/a tenga dudas y vea necesaria la valoración por especialista o por psicología, debe iniciarse la remisión de manera prioritaria, ya que la dilación en estas valoraciones determina un aumento del riesgo asociado a la IVE a medida que aumenta la edad gestacional.

Idealmente los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel en el que la mujer consulta pero esto requiere personal capacitado, ya sea en técnicas quirúrgicas o aborto con medicamentos, por lo tanto si es necesario, se deben iniciar los trámites de remisión, teniendo en cuenta la disponibilidad y la oportunidad del servicio.

De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujeción a la disponibilidad de citas por consulta externa en los lugares en los que la oportunidad sea prolongada y por lo tanto las remisiones deben hacerse a través de la red de urgencias o prioritarias.

2. Orientación

Después de la valoración clínica, a toda mujer que opta por una IVE se le debe ofrecer una orientación que en ningún momento es obligatoria ni se constituye en un prerrequisito. Tampoco puede dilatar la atención. Comúnmente esta orientación es brindada por profesionales de psicología o de trabajo social, pero puede ser brindada por cualquier profesional de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos y debe incluir una asesoría en anticoncepción.

El asesoramiento pretende acompañar a la mujer frente a su situación actual desde una perspectiva de derechos, creando condiciones que faciliten decisiones sexuales y reproductivas a través del apoyo emocional, la reflexión y la información de acuerdo a su necesidad y contexto, como un ejercicio de autonomía y libertad.

El apoyo emocional permite validar las emociones que acompañan el significado de la situación o la decisión. La reflexión supone plantear alternativas frente a la situación y a las opciones de tratamiento, articulando la información caracterizada por ser completa, precisa y comprensible en condiciones de calidez, respeto, privacidad y confidencialidad.

En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que se constituye en una oportunidad para la mujer de hablar sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual y sobre sus condiciones particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y qué alternativas existen para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, sus valores, creencias y sentimientos.

En ningún momento la orientación debe buscar imponer valores o creencias. Ni tampoco pretender imponer o cambiar la decisión de la mujer. Tampoco busca aconsejar, juzgar o adoctrinar. En este sentido es muy importante la reflexión personal de quién hace la orientación en cuanto a sus propias valoraciones en lo sexual y reproductivo, para que no interfieran en el ejercicio de la autonomía de las mujeres y/o sus acompañantes.

Esta orientación se debe llevar a cabo de manera estructurada y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia.

La orientación debe ser proporcionada en un ambiente de estricta privacidad y debe garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de la misma. El temor a que la confidencialidad no se mantenga, desestimula a muchas mujeres (en particular a adolescentes y solteras), a buscar servicios de salud y puede llevarlas a servicios clandestinos y peligrosos o a una autoinducción del aborto.

Sólo si la mujer explícitamente aprueba el acompañamiento en la consulta de su compañero, padre, madre o cualquier otra persona que no es esencial para asegurar un cuidado seguro y apropiado, se puede invitar a dichas personas; de lo contrario, dicha consulta constituye una ruptura seria de la confidencialidad. De otro lado, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer para fortalecerla.

Durante la orientación deben tenerse en cuenta los siguientes elementos:

- Revisión de la Toma de la Decisión

Incluye: apoyo emocional, identificación y movilización de conflictos. Deben identificarse los conflictos espirituales y emocionales que pueda estar enfrentando la mujer y que dificulten la elaboración de la vivencia. Así mismo debe identificarse cualquier tipo de coerción o situación de vulnerabilidad que necesite ser apoyada de manera particular. En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja u otro miembro de la familia para realizar una IVE .

Las adolescentes y las mujeres infectadas por VIH pueden ser particularmente vulnerables a dichas presiones. Todas las mujeres que se sabe están infectadas por el VIH, deben conocer los riesgos del embarazo para su propia salud y los riesgos de transmisión del virus a su hijo(a). También deben saber qué tratamientos existen para ellas y para prevenir la transmisión materno-perinatal, a fin de poder tomar una decisión fundamentada sobre seguir con el embarazo o interrumpirlo.

Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer a solas, o derivarla para asesoramiento adicional. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberá remitirla para un apropiado asesoramiento y tratamiento después de la IVE. Se debe asegurar que todo el personal sepa de la disponibilidad de dichos recursos en el sistema de salud y en la comunidad.

- Información y Elección del Procedimiento

Debe tenerse en cuenta la aclaración de temores y dudas, y responder las preguntas mediante un lenguaje claro, sencillo y pertinente, y asegurarse de la comprensión de la mujer.

Toda paciente debe conocer las alternativas a la IVE como la continuación del embarazo y la adopción, que deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial.

Quién realiza la orientación debe estar en la capacidad de dar información pertinente y realista sobre los procedimientos y si es posible, favorecer el derecho

de la mujer a decidir entre un tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo a sus necesidades, deseos, edad gestacional, condición médica y los potenciales factores de riesgo.

La información mínima que la mujer debe recibir sobre la IVE incluye:

- Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada uno de ellos.
- Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento quirúrgico o con medicamentos y el tiempo que tomará cada uno.
- Lo que puede esperar después del procedimiento: el retorno de la fertilidad, cuándo podrá retomar su actividad normal, incluso las relaciones sexuales y los cuidados que debe tener posteriormente, incluida la anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

- Cuidados Especiales para Mujeres Víctimas de Violación

Las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación necesitan un tratamiento particularmente sensible, y todos los niveles del sistema de salud deben poder ofrecer un cuidado y apoyo apropiados.

El manejo general de las sobrevivientes a una violación, incluye el cuidado físico y psicológico, la profilaxis y/o tratamiento de ITS, según el momento de contacto con los servicios médicos, la recolección de evidencia forense como el tejido embrionario o fetal, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento, conforme a lo establecido en la Guía para la atención de la mujer y el menor maltratado, establecido por Resolución 412 de 2000 y las normas posteriores que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

- Consideraciones Especiales para Adolescentes

Las adolescentes generalmente carecen o no tienen conocimiento claro sobre la sexualidad, cómo ocurre un embarazo, cuáles son los signos de un embarazo y las ITSs.

En particular, las adolescentes jóvenes y las solteras pueden tener dificultad para admitir abiertamente que han tenido relaciones sexuales y por lo tanto la posibilidad de un embarazo. Así mismo pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con los/as adultos/as y en acceder y utilizar los servicios de

salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Es por ello que las adolescentes necesitan un ambiente de apoyo, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas, sin ser juzgadas ni acalladas.

El personal de salud debe procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y en el marco del respeto de sus derechos. Esto incluye una especial habilidad para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración.

Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que el personal de salud garantice claramente la confidencialidad, asegurando a las adolescentes que no se compartirá la información de su consulta con nadie.

3. Procedimiento

a. Elección de la Técnica según Edad Gestacional

Las técnicas para IVE pueden clasificarse en técnicas quirúrgicas y técnicas con medicamentos. En los lugares en los que están disponibles las dos técnicas y no hay restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer debe poder elegir libremente entre el tratamiento quirúrgico y el médico de acuerdo a las opciones según la edad gestacional.

Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación:

- Métodos Quirúrgicos: el método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La dilatación y el curetaje (D y C) sólo debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos sea posible y no debe considerarse como método de elección ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos.³³
^{34 35} La aspiración se puede realizar incluso hasta la semana 15 por parte de personal con la capacitación y experiencia necesaria y con las cánulas adecuadas.
- Métodos con Medicamentos: la interrupción del embarazo con medicamentos involucra el uso de preparados con acción oxitócica que causen contracciones uterinas, dilatación cervical y el aborto. Hasta las 9 semanas completas de gestación se pueden administrar medicamentos de forma ambulatoria. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud incluye un régimen

combinado con Mifepristona y Misoprostol; sin embargo, dado que en Colombia no se dispone aún de la Mifepristona, se deben adoptar esquemas de sólo Misoprostol. El uso de métodos médicos de IVE requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de remisión oportuna.

Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación:

- Métodos Quirúrgicos: el método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (D y E), usando aspiración y pinzas. La dilatación y evacuación ha demostrado ser el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos para procedimientos de evacuación por encima de las 12 semanas, siempre y cuando se cuente con el entrenamiento necesario.^{36 37 38 39}
- Métodos con Medicamentos: el régimen recomendado es con Mifepristona seguida de dosis repetidas de una prostaglandina o análogos, como el Misoprostol. Pueden usarse también esquemas con Misoprostol sólo en dosis repetidas hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Después de la expulsión, en algunos casos puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina, si por juicio clínico la evacuación no ha sido completa.

Una variedad de situaciones hace surgir la necesidad de servicios de IVE en etapas más avanzadas del embarazo, y todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de llevar a cabo la IVE en etapas más avanzadas de una manera segura.

Algunas mujeres, en especial las más vulnerables como por ejemplo las adolescentes, no pueden acceder a obtener cuidados tempranos de salud sexual y reproductiva. Esto puede deberse a ignorancia acerca de los requerimientos para la realización de una IVE, falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones irregulares, ambivalencia inicial con relación a hacerse una IVE, preocupaciones sobre la salud que surgen después del primer trimestre, conflictos familiares o procedencia de zonas en conflicto armado, diagnóstico tardío de malformaciones fetales, mujeres en las que el riesgo para su salud aparece en etapas tardías del embarazo, etc.^{40 41 42 43 44 45 46}

Es por ello que estas mujeres requieren de una atención prioritaria, encaminada a disminuir los riesgos asociados con la edad gestacional avanzada mediante las técnicas adecuadas y por personal capacitado específicamente en terminación del embarazo más allá del primer trimestre, incluyendo la dilatación y la extracción, la inducción con medicamentos y, en los casos que superan el límite de la viabilidad (sobre las 24 semanas), las técnicas aceptadas de inducción de muerte fetal.

b. Consentimiento Informado

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE no constitutiva del delito de aborto, para el cual debe haber recibido información clara, real y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.

La IVE requiere del consentimiento informado de las mujeres, incluidas las mayores de catorce años. Esta decisión debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la prestación de dichos servicios, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, tratándose de menores de catorce años, personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, la IVE requerirá la autorización de padres, tutores/as o allegados/as, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

En todo caso se procurará conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años, lo cual sería a todas luces, inconstitucional.⁶

Sin excepción, la información y la orientación durante el proceso de atención deberán garantizar el ejercicio autónomo de los derechos fundamentales de la mujer, protegidos por la sentencia C-355/06.

En el Anexo No. 3 se sugiere un modelo de consentimiento informado, el cual puede ser acogido o no por los servicios de salud. En todo caso, el formato que adopten deberá guardar estricta sujeción a lo consignado en este numeral.

Antes de la realización del procedimiento quirúrgico o de la entrega de los medicamentos, el personal de salud debe cerciorarse que la mujer no sólo ha firmado el consentimiento, sino que además lo entiende a cabalidad y que todas sus dudas y preguntas han sido resueltas.

c. Interrupción del Embarazo

i. Tratamiento Quirúrgico:

Preparación Previa

- Por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se puede lograr con dilatadores osmóticos o mecánicos, sin embargo, la preparación cervical hace que el procedimiento de dilatación sea mucho más fácil y rápido, y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en IVE, en cualquier edad gestacional, especialmente en todos los casos de 12 semanas o más. La preparación cervical previa a la IVE quirúrgica también puede ser especialmente beneficiosa en casos de anomalías cervicales o cirugías previas y en mujeres adolescentes.^{47 48 49 50}
- El esquema ideal consiste en la administración de Misoprostol, 400 mcg vía sublingual dos a tres horas antes del procedimiento o vía vaginal tres a cuatro horas antes del procedimiento. Esta dosis de preparación no busca dilatar el cérvix, ni mucho menos causar la expulsión, sino, como su nombre lo indica, preparar el cérvix reblandeciéndolo de tal manera que se facilite la dilatación. La administración previa de Misoprostol también ha demostrado disminuir la pérdida sanguínea durante el procedimiento, así como el riesgo de hemorragia.⁵¹
- Teniendo en cuenta que la aspiración debe realizarse idealmente bajo bloqueo paracervical, es adecuada la administración previa de analgésicos tipo AINES. Esta conducta ha demostrado reducir el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es de ibuprofeno, 800 mg vía oral media hora antes del procedimiento.
- Existe suficiente evidencia que demuestra que la administración profiláctica de antibióticos reduce hasta en un 40% el riesgo de infección.⁵² El esquema más recomendado es la doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas, iniciando desde antes del procedimiento y hasta 5 días después del procedimiento. Otros esquemas que han demostrado ser efectivos son metronidazol un gramo intrarectal o tinidazol, dos gramos vía oral antes del procedimiento.^{53 54}

Evacuación Uterina

Aspiración al Vacío:

La aspiración al vacío es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta 12 semanas completas y por esta razón será el procedimiento que se describirá en detalle en la presente guía.

Algunos/as profesionales, dependiendo de su entrenamiento, experiencia y cada caso en particular, tienen la capacidad de realizar la aspiración al vacío hasta 15 semanas completas. La alta eficacia de la aspiración al vacío ha sido probada en varios ensayos clínicos controlados. Se han reportado tasas de IVE completa entre 95% y 100%⁵⁵. El uso de aspiración eléctrica o manual tiene la misma efectividad.

La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiración al vacío eléctrica utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiración manual endouterina (AMEU), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico (jeringa de Karman) de 60 ml sostenido y activado con la mano.

Existen aspiradores con cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 14 mm de diámetro.

Dependiendo de la duración del embarazo, la IVE mediante aspiración al vacío toma entre 3 y 10 minutos y se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia para cervical. No requiere necesariamente de una sala de cirugía, ni de un área estéril mientras se sigan las normas de la técnica de "No tocar". (Ver recuadro).

Técnica de No Tocar: tratándose de un procedimiento ambulatorio ejecutado a través de la vagina, en la cavidad uterina, donde no es necesario buscar y sí difícil lograr un campo totalmente estéril, mejor que la técnica tradicional de "campo estéril", es la técnica de NO TOCAR, la cual consiste en no tocar con superficies no estériles los instrumentos estériles que van a ser introducidos en la cavidad uterina, como por ejemplo la punta de la cánula y de los dilatadores. Como medida de bioseguridad, el personal que hace el procedimiento debe utilizar equipo de protección (guantes de examen y protector de mucosa conjuntival, nasal y oral o careta protectora).

Por ser un procedimiento que se lleva a cabo por lo general en una mujer consciente, es fundamental que se le brinde acompañamiento durante todo el proceso por parte de una persona capacitada para ello, que puede ser del área de enfermería. Este acompañamiento busca brindar un apoyo emocional que facilite el control del dolor y de

la experiencia por parte de la paciente, pero de ninguna manera excluye la necesidad de apoyo analgésico farmacológico.

Desde el punto de vista médico, el procedimiento debe llevarse a cabo siguiendo los siguientes pasos básicos:

- Examen Pélvico Bimanual: para confirmar el diagnóstico, posición y tamaño uterino.
- Realizar asepsia y antisepsia vaginal y cervical con una solución antiséptica de yodopovidona o de clorhexidina.
- Pinzamiento cervical con tenáculo, para disminuir la molestia asociada al pinzamiento y a la tracción; el pinzamiento se debe realizar de manera lenta y suave con la opción de hacer toser a la paciente para disminuir la sensación de dolor.⁵⁶ Debe abarcarse la mucosa y parte de estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarro de la mucosa al ejercer tracción. También puede ser útil la aplicación de anestesia local en el sitio de pinzamiento.^{57 58}
- Bloqueo paracervical: El bloqueo paracervical podría disminuir el dolor asociado al procedimiento, en especial a la dilatación. Se han descrito muchas técnicas pero la más utilizada es la inyección de 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnix vaginales aproximadamente en los puntos 4-5 y 7-8, tomando como referencia la circunferencia de un reloj en forma profunda), repartiendo la dosis total de forma equitativa en los dos puntos. Siempre debe tenerse la precaución de inyectar con lentitud y aspirando previamente para evitar la inyección intravascular. Se debe esperar entre dos y tres minutos después de la infiltración para permitir el inicio de la acción anestésica.^{59 60 61 62 63 64} Las ventajas de usar un bloqueo paracervical incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al/a profesional sobre problemas que puedan surgir. En los casos en que para la usuaria sea difícil manejar el procedimiento bajo anestesia local o cuando ella lo solicite y esté disponible, se puede realizar la evacuación de la cavidad uterina con sedación consciente, con los requisitos que requiere esta intervención. La anestesia general no se recomienda para procedimientos de IVE, ya que aumenta el riesgo de hemorragia, de perforación y de complicaciones anestésicas.^{65 66 67}
- Dilatación Cervical: de ser necesario, se debe dilatar el cuello mediante la inserción suave, no forzada de dilatadores mecánicos (plásticos de Denniston o metálicos de Hegar) de manera consecutiva empezando con el de menor calibre hasta alcanzar un diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de edad gestacional calculadas o un número más, si se prevé alguna dificultad para

pasar la cánula. El dilatador debe guiarse en dirección al fondo uterino tomando como guía la posición uterina que se ha determinado previamente durante el examen bimanual y de la cual no debe existir duda, así como la dirección que ofrezca el canal cervical al avanzar el dilatador, tratando de “sentir” con los dedos, los cambios de dirección del conducto cervical. El dilatador debe insertarse sólo hasta sobrepasar levemente el orificio cervical interno para evitar una perforación uterina o falsa ruta. Si no es posible realizar la dilatación por dificultad en la inserción de los dilatadores, por ejemplo por estenosis o fibrosis cervical o deformidades del cérvix, se debe reintentar luego de dos horas de administrar Misoprostol 400 mcg sublinguales.

- **Succión:** introducir suavemente en la cavidad uterina una cánula (flexible o rígida) de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas gestacionales calculadas (ej. Cánula número 7 para embarazo de 7 semanas). Una vez identificado el fondo uterino por la resistencia al paso de la cánula, verificar la Histerometría mediante las marcas en la cánula y empatar el instrumento de succión ya sea a la jeringa de Karman creando vacío dentro de la misma previamente o a la succión eléctrica. Luego se debe activar la succión abriendo las válvulas de la jeringa o activando la succión eléctrica y realizando movimientos con la cánula de rotación en un sólo sentido y posteriormente longitudinales, recorriendo la cavidad uterina desde el fondo hasta el orificio cervical interno, teniendo en cuenta que siempre se debe seguir el mismo sentido y haciendo giros del tamaño de la ventana de la cánula de 45° de rotación para evitar que se deje de revisar alguna superficie.
- **Finalización:** para terminar la succión se debe evaluar la presencia de signos de evacuación completa consistentes en el cese de paso de tejidos y en su lugar, de burbujas a través de la cánula y la sensación táctil y auditiva típica de que se ha desprendido el tejido “liso” correspondiente al tejido decidua y que se toca una superficie “áspera”.
- Al terminar la succión, se debe verificar la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo o pinza usada para fijar el cuello uterino. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa o con una pinza hemostática.
- Si la paciente lo ha elegido, se aplica en este momento el DIU (dispositivo intrauterino) recortando los hilos a 15 - 20 mm del orificio cervical externo.
- **Revisión del Tejido:** es de gran importancia revisar el tejido obtenido en la succión para confirmar la presencia del saco gestacional con sus vellosidades características y/o del tejido embrionario o fetal completo acorde a la edad gestacional. Es preferible examinar el tejido colocándolo en flotación en un recipiente transparente con luz por debajo de éste, para observar mejor el

material. Si no se observan los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y se debe iniciar un proceso diagnóstico para descartar esta entidad. El análisis rutinario del material evacuado por un laboratorio de patología no es esencial, sin embargo se realiza en caso de sospecha de enfermedad trofoblástica o debe ingresar a la cadena de custodia para estudio genético, si es el caso. De lo contrario se debe seguir la ruta establecida para el manejo de los residuos biológicos.

Legrado:

El legrado uterino requiere, al igual que la aspiración, la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos, pero utiliza curetas metálicas fenestradas para raspar las paredes uterinas por lo que es menos seguro que la aspiración al vacío⁶⁸ y considerablemente más doloroso para la mujer.³³ Desde hace varias décadas se ha reconocido que las tasas de complicaciones mayores se presentan dos a tres veces más cuando se usa el legrado en comparación con la aspiración al vacío.^{69 70}

Un ensayo clínico controlado que comparó el legrado con la aspiración al vacío, reveló que hasta 10 semanas desde la fecha de la última menstruación, la aspiración al vacío es más rápida y se asocia con menor pérdida sanguínea.⁷¹ También se ha demostrado que la aspiración endouterina tiene un mejor nivel de aceptabilidad y de satisfacción por parte de las mujeres que obtienen el servicio.

Por recomendación de la Organización Mundial de la Salud: “En aquellos lugares donde la práctica corriente es la D&C, todos los esfuerzos deben estar dirigidos a reemplazarla por la aspiración al vacío”

Evacuación Uterina mediante Dilatación y Evacuación (D y E):

La dilatación y evacuación (D y E) es utilizada desde las 12 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares en donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos de más de 15 semanas. Existe suficiente evidencia científica que demuestra que este procedimiento tiene un riesgo menor de complicaciones que la inducción con Misoprostol.^{41 72}

La D y E requiere la preparación cervical con Mifepristona o una prostaglandina como el Misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar. Se debe dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas.

Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.^{73 74} Si bien no es esencial, muchos/as profesionales encuentran útil la utilización de ecografía durante el procedimiento de D y E.

El control de dolor puede realizarse con bloqueo paracervical y analgesia, sin embargo, los lugares que ofrezcan estos procedimientos deben estar equipados y contar con personal entrenado para administrar, de ser necesaria, sedación consciente o profunda.

La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos. Por lo general, el procedimiento de D y E tarda alrededor de 30 minutos o más, dependiendo de las particularidades de cada caso.⁷⁵

Recuperación y Salida

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general son necesarios períodos más largos de recuperación cuando se ha administrado sedación o anestesia general.

Durante el período de recuperación posterior a un aborto realizado quirúrgicamente, el personal de salud debe brindarle a la mujer comodidad, apoyo y monitorizar su recuperación. Se debe vigilar el nivel de dolor y se deben administrar analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando éste se encuentre dentro de lo normal o debe alertar en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando éste sea mayor al usual.

A pesar que la evidencia no es concluyente, ante el riesgo de isoimmunización, se debe administrar inmunoglobulina anti D a toda aquella mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado en dosis de 50 mcg para usuarias con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más⁷⁶.

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes, sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, pero incluso puede durar hasta 4 semanas.

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y que por tanto es necesario usar un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede

retomar sus actividades y responsabilidades habituales en el transcurso de horas o días.

Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos compresas sanitarias empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas. Se debe asignar una cita de control entre 7 y 15 después del procedimiento.

ii. Tratamiento con Medicamentos

Se ha demostrado que los métodos médicos de aborto son seguros y efectivos.^{77 78 79} En Colombia, a la fecha, no existe registro para la Mifepristona a pesar de ser el medicamento de elección recomendado por la Organización Mundial de la Salud. El uso de Mifepristona aumenta de manera considerable la efectividad del tratamiento, reduce la incidencia de efectos secundarios y disminuye el tiempo de tratamiento.

El Misoprostol cuenta en Colombia con registro como medicamento oxiótico para varios usos obstétricos y específicamente con indicación para la IVE en los casos despenalizados⁸⁰.

Los regímenes a elegir deben tener en cuenta los medicamentos disponibles y la edad gestacional. Por su importancia, incluimos en la presente guía los esquemas con mifepristona. (Tabla No 2)

Tabla No 2. Regímenes para IVE con Medicamentos

Embarazos hasta 9 semanas : ambulatorio
Mifepristona 200 mg vía oral seguido de Misoprostol 800 mcg vía sublingual o vía vaginal 36 a 48 horas después.
Misoprostol 800 mcg sublingual cada tres horas por tres dosis.
Embarazos entre 9 y 11 semanas: bajo investigación.
Embarazos mayores de 12 semanas: bajo supervisión hasta la expulsión.
Mifepristona 200 mg vía oral seguida a las 36 a 48 horas de dosis repetidas de Misoprostol de 400 a 800 mcg cada 4 horas según la edad gestacional hasta un máximo de 4 dosis (bajo supervisión)
Misoprostol solo: dosis inicial de 400-600 mcg vía vaginal para gestaciones entre 12 a 15 semanas y 200-400 mcg para gestaciones mayores de 15 semanas, repetir la dosis cada 3 a 4 horas hasta completar 5 dosis o hasta lograr la expulsión. Si no se logra en el primer día de tratamiento, reiniciar al día siguiente. ⁸¹

Antes de iniciar el tratamiento, se debe dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos y lo que debe esperar del mismo.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas. El personal de salud debe asegurarse que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten. La información debe incluir como mínimo:

Efectividad del Tratamiento:

La tasa de efectividad del tratamiento con Mifepristona y Misoprostol está alrededor de 94%^{82 83 84} y la del Misoprostol sólo varía entre 70 y 85% dependiendo de la dosis y la ruta, siendo la más alta la observada con el esquema recomendado en este protocolo.⁸⁵

La efectividad en procedimientos de segundo trimestre es mucho mayor y asciende a cerca del 100% cuando se usan dosis repetidas de Misoprostol con las dosis e intervalos adecuados (ver tabla 2).⁸⁵

Posibilidad de requerir Aspiración Uterina:

Varía según el esquema de tratamiento, siendo tan baja como 6% para la combinación Mifepristona-Misoprostol y hasta 23% para los otros regímenes.

La mayor parte de las veces, la evacuación se debe llevar a cabo por aborto incompleto o retenido y muy rara vez por la continuación del embarazo, que en promedio sucede aproximadamente en 0,5% de los casos cuando se usa Mifepristona⁸⁴ y 4% a 6% cuando se usa Misoprostol solo.

Muy excepcionalmente se requiere de aspiración urgente por sangrado excesivo (menos de 1% de los casos) y por esta razón es importante que la mujer tenga información sobre dónde acudir las 24 horas o que los mecanismos de referencia y contrareferencia se pongan a su disposición en caso de ser necesario. La posibilidad de requerir un procedimiento adicional luego de la expulsión cuando se trata de embarazos de 12 semanas o más, depende del criterio clínico y aumenta con la edad gestacional.

Efectos Esperados:

Inicio y duración del sangrado y de la expulsión del producto de la concepción: para el caso de los embarazos menores de 9 semanas, por lo general se presentará dentro de las tres primeras horas después de recibir el Misoprostol ya sea en caso de usarse el protocolo con Misoprostol solo o asociado a Mifepristona, un sangrado mayor al de una menstruación que alcanzará un máximo durante la expulsión y luego

disminuirá hasta hacerse escaso y durará entre 6 y 38 días, en promedio dos semanas^{86 86}, siendo diferente la respuesta en cada usuaria. Se puede presentar expulsión de coágulos y restos ovulares, y si la edad gestacional está entre 7 y 9 semanas se puede observar el producto de la concepción.⁸⁷

Para el caso de embarazos mayores de 12 semanas, el proceso es muy variable y fluctúa entre 6 y 36 horas con un promedio de 10 horas que aumenta de forma proporcional al número de semanas de edad gestacional. En promedio la expulsión se ha logrado en 84% de los casos dentro de las 24 horas cuando se usa Misoprostol solo.⁸⁸

Se deben dar indicaciones claras de consultar en caso de presentar sangrado abundante y persistente (empapar dos toallas higiénicas por hora durante más de 2 horas), presentar sangrado persistente durante varias semanas, o sentirse mareada o débil durante la recuperación.

Dolor Abdominal: inicia luego de la toma del Misoprostol en cualquiera de los dos protocolos, usualmente es tipo cólico y de una intensidad mayor que el menstrual. En el caso de embarazos menores a 9 semanas, se controla con anti-inflamatorios no esteroideos que deben ser formulados para su uso en dosis máxima durante las horas que preceden a la expulsión.

Un régimen apropiado debe contemplar una dosis inicial alta previa al inicio del tratamiento para seguir con dosis frecuentes sin sobrepasar la dosis máxima segura en las siguientes 24 horas, como por ejemplo 800 mg de ibuprofeno una hora antes del inicio del Misoprostol, seguido de 400 mg de cada tres o cuatro horas sin sobrepasar la dosis máxima segura de 3,2 gramos en 24 horas^{89 90}. Para el caso de terminaciones supervisadas de mayor edad gestacional se recomienda el uso de opiáceos e incluso analgesia mediante bloqueo regional según la necesidad.

Retorno de la Fertilidad: se debe informar que la menstruación se presentará entre 30 a 50 días después del tratamiento con tendencia a tiempos mayores luego de procedimientos de segundo trimestre; sin embargo, la ovulación puede ocurrir tan pronto como 8 días después de la terminación del embarazo incluso de más de 12 semanas.

Efectos Colaterales:

Tres de cada cuatro usuarias pueden presentar efectos colaterales luego de la toma de Misoprostol, por lo tanto se debe informar claramente que lo más probable es que existan uno o más de los siguientes síntomas:^{84 85 86}

Náusea y Vómito: luego de la toma de Mifepristona se puede experimentar náuseas hasta en la mitad de las pacientes y vómito hasta en el 23%. Dentro de las primeras 4

horas después de iniciar el Misoprostol, hasta el 30% pueden experimentar náuseas o vómito, que son fácilmente controlables con antieméticos.

Fiebre y Escalofrío: se desarrolla fiebre mayor de 38 °C en promedio en un 15 a 20% de las pacientes durante las primeras 24 horas luego de la administración de Misoprostol y no es indicativa de infección. Para controlarla se pueden usar antipiréticos. El escalofrío suele ser más frecuente y se presenta en alrededor del 30 a 43% de las pacientes⁹¹. Si la fiebre y el escalofrío persisten por más de 24 horas después de haberse aplicado el Misoprostol, la usuaria debe asistir a control en forma inmediata.

Diarrea: se asocia al uso de misoprostol y en promedio ocurre entre un 13% y un 25% de las pacientes y generalmente desaparece el mismo día. Su aparición e intensidad es muy variable y en algunas series puede ser tan frecuente como 50% dependiendo de la dosis y la ruta usada, siendo más frecuente cuando se usa por vía oral.

Cefalea: Es poco frecuente pero puede experimentarse luego de la Mifepristona por el 13% de las mujeres o luego del Misoprostol por el 17%.

La Mifepristona está contraindicada en caso de porfiria o de falla suprarrenal crónica y debe ser usada con precaución en mujeres que usan terapia corticoide de largo plazo.

No son contraindicaciones para el tratamiento con medicamentos: la miomatosis uterina, la estenosis cervical, el antecedente de conización cervical y las malformaciones uterinas,^{92 93} ni el antecedente de cesárea tanto para casos de primer como de segundo trimestre.^{94 95 96 97}

Si existe un DIU in situ, éste se debe retirar antes de iniciar el tratamiento, previa exclusión de la posibilidad de un embarazo ectópico.

Se debe administrar inmunoglobulina anti D a toda aquella mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis de 50 mcg para usuarias con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más.⁹⁸

Para el caso de IVE mayores a 12 semanas mediante inducción con medicamentos, no se debe hacer evacuación quirúrgica de rutina si no hay evidencia o sospecha de estar retenida.^{99 100 101} En una investigación que incluyó abortos por encima de las 12 semanas, de gestación, se demostró que hubo evacuaciones innecesarias y que la evacuación uterina de rutina en estas pacientes, no disminuyó las tasas de sangrado o necesidad de intervención quirúrgica posaborto.¹⁰²

Tanto para el caso del tratamiento con medicamentos como el quirúrgico es absolutamente inadecuado y violatorio de los derechos de las mujeres obligarlas a mirar, conservar o disponer del producto de la concepción.

4. Control y Seguimiento

El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, confirmar la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, éste debe iniciarse en ese momento. También debe ofrecerse la citología cérvico - vaginal si se encuentra fuera del esquema de tamizaje o si es tiempo de su realización.

En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Para ello, se debe interrogar sobre las características del episodio de sangrado y la desaparición de los síntomas de embarazo, evaluar los signos vitales y los signos físicos de tratamiento exitoso como involución uterina y cérvix cerrado. Evaluar las características del sangrado, si aún está presente.

En general las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con una alta precisión. Un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen.

Cuando no se ha presentado sangrado o éste fue escaso, o cuando persiste un sangrado importante hasta el día de control o los síntomas de embarazo aun están presentes y al examen físico se encuentre un útero aumentado de tamaño o el cuello abierto, se debe sospechar una falla del tratamiento o un aborto incompleto que se debe confirmar por ecografía.

En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración.

En caso de sospecharse aborto incompleto por dolor o sangrado persistente, es adecuado ofrecer la opción de aspiración o de una nueva dosis de Misoprostol de 800 microgramos por vía sublingual.

La visita de control es una oportunidad para hablar con la mujer sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen una IVE por razones médicas o por violación, pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear orientación adicional.

Las mujeres que no tienen antecedente vacunal, deberán recibir después de la IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/rubéola.

5. Asesoría Anticonceptiva

a. Particularidades en el contexto de la IVE

Un componente esencial de la prestación de servicios de IVE comprende la asesoría para el inicio de un método anticonceptivo. Esta asesoría debe tener lugar en lo posible durante la orientación si el/la profesional está capacitado/a, y en todo caso durante la consulta médica inicial y antes del egreso luego de un procedimiento ambulatorio u hospitalario. Aunque la cita de control es un momento pertinente para la realización de esta asesoría, se deben agotar todos los esfuerzos necesarios para que la asesoría y el inicio de un método no se pospongan hasta ese momento.

En el contexto de la IVE, la asesoría debe prestarse teniendo en cuenta las siguientes particularidades:

- El retorno de la ovulación en promedio sucede 2 o 3 semanas después del aborto, sin embargo puede observarse tan pronto como 8 a 10 días después¹⁰³, en especial luego de terminaciones muy tempranas.

- Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de un aborto quirúrgico excepto los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y el DIU, en caso de tratarse de un aborto séptico.

- Para el caso del aborto con medicamentos, la anticoncepción se puede iniciar durante el control posaborto. No es necesario esperar a la siguiente menstruación para iniciar un método anticonceptivo; esta práctica puede poner a la mujer en riesgo de un embarazo no deseado.

- Cuando las mujeres inician un método anticonceptivo inmediatamente después de un procedimiento de aborto, tienen una posibilidad 30% a 60% menor de tener un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen su inicio al día del control o al retorno de la menstruación.^{104 105 106 107}

- Las tasas de continuación luego de un año, cuando la mujer ha elegido (e iniciado) un método de larga duración (DIU o implante) después de un aborto, son un 50% mayores que cuando inician métodos de corta duración.^{108 109 110}

- La prestación del servicio de IVE no puede supeditarse al inicio de un método anticonceptivo, sin embargo la elección del mismo o la decisión de no iniciar un método por parte de una mujer debe ser basada en información completa, veraz e

individualizada, de lo contrario no se puede considerar como un verdadero ejercicio de autonomía.

b. Asesoría anticonceptiva

La asesoría debe contemplar no solo la información y la educación, sino de manera muy enfática, la aplicación y comunicación de los derechos sexuales y reproductivos.

La Resolución 769 de marzo del 2008 adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en anticoncepción a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

Esta norma técnica se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos/as, así como su número y el espaciamiento entre ellos/as. El proceso de asesoría, elección e inicio de un método anticonceptivo en el contexto de una IVE, debe desarrollarse dentro de los lineamientos de dicha norma.

Las personas responsables de esta norma, tienen la obligación de garantizar los mecanismos efectivos, ágiles, óptimos, integrales y pertinentes que aseguren la integralidad e integridad de las acciones de salud sexual y reproductiva.

Todos los métodos anticonceptivos disponibles deben ser presentados a la mujer de manera objetiva dando especial importancia a su eficacia. Para lograr este objetivo deben ser presentados en orden de eficacia, partiendo de los más eficaces. Se debe brindar información básica concerniente a su mecanismo de acción, forma correcta de uso, efectos secundarios y efectos benéficos no anticonceptivos. Ningún método anticonceptivo está contraindicado en el contexto del postaborto inmediato, excepto el DIU en casos de infección pélvica activa en el momento de la atención.

Para iniciar un método anticonceptivo durante el posaborto se debe tener en cuenta:

- El DIU posaborto se debe insertar inmediatamente después de la aspiración o durante el control a los 8 a 15 días después, aunque se ha demostrado que posponer su inserción resulta en tasas de inicio hasta un 30% más bajas que si se inicia inmediatamente, sin que se aumenten el sangrado o el dolor. Para el caso de aborto con medicamentos, se debe insertar en la consulta de control y no es necesario esperar al retorno de la menstruación.
- La Oclusión tubaria bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al procedimiento.

- Cualquiera de los métodos hormonales puede ser iniciado el mismo día de una aspiración uterina o de la toma de los medicamentos (Mifepristona o Misoprostol) para la interrupción de un embarazo.
- Se deben seguir los lineamientos descritos en la resolución 769 de 2008 en cuanto al consentimiento informado, incluyendo la capacidad de consentir el inicio de un método anticonceptivo de las menores de 14 a 18 años.
- Ninguna usuaria debe ser dada de alta o abandonar la consulta de control sin un método anticonceptivo, ya sea el de su elección primaria o uno temporal mientras accede al de su elección.
- Toda mujer, incluso aquella que inicia un método anticonceptivo regular, debe ser informada de la existencia y la forma de uso de la anticoncepción de emergencia.

Para recomendar los demás métodos temporales y permanentes deberá procederse de acuerdo a lo normado en los criterios de elegibilidad de la OMS.

6. Manejo de las Complicaciones de la IVE

Los requisitos y las instalaciones necesarias para el manejo de las complicaciones de una IVE son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

Factores de Riesgo:

En general la edad gestacional avanzada es el principal factor de riesgo, en especial después de las 12 semanas. A pesar de ello, toda mujer que elige una IVE debe saber que el riesgo de la terminación del embarazo en condiciones seguras nunca es mayor al de un parto a término.

La anestesia general y legrado también aumentan el riesgo de complicaciones como la hemorragia y la perforación. Otros factores como multiparidad, nuliparidad, adolescencia y edad avanzada de la mujer, no se han podido asociar consistentemente con un riesgo mayor de complicaciones.

Infección

Las infecciones raramente ocurren si la IVE se realizó apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.

Cuando se diagnostica una infección, deberán administrarse antibióticos terapéuticos, en general, se deben utilizar los mismos regímenes que se recomiendan para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.¹¹¹

Si la probable causa de la infección es la retención de restos ovulares, se debe re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

Hemorragia

La hemorragia puede ser producto de hipotonía uterina, infección, retención de restos, traumatismo o lesión cervical y ocasionalmente perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir: masaje uterino, re-evacuación uterina, administración de uterotónicos como Misoprostol sublingual, metil ergonovina intramuscular u Oxitocina intravenosa, teniendo en cuenta la menor cantidad de receptores en el miometrio durante el primer y segundo trimestre que hace necesaria la administración de dosis altas.

Se recomiendan dosis de 20 a 40 UI diluidas en soluciones cristaloides tipo solución salina o lactato de ringer. En casos severos puede requerirse transfusión sanguínea.

El taponamiento uterino con sonda de Foley con balón (capacidad de 30 ml), ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz en casos de hemorragia posaborto que no responde a las medidas farmacológicas. Se debe introducir el balón en la cavidad uterina e instilarse solución salina estéril hasta que se detenga el sangrado o hasta completar 70 ml (máxima capacidad observada antes de romperse el balón).

Este procedimiento puede detener el sangrado o proporcionar tiempo para remitir la paciente a un nivel superior en donde se pueda estabilizar y si es necesario, llevar a laparoscopia o laparotomía exploratoria según la causa que se identifique.

Dada la baja incidencia de hemorragia con aspiración al vacío, no se recomienda la utilización de oxitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la D y E.

El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto esperado con los métodos médicos de IVE. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente profuso como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio debe tener la capacidad de estabilizar y tratar o referir a una mujer con hemorragia tan pronto como sea posible al nivel de atención adecuado.

Retención de Restos Ovulares

Cuando la IVE es llevada a cabo mediante la aspiración al vacío por profesionales entrenados/as, el aborto incompleto no es común. Es más común con métodos médicos de IVE.

Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o signos de infección, también debe sospecharse aborto incompleto si, al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico, éste no concuerda con la edad gestacional estimada.

La re-evacuación uterina con aspiración al vacío es el método de elección para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección. En aquellos lugares donde la aspiración no esté disponible, es válido el uso del curetaje.

IVE Fallida

El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto a un método de aborto quirúrgico como a uno médico. Si en el control posaborto de cualquiera de los dos procedimientos el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración al vacío o D y E para embarazos del segundo trimestre.

Perforación Uterina

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir.

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita.

En donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de lesión intestinal, vascular u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

Secuelas a Largo Plazo

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE adecuadamente realizada no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general, reproductiva o emocional. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.

Las investigaciones han demostrado que no existe una asociación entre una IVE inducida sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes, como aborto espontáneo o parto pretérmino¹¹².

La evidencia indica que las mujeres que han tenido un aborto no tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas mentales, que quienes han tenido un parto. La incidencia de problemas emocionales se asocia a la coerción al tomar la decisión, a la ausencia de una red social de apoyo y a la presencia de problemas mentales previos al aborto.^{113 114}

7. Bibliografía

- ⁱ ONU. Cumbre Mundial sobre los objetivos de desarrollo del Milenio. Nueva York 20 a 22 de septiembre de 2010. Disponible en <http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>. Consultado el 19 de agosto de 2011
- ⁱⁱ Rodríguez L, Perpétuo I. La transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. 15 años después del Cairo- 1994. UNFPA, CELADE-CEPAL, 2011
- ⁱⁱⁱ Indicadores básicos de Salud Minprotección Social. Consultado en línea el 19 de agosto en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INDICADORES%20SALUD%202009.pdf>
- ^{iv} Organización Mundial de la Salud. Aborto Sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. 2003
- ^v Prada H et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias. Nueva York Guttmacher Institute, 2011
- ^{vi} Encuesta en Demografía y salud Colombia. Profamilia 2010.
- ^{vii} Corte Constitucional colombiana: Sentencia C-355. Magistrados ponentes: Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, 10 de mayo de 2006.
- ^{viii} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T-585 2010 Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto, 22 de julio de 2010
- ^{ix} Acuerdo 008 del 29 de diciembre de 2009, Comisión de regulación en salud.
- ^x Procuraduría General de la Nación. Boletín No 2. Procurando equidad: Seguimiento y vigilancia a la garantía de los derechos de mujeres y adolescentes desde una perspectiva de género. Mayo 2008
- ^{xi} Organización de las Naciones Unidas Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A/RES/2200 A (XXI), ONU, 1966.
- ^{xii} Hook K. Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1963;39(168):1-156
- ^{xiii} Forsman H, Thuwe I. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. Their mental health, social adjustment and educational level up to the age of 21. Acta Psychiatr Scand. 1966;42(1):71-88.
- ^{xiv} Najman JM, Morrison J, Williams G, Andersen M, Keeping JD. The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. Soc Sci Med. 1991;32(3):241-7
- ^{xv} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T- 209, Magistrada ponente: Clara Inés Vargas Hernández, febrero 28 de 2008.
- ^{xvi} FLASOG Declaración de Santa Cruz, XIII cumbre Iberoamericana, Flasog, Asamblea Ordinaria, 2002.
- ^{xvii} Gonzalez Velez AC. Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Agosto 2008. ISBN: 978-9974-7717-8-9
- ^{xviii} Organización de las Naciones Unidas Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales A/RES/2200 A (XXI): ONU; 1966.
- ^{xix} Corte Constitucional colombiana: Sentencia C-355. Magistrados ponentes: Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, 10 de mayo de 2006, página 178
- ^{xx} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T-585 2010 Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto, julio 22 de 2010
- ^{xxi} Corte Constitucional Colombiana: Sentencia T- 388. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto, mayo 28 de 2009, pág. 42
- ^{xxii} Corte Constitucional colombiana: Sentencia C-355. Magistrados ponentes: Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, 10 de mayo de 2006, pág. 179
- ^{xxiii} Comité de Derechos Humanos. Dictamen en el caso de Karen Noelia Llantoy Huamán contra el estado Peruano. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Comunicación N° 1153/2003: ONU; 2005.
- ^{xxiv} Corte Constitucional colombiana, Sentencia C- 355, Magistrados ponentes: Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández, 10 de mayo de 2006, pág. 179.
- ^{xxv} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T- 388. Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto, mayo 28 de 2009
- ^{xxvi} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T- 209. Magistrado ponente: Clara Inés Vargas, febrero 28 de 2008
- ^{xxvii} Artículo 280, Ley 599 de 2000, código penal colombiano.
- ^{xxviii} Corte Constitucional colombiana: Sentencia T-988 Magistrado ponente: Humberto Antonio Sierra Porto, noviembre 20 de 2007
- ^{xxix} <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- ^{xxx} Providencia No. 83-09 del Tribunal Nacional de Ética Médica, Magistrado ponente Doctor Fernando Guzmán Mora. 24 de noviembre de 2009
- ^{xxxi} Achilles SL, Reeves MF; Contraception. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. 2011 Apr;83(4):295-309. Epub 2011 Feb

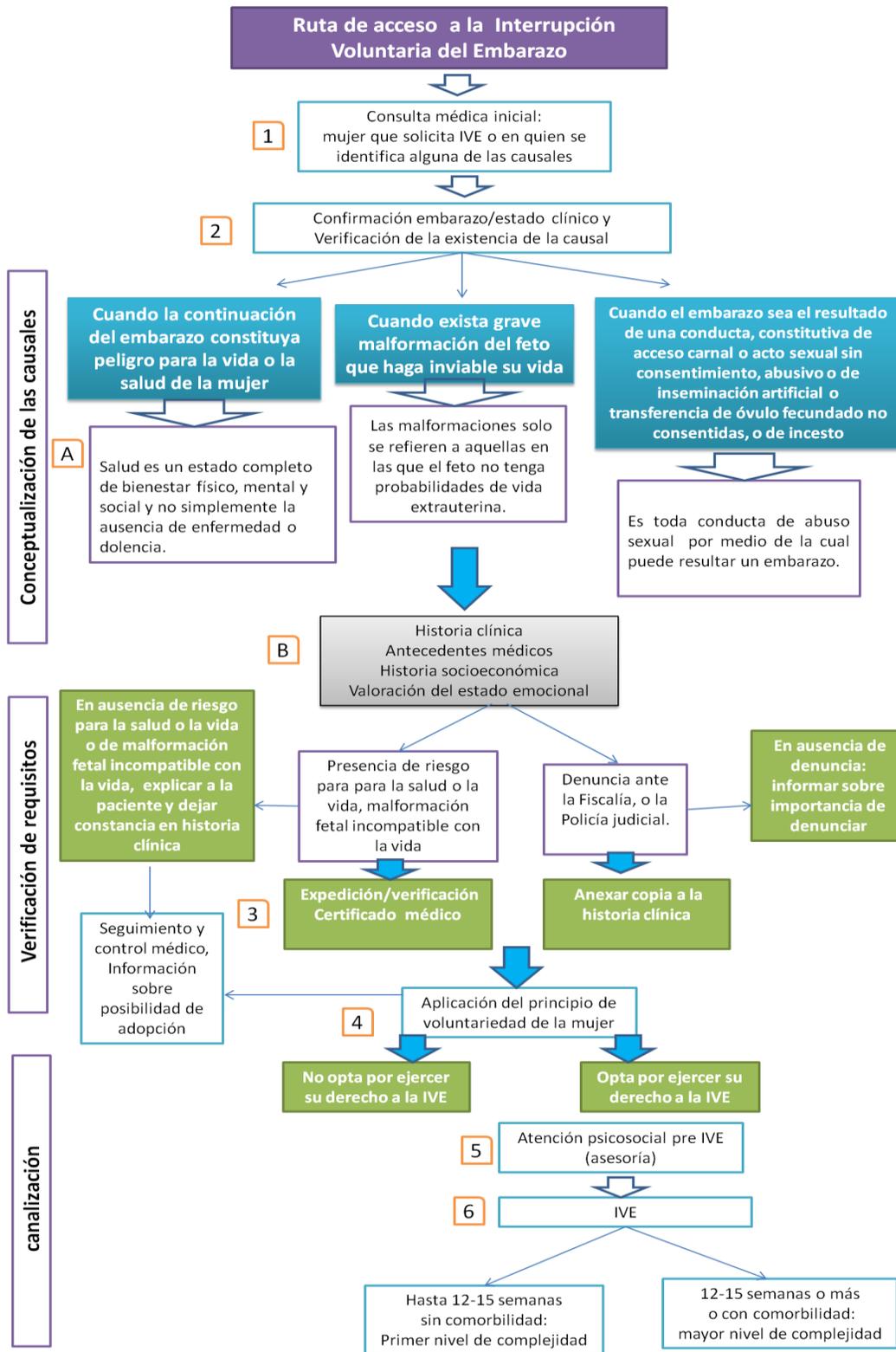
- xxxii The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical guideline Number 7. Royal college of Obstetricians and Gynaecologists, septiembre 2004.
- ³³ Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(1):CD001993.
- ³⁴ Cates W Jr, Schulz KF, Grimes DA, Tyler CW. The effect of delay and method choice on the risk of abortion morbidity. *Jr. Fam Plann Perspect.* 1977 Nov-Dec;9(6):266-8, 273.
- ³⁵ Blumenthal PD, Remsburg RE. A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *Int J Gynaecol Obstet.* 1994 Jun;45(3):261-7.
- ³⁶ Daskoch. In *UK Trial, Women Seeking Second-Trimester Abortion Favor Surgical over Medication Procedure, Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011.
- ³⁷ Ponce de Leon R, Wing D. Misoprostol for termination of pregnancy with intrauterine fetal demise in the second and third trimester of pregnancy — a systematic review. *Contraception.* 2009 Apr;79(4):259-71.
- ³⁸ Westhoff, C. Second-Trimester Abortion for Fetal Anomalies or Fetal Death. *Obstet Gynecol.* 2011 Apr;117(4):775-6.
- ³⁹ Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
- ⁴⁰ Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Timing of steps and reasons for delays abortions in the US. *Contraception* 74 (2006) 334– 344.
- Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol* 2006;107:128–35
- ⁴¹ Foster DG, Jackson RA, Cosby K, Weitz TA, Darney PD, Drey EA. Reasons for delay in seeking abortion. *Contraception.* 2008 Apr;77(4):289-93.
- ⁴² Harries J, Orner P, Gabriel M, Mitchell E. Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa. *Reprod Health.* 2007 Sep 20;4:7
- ⁴³ Guilbert E, Marcoux S, Rioux JE. Factors associated with obtaining 2nd trimester induced abortion. *Can J Public Health.* 1994 Nov-Dec;85(6):402-6.
- ⁴⁴ Gallo MF, Nghia NC. Real life is Different: Qualitative Study of why women delay abortion until 2nd trimester in Vietnam. *Soc Sci Med.* 2007 May;64(9):1812-22. Epub 2007 Mar 13.
- ⁴⁵ Henshaw SK. Factors hindering access to abortion services. *Fam. Plann Perspect.* 1995 Mar-Apr;27(2):54-9
- ⁴⁶ Kiley JW, Yee LM, Niemi CM, Feinglass JM, Simon MA. Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception* 81 (2010) 446–45
- ⁴⁷ Caliskan E, Filiz T, Yucesoy G, Coskun E, Vural B, Corakci A. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical ripening prior to manual vacuum aspiration under local anaesthesia: a randomized study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007 Dec;12(4):372-7.
- ⁴⁸ Saxena P, Sarda N, Salhan S, Nandan D. A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anaesthesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008 Feb; 48(1):101-6.
- ⁴⁹ Carbonell Esteve JL, Mari JM, Valero F, Llorente M, Salvador I, Varela L, Leal P.. Sublingual versus vaginal misoprostol (400 ug) for cervical priming in first-trimester abortion: a randomized trial. *Contraception* 74 (2006): 328-33
- ⁵⁰ Vimala N, Mittal S, Kumar S, Dadhwal V, Sharma Y. A randomized comparison of sublingual and vaginal misoprostol for cervical priming before suction termination of first-trimester pregnancy. *Contraception.* 2004 Aug; 70(2):117-20
- ⁵¹ Chitaishvili D, Asatiani T. Sublingual misoprostol prior to manual vacuum aspiration for reducing blood loss at 8-12 weeks of gestation: a randomized double-blind placebo-controlled study. *Georgian Med News.* 2007 Nov; (152):26-30.
- ⁵² Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion; the case for universal antibiotic prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 87; 884- 90.
- ⁵³ Crowley T. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortal upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial. *BJOG* 2001;108; 396-402
- ⁵⁴ Penney GC. et al. A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British J Obstet Gyn* June 1998; 105:599-604. *Obstet Gynaecol* 2001; 108:396– 402.
- ⁵⁵ Greensdale et al 1993. *Ipas. Advances in Abortion care* 3(2):1-4, Westfall et al *J Womens Health* 7:991 - 995 *Obstet Gynecol.* 1990 Jul; 76(1):129-35.
- ⁵⁶ Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinthaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Dec;199(6):641.e1-3. Epub 2008 Sep 25.
- ⁵⁷ Liberty G, Gal M, Halevy-Shalem T, Michaelson-Cohen R, Galoyan N, Hyman J, Eldar-Geva T, Vatashsky E, Margalioth E. Lidocaine-prilocaine (EMLA) cream as analgesia for hysterosalpingography: a prospective, randomized, controlled, double blinded study. *Hum Reprod.* 2007 May; 22(5):1335-9.
- ⁵⁸ Karasahin E, Alanbay I, Keskin U, Gezginc K, Baser I. Lidocaine 10% spray reduces pain during hysterosalpingography: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009 Apr;35(2):354-8

-
- ⁵⁹ Miller L, Jensen MP, Stenchever MA. A double-blind randomized comparison of lidocaine and saline for cervical anesthesia. *Obstet Gynecol* 1996; 87:600–4.
- ⁶⁰ Mankowski, MD. Jessica Kingston, MD. Thomas Moran, MD. Charles W. Nager. MD and Emily S. Lukaz. MD,. Paracervical compared with Intracervical Lidocaine for Suction Curettage, A Randomized Controlled Trial, *Obstetrics & Gynecology* 2009;VOL 113, No. 5;1052-7.
- ⁶¹ Phair N, Jensen JT, Nichols MD. Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:1304-7.
- ⁶² Cetin A, Cetin M. Effect of deep injections of local anesthetics and basal dilatation of cervix in Management of pain during legal abortion. *Contraception* 1997; 56:85-87.
- ⁶³ Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72(2):171–8.
- ⁶⁴ Owolabi MB, J Moodley FR. A randomized trail of pain relief in termination of pregnancy in South Africa, *Tropical Doctor* 2005; 35: 136-139.
- ⁶⁵ Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Nov;171(5):1365-72.
- ⁶⁶ MacKay HT, Schulz KF, Grimes DA Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol.* 1985 Nov;66(5):661-5.
- ⁶⁷ Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol.* 1990 Dec;6(4):416-22.
- ⁶⁸ Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *Am J Prev Med.* 2000 Jul;19(1 Suppl):12-7.
- ⁶⁹ Grimes DA, Cates N. Complications from legally induced abortion. *Obstet Gynaecol Surv* 1979; 34: 177-91.
- ⁷⁰ Tietze C, Lewit S. Legal abortions: early medical complications. An interim report of the joint program for the study of abortion. *J Reprod Med.* 1972 Apr;8(4):193-204.
- ⁷¹ Lean TH, Vengadasalam D, Pachauri S, Miller ER. A comparison of D & C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet.*1976;14(6):481-6
- ⁷² Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187,393–397.
- ⁷³ Wilson LC, Meyn LA, Creinin MD. Cervical preparation for surgical abortion between 12 and 18 weeks of gestation using vaginal misoprostol and Dilapan-S. *Contraception.* 2011 Jun;83(6):511-6.
- ⁷⁴ Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception.* 2008 Apr;77(4):308-14. Epub 2008 Mar 4.
- ⁷⁵ Cowett AA, Golub RM, Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006;194:768–73.
- ⁷⁶ Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Reid GJ, Aerde JV, Wilson RD, Davies G, Désilets VA, Summers A, Wyatt P, Young DC; Maternal-Fetal Medicine Committee, Genetics Committee Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003 Sep; 25(9):765-73.
- ⁷⁷ Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG.* 2002 Nov;109(11):1281-9.
- ⁷⁸ Peyron R, Aubéy E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A, Baulieu EE. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med.* 1993 May 27;328(21):1509-13.
- ⁷⁹ Shannon CS, Winikoff B, Hausknecht R, Schaff E, Blumenthal PD, Oyer D, Sankey H, Wolff J, Goldberg R. Multicenter trial of a simplified mifepristone medical abortion regimen. *Obstet Gynecol.* 2005 Feb;105(2):345-51.
- ⁸⁰ Instituto Nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos, acta 20/2007
- ⁸¹ Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception.* 2011 Jul;84(1):4-18.
- ⁸² Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception.* 2005 Sep;72(3):175-8.
- ⁸³ Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet.* 2007 Jun 9; 369(9577):1938-4
- ⁸⁴ De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception.* 2000 Dec;62(6):305-9.
- ⁸⁵ Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004 Jan;69(1):51-8.
- ⁸⁶ Borgatta L, Burnhill MS, Tyson J, Leonhardt KK, Hausknecht RU, Haskell S. Early medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Obstet Gynecol.* 2001 Jan;97(1):11-6.

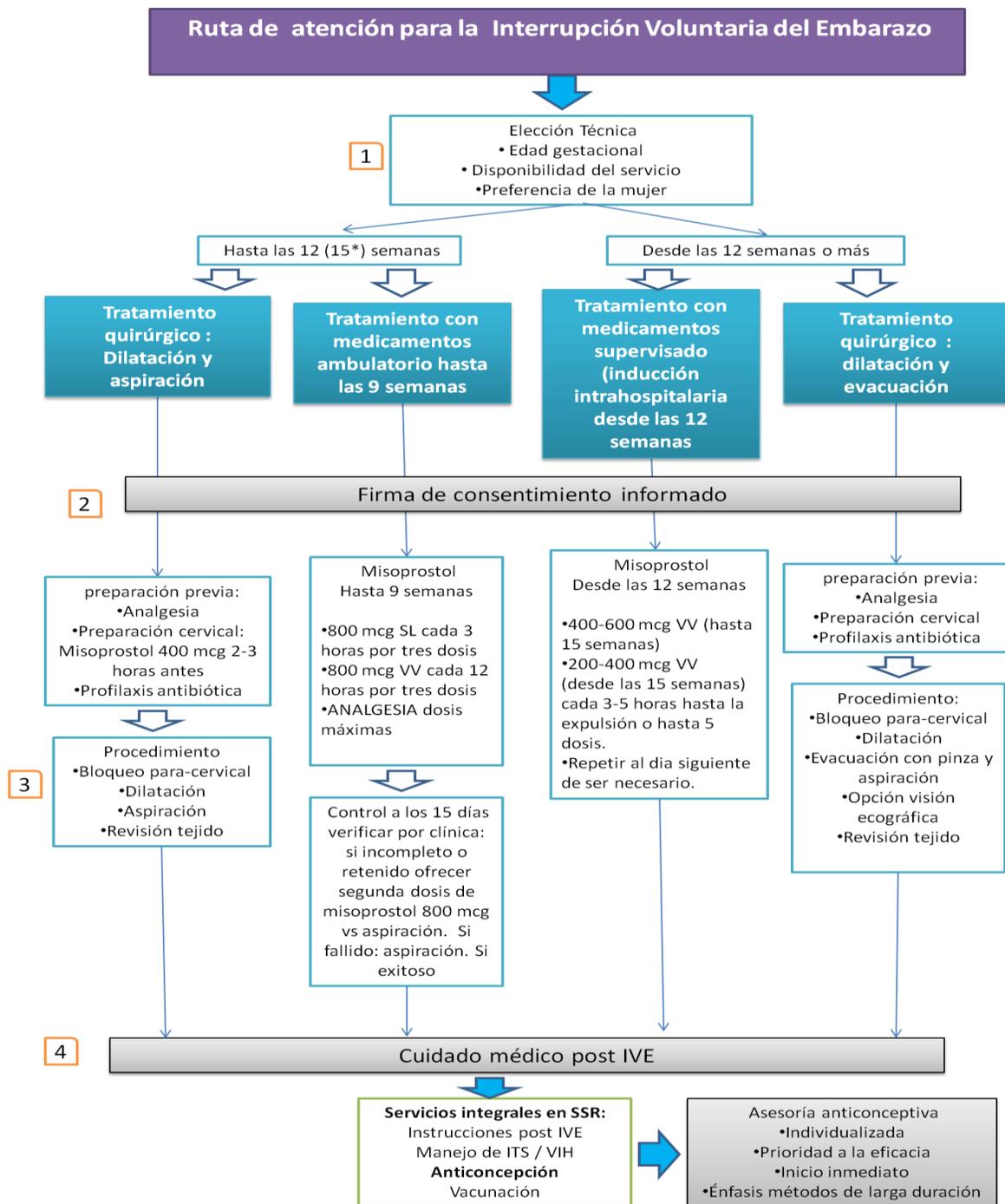
-
- ⁸⁷ Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 1972 Jun 15; 113(4):469-738-50.
- ⁸⁸ Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Med.* 1998 May-Jun;7(3):115-9.
- ⁸⁹ Albert KS, Gernaat CM. Pharmacokinetics of ibuprofen. *Am J Med.* 1984 Jul13;77(1A):40-6.
- ⁹⁰ Hall AH, Smolinske SC, Stover B, Conrad FL, Rumack BH. Ibuprofen overdose in adults. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1992;30(1):23-37.
- ⁹¹ Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell- Danielsson K, et al. Misoprostol for the termination of pregnancy with a LIVE fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet.*2007; 99:S178–S181.
- ⁹² Creinin MD. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Nov; 175(5):1379-80.
- ⁹³ Borgatta L, Sayegh R, Betstadt SJ, Stubblefield PG. Cervical obstruction complicating second trimester abortion: treatment with misoprostol *Obstet Gynecol.* 2009 Feb;113(2 Pt 2):54
- ⁹⁴ Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG.* 2009 Aug; 116(9):1151-7.
- ⁹⁵ Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean dellVEry: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009 May; 113(5):1117-23.
- ⁹⁶ Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jun; 198(6):626.e1-5
- ⁹⁷ Xu J, Chen H, Ma T, Wu X. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Mar; 72(3):245-51
- ⁹⁸ Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Reid GJ, Aerde JV, Wilson RD, Davies G, Desilets VA, Summers A, Wyatt P, Young DC; Maternal-Fetal Medicine Committee, Genetics Committee Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003 Sep; 25(9):765-73.
- ⁹⁹ Hinshaw K, el-Refaey H, Rispin R, Templeton A. Mid-trimester termination for fetal abnormality: advantages of a new regimen using mifepristone and misoprostol. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995 Jul;102(7):559-60.
- ¹⁰⁰ Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutIVE cases. *Contraception.* 2006 May;73(5):516-9. Epub 2006 Feb 23.
- ¹⁰¹ El-Refaey H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Hum Reprod* 1995;10,475–478.
- ¹⁰² Oral mifepristone 600 mg and vaginal gemeprost for mid-trimester induction of abortion. An open multicenter study. UK Multicenter Study Group. *Contraception.*1997 Dec;56(6):361-6.
- ¹⁰³ Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 1972 Jun 15;113(4):469-73
- ¹⁰⁴ Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med.* 2011 Jun 9;364(23):2208-17.
- ¹⁰⁵ Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. ContraceptIVE effectIVeNess of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun;109(6):1286-94.
- ¹⁰⁶ Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception.* 2008 Aug;78(2):143-8. Epub 2008 May 14.
- ¹⁰⁷ Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaee M, Lerner V, Alonzo TA. Immediate vs. delayed post-abortal copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception.* 2011 Jun;83(6):522-7. Epub 2010 Dec 8.
- ¹⁰⁸ Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6)
- ¹⁰⁹ Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptIVE insertion postabortion: a systematic review. *Contraception.* 2011 Nov;84(5):447-64.
- ¹¹⁰ Fox MC, Oat-Judge J, Severson K, Jamshidi RM, Singh RH, McDonald-Mosley R, Burke AE. Immediate placement of intrauterine devices after first and second trimester pregnancy termination. *Contraception.* 2011 Jan;83(1):34-40.
- ¹¹¹ Heisterberg L, Hebjørn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospectIVe study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol.* 1986 Jul;155(1):76-80.
- ¹¹² Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1990 Jun;4(2):391-405.
- ¹¹³ American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- ¹¹⁴ Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin Obstet Gynecol.* 1997 Sep;40(3):673-86

ANEXO 1.

A. ALGORITMO DE ACCESO A LA IVE



B. ALGORITMO DE ATENCIÓN PARA IVE



* Hasta 15 semanas por profesionales entrenados

ANEXO 2.

Codificación para reporte en RIPS

Evento	CIE-10 principal		CIE-10 asociado		CUP	
Consulta inicial	Z360	Problemas relacionados con el embarazo no deseado	según causal		Según profesional	
solicitud por riesgo para la vida o la salud			Z359	supervisión de embarazo de alto riesgo (1)	890201	Consulta por primera vez por medicina general
solicitud por causal violación			T742	Abuso sexual	890202	consulta por primera vez por medicina especializada
Solicitud por causal malformación no viable			O358	Atención materna por malformación fetal		
Asesoramiento	Z360	Problemas relacionados con el embarazo no deseado	Z316	Asesoramiento general sobre la procreación	Según profesional	
					890208	Consulta de primera vez por psicología
					890209	Consulta primera vez por trabajo social
IVE con medicamentos	Z303	Interrupción voluntaria del embarazo	Según causal		Según profesional/ámbito	
			Z359	supervisión de embarazo de alto riesgo	890201	Consulta por primera vez con medicina general
					890601	cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina general
			T742	Abuso sexual	890202	Consulta primera vez por medicina especializada
			O358	Atención materna por malformación fetal	890602	cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada
IVE Quirúrgico	O049	aborto médico completo o no especificado sin complicación (2)	Según causal		695101	Aspiración al vacío para la terminación del embarazo
			Z359	supervisión de embarazo de alto riesgo		
			T742	Abuso sexual	750201	Dilatación y legrado para la

			O358	Atención materna por malformación fetal		terminación del embarazo
Control post IVE	según hallazgos				Según profesional	
Control post IVE normal	O049	aborto médico completo o no especificado sin complicación			890301	Consulta de control o de seguimiento por medicina general
control post IVE con medicamentos no exitoso	O074	falla de la inducción médica del aborto				
	O044	Aborto médico: incompleto sin complicación				
control post IVE con medicamentos o quirúrgico con complicaciones	O040	Aborto médico: incompleto, complicado con infección genital y pelviana			890302	Consulta de control o de seguimiento por medicina especializada
	O041	Aborto médico: incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía				
	O045	Aborto médico: completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana				
	O046	Aborto médico: completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía				
	O048	Aborto médico: completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas				
	N857	hematometra				
(1) En caso de tener cualquier otro diagnóstico, especificar según CIE-10						
(2) en caso de cursar con complicación, especificar según CIE-10 grupo O04						

Anexo 3.

Modelo de Consentimiento Informado

Señor/a
DIRECTOR/A DEPARTAMENTAL DE SALUD .
(Distrital o Municipal según el caso)
JEFE INMEDIATO
La Ciudad.

REF: INTERPOSICIÓN DE OBJECCIÓN DE CONSCIENCIA PARA EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE). CIRCULAR 0031 DE MAYO 22 DE 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado/a y residente en la ciudad de _____, identificado/a con C.C. _____ de _____, Médico/a (general o especialista en _____), inscrito/a ante ese Despacho con el Registro Médico N° _____; en cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia C-355 de 10 de mayo de 2006 emanada de la Corte Constitucional, Decreto 4444 de diciembre 13 de 2006, Resolución 4905/06, del Ministerio de la Protección Social y Circular 0031/2006 del mismo Ministerio, ante Usted interpongo objeción de consciencia, informando que por este motivo **me abstengo de brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (ive)** a que hacen referencia las normas citadas, a la vez que solicito la **exclusión de mi nombre** del respectivo Listado de prestadores/as no objetores/as, que deberá enviarse a la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social.

Para el cabal cumplimiento de su obligación de garantizar el acceso sin barreras al servicio de (IVE) y con el fin de que se disponga lo pertinente para la operación eficaz del sistema de referencia y contrarreferencia, me permito facilitar la siguiente información relacionada con mis sitios de trabajo:

(AQUÍ LA RELACIÓN DE INSTITUCIONES, SU CARÁCTER DE PÚBLICO O PRIVADO Y TIPO DE RELACIÓN LABORAL)

La anterior solicitud la hago de manera individual, espontánea, voluntaria, basada en

(EXPOSICIÓN LIBRE Y PERSONAL DE MOTIVOS DE NATURALEZA MORAL O RELIGIOSA QUE SUSTENTAN LA OBJECCION)

y tiene como único fin evitar obstáculos a las usuarias del servicio como consecuencia del ejercicio que hago de mi derecho de libertad de conciencia protegido por el artículo 18 de la Constitución Nacional, dejando en claro que no tiene implicaciones laborales de naturaleza alguna.

Del/a Señor/a Director/a Departamental de Salud,

Observación:

- Es preferible realizar previamente “Presentación personal” de este escrito en Notaría, debido a que en casos específicos la procedencia o improcedencia de la objeción, podrá ser evaluada por el respectivo Tribunal de Ética Médica.
- La narrativa de las razones esgrimidas para alegar la objeción de conciencia deben ser redactadas por el objetor de manera individual y basándose en sus preceptos morales y/o religiosos.

