

PROTOCOLO PROVINCIAL
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON
DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO

PROTOCOLO PROVINCIAL
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS CON
DERECHO A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO

© de los textos, Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.
Respecto del uso del lenguaje escrito, para el presente documento se entiende que todas las menciones en genérico representan siempre a todos los géneros, salvo cuando se especifique lo contrario, por no contar aún con un criterio de lenguaje oficial inclusivo y a fin de evitar la sobrecarga gráfica para visibilizar la existencia de todos los géneros.
Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, enero 2.020

AUTORIDADES

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Omar Gutiérrez

MINISTERIO DE SALUD

Ministra de Salud
Dra. Andrea Peve

Subsecretaria de Salud
Dra. M. Andrea Echaury

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Maisler Margarita Cecilia

Equipo de trabajo:

Baieli María Eugenia

Ballestrino Eduardo

Casenave Doris

Crichton Néstor

Garavaglia Fabiana

Kantolic Teresa

Lucchetti Gabriela

Macías Andrea

Mango Esteban

Manoukian Daniel

Martín María Sol

Olivero Marcela

Peralta Mayra

Suttora Guillermo

Tagle Daniela

Wilder Guillermo

Análisis jurídico

Gutiérrez Pablo

EDICIÓN y CONTENIDOS: 2018

Prólogo

Siempre aparece en el horizonte desafiante, oportunidades para transitar sendas que conducen a ampliar derechos, lo cual termina siendo posible cuando logramos conjugar voluntades, aunar esfuerzos y, en fin, alinear ideas y proyectos en favor de la salud colectiva.

El área de la salud es parte de los esfuerzos colectivos a favor del desarrollo integral de las personas, mucho más en nuestra provincia, con una larga tradición de planificación y concreción de políticas sanitarias basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud, que persigue el objetivo de garantizar el acceso al derecho a la salud sin discriminación de ningún tipo.

Específicamente en el área de la salud sexual y reproductiva se lograron muchos avances en la última década que permitieron seguir mejorando indicadores sanitarios, tanto en el nivel nacional como en el provincial.

Respecto de la interrupción legal del embarazo (ILE), que se incluye dentro de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, debe apuntarse que es un derecho consagrado en distintos marcos legales. La ILE está contemplada en la legislación argentina (art. 86° del Código Penal), y en la Constitución Provincial en tanto que en su artículo 36° textualmente sostiene que: “El Estado garantiza el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos fundamentales. Diseña e implementa programas que promueven la procreación responsable, respetando las decisiones libres y autónomas de hombres y mujeres, relativas a su salud reproductiva y sexual, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. Promueve la atención sanitaria especializada en salud reproductiva y sexual, tendiente a brindar adecuada asistencia sobre el acceso a la anticoncepción, control del embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Asegura el derecho a la información sobre los derechos reproductivos y diseña acciones para prevenir el embarazo adolescente”.

Hacia 2007 el Ministerio de Salud de Neuquén aprobó la Resolución N° 1380 que establecía un primer marco legal sobre el tema y en 2010 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó una “Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles” destinada a guiar el accionar de los equipos de salud que debían acompañar y asistir a mujeres con derecho a acceder a los abortos previstos por el Código Penal. En 2012 el Fallo F.A.L., que se comentará en el presente protocolo, despejó muchas dudas sobre la cuestión y dio lugar a una actualización del protocolo nacional que fue publicado en abril de 2015: “Protocolo para la atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. Ese instrumento fue tomado como base para el presente protocolo.

Una de las recomendaciones del Fallo F.A.L. era que las provincias actualizaran sus guías de actuación. Era menester pues, concretar mecanismos para hacer posible el acceso a la interrupción legal del embarazo a todas las personas que, encuadradas en las causales contempladas por el Código Penal, así lo requieran en el marco de un proceso de atención integral de calidad que asegure el respeto por la intimidad y la autonomía, el flujo de información clara y veraz y el acceso a los adelantos tecnológicos e información científica actualizada.

El presente protocolo en consecuencia fue pensado y diseñado teniendo en cuenta la experiencia nacional en el tema y los aportes locales para garantizar el cumplimiento del derecho a la interrupción legal del embarazo (protocolos de las zonas metropolitana, Hospital Provincial Castro Rendón y Protocolo de zona sanitaria III), enmarcados en un proceso de discusión de casi un año, del que participaron diferentes efectores de la provincia. Así se pudo concretar consensos aún en temas conflictivos, pero siempre persiguiendo el objetivo de respetar el derecho de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. Debe mencionarse también que el aporte de organizaciones feministas fue de vital importancia en este proceso de ampliación de derechos sexuales y reproductivos.

Se propone la implementación de este protocolo para facilitar y respaldar el trabajo de los equipos de salud en todo el territorio provincial, con el objetivo de brindar a la población un servicio de calidad respetuoso de los derechos humanos y especialmente para superar inequidades relacionados con las etnias, clases y género.

Índice

Introducción	9
Marco Ético	12
Marco Jurídico	21
Los Equipos de Salud	31
Abordaje de los Equipos de Salud	28
Procedimiento para Realizar ILE	43
Anexos	78
Bibliografía	84

Introducción

Con el objetivo de brindar una atención de **salud integral**, basado en las necesidades de las mujeres, de aquellas mujeres más vulnerables y buscando asegurar la salud y la vida, es que el Ministerio de Salud garantiza los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres mediante la elaboración de un Protocolo Provincial sobre Interrupción Legal del Embarazo, una guía que sirva de respaldo a los profesionales y servicios de salud.

Con el reconocimiento de la realidad de que el aborto realizado en condiciones inseguras es una importante causa de muerte materna; que las mujeres en proceso de aborto, espontáneo o inducido, que procuran los servicios de salud deben ser atendidas y tratadas con dignidad; respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad y competencia técnica.

La comprensión de que la atención tardía del aborto inseguro y sus complicaciones pueden amenazar la vida, la salud física y mental de las mujeres, es lo que origina la necesidad de contar con un Protocolo Técnico de ILE.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en el Cairo, en 1994, y la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer, que ocurrió en Beijing, en 1995, afirman los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres como derechos humanos y le recomiendan a los Estados una atención de calidad a todas las personas para que puedan ejercer tales derechos.

En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por aborto es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos (OMS 2007), aunque la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (IPAS, 2010).

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

[Casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son inseguros](#) (GuttmacherInstitute, 2012).

En noviembre de 2007, la Provincia de Neuquén, establece mediante Resolución N°1380 el Procedimiento para la Atención Profesional frente a Prácticas de Aborto no Punible, según Artículo 86 Inciso uno y dos del Código Penal.

La citada normativa no obliga al profesional de la salud a solicitar autorización requiriéndose exclusivamente el consentimiento informado de la mujer embarazada.

La despenalización del aborto contemplada en el Código Penal intenta resguardar los bienes jurídicos en pugna, acorde con los Derechos Humanos Fundamentales Reconocidos y protegidos por nuestra Legislación Interna como así también por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con Jerarquía constitucional (Art 75 inciso 22 de la Constitución Nacional.)

Asimismo, recomienda que en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención.

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

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

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

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

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

Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede epilogar en serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legal en tanto despenalizado, no deben existir obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la mencionada prestación que pongan en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama” (CSJN, 2012: consid.25).

MARCO ÉTICO

Derechos Humanos

En las sociedades democráticas actuales la pluralidad de visiones morales es un hecho y los disensos frente a situaciones concretas son frecuentes. En este contexto, los **derechos humanos** (DDHH) son la expresión de un consenso social construido históricamente, fundado en un núcleo de valores universales y que reflejan el respeto por la dignidad de todas las personas.

Tal y como fueron formulados en 1948, estos derechos tienen sus raíces en el consenso de los declarantes, no en los fundamentos metafísicos o teleológicos sobre los cuales no existe un acuerdo universal. En consecuencia, los DDHH representan un modelo de consenso para una sociedad pluricultural.

La atención sanitaria en el marco de los DDHH significa el respeto a la dignidad de las personas que se refleja cumpliendo con la obligación de brindar atención que permita el ejercicio pleno de sus derechos como pacientes. Estos se refieren a:

Derecho a la autonomía: se refiere a que las personas, como tales, tienen la aptitud y capacidad de tomar decisiones acerca de la propia vida, según los propios valores e ideales respecto de lo que es una buena vida. Según el principio de autonomía, solamente la persona involucrada tiene derecho a tomar sus propias decisiones acerca de lo que se hará sobre su cuerpo y con relación a su vida. El médico debe respetar los deseos de la/el paciente y alentarla/o a tomar por sí misma/o las decisiones que hacen a su bienestar sobre la base de la información brindada.

En esta situación, los agentes de salud deben propiciar las condiciones necesarias para que la mujer pueda tomar una decisión autónoma. Como, brindar información veraz, clara y precisa acerca de las opciones y de los riesgos involucrados en su caso, teniendo en cuenta las particularidades de cada mujer, así como las circunstancias que la hacen más vulnerable; verificar la ausencia de presión por parte de terceros (esposo o padres, por ejemplo), dando espacio para las preguntas y la resolución (aclaración) de dudas y miedos. En función de esta información, cada paciente tomará una decisión que será siempre particular y propia. Si el personal médico niega el acceso a información relevante o la provee de forma parcial o inadecuada, impide que las personas puedan tomar una decisión autónoma.

Los agentes de salud deben aceptar la decisión de la mujer, sin emitir juicios de valor al respecto.

Derecho a la atención sanitaria de calidad: los servicios para la ILE deben ser accesibles, oportunos, integrales y seguros. La accesibilidad, se refiere a que no deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de la práctica. La oportunidad, los servicios de ILE deben prestarse en el momento en que las personas en condiciones de requerirlos, soliciten la interrupción del embarazo. Las personas y las instituciones que participen en cualquier instancia del proceso de atención de una ILE deberán prestar toda la colaboración necesaria para que la misma pueda ser brindada lo más pronto posible y se prohíbe en todo caso la imposición de requisitos adicionales o innecesarios.

La interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervención judicial. La participación de un médico es suficiente para decidir si el caso se encuadra en las circunstancias que legalizan la interrupción.

En ese sentido, en su fallo la CSJN afirma “[...] media en la materia un importante grado de desinformación que ha llevado a los profesionales de la salud a condicionar la realización de esta práctica al dictado de una autorización judicial y es este proceder el que ha obstaculizado la implementación de los casos de abortos no punibles legislados en nuestro país desde la década de 1920” (CSJN, 2012: considerando 18).

La integralidad de los servicios de ILE, significa que deben incluir educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y todos los demás servicios y actividades que demanden la preservación de la salud y el nivel más alto de salud posible de las mujeres.

La seguridad y calidad de la atención sanitaria en los casos de servicios de ILE requiere que estos deben (1) ser prestados por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado; (2) ser practicados mediante técnicas seguras y adecuadas para cada caso; (3) atendiendo los estándares sanitarios y (4) encaminándose a que la terminación se lleve a cabo en la etapa más temprana posible del embarazo.

Derecho a la información: los agentes de salud tienen la obligación de suministrar toda la información disponible acerca de la situación de salud de quién solicita la práctica, las alternativas terapéuticas, descripción del procedimiento, sus riesgos, sus beneficios. Esta debe ser veraz, sin manipulación ni coerción y adaptada a las necesidades y contexto de cada paciente. Es fundamental que se utilice un lenguaje adecuado para su entendimiento y que sea ofrecida a lo largo de todo el proceso de atención. Incluso si no hay una solicitud explícita, ya que esta es un requisito (imprescindible) necesario para la toma de una decisión acerca del procedimiento.

Derecho a la confidencialidad: se refiere a la obligación del médico y/o cualquier otro integrante del equipo de salud de preservar del conocimiento de un tercero la información obtenida de un paciente, sobre su salud, sobre su vida, o sobre su familia, en el ámbito (espacio) de la atención sanitaria. Esto es lo que en el ámbito jurídico se conoce como secreto profesional. Sólo se realizarán las interconsultas con los profesionales que estrictamente sean necesarios para poder llevar adelante la práctica solicitada. Si se considera necesario para la correcta atención compartir la información con terceros (incluso esposo, compañero/a, padre, madre) debe hacerse con la autorización expresa de la mujer, otorgada de manera libre y sobre la base de información clara. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional.

Derecho a la intimidad: Los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad- intimidad de las mujeres durante todo el proceso, esto incluye como mínimo: (1) la adecuación de espacios en las instituciones que presten servicios de ILE para que éstos, incluida la atención previa y posterior al procedimiento, ofrezcan privacidad a las mujeres; (2) la participación exclusiva de los integrantes del equipo de salud necesarios para la práctica; (3) la capacitación e información a todos los integrantes del equipo de salud acerca de sus obligaciones en cuanto al respeto de la privacidad-intimidad de las mujeres.

Derecho a decidir según sus propios intereses: las actitudes y prácticas de los/las profesionales de salud deben estar destinadas a que, en base a la información veraz, adecuada y completa que se le brinde, la mujer pueda tomar la mejor decisión posible para ella. Debe respetarse el derecho de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas

con su cuerpo, su salud y su vida. Toda actuación en el ámbito sanitario requiere, con carácter general, el previo **consentimiento** de las/los pacientes; lo cual implica un proceso, llamado proceso de consentimiento informado, este proceso atraviesa toda la atención, requiere tiempo y espacio, que los agentes de salud deben darle a la mujer para que pueda preguntar sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, y así de esta forma, poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

Los agentes de salud deben respetar la voluntad y elección de la mujer sin descalificar lo que piense, diga o elija.

En los casos de ILE, los aspectos fundamentales del proceso de consentimiento informado serán registrados por escrito en un formulario específico a tal fin. El cual llevará la firma de la paciente y los profesionales que estuvieron en dicho proceso.

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

La atención de NNA tiene como guía dos principios específicos:

- 1) El principio de **autonomía/competencia progresiva**, que implica la asunción por las/os NNA, de roles y funciones, conforme a su grado de desarrollo y madurez;
- 2) el principio del **interés superior**, el cual es entendido “[...] como la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos [...]” (Art. 3 de la Ley Nacional 26061/05 de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes; Art. 4 de la Ley Provincial 2302/99) (LNPINNyA).

Actualmente, se entiende a la infancia como una etapa de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica. En materia de salud, esto se traduce en el derecho del NNA al **cuidado de su propio cuerpo** y en la noción bioética de **competencia**¹. Los menores evolucionan desde un estadio de incompetencia absoluta para ejercer por sí los derechos de los que son titulares, hacia una madurez gradual, que culmina cuando

¹ LAM E., El Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes al Cuidado de su Propio Cuerpo. Una cuestión de Autonomía, Libertad, Integridad, Libre Desarrollo de la Personalidad y Dignidad. En Fernández, Silvia de Engenia (Dir.). Tratado de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Thomson Reuters, en prensa.

adquieren la plena capacidad de ejercicio, cesando aquí la sujeción a la responsabilidad parental².

La **competencia** es la aptitud de un individuo de entender el alcance y consecuencia de un acto y poder así, tomar una decisión autónoma, es decir en consonancia con los propios intereses. Ser considerado competente para tomar una decisión implica la capacidad de expresar una elección entre alternativas; entender los riesgos, beneficios y opciones cuando se consideran diversas posibilidades; decidir razonablemente; y hacerlo sin coerción, libremente. Ahora bien, dicha competencia debe ser valorada en cada caso concreto, y varía en función de la madurez del niño, niña o adolescente y de la complejidad de la práctica a que sea sometido. En otras palabras, dependerá del NNyA y del procedimiento propuesto.

Hoy se sostiene que la competencia para adoptar decisiones relacionadas con la propia salud no debe confundirse con la mayoría de edad general ni con la capacidad formal en derecho civil (derechos patrimoniales). Los requisitos establecidos para adquirir la plena capacidad no rigen de modo general para determinar su aptitud de adoptar decisiones en el ámbito de la salud. Es decir, una cosa es tener capacidad para realizar actos jurídicos (actos patrimoniales) y otra es competencia en cuestiones que afectan sus derechos personalísimos³. El niño, niña o adolescente que disfruta de la plena titularidad de sus derechos fundamentales, va adquiriendo progresivamente una creciente aptitud para ejercerlos autónomamente. Esa competencia progresiva va permitiendo de modo gradual que el NNyA adopte autónomamente ciertas decisiones, después otras, quedando las más trascendentes reservadas al momento de adquisición de su completa autonomía.

La infancia y la adolescencia es un grupo particularmente vulnerable a situaciones de abuso y violaciones sexuales. Por esto es muy importante, durante la atención, generar un

² KEMELMAJER DE CARLUCCI, A., "El derecho constitucional del menor a ser oído". Revista de Derecho Privado y Comunitario. Nro. 7, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1994.

³ LAMM, E- op.cit.

espacio en el cual las niñas y adolescentes puedan expresar sus necesidades. Los equipos de salud deben procurar desarrollar capacidades para el abordaje integral de la atención de las niñas y adolescentes y el respeto de sus derechos. Esto **incluye garantizar el acceso a la atención sanitaria, un trato amable, información, confidencialidad y decidir según sus propios intereses**. Por ello es necesario que los integrantes del equipo de salud en cada caso particular observen las capacidades de esa/e NN y A y asegure su participación significativa para determinar en conjunto qué tipo de acompañamiento requiere y cuál es la mejor alternativa terapéutica o de atención en el caso concreto.

Objeción de Conciencia

La **Objeción de Conciencia**⁴ (OC) es la negativa de una persona a realizar ciertos actos o a tomar parte en determinadas actividades que le ordena la ley o la autoridad competente, basándose en razones de profunda convicción moral o religiosa.

No existe un «**derecho**», propiamente dicho, a la objeción de conciencia como tal, sino un derecho a la libertad de conciencia del cual se deriva la posibilidad de objetar respecto a determinadas decisiones y prácticas. Ante cada supuesto de objeción de conciencia debe asegurarse siempre la adecuada atención al/la paciente de forma que éste/a pueda ejercitar efectivamente sus derechos.

La OC de los profesionales de la salud no puede entenderse como una mera omisión de una persona cualquiera, que pretende abstenerse de tomar parte en un curso de acción que rechaza moralmente. La omisión, en este caso, produce consecuencias que tienen incidencia en derechos de terceros, como el derecho a la salud y a recibir prestaciones establecidas legalmente.

Así lo aclara la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo F.A.L en donde expresa que “la objeción de conciencia en materia de aborto no punible no podrá obstaculizar el acceso a la práctica médica puntual, ni mucho menos traducirse en barreras

⁴ Este apartado es una síntesis de las principales ideas desarrolladas en “Documento sobre la Objeción de Conciencia en el Contexto de la Atención de la salud en la Provincia de Neuquén”, elaborado por la Red de Comités de Bioética Asistencial Dirección de Bioética e Investigación Neuquén, abril 2016, Disposición N°1460/2016; al que debe referirse para ampliar la temática.

que impidan o dilaten el aborto en casos permitidos en cuyo caso la práctica médica debe estar disponible para las mujeres de forma “permanente”, “expeditiva” e “inmediata”⁵.

Por ello y para facilitar el ejercicio de tal objeción, es necesario establecer lineamientos específicos de forma tal que se pueda ejercer sin perjudicar a los/las pacientes y se evite la desatención y el abuso.⁶

La OC deberá ser siempre individual y nunca grupal o institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practiquen ILEs deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo, deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a esta práctica.

Resulta pertinente mencionar que existe un límite respecto de la titularidad para ejercer el derecho a la objeción de conciencia, la cual corresponde solo para el personal que realiza directamente la intervención objetada. Esto significa que no cabe la OC para el personal de salud que realiza cualquier otra función tal como funciones administrativas, de cuidado y acompañamiento, de información, preparatorias o asociadas a la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores a la intervención

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

Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar al/la paciente sobre su derecho a acceder a la práctica de ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican, no debiendo imponer sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas, absteniéndose de emitir criterios morales o juicios de valor. En ese caso el profesional debe remitirlo/la inmediatamente a

⁵ CSJN. “F.A.L s/Medida Autosatisfactiva” del 12/03/2012; considerandos N° 29 y 30

⁶ Documento sobre la Objeción de Conciencia en el Contexto de la Atención de la salud en la Provincia de Neuquén. Elaborado por la Red de Comités de Bioética Asistencial Dirección de Bioética e Investigación Neuquén, abril 2016, Disposición N°1460/2016.

un profesional no objetor para que continúe la atención, priorizando el acceso a la práctica como precondition para el ejercicio de la OC.

De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la práctica de ILE, es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento al que una persona tiene derecho.

MARCO JURÍDICO

Circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo

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

Causal salud

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

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

Causal violación

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

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

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

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

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

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

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

Prevalencia del principio pro persona (pro homine) en materia de derechos humanos

Como lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia de la Nación⁷, el principio rector de la interpretación de las normas relacionadas con el ejercicio de derechos humanos, es el principio *pro homine*. Este principio funciona como directiva de aplicación de todas las normas jurídicas, implica que se debe tomar siempre como criterio para definir la norma aplicable aquella que favorece *una decisión a favor de la persona* frente a uno o varios textos normativos relacionados o que puedan afectar derechos humanos. Es decir, se debe preferir la aplicación de la norma o interpretación jurídica que conceda un alcance más

amplio a los derechos para el mayor número de personas. De acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), este opera como “principio de interpretación extensiva de los derechos humanos y restrictiva de sus limitaciones” (Corte IDH, O.C. 5/85).

En este sentido, la Corte IDH ha establecido, en su opinión consultiva N°5 de 1985⁸, como derivación del principio pro homine, al *criterio de reenvío*, aplicable frente a la concurrencia de normas concernientes a la solución de una situación jurídica. En estos supuestos, “la decisión concreta dependerá, en todos los casos, de un ejercicio de aplicación hipotética, que permita, a la vista del caso a decidir, determinar cuál sería la solución del caso según se aplicase una u otra norma concurrente y, una vez definido el resultado hipotético de su aplicación, se deberá elegir la norma que sea más favorable a la persona”, es decir, la que conceda más derechos o los restrinja en menor medida.

El principio pro homine contiene un criterio hermenéutico que informa todo el ordenamiento jurídico en tanto involucre el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos. En virtud de este principio se debe acudir a la norma más amplia, o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos e, inversamente, a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria.

En este sentido, en el fallo Arriola, la Dra. Highton de Nolasco y el Dr. Maqueda, señalaron que:

“(…) a nivel internacional también se ha consagrado el principio “pro homine”. De acuerdo con el artículo 5° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el 29 de la Convención americana, siempre habrá de preferirse la interpretación que resulte menos restrictiva de los derechos establecidos en ellos. Así cuando unas normas ofrezcan mayor protección, estas habrán de primar, de la misma manera que siempre habrá de preferirse en la interpretación la hermenéutica que resulte menos restrictiva para la aplicación del derecho fundamental comprometido (CIDH OC 5-85)”. (Considerando 23)

Es por lo anterior que, cuando se trata de encontrar la norma aplicable para la atención de la salud sexual y salud reproductiva de cada persona se debe optar por aquella que, de acuerdo con la aplicación del principio general pro homine, reconozca y garantice un mayor alcance a la protección de los derechos humanos. Esto es, aquella norma que permita con mayor alcance el ejercicio directo de los derechos humanos, sin discriminación y con la

⁸ Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_05_esp.pdf

garantía de acceso a medios eficaces de reclamo en caso de no encontrar satisfecho el derecho.

Interpretación y aplicación de las normas jurídicas relacionadas con la atención de la salud sexual y salud reproductiva: reconocimiento de la mayoría de edad a los 16 años para todas las prácticas relacionadas con el cuidado de la salud.

El nuevo Código Civil y Comercial (en adelante, CCyC) tiene como fuente normativa preexistente y de superior jerarquía a la Constitución Nacional y los Tratados de Derechos Humanos ratificados por la Argentina, que contienen los estándares mínimos que deben respetar todas las normas del ordenamiento jurídico interno. Por ello, toda interpretación normativa debe hacerse de acuerdo a los principios pro persona (pro homine), de progresividad y no regresividad, autonomía e igualdad, entre otros.

En este sentido, el CCyC en sus artículos 1 y 2, reconoce la subordinación de todas las normas de ese Código a la Constitución y las normas de derechos humanos, en los siguientes términos:

Artículo 1: *Los casos que este Código rige deben ser resueltos según las leyes que resulten aplicables, conforme con la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos en los que la República sea parte...*

Artículo 2: *Interpretación. La ley debe ser interpretada teniendo en cuenta sus palabras, sus finalidades, las leyes análogas, las disposiciones que surgen de los tratados sobre derechos humanos, los principios y los valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.*

En relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, la subordinación legal a la Constitución y a las normas de derechos humanos, se traduce en la aplicación entre otros y fundamentalmente de los siguientes criterios interpretativos: interés superior y autonomía progresiva de niñas, niños y adolescentes (en adelante, NNyA) presunción de la capacidad de todas las personas en todas las circunstancias, pro persona, pro NNyA (pro minoris) e igualdad y no discriminación.

Reglas sobre capacidad para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

Artículos 25 y 26 del CCyC: aplicación del principio de autonomía progresiva en adolescentes y configuración de la responsabilidad parental

Para la interpretación de todas las normas relacionadas con NNyA, incluyendo a las NNyA con discapacidad, corresponde, ante todo, tener en cuenta que el nuevo CCyC tiene como fundamento el reconocimiento de la categoría de sujetos de derecho a todas las personas. En este sentido, incorpora lineamientos normativos que conducen de manera progresiva, hacia un modelo de familia democrático e igualitario, determinando entre otras cosas, un cambio en la configuración de la responsabilidad parental según los principios contenidos en el artículo 639 inc. a y b.

Sobre los criterios de interpretación del art. 26 a efectos de indicar criterios etarios para la presunción de autonomía en adolescentes

El criterio de “**invasividad**” utilizado por el artículo 26 CCyC debe leerse como tratamientos de “gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud”. Esto se colige a partir de su ubicación en un listado que no solo califica el término como “invasivo que comprometa el estado de salud” sino que además se lo asocia a tratamientos que “provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”. Por tanto, es de comprensión de este Ministerio que ampliar el tipo de tratamientos contemplados en la excepción a la presunción de la capacidad, es restrictivo del derecho a la salud integral e injustificado.

Cabe remarcar que en los dos párrafos del art. 26 en que se menciona el término “invasivo” se lo asocia con el compromiso del estado de salud o el riesgo para la vida o integridad física. De esta forma, el cuarto párrafo refiere a “tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.” Y en el quinto, a “tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida”.

La evaluación del riesgo de las prácticas sanitarias debe realizarse con base en evidencia científica que contemple los diversos aspectos de la salud integral. El riesgo de una práctica sanitaria es generalmente definido como la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o como un factor que aumenta esa probabilidad. El artículo 26 del CCyC, califica la práctica en tanto que “comprometa el estado de salud” del NNyA, o de que exista *riesgo grave* para la vida o afectación de la integridad física. Es decir, las prácticas sanitarias que requieren acompañamiento para la decisión en el período entre los 13 y los 16 años, son aquellas en que existe evidencia científica que muestra una probabilidad considerable (alta) de riesgo o se generen secuelas físicas para el NNyA y no solo en aquellas que tal

consecuencia pudiera existir. Esta probabilidad se mostrará con estudios clínicos, estadísticas sanitarias, y otras fuentes autorizadas y de reconocida calidad.

Por otro lado, en aquellos casos en los que sea necesaria la asistencia para el consentimiento del NNyA, la interpretación adecuada del término “progenitores” del artículo 26 del CCyC, (según el contenido del artículo 59 del CCyC; ley de derechos del paciente; decreto de la ley de salud sexual) en cuanto se refiera a las prácticas relacionadas con el cuidado del propio cuerpo, debe ser interpretado de forma que permita que las personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado puedan participar y acompañar al NNyA en el proceso de consentimiento informado y toma de decisiones sanitarias. Esto por cuanto se trata del ejercicio de un derecho personalísimo como la atención y el cuidado de la salud⁹. De esta manera, cualquier “allegado” (artículo 59 del CCyC) o referente afectivo (artículo 7 Decreto 415/2006 reglamentaria de la Ley 26.160) podría asistir al NNyA en el consentimiento de dichos actos.

Personas con derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo

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

Asimismo, como se mencionó anteriormente, este Protocolo se guía por el principio de [autonomía de las personas](#) y, en consonancia con el mismo, la atención de las situaciones de ILEs implica necesariamente el [consentimiento informado](#) por parte de la usuaria. Este es un proceso que recorre toda la atención y está enmarcado en la Ley N° 26.529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y Ley N° 2611 de la Provincia de Neuquén sobre Derechos del Paciente.

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

Antes de solicitar su firma, para que la persona que consulta pueda acceder a la toma de decisiones, el equipo de profesionales debe brindarle la información necesaria. La/el profesional debe contemplar la posibilidad de que la mujer le realice preguntas y

⁹ En este sentido se han pronunciado tanto el Comité de Derechos del Niño en su Observación General N° 15 de 2013, en relación con la interpretación de los artículos 5 y 9, para los cuales entiende que se debe equiparar las responsabilidades y derechos de todas las personas que ejercen roles de cuidado ya sean “padres biológicos, adoptivos, de acogida, tutores legales o habituales, y personas con las que el niño tengo una “relación personal estrecha” , la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Opinión Consultiva N° 21.

preguntas sobre las cuestiones que le generen dudas o miedos, para poder tomar una decisión autónoma, consciente e informada.

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

Niñas y adolescentes¹⁰

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

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

La incorporación de la categoría diferenciada “adolescente” en el CCyC no es una mera cuestión nominal, sino que provoca concretos efectos jurídicos. En efecto, ubicarse en la franja adolescente genera una presunción de madurez para determinados actos que habilita su ejercicio por la persona menor de edad, a pesar de su condición de minoridad.

Así, por ejemplo, a partir de los 13 años el adolescente puede decidir por sí respecto a tratamientos de salud no invasivos o que no impliquen riesgo para su salud o su vida (art. 26 CCyC);

En función de esto:

- [Todas las personas de 13 años o más son consideradas por la legislación argentina como plenamente capaces de discernimiento](#). Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado y realizar personalmente la declaración jurada requerida

¹⁰ Este apartado es una síntesis y especificación en relación al ILE de las principales ideas desarrolladas en el Documento sobre aspectos bioéticos para la atención de la salud de los niños, niñas y adolescentes, en la provincia de Neuquén, actualmente en elaboración por la Dirección de Bioética e Investigación de este Ministerio, al que debe referirse para ampliar la temática.

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

Si concurre sola es necesario garantizar el permanente contacto con el servicio de salud tratante. El equipo interviniente evaluará la pertinencia de remitir o no informe a la Defensoría de los Derechos de la Niñez y Adolescencia por la situación de vulnerabilidad de derechos.

En situación de violación (causal 2) no es necesario exigir la denuncia o prueba de la violación y mucho menos su determinación judicial, pero sí es necesario dejar una copia de la declaración jurada para víctimas de delitos sexuales en historia clínica, firmada por la víctima o su representante legal en caso que corresponda.

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

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

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

Personas con discapacidad

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

Como fue reconocido por la Convención y la Ley 26.378, las personas con discapacidad tienen la misma dignidad, autonomía y capacidad jurídica para decidir sobre su cuerpo que el resto. El servicio sanitario no debe actuar sin tener en cuenta o suprimiendo la voluntad de las mujeres discapacitadas, sino que, por el contrario, y, en primer lugar, debe proporcionarles las herramientas que aseguren su participación en todo acto.

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

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

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

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

LOS EQUIPOS DE SALUD

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

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

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

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

Responsabilidad profesional

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

ABORDAJE DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Recepción información y orientación

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

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

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

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

Todos los profesionales de la salud tienen un rol fundamental en la información y orientación a las mujeres amparadas por el derecho a la interrupción legal del embarazo. En muchos casos, la intervención puede comprender el dar información, contención

emocional, orientación y derivación asistida a un equipo que en ese u otro efector de salud pueda realizar la consejería y el procedimiento médico.

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

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

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

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

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

En los casos de violación, los equipos de salud muchas veces habilitan o incluso generan situaciones de violencia al poner en duda la palabra de la mujer. En estas circunstancias se desdibuja la función del equipo de salud, que es brindar la mejor atención.

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

Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE (Cuadro 1)



Consulta de primera vez

Toda mujer encuadrada en situación de ILE, puede solicitar este procedimiento ante cualquier agente de salud, correspondiente a los distintos niveles de atención.

La entrevista de primera vez tiene como objetivo **informar, contener y acompañar a la mujer en situación de ILE, garantizando accesibilidad y confidencialidad a la atención de su salud integral.**

La entrevista se realizará en un ámbito respetuoso y receptivo apoyando a la mujer en la toma de decisiones, evitando los juicios morales y los tiempos de espera innecesarios, garantizando un espacio donde pueda plantear sus dudas y recibir información veraz, adecuada y completa.

Se respetará la confidencialidad y se ofrecerá una atención que cubra aspectos físicos y emocionales.

En esta entrevista se realizará una anamnesis con la finalidad de establecer si la mujer está efectivamente embarazada. De estarlo, se deberá conocer edad gestacional, ubicación y vitalidad.

Dentro de las 72 horas del primer contacto con el Sistema de Salud, se deberá garantizar:

- Información
- Asesoría
- Test de embarazo
- Laboratorio
- Registro / Codificación
- Ecografía, indicado con código ILVE, por el cual se evitará la exposición al registro auditivo o visual de la gestación en curso, salvo que la paciente requiera lo contrario
- Confección de la historia clínica
- Consentimiento informado
- Acceso a la medicación

- Analgesia oportuna
- Acceso a turnos con disciplinas que se considere necesarias

Evaluación Médica

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

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

Estudios Complementarios: en cada caso en particular y en función a los datos obtenidos en la historia clínica y el examen físico, se evaluará la necesidad de solicitar exámenes complementarios. Tener en cuenta que esto no puede ser un requisito ni la imposibilidad de ejecutarlos un obstáculo para la realización de la interrupción.

Laboratorio

Si la mujer no sabe su grupo sanguíneo y factor Rh, solicitarlo siempre que sea posible, de manera de administrar inmunoglobulina anti-RhO cuando esté indicado. Puede aprovecharse la oportunidad para realizar asesoramiento y prueba de tamizaje de VIH y VDRL, HBV, Chagas, TOXO, hematocrito y hemoglobina.

Ecografía: si está disponible puede ayudar a definir la edad gestacional, descartar un embarazo ectópico y diagnosticar otras patologías o la inviabilidad del embarazo. Se recomienda descartar la presencia de un embarazo ectópico mediante ecografía especialmente en aquellas mujeres con

antecedentes de cirugía tubaria, presencia de DIU, embarazo ectópico o con examen físico sospechoso (IPAS 2013).

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

Alta post procedimiento: en casos que la intervención requiera internación, se intentará una internación lo más breve posible. Una vez comprobado el bienestar de la mujer se le otorgará el alta hospitalaria, referenciándola con su medica/o de cabecera, con turno programado en el efector pertinente.

Tanto en los procedimientos realizados en forma ambulatoria como con internación hospitalaria, se deberá garantizar al momento del alta:

Información y asesoramiento en anticoncepción (ACO, Preservativos, DIU, LT)

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

Siempre, antes de iniciar la consejería, es de buena práctica que el/la profesional de la salud le pregunte a la mujer si considera que es un buen momento para hablar de anticoncepción.

Se recomienda mantener el encuentro en un espacio que garantice la privacidad. Es importante que al inicio el/la profesional le asegure a la mujer que lo que hablarán es confidencial y, además, le pregunte en forma privada si desea que su pareja o acompañante esté presente durante la conversación.

Si la mujer considera que no está lista para tomar una decisión sobre un método anticonceptivo a utilizar a largo plazo, es importante ofrecerle y entregarle métodos temporales para que tenga protección enseguida de la interrupción.

Igualmente, si el método que la mujer prefiere no puede ser suministrado de inmediato debido a su situación clínica, es importante ofrecerle uno provisional hasta que resuelva la situación.

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

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

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

Acompañe a la mujer en la selección del método que sea más adecuado para su situación particular y preferencias.

- Brinde información sobre cómo funciona el método elegido, su modo de uso, la eficacia, qué hacer ante distintas situaciones como olvidos o uso de otras medicaciones, los posibles efectos secundarios, etc. Y, de ser posible, reforzar la información con folletería.
- Informe donde obtener el método elegido y realizar el seguimiento que requiera.
- Oferta de [asistencia psicosocial](#) si así lo requiere, garantizándoles la asignación de turno con el/la profesional correspondiente.
- Pautas de alarma para reconocer complicaciones que puedan requerir [asistencia médica](#). (Se darán por escrito).
- Indicación de feroterapia.

- Citación para **control médico** a los siete (7) días y al mes, donde se le otorgará el alta definitiva.
- Codificación de la práctica.

Según el CIE 10 se acuerda la codificación y registro de las prácticas en planillas e historia clínica, utilizando los siguientes códigos de CIE-10: **Z64.0** (embarazo no deseado) ante las primeras consultas; Y ante la concreción de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), utilizar los códigos **Z64.0 y O.04** (aborto médico).

Embarazo, Parto y Puerperio

Embarazo terminado en aborto

O00 Embarazo ectópico

O01 Mola hidatiforme

O02 Otros productos anormales de la concepción

O03 Aborto espontáneo

O04 Aborto médico

O05 Otro aborto

O06 Aborto no especificado

O07 Intento fallido de aborto

O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

Personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales

Z64. Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales.

Z64.0 Problemas relacionados con embarazos no deseados.

Proceso de Consentimiento Informado

El **Consentimiento informado**¹¹ es un proceso comunicativo y deliberativo entre el agente de salud y la mujer, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar un problema de salud que refleje la decisión libre y voluntaria de una persona a la que se le realiza o no, una determinada práctica. El consentimiento informado se debe comenzar a trabajar desde el primer momento de la atención (información, asesoría).

La información deberá ser clara, veraz, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, beneficios, riesgos y efecto para su salud. Se detallará en la Historia Clínica la información brindada y la comprensión por parte de la mujer, dejándose debida constancia de su solicitud y de su consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y/o representante legal según sea el caso y el equipo interviniente.

En esta entrevista se le explicaran los distintos métodos con que se cuenta para realizar la práctica, relatándole los procedimientos a los que se verá expuesta como así también cuales son los riesgos probables de cada práctica, en qué consisten, qué puede sentir y qué ocurre durante y después del procedimiento.

Se hará hincapié en:

- Ventajas y desventajas de cada procedimiento (dolor, anestesia requerida, riesgos, tiempo de internación).
- Tiempo que implica cada uno de los procedimientos.
- Retorno a la vida cotidiana (indicaciones, seguimiento, signos de alarma).
- Retorno a la vida sexual.
- Anticoncepción.

Para el registro de dicho proceso (siempre previo a la realización de la práctica), se recomienda utilizar el formulario actualmente en vigencia según Disposición 016/2011 (ANEXO I), o el que en lo sucesivo lo reemplace.

Se elaboran dos (2) originales de cada uno debidamente fechados y firmados, una para la mujer y otro para la Historia Clínica.

¹¹ Este apartado es una síntesis y especificación en relación al ILE de las principales ideas desarrolladas en la Disposición N°016/2011; al que debe referirse para ampliar la temática.

Situaciones específicas que requieren derivación a mayor complejidad

En las situaciones abordadas desde los Centros de Salud, en las que se constate una Edad Gestacional mayor a las 12,6 semanas a partir de ecografía, y resueltos los pasos previos indicados en el punto **1.2 Consulta de Primera Vez** (Información – Asesoría - Confirmación de embarazo – Laboratorio – Registro/Codificación), se efectuará la derivación a hospital de referencia para dar continuidad a la práctica.

- En caso que se efectúe la práctica de forma ambulatoria en el Centro de Salud, de acuerdo a los pasos indicados, y con edad gestacional menor a las 12,6 semanas, y se presenten complicaciones posteriores a la realización de la práctica, se efectuará derivación pertinente al hospital de referencia.

- Las mujeres que presenten limitantes por alto riesgo anestésico deberán ser derivadas a centros de mayor complejidad.

Declaración jurada (Anexo)

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

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

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

En el caso de menores de 13 años o de mujeres declaradas judicialmente incapaces también debe firmar el representante legal. El consentimiento informado y la declaración jurada son los únicos requisitos que se debe solicitar a la mujer para realizar una ILE producto de una violación.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA ILE

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

Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres que requieren una ILE puede realizarse en el primer nivel de atención y en forma ambulatoria.

Sin embargo, es necesario que se pueda brindar atención integral para ILEs en todos los niveles del sistema de salud para atender a mujeres que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando haya un compromiso de salud y sea conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica estricta.

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

Vacunación e isoimmunización Rh

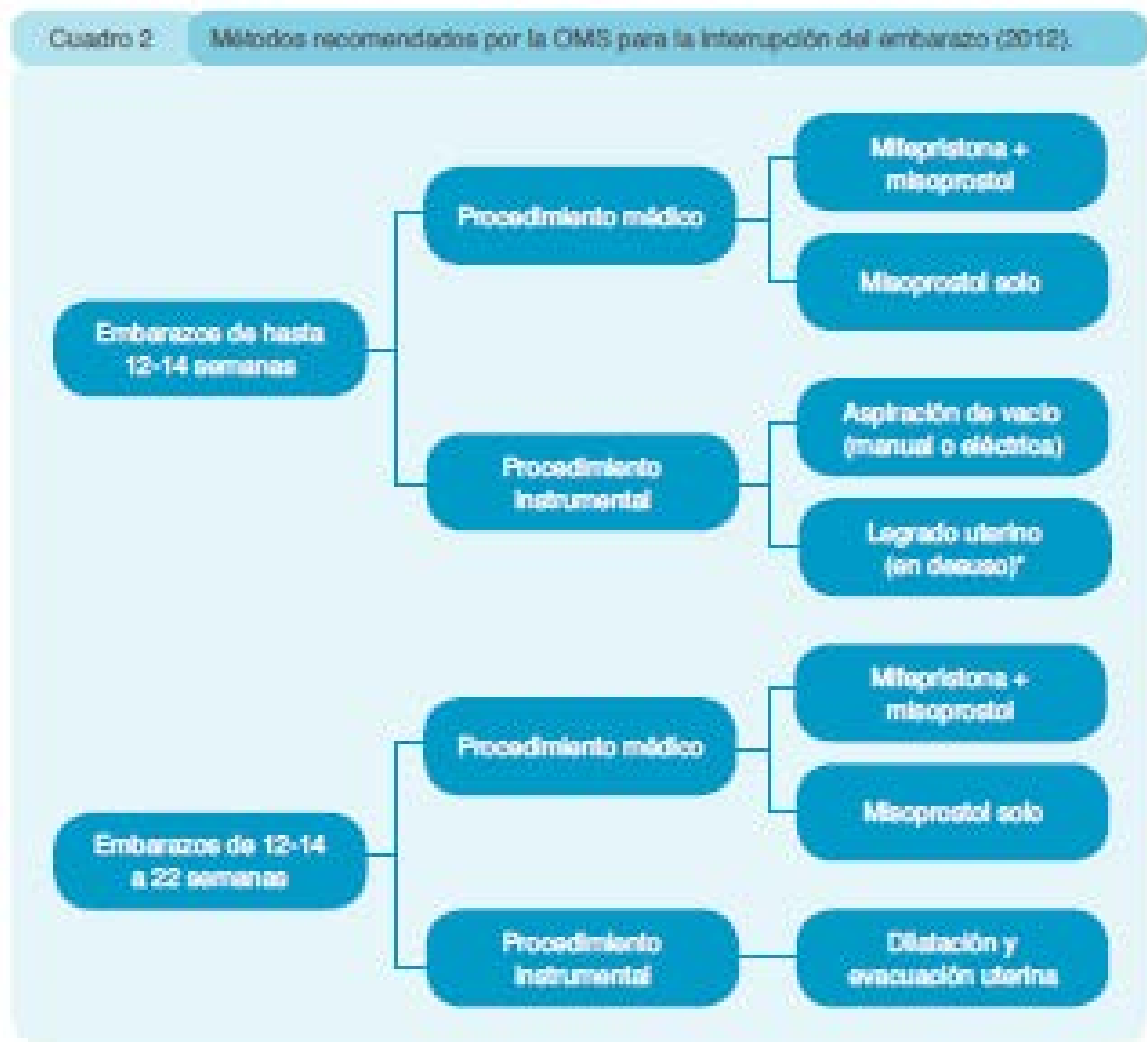
La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoimmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos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

Por su parte, la International Planned Parenthood Federation recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular (IPPF, 2012).

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

Evacuación uterina

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



El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos mencionados esté disponible.

Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado Uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

Procedimiento medicamentoso

El procedimiento para la interrupción del embarazo con medicamentos ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente.

De todas maneras, dado que las organizaciones internacionales recomiendan el régimen combinado (mifepristona + misoprostol) también se describe el esquema en este Protocolo.

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

Manejo ambulatorio

La práctica extendida y numerosas investigaciones han demostrado que la realización del procedimiento medicamentoso en forma ambulatoria es una opción segura y eficaz. Asimismo, es elegida por muchas mujeres porque les permite iniciar el proceso de interrupción en el momento en que les resulte más cómodo y les brinde mayor tranquilidad.

La OMS y el Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) recomiendan el uso del misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas (63 días) a partir de la FUM. De acuerdo a la FLASOG en gestaciones menores de 10 semanas, el tratamiento puede ser implementado sin requerir hospitalización, dependiendo de las condiciones particulares de cada mujer (FLASOG 2013).

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

- Brinde la consejería previa para que la mujer pueda decidir con pleno conocimiento realizarlo de esa forma.
- Garantice a la mujer la medicación necesaria para el procedimiento, incluyendo analgésicos, por si llegara a requerirlos.
- Cumplimente todos los requisitos administrativos: Historia Clínica, consentimiento informado y declaración jurada en caso de violación.
- Corrobore que comprenda las consignas y as pautas de alarma.

- Evalúe que no presente comorbilidades que pudieran poner en riesgo su salud.
- Acuerde visitas de seguimiento post procedimiento.

Misoprostol y mifepristona

El **misoprostol** es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Se almacena a temperatura ambiente, presenta numerosas vías de administración y tiene una vida media prolongada.

Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo.

Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino (OMS, 2005). En la Argentina, hasta fines de 2014 la ANMAT no había avalado estas indicaciones. Sin embargo, en muchos países los medicamentos pueden ser utilizados en forma y para indicaciones que no están incluidas en el registro original. Este uso, conocido como *off label* “fuera de etiqueta”, es una práctica bastante común y aceptada. Por ejemplo, por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, que al respecto dice: “La buena práctica médica y el mejor interés de los pacientes requiere que los médicos utilicen drogas [...] legalmente disponibles de acuerdo a sus conocimientos y mejor juicio. Si un médico usa una droga con una indicación diferente de aquella para la cual la droga fue aprobada, está obligado a estar muy bien informado sobre el producto y basar su uso en un raciocinio médico firme y en sólidas evidencias científicas, además de mantener un registro del uso del producto y de sus efectos” (citado en Gynuity, 2009b y FLASOG, 2013). ANEXO III

La **mifepristona** es un antiprogéstágeno que se une a los receptores de progesterona inhibiendo su acción y, por ende, interfiriendo con la continuación del embarazo.

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

complicaciones. Si es posible, reforzar la explicación en forma escrita o con folletería.

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

Manejo en internación

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

- Embarazos mayores a 10 semanas.
- Embarazos menores a 10 semanas que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio.
- Mujeres víctimas de violación que han realizado una denuncia policial, en cuyo caso es necesario garantizar las medidas necesarias para conservar el material para un estudio de ADN.
- Mujeres cuya condición clínica haga necesario un control estricto durante el procedimiento.

Esquema médico

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

Vías de administración

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

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

Tabla 1 Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo.

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

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

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

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

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

Cuando se utiliza la vía vaginal, se recomienda humedecer las tabletas con agua o suero fisiológico para facilitar la disolución y mejorar la absorción, previo al momento de su colocación en el fondo de saco vaginal (FLASOG, 2013).

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

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

Tiempo para obtener resultado terapéutico y eficacia

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo (FLASOG, 2013). La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol.

Es importante resaltar que el resultado dependerá del tiempo de espera para obtener el efecto deseado. Así, entonces, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es superior al 80% y se incrementa a medida que transcurre el tiempo, hasta lograrse resultados muy exitosos alrededor de las 72 horas posteriores a la administración.

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

Precauciones para el uso de misoprostol

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

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

- Disfunciones hepáticas severas, dado que el misoprostol se metaboliza principalmente en el hígado.

- Sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada.
- Coagulopatías o tratamiento en curso con fármacos anticoagulantes.
- Alergia reconocida a las prostaglandinas.

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

Profilaxis antibiótica

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

Información y recomendaciones para la mujer

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

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

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

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

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

También es importante brindar pautas o signos de alarma a los que la mujer tiene que estar atenta para que, si se presentan, realice una consulta oportuna en la guardia hospitalaria o centro de salud. Recomendar que concurra de inmediato si presenta:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.

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

Seguimiento

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

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

No se recomienda realizar la intervención quirúrgica antes de los 7 días de iniciado el procedimiento medicamentoso, a menos que esté indicado clínicamente porque se presenta alguna complicación, como una hemorragia intensa o infección.

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

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

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

Evacuación con procedimiento instrumental

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

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

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

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

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

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

Profilaxis antibiótica

El uso de rutina de antibióticos al momento del procedimiento instrumental disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Deben aplicarse las precauciones

habituales para el control de las infecciones, aunque no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de antibióticos profilácticos.

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

Preparación cervical

Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación, y en el caso de las mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas completas. Igualmente, la preparación cervical puede considerarse para cualquier edad gestacional, en especial para las mujeres con un riesgo alto de lesión del cuello uterino o de perforación del útero (por ejemplo, aquellas que presentan anomalías cervicales o cirugías previas) (OMS, 2012).

Puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento.

Manejo del dolor

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

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

Analgésicos: el paracetamol y el ibuprofeno disminuyen el dolor.

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

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

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

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

1. Cargar, en una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, 10 ml de lidocaína sin epinefrina al 1% o 5 ml de lidocaína sin epinefrina al 2%, más 5 ml de solución salina o agua destilada.

2. Luego de colocado el espéculo y realizada la correcta antisepsia del cuello uterino, estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior – de acuerdo con la posición del útero– con una pinza de cuello (Pozzi o Erina). Previamente puede inyectarse 1 a 2 ml de anestésico en el lugar donde se aplicará la pinza.

3. Aplicar una suave tracción con la pinza de cuello que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.

4. Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 3, 5, 7 y 9 sobre la unión de la mucosa vaginal y la cervical, bajo la mucosa cervical, no sobre el exocervix (Figura 1).

- Introducir la aguja hasta una profundidad de 2,5 a 3,8 mm (no sobrepasar esta profundidad ya que implica riesgos de lesión vesical o de víscera hueca).

- Aspirar para verificar que no se está inyectando en un vaso sanguíneo.

- Administrar 1 ml para descartar una reacción alérgica. De no existir, completar la aplicación lentamente.

- Inyectar lentamente de 2 a 5 ml de lidocaína al 1%.

- Esperar 5 minutos, hasta que el anestésico haga efecto.

Un ejemplo de un plan para el manejo del dolor incluye la colocación de un bloqueo paracervical la administración de analgésicos orales 30 a 45 minutos antes de iniciar el procedimiento de aspiración de vacío y el uso de modalidades no farmacológicas, tales como el apoyo verbal y el trato amable y respetuoso (IPAS, 2006).

Procedimiento de evacuación con aspiración de vacío

A continuación, se detalla la técnica de AMEU.

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

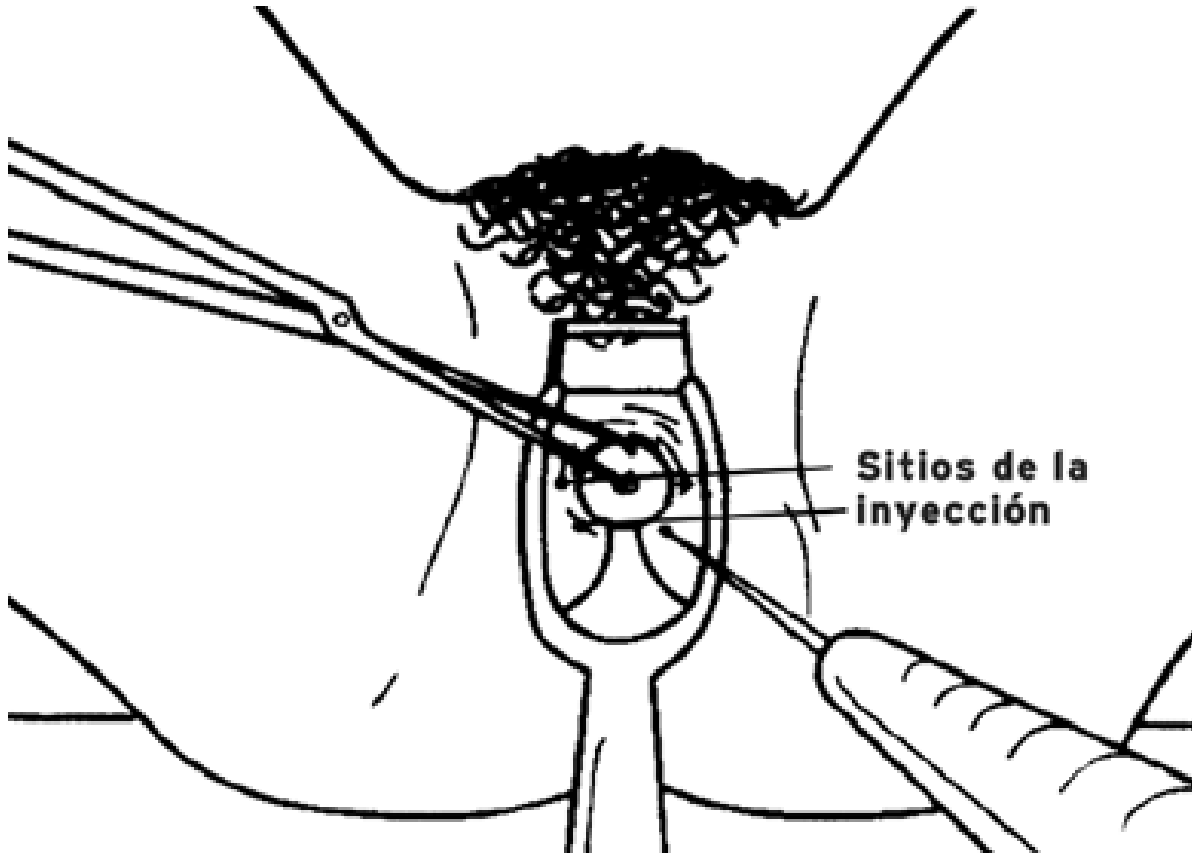


Figura 1. Bloqueo paracervical

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

1. Preparar el instrumental. Disponer una mesa auxiliar estéril con 1 pinza aro, 1 espéculo, 1 pinza de cuello uterino (Pozzi), 1 bol con antiséptico, 1 riñonera, 1 juego completo de bujías de Hegar, gasas, el aspirador de AMEU (ver "Preparación y funcionamiento del aspirador manual", pág. 49) y cánulas semirrígidas (abrir solo la cánula que se utilizará, de acuerdo con la altura uterina)

(Figura 2). Antes de usar el aspirador, asegurar sede que conserve el vacío; para esto, cargar el aspirador, esperar unos minutos y luego soltar los botones para liberar el vacío. El sonido del aire que entra en el aspirador es una indicación de que se ha creado el vacío. Si esto no ocurre, ver que el aspirador esté bien armado, inspeccionar el anillo “O” para comprobar que no tenga defectos o cuerpos extraños y si está bien lubricado, y asegurarse de que el cilindro esté firmemente colocado en la válvula. Si el anillo “O” no se encuentra bien lubricado puede utilizarse xilocaína en jalea o gel en base acuosa como el usado para realizar ecografías (nunca usar vaselina u otros derivados del petróleo). Si al volver a probarlo no conserva el vacío, usar otro aspirador.



Figura 2. Instrumental dispuesto en la mesa auxiliar estéril.

2. Preparar a la paciente. Pedirle que vacíe la vejiga. Ayudarla a subir a la camilla y a colocarse en posición ginecológica.
3. Examen ginecológico. Realizar un examen bimanual para confirmar la altura uterina y verificar la dilatación del cuello. Cambiarse los guantes. Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal.
4. Realizar antisepsia. Aplicar una gasa embebida en solución antiséptica por el cuello uterino y las paredes vaginales.
5. Realizar bloqueo paracervical
6. Elección de la cánula. El tamaño de la cánula a utilizar depende de la altura del útero a partir de la fecha de la última menstruación y la dilatación del cuello uterino. Con una FUM y altura uterina de 4 a 6 semanas se utiliza una cánula de 4 a 7 mm, de 7 a 9 semanas una de 5 a 10 mm y de 9 a 12 semanas una de 8 a 12 mm.
7. Dilatar el cuello uterino. Proceder según sea necesario para permitir que la cánula seleccionada se deslice ajustada y fácilmente a través del orificio cervical.
8. Insertar la cánula. Introducir la cánula tomándola por el extremo distal y empujarla suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno.

Para facilitar la introducción, realizar movimientos de rotación a medida que se ejerce una presión suave. Empujar la cánula suavemente hasta tocar el fondo de la cavidad uterina.

Los puntos visibles de la cánula permiten determinar la histerometría: el primero se encuentra a 6 cm del extremo romo de la cánula y los otros, a intervalos de 1 cm. Retirar un poco (1 cm aproximadamente) la cánula antes de conectar a la

jeringa

(Figura

3).

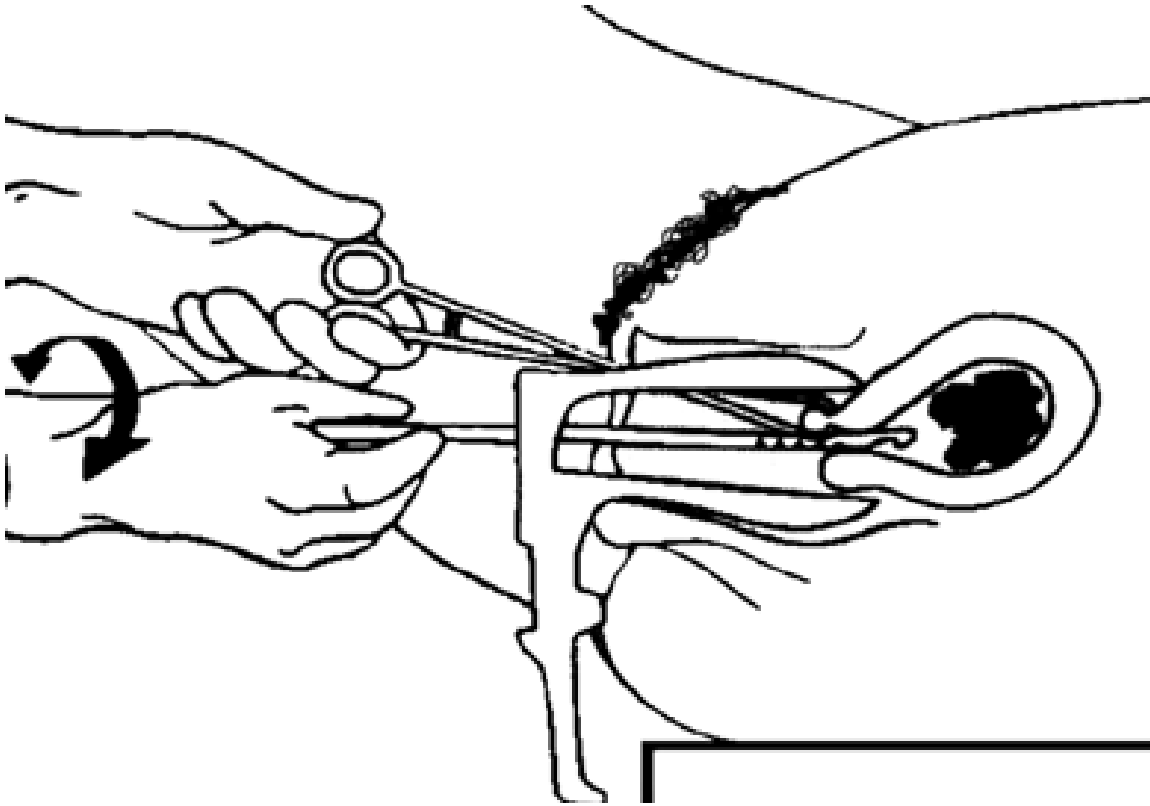


Figura 3. Introducción de la cánula

9. Aspirar el contenido del útero. Conectar la cánula al aspirador ya cargado (es decir, con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) sosteniendo la pinza de cuello y el extremo de la cánula con una mano y el aspirador con la otra. Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras se conecta el aspirador (Figura 4).

Liberar el vacío soltando los botones de la válvula del aspirador (para esto, oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esto abre la válvula y de inmediato se inicia la aspiración.

Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia el aspirador.

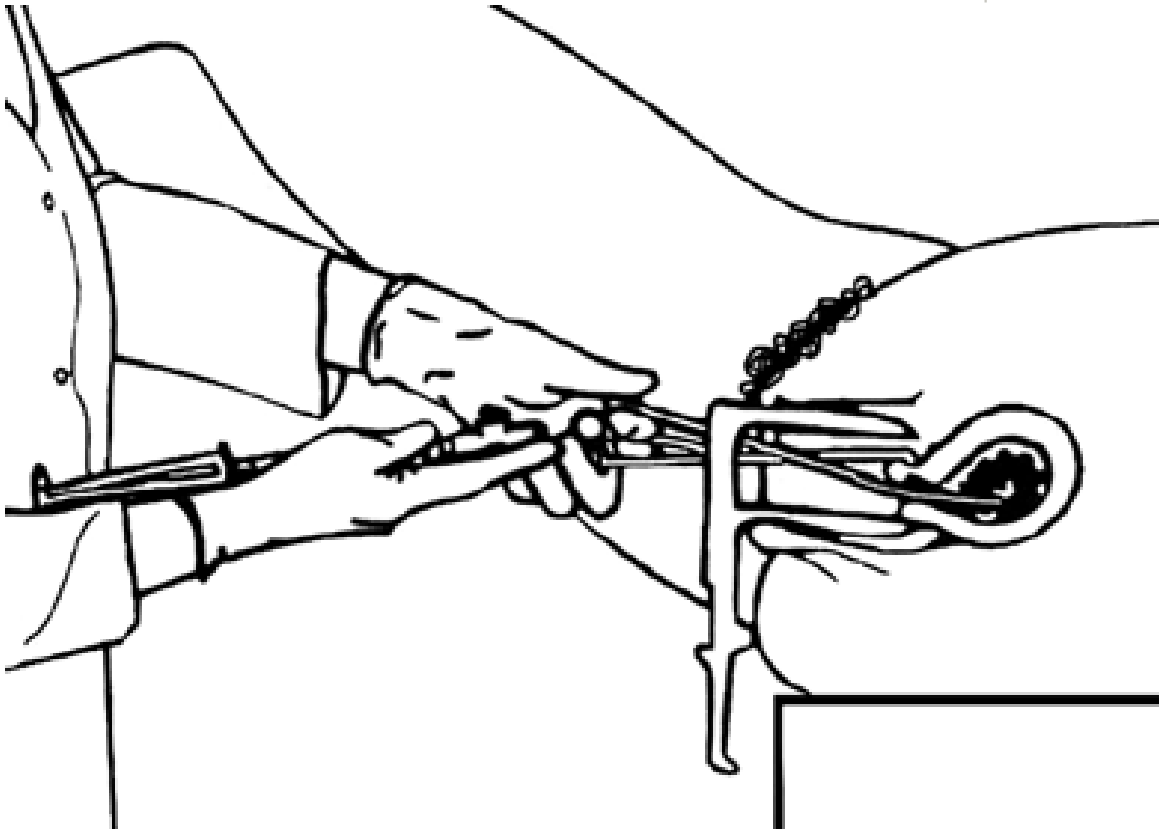


Figura 4. Conexión de la cánula a la jeringa

Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo el aspirador suave y lentamente hacia adelante y hacia atrás, rotando la cánula y el aspirador en sentido de las agujas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío (Figura 5).

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

cánula se encuentra obstruida por restos, se ha salido del orificio externo del cérvix o está mal adaptada al aspirador; la dilatación cervical es mayor a la que corresponde a la cánula seleccionada; existe una perforación uterina.

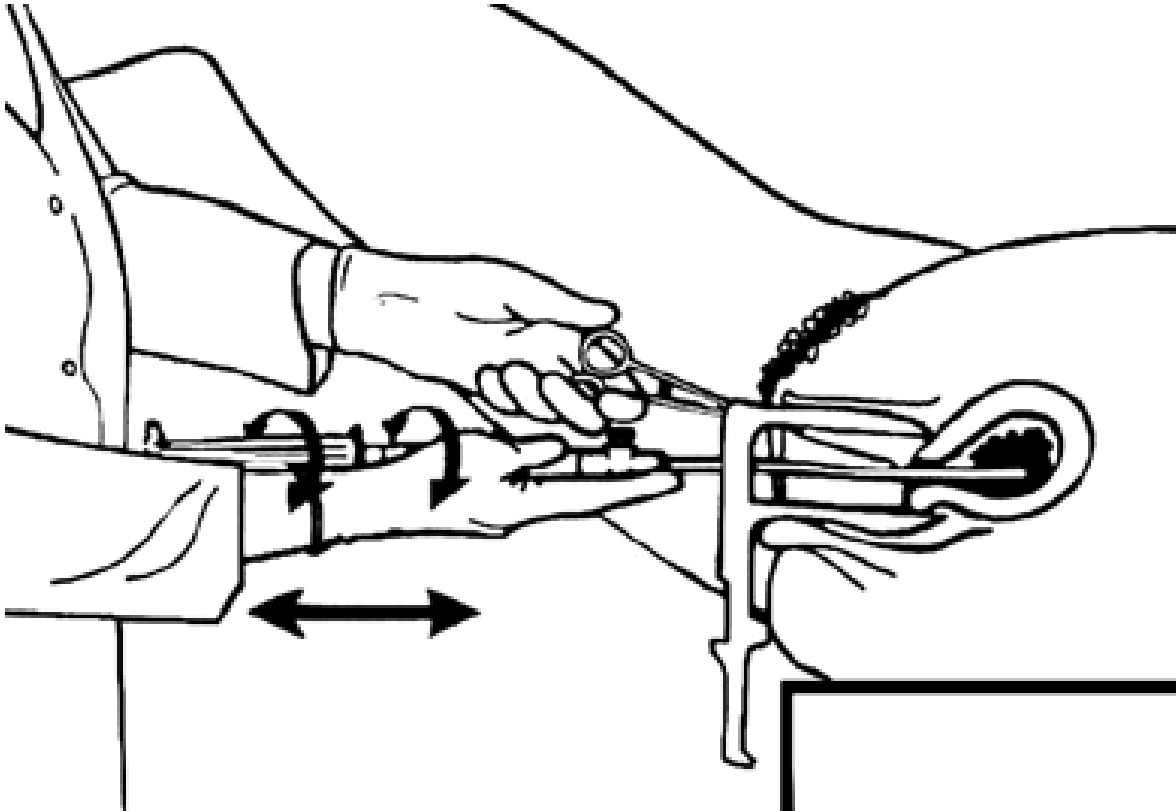


Figura 5. Extracción del contenido uterino.

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

11. Inspección del tejido. Para vaciar el contenido del aspirador en un recipiente adecuado, desconectar la cánula si aún se encuentra conectada, soltar los botones si están oprimidos y deslizar el émbolo suave y completamente dentro

del cilindro. No empujar el contenido aspirado a través de la cánula, ya que esta se contaminaría.

Dilatación y evacuación

En aquellos lugares donde se disponga de profesionales con experiencia y habilidad y con el equipamiento adecuado, el procedimiento de dilatación y evacuación es una técnica efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG,2011). Puede ser utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo.

Requiere la preparación cervical con una prostaglandina –como el misoprostol, la laminaria o un dilatador hidrofílico similar–, dilatar el cérvix y evacuar el útero mediante la técnica de aspiración de vacío eléctrica con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la edad gestacional, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

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

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

Conservación de los tejidos

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

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

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

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

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

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

Cuidados inmediatos luego del procedimiento

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

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

En este período es fundamental:

- Controlar los [signos vitales](#) mientras la mujer está en la camilla.
- Administrar [medicación para el dolor](#) en caso de ser necesario.
- [Evaluar el sangrado y los cólicos](#), que deben disminuir. El dolor intenso y el sangrado abundante persistentes no son normales. El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarro cervical u otras complicaciones.

Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

- Confirmar que la mujer pueda orinar.
- Ofrecer [consejería en anticoncepción](#) en caso de que la mujer lo desee y si aún no había sido ofrecida o brindar el método anticonceptivo en caso de haber elegido alguno.

La consejería puede efectuarse durante el período de recuperación o antes de dar de alta a la mujer. Es posible que ella se sienta más cómoda hablando sobre sus futuras necesidades de salud reproductiva y opciones anticonceptivas en ese momento que en las etapas iniciales del tratamiento. Lo ideal es que la mujer se retire a su domicilio con un método anticonceptivo elegido.

Manejo de las complicaciones

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

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

Interrupción fallida. El aborto fallido puede ocurrir en mujeres que se hayan sometido tanto al procedimiento instrumental como al medicamentoso. En ambos casos, si en el control post procedimiento se constata que el embarazo continúa, la terminación requerirá aspiración de vacío o dilatación y evacuación.

Hemorragia. La hemorragia puede ser producto de la retención del producto de la concepción, el traumatismo o daño del cérvix, u, ocasionalmente, de una perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir un nuevo procedimiento de evacuación del útero y la administración de medicamentos que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, el reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, de transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria. Dada la baja incidencia de casos de hemorragia con el procedimiento de aspiración de vacío, no se recomienda la utilización de ocitócicos de rutina, a pesar de que pueden ser necesarios en la práctica de dilatación y evacuación. El sangrado tipo menstrual prolongado es frecuente en el aborto con medicamentos, aunque por lo general no es lo

suficientemente abundante como para constituir una emergencia. Sin embargo, todo servicio de salud debe tener la capacidad, en caso de que sea necesario, de estabilizar y tratar o derivar a una mujer con hemorragia de la forma más rápida posible.

Infección. Si el procedimiento se realizó de manera apropiada, las infecciones ocurren raramente.

Los síntomas habituales incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado o spotting vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.

Cuando se diagnostica una infección, administrar antibióticos y, si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, completar la evacuación uterina.

Las mujeres con infecciones severas pueden requerir internación.

Perforación uterina. Cuando se sospecha la existencia de una perforación uterina durante un procedimiento instrumental, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se requiera. Donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación.

Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

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

Indicaciones para el momento del alta

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

- Aclarar que los primeros días puede tener cólicos uterinos moderados, similares a los de una menstruación normal, que se pueden controlar con un analgésico de potencia leve a moderada (paracetamol o AINES, como ibuprofeno), y con compresas o baños tibios.
- Explicar que tendrá un sangrado leve o manchas de sangre durante un par de semanas, y que si continúan por más tiempo debe realizar una consulta médica. La menstruación normal debe reanudarse dentro de las cuatro a ocho semanas siguientes al procedimiento de ILE.
- Si necesita tomar medicamentos, como analgésicos, explicar la frecuencia con que tiene que hacerlo y durante cuánto tiempo.
- Hacer sugerencias sobre la higiene personal rutinaria: que mientras dure el sangrado evite el uso de tampones, las duchas vaginales y los baños de inmersión.
- Brindar recomendaciones sobre la reanudación de la actividad sexual, indicándole la conveniencia de esperar hasta que se detenga el sangrado vaginal por completo para reiniciarlas.
- Informar sobre la posibilidad de quedar embarazada nuevamente pocos días después del tratamiento y brindar información sobre anticoncepción (ver “Anticoncepción post interrupción del embarazo”, pág. 58). Luego de haber realizado la consejería en anticoncepción, garantizar la entrega del método en caso de que haya seleccionado uno.
- Informar sobre signos y síntomas que puede presentar y requieren atención inmediata: sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas); cólicos persistentes y/o de intensidad creciente, que no ceden con analgésicos comunes; dolor ante la presión en el abdomen o distensión abdominal; mareos o desmayos; náuseas

o vómitos; fiebre y/o escalofríos; flujo de mal olor o purulento; otras situaciones que le generen preocupación. Explicar qué hacer y dónde buscar atención médica urgente en estos casos.

- Ofrecer a la mujer la oportunidad de hacer preguntas y obtener más apoyo si lo necesita.
- Realizar las derivaciones que se consideren oportunas (servicio social, salud mental, atención a mujeres víctimas de violencia).
- Establecer una cita de control entre los 7 y 10 días posteriores al procedimiento.
- Remarcar la importancia de los cuidados de seguimiento y de los controles periódicos de salud: patología mamaria, patología cervical y salud reproductiva.
- En lo posible, dar la información de forma escrita y con apoyo gráfico.

El proceso de atención a una persona no culmina con el procedimiento de ILE; en muchos casos puede requerir acompañamiento psicológico o social, información sobre su fertilidad futura, su estado de salud u otras intervenciones.

Las entrevistas de seguimiento son una oportunidad para que el equipo de salud aborde estas cuestiones y/o realice las derivaciones pertinentes.

Preparación y funcionamiento del aspirador endouterino manual

El dispositivo para AMEU consta de un aspirador manual y de las cánulas de aspiración. El aspirador manual tiene una válvula con un par de botones que la abren y cierran, lo que permite controlar el vacío; una tapa y un revestimiento desmontable; un émbolo con mango y un anillo-O; un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, con un clip que sujeta el aro de seguridad (Figuras 6y 7).



Figura 6

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

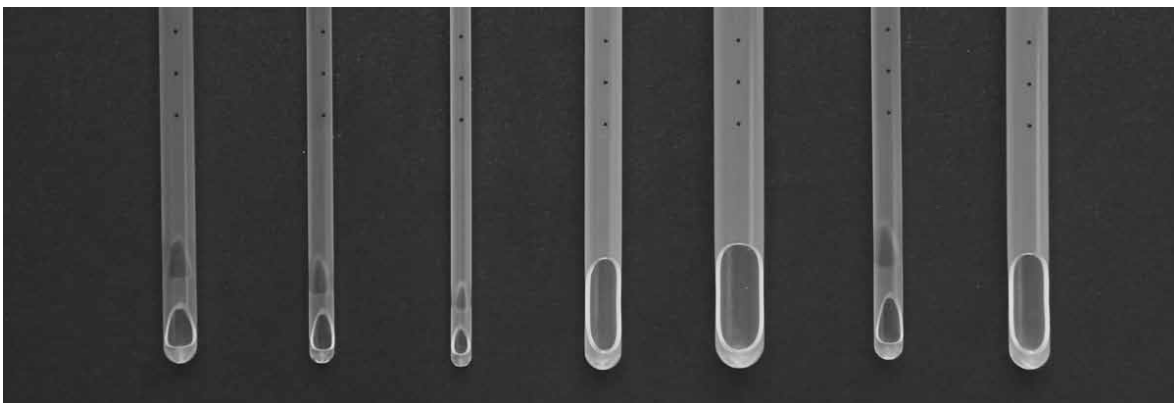


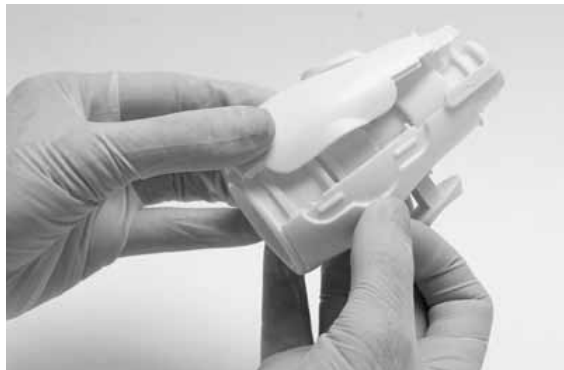
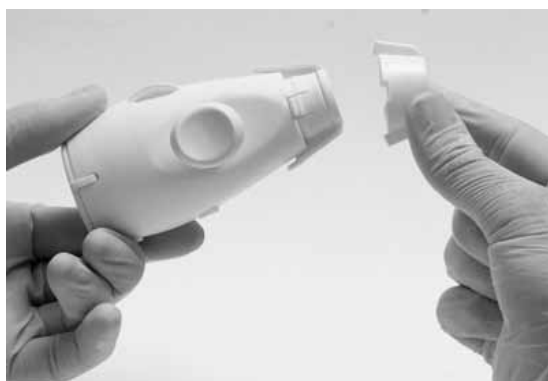
Figura 7

Armado del AMEU

1. Revisar el anillo-O (Figura 8) y colocarlo en la ranura de la punta del émbolo (Figura 9). Lubricarlo con una sola gota de lubricante (silicona, glicerol o detergente líquido). No usar nunca productos fabricados a base de petróleo (Figura 10).

**Figura 8****Figura 9****Figura 10**

2. Abrir la válvula y colocar el revestimiento en su lugar, alineando los rebordes internos (Figura 11). Luego, cerrar la válvula (Figura 12) y encajar la tapa en su sitio (Figura 13).

**Figura 11****Figura 12****Figura 13**

3. Empujar el cilindro dentro de la válvula e introducir el émbolo completamente dentro del cilindro (Figura 14). Controlar que los botones no estén oprimidos y que los lados anchos de la base del cilindro y el asa del émbolo estén alineados (Figura 15).



Figura 14



Figura 15

4. Fijar el aro de seguridad deslizando el clip de sujeción debajo del clip de sujeción y empujando sus trabas dentro de los orificios ubicados en la base del cilindro (Figura 16).

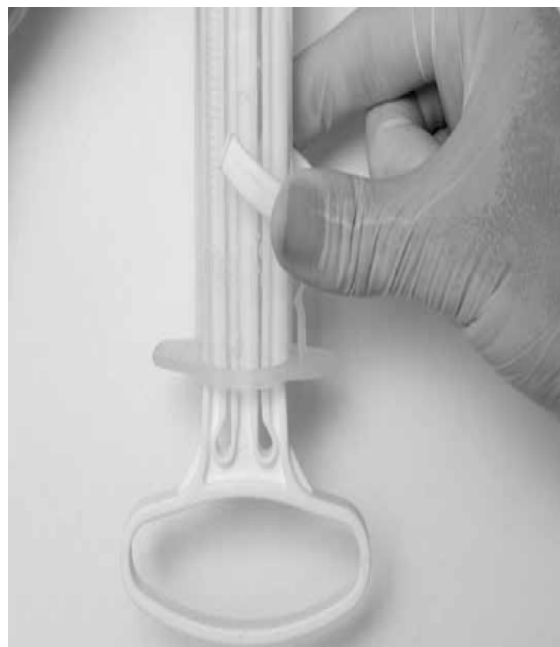


Figura 16

Generación del vacío o cargado del AMEU

1. Comenzar con los botones de la válvula no oprimidos (válvula abierta), el émbolo introducido completamente dentro del cilindro y el aro de seguridad en su lugar (Figura 17).

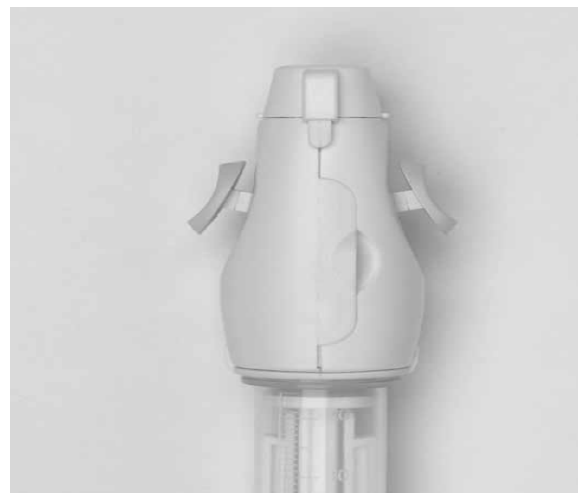
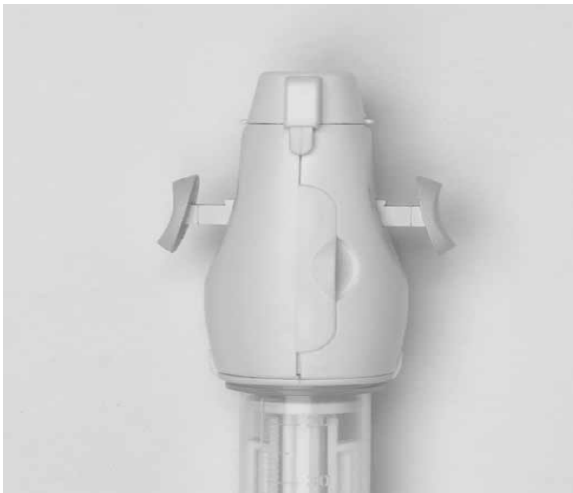


Figura 17

2. Para crear el vacío o cargar el AMEU, primero oprimir los botones de la válvula hacia adentro y adelante (es decir hacia la punta de la válvula) (Figura 17), hasta sentir que encajan en su lugar y hacen un “clic”. Esta maniobra cierra la válvula



Figura 17

3. Tirar del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro (Figura 18). Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esa posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitir que este se deslice dentro del cilindro e inyecte el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero. Nunca hay que sujetar el aspirador por los brazos del émbolo.

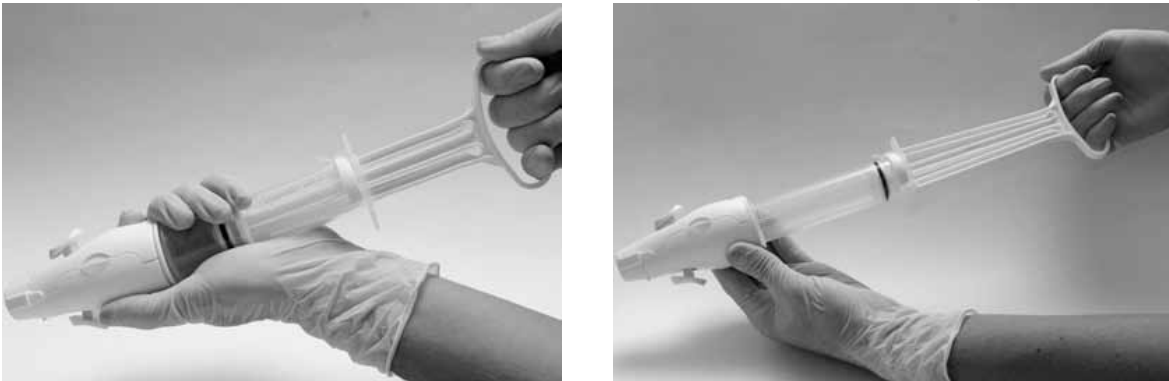


Figura 18

4. Para liberar el vacío, “soltar” los botones de la válvula (para ello oprimir los botones hacia adentro y soltarlos). Esta maniobra abre la válvula (Figura 19). El sonido del aire al entrar en el aspirador es una indicación de que se creó el vacío. Antes de cada uso debe revisarse el aspirador para cerciorarse de que conserva el vacío.

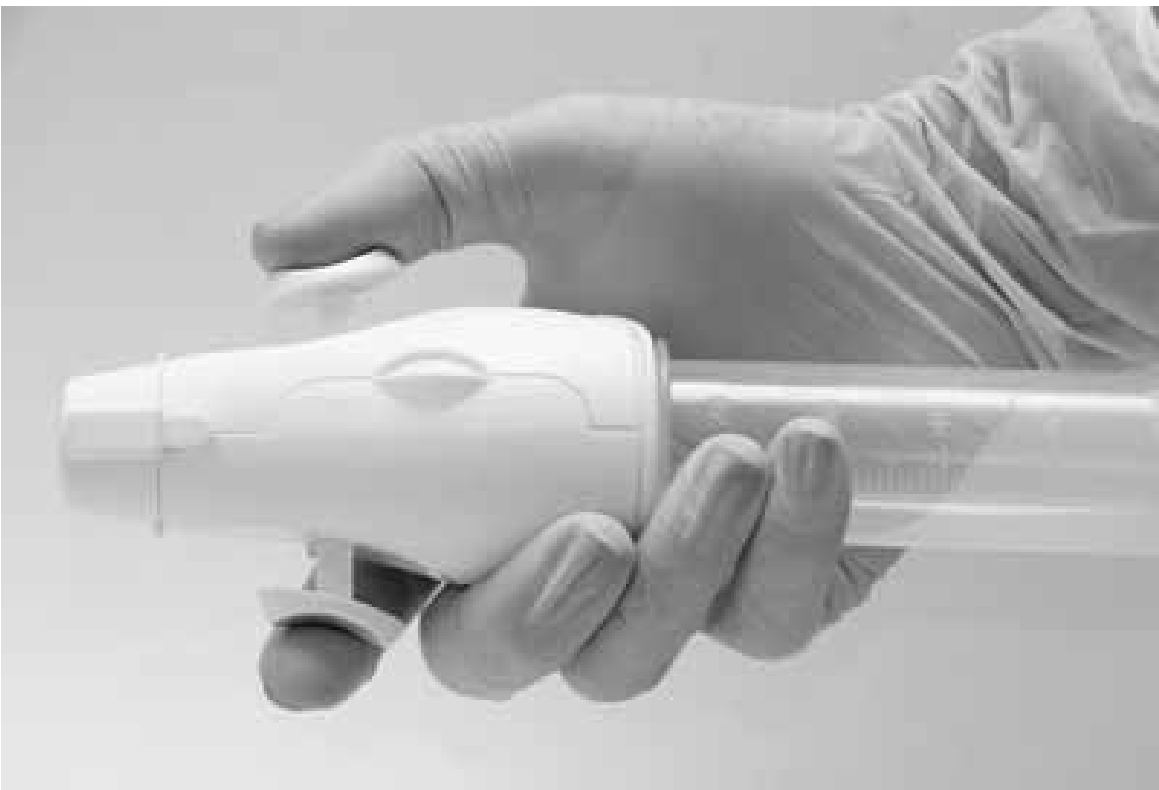


Figura 19

Procesamiento del instrumental

Para ser reutilizado

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

Mantenimiento del aspirador

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

Después del procedimiento es necesario mantener en remojo el aspirador y las cánulas hasta que puedan lavarse o procesarse, ya que si se secan dificultaría eliminar completamente todos los contaminantes.

Como desinfectante puede usarse una solución de cloro al 0,5%.

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

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

ANEXOS

ANEXO I

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS PARA MUJERES CON DERECHO A SOLICITAR LA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO

A) INFORMACIÓN GENERAL

Le ofrecemos esta información para que usted pueda decidir mejor acerca de la interrupción de su embarazo

Su situación se corresponde con lo previsto en las leyes argentinas vigentes (artículo 86 del Código Penal de la Nación incisos 1 y 2) que establecen las situaciones en las que usted tiene derecho a solicitar la interrupción de su embarazo.

En la provincia de Neuquén se cuenta con la Resolución Ministerial Nº 1380/07 que determina el procedimiento aplicable en las instituciones del Subsector Estatal del Sistema de Salud para la atención de las mujeres que consultan por esta situación.

En la citada normativa queda claro que los profesionales de la salud deben efectuar la práctica terapéutica para la interrupción del embarazo sin necesidad de solicitar autorización judicial, siempre con el consentimiento de la mujer gestante.

Existen varios métodos para interrumpir la gestación tales como: aspiración manual endouterina (AMEU), legrado intrauterino (LIU) y a través de fármacos. Todos estos métodos se explican con más detalle en la hoja anexa a este formulario

A usted se le ofrecerá el método que su médica/co tratante considere más apropiado en relación a la edad gestacional del embarazo, sus características personales y riesgos particulares. En todos los métodos se inducirá la expulsión total del contenido uterino. Con cualquiera de los procedimientos usted tendrá algún grado de dolor abdominal, el cual puede ser aliviado con la administración de analgésicos (calmantes) comunes; además tendrá un sangrado similar al de la menstruación o algo mayor. Dependiendo del método permanecerá o no unas horas internada.

La gran mayoría de las mujeres a las que se les realiza un aborto en condiciones adecuadas no presenta ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva.

Si bien son infrecuentes, las complicaciones que pueden presentarse incluyen infecciones, sangrado excesivo, lesión del cuello del útero, evacuación incompleta, perforación uterina y complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan.

Después de la interrupción de un embarazo la mujer puede retornar a sus actividades habituales en unos días. Previo al alta, se la deberá asesorar sobre anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual

Si desea más información no dude en preguntarle a su médica/o

MUY IMPORTANTE

- Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.
- Este procedimiento es voluntario. Usted no tiene ninguna obligación de optar por esta práctica.
- Si decidiera no realizarse la intervención, puede retirar su consentimiento informado cuando lo desee y con total libertad.

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS PARA MUJERES CON DERECHO A SOLICITAR LA INTERRUPCIÓN DE SU EMBARAZO

b) REGISTRO DE CONSENTIMIENTO/DENEGACIÓN

Si considera que ha sido debidamente informada y consiente o rechaza libremente la práctica que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento, uno para la institución y otro para usted.

Se me explicó que mi situación se corresponde con lo previsto en las leyes argentinas vigentes (artículo 86 del Código Penal de la Nación incisos 1 y 2) que establecen las situaciones en las que el aborto se encuentra autorizado, siguiendo los procedimientos descriptos en la Resolución Ministerial 1380/07 para la realización de prácticas de abortos no punibles en los establecimientos de Salud Pública de la Provincia de Neuquén.

Se me sugirió que _____ es el método más adecuado en mi situación para la interrupción del embarazo.

También se me informó en qué consiste dicha práctica, cómo se hace, sus beneficios, riesgos y las alternativas. He comprendido toda la información previa.

He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Por eso yo (marcar con una x):

❖ Acepto

❖ No acepto

La interrupción del embarazo mediante la realización de _____

Lugar y fecha

Firma y aclaración de la paciente

Firma y aclaración del representante legal
(en caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración del/los profesionales interviniente

ANEXO II

DECLARACIÓN JURADA

Víctima de delito contra la integridad sexual Embarazo producto de una violación

Datos de la declarante

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

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

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

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

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

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

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

Firma de la declarante

Datos de la/el representante legal (de corresponder)

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

Menor de 14 años* Incapaz

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

Domicilio _____ Ciudad _____ Provincia _____

Firma de la/el representante legal

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

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

ANEXO III

ANEXO DE AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIONES

La Administración Nacional de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), autoriza a la firma LABORATORIO DOMINGUEZ S.A. para la especialidad medicinal con Certificado de Autorización N° 55.117, la nueva concentración cuyos datos a continuación se detallan:

- NOMBRE COMERCIAL: MISOP 200
- NOMBRE/S GENÉRICO/S: MISOPROSTOL (COMO DISPERSION EN HPMC al 1 %)
- FORMA FARMACÉUTICA: COMPRIMIDOS VAGINALES
- CONCENTRACIÓN: MISOPROSTOL (COMO DISPERSION EN HPMC al 1 %) 200 µg
- EXCIPIENTES: LACTOSA MONOHIDRATO 126,00 mg, CELULOSA EN POLVO 42,00 mg, ALMIDON GLICOLATO DE SODIO 10,00 mg, ESTEARATO DE MAGNESIO 2,00 mg
- ENVASES Y CONTENIDO POR UNIDAD DE VENTA: BLISTER AL/PVC-ACLAR INACTINICO, EN ENVASES QUE CONTIENEN 4, 8, 20, 48 y 100 COMPRIMIDOS VAGINALES.

IF-2018-30771262-APN-DFYGR#ANMAT

[Firma]
 MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN TÉCNICA
 BUENOS AIRES
 03 JUL. 2018

Modificada por Disposición ANMAT
 De Fecha 02-07-2018
 Dirección de Gestión de Inform
 Buenos Aires, 25-07-2018

[Firma]
 Lic. Roberto O. SIERRAS
 DIRECTOR DE GESTIÓN
 DE INFORMACIÓN TÉCNICA
 A.N.M.A.T.

BIBLIOGRAFÍA

- . CSJN (2012) FALLO F.A.L. s/ Medida autosatisfactiva: Disponible en <http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?Method=13517>(Consulta 8/10/2014)
- . DEIS (2013) Estadísticas Vitales, Información básica, año 2012. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/archivos/SEries5Nro56.pdf>.
- . DEIS (2013) Estadísticas Vitales, Información básica, año 2013. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/archivos/SEries5Nro56.pdf>
- . FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación latinoamericana de obstétrica y ginecología. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf
- . FIGO (2012) Misoprostol. Dosis recomendada. Londres:International federation of Gynecology and Obstetrics.
- . Guttmacher Institute (2012) Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. New York: GuttmacherInstitute – World health Organization.
- . Gynuity (2009a) uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía Introductoria. Gynuity Health Projects.Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf
- . Gynuity (2009b) Prestación de Servicios de Aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía Introductoria. Gynuity Health Projects. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf
- . IPAs (2004) la atención del aborto centrada en la mujer. Manual de referencia: AA.:J.Herrick, K. Turner, t. Mcinerney y L. Castleman. Disponible en <http://www.ipas.org/-/media/Files/ipas%20Publications/PACreF04.ashx>
- . IPAS (2006) la atención del aborto centrada en la mujer: Manual de referencia. AA.: A. G. Hyman y L. Castelman. Disponible en <http://www.ipas.org/es-Mx/resources/ipas%20Publications/Laatencion-del-aborto-centrada-en-la-mujer-Manual-de-referencia.aspx>
- . IPAS (2010). Las evidencias hablan por si solas: Diez datos sobre aborto. Chapel Hill: IPAS
- . IPAS (2013). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. A.: A. Mark. Disponible en http://www.ipas.org//media/Files/ipas%20Publications/CurHeNero2014sp.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=Cur%20HeNero%202014sp
- . IPPF (2012) Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos. A.: Marcel Vekemans. International Planned Parent Hood Federation.

Mario, S. y E. A. Pantelides (2009). “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, Notas de población, 87. Comisión económica para América Latina (CEPAL).

OMS (2005). Medicamentos esenciales (14° ed). Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf

OMS (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. Octubre. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

OMS (2009). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf.

PNSSyPR (2012). Métodos Anticonceptivos. Guía Práctica para profesionales de la salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php

PNSSyPR (2015) “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto”. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.

PNSSyPR (2015) “Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Instructivo para equipos de salud “. Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación.

RCOG (2011). “The care of Women Requesting Induced Abortion”, Evidence-based Clinical Guideline, 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf

Documento de Objeción de Conciencia en el contexto de la Atención de la Salud en la provincia de Neuquén.

<http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2014/03/DOCUMENTO-OBJECCI%C3%93N-DE-CONCIENCIA-disposici%C3%B3n-n%C2%B01460-2016.pdf>