



GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE

SEGUNDA EDICIÓN CORREGIDA.

URUGUAY 2016

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

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

N

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

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

Montevideo, 2016

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Autoridades

**Ministro de Salud Pública
Dr. Jorge Basso**

**Sub Secretaria
Dra. Cristina Lustemberg**

**Dirección General de la Salud
Dr. Jorge Quian**

**Sub Dirección General de la salud
Dra. Raquel Rosa**

**Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva
Dra. Ana Visconti**

**Área Programática Salud Integral de la Mujer
Dr. Rafael Aguirre**

Coordinación

Dra. Ana Visconti
Dr. Rafael Aguirre

Equipo de Trabajo

Psic. Silvia Avondet

Dra. María Luisa Banfi

Dra. María Barreto

O.P. Vanesa Berruti

O.P. Rocio Cabrera

Dr. Rodrigo Díaz

Dra. Sandra Doldan

Dra. Soledad Estefan

Ed. Soc. Andrea Fabbiani

Dra. Verónica Fiol

E.U. Florencia Forrissi

Dra. Mónica Gorgoroso

Dra. Cristina Grela

Dra. Yeni Hortonedá

O.P. Ana Labandera

Dra. Laura Monge

Psic. Ana Monza

Dr. Heber Lettier

Psic. Ivana Leus

Dra. Gabriela Piriz

Dra. María Fernanda Porteiro

Dra. Grazzia Rey

Dra. Leticia Rieppi

Dr. Christians Rodríguez

O.P. Sandra Roldan

O.P. Carmen Romero

Dr. Fernando Rovira

Dra. Carolina Senattore

Dr. Carlos Severo

Dra. Jahel Vidal

Dra. Beatriz Vidarte

Dr. Gonzalo Vidiella

O.P. Pilar Zunino

INDICE

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

GUIA TECNICA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

1. DEFINICION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

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

- 1 – Dentro de las 12 semanas de edad gestacional, por voluntad de la mujer, siendo mayor de 18 años, ciudadana natural, legal o extranjera con residencia mayor de 1 año (situaciones particulares: menor de 18 años, y con acreditación judicial de incapacidad)
- 2 – Dentro de las 14 semanas, ante presentación de denuncia judicial de violación.
- 3 – A cualquier edad gestacional, cuando la continuación del embarazo constituye, a criterio médico, un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada.
- 4– A cualquier edad gestacional, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por la Comisión Asesora del Ministerio de Salud Pública (MSP).

MÉTODOS PARA IVE:

- **MÉTODOS MÉDICOS:** Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo (“aborto no quirúrgico”).
- **MÉTODOS QUIRÚRGICOS:** Utilización de procedimientos trans-cervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío (AMEU), el legrado aspirativo en block quirúrgico y la dilatación y curetaje (DyC – legrado evacuador)

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

3. POBLACION OBJETIVO

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

4. USUARIOS DE LA GUIA

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

5. PROCEDIMIENTO

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

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

6. METODOS PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

RECOMENDACIONES:

Método de elección. En las mujeres previamente informadas que requieran una IVE, el régimen farmacológico deberá ser considerado como la alternativa de elección a ofrecer, sobre el régimen quirúrgico.¹ Se debe explicar a la mujer las ventajas del régimen farmacológico en base a la evidencia científica, la experiencia a nivel nacional y las condiciones sanitarias actuales.

A. Régimen farmacológico.

A.1 Mifepristona seguida de Misoprostol.

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

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

Dosis, vías* e intervalos de administración.

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

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

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

Formas de administración de Misoprostol:

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

Esquema de dosis según edad gestacional

Para embarazos hasta 9 semanas	El Misoprostol será administrado 1 a 2
--------------------------------	--

	días (24-48 hs) después de la Mifepristona, nunca antes de las 24 hs.
Para embarazos mayores de 9 semanas	<p>Si el embarazo es mayor de 9 semanas se recomienda, de ser posible, que la administración del Misoprostol NO se haga antes de las 36 hs después de la Mifepristona (tiempo recomendado entre 36hs y 48 hs)</p> <p>En caso de gestaciones de 10 o más semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • se recomienda repetir las dosis de misoprostol: 800 microgramos (4 comprimidos) cada 3-4 hrs en 1 a 2 administraciones adicionales. En caso de falta de respuesta al tratamiento (luego de 24 hrs. de la última toma) se recomienda la re consulta para evaluar dosis adicionales. • Puede ser necesaria la administración del misoprostol antes de las 36 hrs para lograr la respuesta clínica dentro de los plazos legales (12 sem + 6 días)

Casos refractarios a la evacuación:

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

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

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

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

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

En casos refractarios a expulsión:

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

Asesoramiento a la mujer

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

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

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

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

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

Los servicios deben informar donde consultar ante sintomatología y dudas.

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

Información Adicional.

- El régimen Mifepristona-Misoprostol (200 mgs de Mifepristona oral y 800 microgramos de Misoprostol vaginal) es preferible a los regímenes que usan Misoprostol solo.
- En comparación con la administración vaginal, el Misoprostol sublingual parece estar asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales, y la administración subyugal parece estar asociada con índices más altos de diarrea. Sin embargo, la vía subyugal suele ser más aceptada por la usuaria por la facilidad de administración y no requerir reposo.

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

B. Régimen quirúrgico.

Técnica

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

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

En caso de no contar técnicamente con la opción de legrado aspirativo se optará por el método de legrado con dilatación y curetaje (DyC)

Preparación cervical

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

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

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

C. Otros cuidados a tener en cuenta

• Antibióticos profilácticos

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

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

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

• La gama globulina anti-D

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

Dosis: 120 mcg gama globulina anti-D por vía intramuscular o intravenosa. Su administración debe registrarse en la historia clínica.

• Analgésicos

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

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

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

dolor durante el aborto.

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

7. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE IVE

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

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

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

Dichas medidas son las siguientes:

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

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

- Si la ecografía solicitada a los 10 días de la IVE muestra una línea endometrial

hasta 12 mm se considerará que el aborto es completo.

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

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

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

8. DAÑOS POTENCIALES DE LOS FARMACOS

Efectos adversos de la medicación usada:

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

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

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

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

Las Reacciones Adversas al Medicamento (RAM) serán informadas por la paciente a su ginecólogo tratante quien contará con un formulario de notificación oficial específico para su registro. El mismo, está

disponible en formato papel o, puede accederse a él a través de la página web del MSP por el link:

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

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

Contraindicaciones

Las contraindicaciones médicas para el uso de fármacos son infrecuentes.

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

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

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

Las contraindicaciones para el uso de **Misoprostol**

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

Precaución

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

Referencias

-
- i Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD003037. Review.
- ⁱⁱ Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855. Review.
- iii Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119-13
- iv Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151
- v Frequently asked clinical questions about medical abortion. Geneva, World Health Organization, 2006.
- vii Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
- viii Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Feb 17;(2):CD007207. Review.
- ix Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3:CD005217. Review.
- ^x Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183-190.
- ^{xi} Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
- ^{xii} Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD006712. Review.
- ^{xiii} Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Sep;74(3):275-80.
- ^{xiv} Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception.* 2011 Jun;83(6):504-10. Epub 2010 Oct 8. Review.
- ^{xv} Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep 8;(9):CD001993. Review.
- ^{xvi} Phupong V, Taneepanichskul S, Kriengsinyot R, Sriyirojana N, Blanchard K, Winikoff B. Comparative study between single dose 600 microg and repeated dose of oral misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Contraception.* 2004 Oct;70(4):307-11.

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

^{xviii} Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD007223. Review.

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

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

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

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

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

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

Ordenanzas N° 243/2016 Y N° 247/2016

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

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

LUGAR Y FECHA CONSULTA IVE 2

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

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

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

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

	Ginecologo/a	Área Social	Salud Mental
Firma			
Contrafirma			
Número CJP			

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

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

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

NO CONSENTIDO	
CONSENTIDO	FIRMA: _____

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

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

Firma de la usuaria _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

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

LUGAR Y FECHA CONSULTA DE RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD,/...../.....

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

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

Métodos para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

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

a. Información sobre la interrupción con medicamentos

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

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

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

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

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

Dosis, vías e intervalos indicados

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

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

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

Si no se dispone de Mifepristona

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

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

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

Efectos secundarios probables cuando se usa este tratamiento:

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

Efectos esperables al usar este tratamiento:

- Sangrado a través de la vagina. Se inicia en general dentro de la primera hora de haber administrado el misoprostol y dura en promedio 5 a 8 días, aunque puede prolongarse unos días más. En general el sangrado es similar al sangrado menstrual pero puede llegar, en el episodio de evacuación, a ser el doble de una menstruación.
- Dolor cólico en la parte baja del abdomen. Se debe a las contracciones del útero. Las contracciones suelen comenzar dentro de las primeras horas e incluso a los 30 minutos de la administración del misoprostol. La vivencia de la intensidad del dolor determinado por las contracciones es individual y variable. Pueden usarse analgésicos comunes como el ibuprofeno.

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

- Las anteriores, si así lo considera la mujer
 - Sangrado excesivo:
 - Sangrado que empape dos toallas higiénicas por hora durante más de dos horas seguidas
 - Sangrado intenso y repentino que se reinicia luego de varios días con poco o sin sangrado
 - Sangrado continuo durante varias semanas con mareos
 - Feo olor en el sangrado
 - Chuchos de frío o fiebre que se presenta luego de 24 horas (1 día) de haber usado el misoprostol
 - Falta de aire o fatiga
- Estos efectos son muy poco frecuentes

De 1000 mujeres que tiene un aborto con medicamentos, 3 pueden presentar complicaciones severas que requirieren hospitalización (0.3%) y 1 puede requerir una transfusión de sangre (0,1%)

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

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

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

Falla del aborto con medicamentos

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

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

Contraindicaciones

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

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

Precauciones

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

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

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

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

Plazos para el uso de este tratamiento

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

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

b. Información sobre aborto quirúrgico.

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

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

Otros cuidados a tener en cuenta

- ✓ Antibióticos profilácticos: Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, deben recibir profilaxis con antibióticos de amplio espectro, antes de la cirugía o durante ésta. La pauta recomendada es 500 miligramos de metronidazol por vía oral, 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del misoprostol) + 200 mg de doxiciclina por vía intravenosa al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la doxiciclina por 1 gramo de azitromicina por vía oral al ingreso
- ✓ No hay suficiente evidencia que avale el uso universal de antibióticos preventivos para el aborto medico, por lo que éstos serán indicados según criterio del ginecólogo actuante y ajustado a cada situación clínica. En caso de usarlos, la pauta recomendada es: azitromicina por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) mas metronidazol, por vía oral, 1 gramo (1 sola dosis) al inicio del procedimiento.
- ✓ Gama globulina anti-D : En mujeres Rh negativas, con Anticuerpos irregulares (Coombs) negativos, se administrará inmunoprofilaxis (prevención del conflicto Rh) con gama globulina anti-D antes del aborto medico. En los casos de interrupción quirúrgica la administración de gama globulina anti-D se hará siempre antes del alta institucional. Dosis 120 microgramos (1 ampolla) de gama globulina anti-D, administrada por vía intramuscular (inyectada en músculo glúteo) o intravenosa
- ✓ Analgésicos: Se recomienda la prescripción de analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) tanto en la interrupción médica como quirúrgica para el tratamiento del dolor asociado a las contracciones uterinas, síntoma que genera la mayor insatisfacción en las usuarias. Fármaco sugerido. Ibuprofeno en dosis de 400 miligramos (1 comprimido) desde el inicio del procedimiento a repetir cada 4 a 6 horas (dosis máxima 6 comprimidos en un día) hasta el cese del dolor

Beneficios para la salud de la mujer

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

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

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

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

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

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

Firma Ginecólogo/a

Contrafirma

Nº. CJP

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

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

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

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

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

Firma de la usuaria _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

FECHA:

Firma del/la representante legal (si corresponde) _____

Aclaración de firma _____

CI/Pasaporte/CC _____

INSTRUCTIVO

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

DECLARACIÓN

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

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

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

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

PRESTADOR (nombre) _____

Recibido por Dirección Técnica:

Fecha	
Localidad	
Firma	
Contrafirma	