

Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Adaptado de
“Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud” -
Organización Mundial de la Salud - Ginebra 2003.

Bogotá, D.C., diciembre de 2006

Contenido

1	Antecedentes	- 5 -
2	Justificación	- 10 -
3	Definiciones	- 11 -
4	Objetivos	- 11 -
4.1	General	- 11 -
4.2	Específicos	- 11 -
5	Población Objeto	- 12 -
6	Características del Servicio	- 12 -
6.1	Codificación de los procedimientos	- 12 -
6.2	Admisión de la gestante	- 12 -
6.3	Asesoramiento, Información y Consentimiento Informado	- 13 -
6.3.1	Asesoramiento para la toma de decisiones	- 13 -
6.3.2	Información sobre procedimientos de IVE	- 15 -
6.3.3	Consentimiento Informado	- 16 -
6.4	Consulta de primera vez por medicina general (89.0.2.01)	- 16 -
6.4.1	Elaboración de la Historia Clínica completa	- 16 -
6.4.2	Condiciones Pre-existentes	- 18 -
7	Métodos de interrupción voluntaria del embarazo	- 19 -
7.1	Preparación Cervical	- 21 -
7.2	Manejo del Dolor	- 22 -
7.2.1	Medicación para el dolor	- 22 -
7.2.2	Anestesia	- 23 -
7.3	IVE quirúrgica	- 23 -
7.3.1	Aspiración al vacío	- 23 -
7.3.2	Dilatación y curetaje (DyC)	- 24 -
7.3.3	Dilatación y evacuación (DyE)	- 24 -
7.3.4	Evaluación de los tejidos posterior a una IVE quirúrgica	- 25 -
7.4	Métodos médicos de IVE (Aborto No Quirúrgico)	- 25 -

7.4.1	Mifepristone y prostaglandinas.....	- 26 -
7.4.2	Misoprostol o gemeprost solos	- 28 -
7.4.3	Otros agentes médicos para realizar una IVE	- 28 -
7.5	Manejo de las complicaciones de la IVE	- 28 -
7.5.1	IVE incompleta	- 28 -
7.5.2	IVE fallida	- 29 -
7.5.3	Hemorragia	- 29 -
7.5.4	Infección.....	- 29 -
7.5.5	Perforación uterina	- 29 -
7.5.6	Secuelas a largo plazo.....	- 29 -
8	SEGUIMIENTO	- 30 -
8.1	Periodo de recuperación	- 30 -
8.1.1	Métodos quirúrgicos de IVE	- 30 -
8.1.2	Métodos médicos de IVE	- 30 -
8.2	Provisión de métodos anticonceptivos y asesoría para ITS.....	- 30 -
8.3	Vacunación post IVE.	- 31 -
8.4	Instrucciones de cuidado posteriores a IVE.....	- 31 -
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 32 -

1 Antecedentes

El **aborto espontáneo** es la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortivaⁱ. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madreⁱⁱ. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguroⁱⁱⁱ.

El **aborto inducido**, es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención^{iv}. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico. Cuando el aborto lo realiza personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad^v. Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas^{vi}.

El **aborto inseguro**, en cambio, se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos^{vii}. Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas. Este tipo de aborto puede realizarse introduciendo un objeto sólido (como una raíz, rama o catéter) en el útero, provocando un proceso de dilatación y curetaje inapropiado, ingiriendo sustancias tóxicas, o aplicando fuerza externa^{viii}. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten^{ix}.

El aborto inducido y el embarazo no deseado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados. La literatura nacional e internacional coincide en que la mayor parte de los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados y que existe un conjunto de factores individuales,

sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos.

La Organización Mundial de la Salud calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. 19 millones de estas interrupciones ocurren en países donde el aborto es ilegal.

A pesar de los avances que el país ha mostrado en la reducción de la fecundidad, de tal modo que la tasa de fecundidad global pasó de 2.9 hijos por mujer en 1990 a 2.4 en 2005 y de un mayor acceso a métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en unión, tanto en zona urbana como rural, pasando de 54.6% en 1990 a 68.2% en 2005^x, la proporción de embarazos no planeados aumentó de 33.6% en 1990 a 54.0 en 2005^{xi}, concomitante a un notable descenso en la fecundidad deseada y la persistencia de la brecha de este indicador con la fecundidad observada.

No obstante, persisten grandes diferencias asociadas con la zona de residencia, el nivel educativo y la situación socioeconómica: Mientras la fecundidad urbana es de 2.1 hijos por mujer, la rural es de 3.4^{xii}. Como se ha indicado en anteriores ocasiones, esta brecha entre lo urbano y lo rural se expresa además en marcadas diferencias regionales y locales, que se reflejan en que más de 100 municipios del país presentan tasas de fecundidad total entre 4 y 7 hijos por mujer. En estos municipios confluyen, como ejemplo del círculo pobreza – fecundidad, los más elevados índices de necesidades básicas insatisfechas (entre el 56.6% y 96%), baja escolaridad (no mayor de 4 años) y mayor deterioro de otros indicadores de salud como mortalidad materna e infantil, como reflejo de las desigualdades y los rezagos en el desarrollo social en que viven estas comunidades.

Deriva de lo anterior una persistente demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, más evidente en los municipios y regiones menos desarrolladas, y en los grupos poblacionales más pobres y con mayores barreras de acceso a servicios de salud;

situación que determina que cerca de la cuarta parte de los embarazos ocurridos en Colombia terminen en aborto y otro tanto corresponda a nacimientos no deseados (PROFAMILIA).

La situación antes descrita es más dramática en grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad como los desplazados por el conflicto armado y los adolescentes. La ENDS 2005 reveló que el embarazo adolescente sigue en aumento al pasar de 19 al 21 por ciento entre el año 2000 y 2005, lo que significa que una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años esta o ha estado alguna vez embarazada^{xiii}. La encuesta revela que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente. Mientras en la zona urbana el embarazo adolescente es de 18.5%, en la rural la cifra es de 27 por ciento. De igual forma, mientras el embarazo adolescente es tan solo del 9% entre las mujeres con educación superior, la proporción aumenta al 52% entre las mujeres sin educación. La encuesta revela que las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43 por ciento), están expuestas al riesgo de embarazo. Dos de cada cinco adolescentes (43 por ciento) ha tenido relaciones sexuales y el 14 por ciento de las adolescentes tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad.

Como lo revela la casuística internacional, aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal^{xiv}. El hecho de que las adolescentes tengan menos

acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las sitúa en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos recursos económicos que tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad.^{xv} Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad^{xvi}. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro^{xvii}. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años^{xviii}.

EL ABORTO INSEGURO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La seguridad está estrechamente correlacionada con la legalidad del aborto: la mayoría de los abortos ilegales son inseguros y la mayoría de los abortos legales se realizan en condiciones seguras^{xix}. De acuerdo a Henshaw et al. (1999), de los 46 millones de abortos inducidos estimados para 1995, 26 millones corresponden a abortos legales, generalmente seguros y veinte millones a intervenciones ilegales, en mayor parte inseguras.

En los países con una legislación restrictiva frente al aborto y en aquellos en los que aún estando legalizado el sistema de salud no provee este tipo de servicio, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, no solo por la magnitud de su ocurrencia, sino por sus repercusiones en la salud de la mujer y en la mortalidad materna.

Magnitud del problema: A pesar de las prohibiciones legales, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos. Como consecuencia, la mayor parte de estos abortos se producen en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas

suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año en el mundo aproximadamente 50 millones de mujeres se someten al aborto. Se considera que el 40% de estos eventos ocurren en deficientes condiciones sanitarias^{xx}. Los 20 millones de abortos inseguros que suceden cada año dan por resultado cerca de 78,000 muertes maternas y cientos de miles de incapacidades en las mujeres, la mayoría de las cuales ocurren en las regiones en desarrollo.^{xxi}

Debido a que la mayoría de los abortos se hace en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables en los países donde esta práctica es ilegal. No obstante, se puede aseverar que el fenómeno del aborto inseguro en los países de América Latina que tienen leyes restrictivas alcanza dimensiones epidémicas.^{xxii} En 1994 el Instituto Alan Guttmacher de Nueva York publicó una investigación sobre el aborto realizada en cinco países de América Latina, tomando como base el año 1989^{xxiii}. Los resultados de esta investigación concluyen que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos^{xxiv}. De lo anterior se infiere que cada año aproximadamente 4 millones de mujeres latinoamericanas recurren a abortos inseguros, 30 al 45% de las cuales sufren complicaciones que imponen un costo enorme a los sistemas de atención a la salud.^{xxv}

“Estimaciones más recientes de las tasas de abortos inseguros por región muestran que la incidencia más elevada, por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, se observa en América Latina (26/1000), seguida por Asia (22/1000), esta última influida por la inclusión de China. Si se consideran las regiones dentro de cada continente, el índice más alto se encontrará en América del Sur (30/1000), seguida por África Oriental (29/1000) y África Occidental (24/1000) y el centro y sur de Asia (20/1000). El índice de abortos inseguros en las regiones más

desarrolladas es de solo 2/1000 (Ahman y Shah, 2002)^{xxvi}”

En Colombia, de acuerdo a Henshaw et al, la tasa de aborto para 1989 fue de 36 por mil mujeres en edad fértil, valor que es similar a otros países donde su realización no es permitida por la ley^{xxvii}. También, Zamudio et al. estimaron que para el año 1998, el 22,9% de todas las mujeres de 15 a 55 años habían tenido al menos una experiencia de aborto inducido, lo cual equivale a 1.722.578 mujeres^{xxviii}.

Repercusiones del aborto inseguro en la salud de la mujer: Las repercusiones del aborto para la salud física y mental de la mujer resultan de su práctica clandestina e insegura ya que, cuando este se realiza por un proveedor calificado, en condiciones seguras y con métodos modernos es, como lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud, uno de los procedimientos médicos de menor riesgo.

En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 de cada 100.000 (Instituto Alan Guttmacher, 1999). En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de un aborto inseguro es varios cientos de veces mayor que aquel del aborto realizado profesionalmente bajo condiciones de seguridad (Organización Mundial de la Salud, 1998). El proveer servicios para un aborto temprano salva la vida de las mujeres y evita los costos usualmente sustanciales del tratamiento de complicaciones prevenibles del aborto inseguro (Fortney 1981, Tshibangu y col 1984, Figa-Talamanca y col 1986, Mpanjile y col 1999)^{xxix}

Se estima que de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10 y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intrabdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico^{xxx xxxi}.

No existe, sin embargo, una estadística clara sobre el asunto, ya que, como se mencionó antes, la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo determina un gran subregistro, de tal forma que las mujeres hospitalizadas por complicaciones de este tipo sólo representan una ínfima parte del total. El subregistro incluye todas aquellas mujeres que sufrieron complicaciones pero no encontraron o temieron recibir tratamiento en un hospital. También incluye a las que fueron a las farmacias, a los centros de salud, o a las consultas privadas para el tratamiento de complicación, los abortos incompletos que no fueron reportados a través de los RIPS, así como aquellas que mueren a consecuencia del aborto, sin haber recibido un tratamiento en algún hospital.

Como reporta el Centro para los Derechos Reproductivos^{xxxii} el aborto inseguro produce grandes efectos psicológicos en la mujer: *“La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad^{xxxiii} y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera. Estudios realizados indican que los efectos psicológicos negativos que resultan de la práctica del aborto se aminoran en los países donde es legal, donde existe buena información y servicios médicos adecuados. En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación, publicada por la Sociedad Psicológica Americana, que demostró que no había evidencia científica que probara que el aborto voluntario tiene un efecto psicológico negativo en la mujer^{xxxiv}. Sin embargo, en los países donde la práctica del aborto se penaliza y donde las mujeres actúan en la zozobra de la clandestinidad, existen mayores probabilidades de que las mujeres experimenten traumas psíquicos^{xxxv}. A pesar de ello, cabe señalar que muchas mujeres prefieren asumir los posibles efectos psicológicos negativos que pudieran surgir como producto de un aborto inducido, antes que verse obligadas a enfrentar un embarazo no deseado.”*

Como lo señalan varios organismos internacionales^{xxxvi}, el contexto de penalización crea un estigma desfavorable que generaliza las actitudes negativas con respecto al aborto,

influyendo negativamente incluso en la prestación de servicios apropiados para las mujeres que requieren atención por un aborto espontáneo (y que se estiman entre el 15 y 25% de las mujeres hospitalizadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, según un estudio realizado en seis países latinoamericanos^{xxxvii}), así como a las que solicitan la interrupción legal del embarazo, en aquellos países que lo permiten en situaciones de riesgo para la mujer.

Impacto en la Mortalidad Materna: A pesar del peligro que representa para la salud de la mujer, el aborto inseguro sigue siendo un recurso utilizado por millones de mujeres para terminar con embarazos no deseados, de tal forma que cada año fallecen en el mundo alrededor de 600.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, el 95% en países en vías de desarrollo y el 13% como resultado de abortos inseguros^{xxxviii}.

En América Latina y el Caribe, 5,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando el más alto porcentaje (21%) entre las regiones a nivel mundial. También se estima que, en la región, 800,000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro^{xxxix}. En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. El aborto es la segunda causa de muerte en Costa Rica y tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua^{xl}.

Impacto del aborto inseguro en los sistemas de salud^{xli}: Evidencia de distintos países nos permite tener una idea de los costos que las complicaciones del aborto inseguro generan sobre los sistemas de salud^{xlii}. En términos generales podría afirmarse que el costo de oportunidad de atender un aborto inseguro es sumamente alto comparado con el aborto seguro y legal: con los mismos recursos puede atenderse a otra población en otros servicios de

salud. Los gastos derivados de las complicaciones son: hospitalización (alimentación, camas, ropa de cama, remuneraciones y gastos administrativos en general), laboratorio e insumos, medicamentos, gastos de bolsillo de los pacientes antes y después de la hospitalización (consultas médicas, medicamentos, alimentación, transporte, teléfono), entre otros (gastos de recuperación post-aborto). Estos se derivan de las consecuencias en la salud de las mujeres: "hemorragia, infecciones, lesiones traumáticas de los genitales y otros órganos y reacciones tóxicas por productos ingeridos o puestos en los genitales con propósitos abortivos, e inclusive complicaciones de largo plazo como el impedimento para volver a quedar embarazada o la muerte de la mujer"^{xliii}.

Li y Ramos (1994) estimaron los costos hospitalarios y económicos del aborto en el Perú, para el caso del legrado uterino instrumental. Entre los principales hallazgos se encuentra que: (i) el costo de oportunidad por atender a una paciente de aborto incompleto (o inducido) es el dejar de atender aproximadamente a 10 pacientes que pudieran acceder a servicios seguros; (ii) la estancia hospitalaria es una variable muy importante pues influye en el gasto de hospitalización, el costo total del servicio a pacientes de abortos sin complicaciones y la posibilidad de reducir los costos de la atención; y, (iii) el costo privado de la hospitalización es el más alto del promedio, por lo que no podría ser pagado por todas las pacientes a pesar de ser subsidiado^{xliv}.

En la República de Tanzania un estudio estimó que el costo diario del tratamiento de las complicaciones del aborto, incluidos los medicamentos, las comidas, la estancia y las intervenciones quirúrgicas, equivalía a más de siete veces el presupuesto anual por habitante del Ministerio de Salud. En Guyana, alrededor del 25% de la sangre disponible en el principal hospital público se utilizó para tratar las complicaciones del aborto antes de que se modificara la ley^{xlv}.

Las consecuencias en el sector salud son sumamente importantes pues las complicaciones se relacionan con una alta demanda de recursos,

como camas hospitalarias, equipamiento médico, antibióticos, entre otros, originados por complicaciones prevenibles. Por ejemplo, el costo promedio de un aborto inducido en condiciones inseguras y con complicaciones por infección en un hospital de Nigeria fue de USD\$ 223, mientras que el ingreso mensual promedio es de USD\$ 45. De acuerdo a Konge y otros (1992), si los abortos fueran legalizados, costarían alrededor de USD\$5 por caso, asegurándose un personal calificado e instalaciones no sépticas^{xlvi}. Otro estudio realizado en Perú entre 1992 y 1993 registró un promedio de estancia hospitalaria de 3.8 días para mujeres internadas para tratamiento de complicaciones post-aborto en el Instituto Materno-Perinatal y 3.1 días en el Hospital Rebagliati. Los recursos utilizados en la atención post-aborto en el Instituto ascendían a 13% del presupuesto total del hospital^{xlvii}.

Es por ello que una política estatal de garantía de derechos sexuales y reproductivos, necesariamente debe incluir el acceso efectivo a información y servicios de regulación de la fecundidad. Como lo indica el Centro para Derechos Reproductivos^{xlviii}: *"En contra de las creencias populares, los países que han legalizado el aborto inducido y creado programas accesibles de planificación familiar, combinados con un acceso efectivo a información, muestran un marcado descenso en el número de abortos realizados. En Holanda, donde el aborto no está penalizado y existen servicios gratuitos de aborto junto con un amplio acceso a anticonceptivos y servicios^{xlix}, así como protección social para la mujer, la tasa de abortos se calcula en 0,53 por cada 100 mujeres^l, convirtiéndose en el país con una de las tasas más bajas de Europa^{li}. En el caso de Cuba, que cuenta con una legislación liberal sobre aborto, la tasa permanece alta debido a que no cuenta con servicios suficientes de información y acceso a métodos anticonceptivos. En los países de América Latina con legislaciones restrictivas sobre aborto, la tasa llega a ser hasta diez veces mayor^{lii}, comparada con las de países donde las leyes sobre aborto han sido liberalizadas."*

En cuenta de lo anterior, la evidencia científica y la experiencia internacional confirman no solo la gravedad del aborto inseguro como problema de

salud pública, sino también que una legislación restrictiva frente al aborto no reduce la ocurrencia de abortos, ni protege los derechos del no nato, sino que pone en riesgo la salud de las mujeres, especialmente las de los grupos de mayor vulnerabilidad, incluyendo las adolescentes, las desplazadas, las de menor educación y menores ingresos.

Como lo plantea Faúndes y Barzelatto^{liii}, *“las restricciones más severas y el estricto cumplimiento de las leyes contra el aborto, incluida la pena de prisión para las mujeres que se someten a abortos inducidos, no son eficientes en modo alguno para reducir la cantidad de intervenciones. Por otra parte, no hay pruebas contundentes de que las leyes muy liberales, que proporcionan un fácil acceso a la interrupción del embarazo, no determinan por sí solas una alta incidencia de aborto. Los países latinoamericanos, donde el aborto es objeto de severas restricciones o de una completa prohibición, tienen tasas relativamente elevadas, oscilantes entre 35 y 50 abortos anuales por cada mil mujeres en edad fértil (Singh y Wolf, 1994). Estas tasas son entre cinco y diez veces más altas que las vigentes en los países de Europa Occidental como Holanda o Alemania o donde el aborto está ampliamente liberado y es de fácil acceso (Singh y Wolf, 1999). El problema es que las leyes restrictivas no afectan la condición fundamental que siempre precede el aborto, la existencia de un embarazo no deseado... Los principales determinantes de dichos embarazos son la incapacidad de las mujeres de controlar su actividad sexual, su falta de educación – incluyendo un conocimiento escaso e incorrecto de los métodos anticonceptivos--, la dificultad de acceso a una anticoncepción eficaz y la ausencia de protección social para las embarazadas y sus hijos. Mientras estas condiciones persistan, seguirá habiendo gran cantidad de embarazos no deseados, la mayoría de los cuales terminarán en un aborto a despecho de prohibiciones y sanciones legales, morales o religiosas.”*

2 Justificación

Mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, la Honorable Corte Constitucional declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

En consonancia con la anterior determinación, la Corte decidió también declarar exequible el artículo 32-7 del Código Penal, e inexecutable la expresión *“o en mujer menor de catorce años”* contenida en el artículo 123 y el artículo 124 del mismo ordenamiento

Los avances en la legislación sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo - IVE son imprescindibles, pero no suficientes para garantizar el acceso a servicios, integrales, oportunos y seguros, y concebidos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos y de equidad de género y social.

En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la Conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto seguro: *“en circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres”*^{liiv}.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es el de “mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades

específicas^{iv}, está orientada por una serie de principios entre los que destaca el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y la equidad de género, que son definitivos para el logro de este objetivo. De la misma manera lo son sus estrategias y algunas de sus metas como la reducción de la mortalidad materna y el incremento de la oferta anticonceptiva para reducir la fecundidad no deseada.

La presente Norma Técnica recoge los lineamientos técnicos propuestos por la Organización Mundial de la Salud en el documento ***“Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”*** y define los estándares de calidad necesarios para garantizar el goce de los derechos protegidos por la Sentencia C-355/06 en el marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

3 Definiciones

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y SEGURA DEL EMBARAZO: Es la terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto y que corresponde a las siguientes situaciones:

- a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;
- b) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;
- c) Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de

inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

MÉTODOS MÉDICOS DE IVE: Utilización de productos farmacológicos para finalizar un embarazo. Se conoce también como *“aborto no quirúrgico”*

MÉTODOS QUIRÚRGICOS DE IVE: Utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje (DyC) y la dilatación y evacuación (DyE).

4 Objetivos

4.1 General

Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad y proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que en las condiciones estipuladas por la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional, deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo.

4.2 Específicos

- Asegurar el efectivo ejercicio de los derechos humanos y sexuales y reproductivos de las mujeres en un marco de equidad social y de género
- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas
- Prevenir las complicaciones de los abortos practicados en forma insegura.
- Disminuir los costos de la atención de las complicaciones de los abortos practicados en forma insegura.

5 Población Objeto

Las beneficiarias de ésta norma son todas las mujeres gestantes que deseen interrumpir voluntariamente su embarazo, en aquellas circunstancias que, conforme a lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-355/06, no constituyen delito de aborto.

6 Características del Servicio

La interrupción voluntaria del embarazo no constitutiva del delito de aborto, IVE debe desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva que incluye las acciones de promoción de la salud y prevención del embarazo no deseado, y su manejo oportuno con el fin de evitar las complicaciones, en condiciones de respeto por su dignidad y sin discriminación.

La atención integral para la IVE incluye el manejo de las complicaciones de aborto y el acceso a otros servicios, en el marco de la salud sexual y reproductiva integral, tales como, la orientación pre y post-aborto, la consejería en planificación familiar, el acceso a métodos efectivos de anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH – SIDA, derechos sexuales y reproductivos y en general, todas las intervenciones orientadas al autocuidado de la salud. Ninguno de estos servicios podrá imponer restricciones adicionales para el acceso oportuno a la IVE.

Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud en IVE, están en la obligación de guardar el secreto profesional y por ende observarán el sigilo de la consulta, la confidencialidad del diagnóstico, su evolución y de toda la información a fin de preservar los derechos a la intimidad y dignidad de la gestante. Por tanto, la información epidemiológica es de carácter confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos.

En todo caso los servicios de IVE se prestarán atendiendo los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, en los términos previstos en el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan y deberán garantizar la confidencialidad y respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de la gestante.

Para la atención de las gestantes que requieran IVE, los prestadores de servicios de salud deberán cumplir los estándares de habilitación definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS.

Los servicios de IVE serán prestados por profesionales adecuadamente entrenados, tanto en los aspectos médicos como emocionales, jurídicos, éticos y sociales, y contarán con la infraestructura adecuada incluyendo los equipos, suministros y medicamentos que sean necesarios.

En los Anexos Nos. 1 y 2 se presentan las intervenciones según el grado de complejidad y los instrumentos, medicación y requerimientos físicos para la IVE para cada uno de los diferentes métodos.

6.1 Codificación de los procedimientos

En el Anexo No. 3 se presenta la codificación de estos diagnósticos y procedimientos en la CIE-10 y CUPS.

6.2 Admisión de la gestante

La prestación de servicios de IVE con calidad, exige la provisión de información veraz y orientación emocional oportuna. La información a la gestante deberá ser completa, clara, real, de fácil comprensión, apropiada a sus condiciones psicológicas, culturales y nivel educativo, indicándole, entre otros, los procedimientos que se pueden adelantar, los riesgos y los efectos de

los mismos sobre su vida y su salud, para que pueda adoptar una decisión informada sobre el procedimiento.

En todo caso, se respetará el derecho que le asiste a la gestante de continuar de manera libre y voluntaria su embarazo, aún cuando se encuentre en cualquiera de las condiciones para realizar una interrupción voluntaria del embarazo no constitutiva del delito de aborto.

Con el fin de no vulnerar los derechos fundamentales protegidos por la Sentencia C-33/06, cuando en ejercicio de la objeción de conciencia, el personal de salud directamente relacionado con la prestación del servicio, considere que no puede realizar la IVE, tiene la obligación de seguir los códigos de ética profesional, los cuales indican que deriven a las mujeres a colegas capacitados, que no estén en contra de la intención de interrupción del embarazo no constitutiva del delito de aborto.

En tal caso se observarán las siguientes reglas:

- a) No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de IVE, ni coartar su voluntad para persuadirla de su decisión. Tampoco se puede negar información sobre opciones terapéuticas y de manejo diferentes a la IVE, para el caso específico, si las hay.
- b) Se debe brindar a la gestante la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un prestador no objetor entrenado y dispuesto dentro de la misma institución o a otra de fácil acceso que garantice la atención.
- c) Cuando el objetor es el único profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un prestador no objetor, o cuando esté en inminente riesgo la vida de la gestante, debe realizar el procedimiento de IVE en cumplimiento de la obligación última del prestador de proteger la vida o la salud de la mujer.
- d) Se debe respetar la confidencialidad de la identidad de la gestante que manifiesta su voluntad de IVE.

Lo anterior sin perjuicio de que posteriormente los Tribunales de Ética Médica puedan determinar si la objeción de conciencia era procedente y pertinente.

6.3 Asesoramiento, Información y Consentimiento Informado

Suministrar información es parte esencial de un servicio de IVE de buena calidad. La información debe ser completa, precisa y fácil de comprender, y debe brindarse de manera tal que respete la privacidad y confidencialidad de la mujer.

6.3.1 Asesoramiento para la toma de decisiones.

El asesoramiento es muy importante para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que puede tomar una decisión libre de toda presión. El asesoramiento debe ser voluntario y confidencial y debe brindarlo una persona capacitada.

Si la mujer opta por una IVE, el trabajador de la salud deberá explicarle cualquier requerimiento legal necesario para poder realizarlo. Debe darse a la mujer todo el tiempo que necesite para tomar su decisión, aún si significa que deberá volver a la institución más tarde. Sin embargo, se deben explicar la mayor seguridad y efectividad de una IVE temprana.

El profesional de la salud también deberá proveer información a aquellas mujeres que deseen llevar su embarazo a término y/o consideren la adopción, y derivarla si fuera apropiado.

En algunas circunstancias la mujer puede estar bajo la presión de su pareja u otro miembro de la familia para realizar una IVE. Las adolescentes solteras y las mujeres infectadas por HIV pueden ser particularmente vulnerables a dichas presiones. Todas las mujeres que se saben están infectadas por el HIV deben conocer los riesgos del embarazo para su propia salud y los riesgos

de transmisión del virus a su hijo. Las mujeres también deben saber qué tratamientos existen para ellas y para prevenir la transmisión a su hijo, a fin de poder tomar una decisión fundamentada sobre seguir con el embarazo o interrumpirlo en los casos no constitutivos del delito de aborto. Si los profesionales de la salud sospechan de presión o coerción, deberán hablar con la mujer a solas, o derivarla para asesoramiento adicional. Si el personal sabe o sospecha que la mujer fue víctima de violencia o abuso sexual, deberán derivarla para un apropiado asesoramiento y tratamiento.

Se deben apoyar tanto la capacidad de la mujer para ejercer sus derechos Reproductivos y demás derechos, como el cumplimiento de las obligaciones éticas por parte de los profesionales de la salud. Estos criterios son reforzados por los estándares internacionales de derechos humanos contenidos, entre otros, en el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer.

Toma de decisión libre y basada en la información.

Las mujeres que se enfrentan a una decisión de Interrupción Voluntaria del Embarazo pueden sentirse a menudo en una posición de vulnerabilidad, especialmente frente a los servicios de salud. Necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Por lo tanto, los proveedores de salud deben ser un apoyo para la mujer y brindarle información de modo tal que pueda entenderla y recordarla, y pueda así tomar la decisión de realizarse o no un aborto, dentro de lo permitido por la normatividad vigente, libre de inducción, coerción o discriminación.

Los prestadores de salud también deben estar atentos a situaciones en las que la mujer esté sometida a presión para realizarse un aborto en contra de su voluntad, basada, por ejemplo, en su estado de salud, como el estar infectada por el HIV. En estos casos, el proveedor debe esforzarse para asegurar una toma de decisión completamente informada y libre.

Confidencialidad y no discriminación.

El estigma y la discriminación que se asocian con discapacidades físicas o mentales o con el estado de salud, por ejemplo la infección por HIV, son muy comunes y pueden usarse para presionar a las mujeres a que se realicen un aborto. Los proveedores de salud tienen la obligación ética de asegurar que dichas mujeres reciban los servicios de salud que necesitan.

Los proveedores tienen el deber de proteger la información de la paciente y no divulgarla sin autorización. También deben asegurarse de que las pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.

El temor a que la confidencialidad no se mantenga desestimula a muchas mujeres - en particular a adolescentes y solteras-, de la búsqueda de servicios de cuidado de la salud y puede llevarlas a proveedores clandestinos y peligrosos o a una autoinducción del aborto. A no ser que la mujer explícitamente apruebe la consulta del proveedor con su esposo, padre o cualquier otra persona que no es esencial para asegurar un cuidado seguro y apropiado, dicha consulta constituye una ruptura seria de la confidencialidad.

Privacidad

Los prestadores de servicios de salud deben asegurar que las instalaciones provean el mayor grado de privacidad posible, tanto para conversar con la paciente, como para brindar los servicios.

Cuidados especiales para mujeres víctimas de violación

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

El manejo general de las sobrevivientes a una violación, incluye el cuidado físico y psicológico,

la anticoncepción de emergencia, el tratamiento para las heridas o las ITSS, la recolección de evidencia forense, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento, conforme a lo establecido en la Guía para la atención de la mujer y el menor maltratado, establecido por Resolución 412 de 2000 y las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Consideraciones especiales para adolescentes

Las adolescentes generalmente carecen o no tienen conocimiento claro sobre la sexualidad, cómo ocurre un embarazo, cuáles son los signos de un embarazo y las enfermedades de transmisión sexual. En particular, las adolescentes jóvenes y las solteras pueden no admitir haber tenido relaciones sexuales ni, por lo tanto, la probabilidad de embarazo. Pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con los adultos y en acceder y utilizar los servicios de salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes necesitan un ambiente de apoyo, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

Los proveedores de servicios de salud deben procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y el respeto de sus derechos. Esto incluye una especial habilidad para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que los proveedores de los servicios garanticen claramente la confidencialidad, asegurándole a las adolescentes que no se compartirá la información de su consulta con nadie.

Se pueden necesitar servicios de salud **«amigables para adolescentes»**, para asegurar que éstas tengan acceso a los servicios necesarios. Frecuentemente, esto se puede lograr mediante una reorientación de los servicios ya existentes que apunte a cubrir mejor

las necesidades de las adolescentes. Esto puede implicar asegurar que los servicios estén abiertos en el momento y lugar donde las adolescentes puedan utilizarlos y que los costos sean accesibles. Las adolescentes y sus familias deben enterarse de la existencia de estos servicios y el apoyo de la comunidad generalmente es de ayuda para esto.

6.3.2 Información sobre procedimientos de IVE

La información mínima que la mujer debe recibir incluye:

- Qué se hará durante y después del procedimiento.
- Qué es probable que sienta (v.g. Dolores cólicos tipo menstrual y sangrado).
- Cuánto tiempo llevará el procedimiento.
- Qué se puede hacer para el manejo del dolor.
- Los riesgos y complicaciones asociadas con el método.
- Cuándo podrá retomar su actividad normal, incluso las relaciones sexuales.
- Los cuidados de seguimiento.
- Información sobre anticoncepción.

Si se dispone de distintos métodos de IVE, los profesionales deberán estar capacitados para dar a la mujer información clara sobre cuáles son los apropiados, basándose en la duración del embarazo, la condición médica de la mujer y los potenciales factores de riesgo.

La provisión de información y servicios anticonceptivos es parte esencial del cuidado de la IVE, dado que ayuda a la mujer a evitar embarazos no deseados en el futuro.

Toda mujer debe ser informada de que la ovulación puede retornar dos semanas después del procedimiento (Cameron y Baird 1988), poniéndola en riesgo de embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo.

Deberá recibir información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para sus necesidades. Si la mujer desea realizarse una IVE después de lo que considera una falla del anticonceptivo, el profesional deberá plantear si el método estaba siendo mal utilizado y cómo corregir su uso, o la conveniencia de cambiar a un método distinto. Sin embargo, la elección final del método debe realizarla sólo la mujer.

La aceptación de un método anticonceptivo por parte de la mujer nunca debe ser una precondition para realizar una IVE.

6.3.3 Consentimiento Informado

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

La interrupción voluntaria del embarazo requerirá el consentimiento informado de las gestantes adultas, incluidas las mayores de catorce años. Esta decisión debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la prestación de dichos servicios, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, tratándose de menores de catorce años, personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, la IVE requerirá la autorización de los padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. En todo caso se procurará conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años.

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

En el Anexo No. 4 se sugiere un modelo de consentimiento informado el cual puede ser acogido o no por los prestadores de servicios de salud. En todo caso, el formato que adopten deberá guardar estricta sujeción a lo consignado en este numeral.

6.4 Consulta de primera vez por medicina general (89.0.2.01)

Los primeros pasos en la administración de cuidados para la interrupción voluntaria del embarazo, son establecer si la mujer esta efectivamente embarazada y si lo está, conocer la duración del embarazo y confirmar que el mismo sea intrauterino. Los riesgos asociados con la IVE, a pesar de ser mínimos cuando se lleva a cabo adecuadamente, aumentan con la duración del embarazo (Grimes y Cates 1979). Por ende, la determinación de la edad gestacional es un factor crítico en la selección del método más apropiado.

Por tanto, en esta consulta se debe evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados a la interrupción voluntaria del embarazo y determinar el plan de acciones a desarrollar.

6.4.1 Elaboración de la Historia Clínica completa

La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se les debe preguntar sobre el primer día de su última menstruación, es decir, el primer día de sangrado, y si la menstruación fue normal.

Es importante aclarar que la mujer puede experimentar amenorrea por otras razones

diferentes a un embarazo y algunas mujeres embarazadas pueden no referir la ausencia de un ciclo; por ejemplo, la mujer que está amamantando puede quedar embarazada aún antes de tener su primera menstruación post-parto.

Algunas mujeres pueden experimentar un sangrado no menstrual en etapas tempranas del embarazo y esto puede ocasionar que no se diagnostique el embarazo o que se cometa un error con la fecha, Otros síntomas que las mujeres suelen referir en etapas tempranas de la gestión incluyen tensión y agrandamiento mamario, náuseas –en algunas oportunidades acompañadas de vómitos-, fatiga, cambios en el apetito y aumentos del ritmo miccional.

La Historia familiar y médica personal de la gestante debe elaborarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos específicos, además de los aspectos generales contenidos en toda historia clínica:

6.4.1.1 ANAMNESIS.

- ✓ **Identificación:** Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono.
- ✓ **Antecedentes Personales:** Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos), tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.
- ✓ **Antecedentes obstétricos:**
 - Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas.
 - Partos: Número de partos, fecha del último.
- ✓ **Antecedentes Ginecológicos:** Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones,

métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/Sida, historia y tratamiento de infertilidad.

- ✓ **Antecedentes familiares:** Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias, otras.
- ✓ **Gestación actual:** Edad gestacional probable (fecha de última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica). Cefaleas persistentes, edemas progresivos.
- ✓ **Sintomatología infecciosa:** urinaria o cervicovaginal
- ✓ **Valoración de condiciones psico-sociales:** Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja.
- ✓ **Otros motivos de consulta:** Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

6.4.1.2 EXÁMEN FÍSICO.

Se debe confirmar la existencia de embarazo y estimar su duración mediante la realización de un examen pélvico bimanual.

Los signos detectables de embarazo entre las 6 y 8 semanas mediante el examen pélvico bimanual incluyen reblandecimiento del istmo cervical y reblandecimiento y elongación del útero. El útero de una mujer embarazada que es menor al esperado por su amenorrea puede deberse a un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, a un embarazo ectópico o a un embarazo perdido (aborto retenido); un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, la presencia de fibromas uterinos o un embarazo molar.

El profesional debe cerciorarse si el útero está en anteversión o, retroversoflexión o en otra posición que pueda alterar la estimación del embarazo o complicar una IVE quirúrgica.

Se deberán reconocer los signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras infecciones del tracto reproductivo (ITRs), además de condiciones como anemia u otras enfermedades (como malaria) que puedan llegar a requerir procedimientos adicionales o derivación para atención médica especializada.

Igualmente se deben referir al nivel apropiado las mujeres que presenten alguna patología cervical seria.

6.4.1.3 EXÁMENES PARACLÍNICOS.

En la mayoría de los casos solo se precisa de la información obtenida a través de la Historia Clínica y el examen físico para confirmar el embarazo y estimar su duración. Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y no haya seguridad sobre el embarazo, o cuando se presentan inconsistencias entre la fecha de la última menstruación y los hallazgos físicos. Sin embargo, el hecho de realizar dichos exámenes, no debe obstaculizar ni retrasar la evacuación uterina.

- **Hemoglobina/Hematocrito.** La detección de anemia mediante la medición de los niveles de hemoglobina y hematocrito en áreas donde la misma es prevalente permite comenzar el tratamiento y estar preparados si eventualmente se presenta una hemorragia durante o después de la IVE.
- **Hemoclasificación.** En caso de complicaciones que puedan requerir una transfusión sanguínea, debe realizarse la hemoclasificación. En todo caso se transfundirá sangre segura, conforme a la normatividad vigente sobre la materia.
- **VDRL, Prueba para VIH/SIDA:** El prestador debe realizar sin excepción la asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje

(ELISA o prueba rápida), en el primer trimestre de embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres. La estrategia de oferta y realización de la prueba recomendada es la siguiente: el profesional de la salud efectúa la asesoría pre-prueba, mencionando que se recomienda realizar la prueba a toda gestante y que ella tiene la opción de aceptar o rehusar, firmando un documento. Aquellas que acepten realizarse la prueba, deben firmar el consentimiento informado. Aquellas que no acepten deben firmar el documento de no aceptación. Lo anterior implica que el 100% de las mujeres embarazadas deben tener documentación escrita en la historia clínica del proceso de asesoría y el ofrecimiento de la prueba, así como del desenlace de dicho proceso. En ningún caso esta prueba se puede constituir en una barrera de acceso al procedimiento de IVE.

- **Ecografía.** La exploración ecográfica no es necesaria para la realización de una IVE temprana. En lugares donde se encuentra disponible, la ecografía puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento abortivo. En aquellos lugares donde esté disponible la ecografía, se deberá, si es posible, facilitar distintas áreas donde se puedan evaluar separadas aquellas mujeres que buscan una IVE de aquellas que reciben cuidados prenatales.

6.4.2 Condiciones Pre-existentes

En forma conjunta con la confirmación y estimación de la duración del embarazo, se debe obtener una historia médica completa y valorar otros factores de riesgo que puedan afectar la realización de una IVE. Estos incluyen: alteraciones de la coagulación, alergia a cualquier medicación que será usada durante la IVE e información acerca de cualquier droga que la mujer esté tomando y que pueda interactuar con aquellas que se usarán durante el procedimiento.

Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por HIV en una mujer que se somete a una IVE, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es HIV positiva, ella puede necesitar asesoría especial

6.4.2.1 Infecciones del Tracto Reproductivo

La presencia de infecciones del tracto reproductivo inferior al momento de la realización de la IVE es un factor de riesgo para infecciones del tracto reproductivo post-procedimiento (Penney y col. 1998). Se ha recomendado el uso de rutina de antibióticos al momento de la IVE con lo cual se reduce a la mitad el riesgo de infección en el posprocedimiento (Sawaya y col. 1996). Sin embargo, las IVE también pueden llevarse a cabo sin el uso de antibióticos para profilaxis. En cualquier caso, la estricta observación de los procedimientos de limpieza y desinfección juega un papel esencial en la prevención de infecciones post-procedimiento

Si hay signos clínicos de infección, la mujer deberá ser tratada inmediatamente con antibióticos y luego llevar a cabo la IVE. (Ver Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual)

6.4.2.2 Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico puede ser una amenaza para la vida. Los signos que pueden indicar un embarazo extrauterino incluyen: tamaño uterino menor al esperado según la duración estimada del embarazo y dolor abdominal bajo, especialmente si el mismo se acompaña de sangrado vaginal, mareos o desmayos, palidez y, en algunas mujeres, una masa anexial. Si se sospecha un embarazo ectópico, es esencial confirmarlo inmediatamente e iniciar tratamiento o derivar a la mujer tan pronto como sea posible a un centro que tenga la capacidad para confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento, la exploración ecográfica es de gran utilidad (ver Norma técnica para la detección temprana de las

alteraciones del embarazo). Debe remarcarse que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un método médico de IVE dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utilizan métodos médicos de IVE sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, la paciente debe ser evaluada para descartar un embarazo ectópico.

6.4.2.3 Isoinmunización

Se debe administrar rutinariamente inmunoglobulina anti-D en todas las mujeres Rh negativas en el momento de realizar la IVE. Para aquellas mujeres que utilizan un método médico de IVE, se ha recomendado la administración de la inmunoglobulina Rh al momento de la administración de las prostaglandinas (Urquhart y Templeton 1990).

6.4.2.4 Citología cérvico-vaginal

Algunos centros también pueden ofrecer la realización de una citología cérvico uterina y otros servicios de salud reproductiva. El pedido de IVE puede ser una oportunidad para la evaluación de la citología cervical, especialmente en lugares donde la prevalencia de cáncer cervical e ITSs es alta. Sin embargo, dichos servicios no deben ser nunca una condición para que la mujer obtenga una IVE, ni se requiere de ellos a fin de llevar a cabo una IVE sin riesgo.

7 Métodos de interrupción voluntaria del embarazo

La figura 1 resume los métodos de IVE recomendados por la OMS para cada etapa de embarazo, basándose en protocolos establecidos y utilizados mundialmente. Es indicativo más que prescriptivo con relación a los límites de tiempo.

Figura 1. Métodos de Interrupción Voluntaria del Embarazo

Semanas completas desde fecha de última menstruación																					
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			
Métodos preferidos																					
Aspiración al vacío (manual / eléctrica)									(por proveedores bien entrenados)												
									Dilatación y evacuación												
Misoprostol o Mifepristone o gemeprost						(en investigación)			Mifepristone y dosis repetidas de misoprostol o gemeprost												
									Prostaglandinas vaginales (Dosis repetidas)												
Otros métodos																					
Dilatación y curetaje																					
									Soluciones hipertónicas												
									Prostaglandinas intra / extra amnióticas												

Por ejemplo, la mayoría de los profesionales entrenados pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas completas de embarazo, mientras que otros especialmente entrenados, con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este método de manera segura hasta las 15 semanas completas.

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

Los métodos preferidos son la **aspiración al vacío manual o eléctrica**, o métodos médicos que utilizan el misoprostol o una combinación de mifepristone seguida de una prostaglandina.

- **El mifepristone** seguido de una prostaglandina ha demostrado ser seguro y efectivo hasta las 9 semanas completas de embarazo, y se está investigando la seguridad y efectividad del régimen entre las 9 y 12 semanas completas. El uso de métodos médicos de IVE requiere el soporte de aspiración al vacío en el lugar o la posibilidad de derivación en caso de falla o interrupción incompleta.
- **El misoprostol**, una prostaglandina, ha demostrado también ser eficaz si se usa solo antes de la 9ª semana completa del embarazo
- **La dilatación y curetaje (DyC)** deben ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible y no debe considerarse método de elección.

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

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

El diagnóstico de anomalías fetales por lo general no se realiza hasta después de la semana 12 de embarazo y, por ejemplo, una enfermedad cardiovascular severa o un cáncer requerirán un tratamiento agresivo para la

mujer, por lo que puede requerir una IVE tardía por razones médicas.

Algunas mujeres, en especial las adolescentes, no pueden acceder a obtener cuidados tempranos de salud sexual y reproductiva. Esto puede deberse a ignorancia acerca de los requerimientos para la realización de una IVE, falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, menstruaciones irregulares, ambivalencia inicial con relación a hacerse una IVE, preocupaciones sobre la salud que surgen después del primer trimestre, conflictos familiares o cambios en circunstancias de la vida que pueden hacer que un embarazo previamente deseado deje de serlo.

El método médico de IVE de elección después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación es el mifepristone seguido de dosis repetidas de una prostaglandina, como misoprostol o gemeprost. El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas. En los casos de gestaciones mayores de 12 semanas, el procedimiento deberá realizarse bajo hospitalización, teniendo en cuenta la mayor morbilidad y riesgos de complicaciones derivadas.

7.1 Preparación Cervical

Antes de la realización de IVE quirúrgicas del primer trimestre, se puede utilizar la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos, pues hace que el procedimiento sea más fácil y rápido y reduce la incidencia de complicaciones inmediatas comunes en IVE realizadas después de la novena semana completa de gestación (Organización Mundial de la Salud 1997).

La preparación cervical previa a la IVE quirúrgica es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anomalías cervicales o cirugías previas, mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen

mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser la causa de hemorragias.

Sin embargo, la preparación cervical tiene ciertas desventajas, incluyendo el costo extra y el tiempo requerido. Por ende, se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas.

Investigaciones recientes sugieren que la administración vaginal de 400 mcg de misoprostol 4 a 6 horas antes de la cirugía es efectiva (Singh y col. 1998). La administración oral de 400 mcg de misoprostol 4 a 6 horas antes del procedimiento, también es apropiada para la preparación cervical (Ngai y col. 1999).

Otros métodos efectivos son la toma oral de 200 mg de mifepristone, 36 horas antes del procedimiento (Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud en Métodos Postovulatorios de Regulación de la Fertilidad 1994), o la administración vaginal de 1 mg de gemeprost, 3 horas previas al procedimiento (Henshaw y Templeton 1991).

7.2 Manejo del Dolor

La mayoría de las mujeres refieren algún grado de dolor con la IVE. Los factores asociados con el dolor durante la IVE quirúrgica realizada con anestesia local han sido evaluados en varios estudios de observación. El grado de dolor varía con la edad, la duración del embarazo, la cantidad de dilataciones cervicales y el temor de la mujer (Smith y col. 1979). Se ha comprobado que un parto vaginal previo disminuye el dolor. (Borgatta y Nickinovich 1997). También se ha observado que un intervalo menor de dos minutos entre la administración de la anestesia local y el comienzo del procedimiento, la falta de elección entre anestesia local o general y una historia previa de uso frecuente de analgésicos contribuyen a aumentar el dolor (Donati y col. 1996).

Un manejo adecuado del dolor no significa una gran inversión en drogas, equipamiento ni entrenamiento. Descuidar este elemento importante, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad del cuidado.

La asesoría y un tratamiento considerado pueden reducir los temores y la percepción del dolor de la mujer. La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. Se recomienda que en lo posible haya acompañamiento especializado para la usuaria durante el procedimiento.

En lugares donde sea posible y si la mujer lo desea, puede ser de ayuda que el esposo o pareja, un miembro de la familia o una amiga permanezca con ella durante el procedimiento. Sin embargo, no debe considerarse que estas circunstancias pueden reemplazar al alivio médico del dolor.

7.2.1 Medicación para el dolor

Siempre debe ofrecerse medicación para el dolor. Para el manejo del dolor durante la IVE, se utilizan tres tipos de drogas, solas o combinadas: analgésicos, que alivian la sensación de dolor; tranquilizantes, que reducen la ansiedad; y anestésicos que adormecen la sensación física. En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente. La mayoría de estas drogas son comparativamente económicas.

Los analgésicos no narcóticos, tales como los antiinflamatorios no esteroideos generalmente son suficientes para reducir el dolor asociado tanto con la IVE médica como con la quirúrgica, incluyendo los cólicos (Suprpto y Reed 1984, Matambo y col. 1999). En tres pruebas randomizadas se vio que el acetaminofén no es efectivo para aliviar el dolor post-procedimiento (Cade y Ashley 1993, Hein y col. 1999, Dahl y col. 2000).

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tal como el Diazepan, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil tanto para la mujer como para el profesional. Estas drogas pueden provocar amnesia, lo que algunas mujeres podrían querer, pero también puede inducir somnolencia y retrasar la deambulaci3n.

7.2.2 Anestesia

En aquellos casos en los que se requiera una dilataci3n cervical para la realizaci3n de una IVE quirúrgica, para aliviar las molestias de la mujer debe utilizarse un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acci3n rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los “cuatro cuadrantes” del cérvix. Las ventajas de utilizar una anestesia local en vez de general, incluyen un tiempo de recuperaci3n más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir. La inyecci3n de anestesia local debe realizarse con habilidad, para evitar la introducci3n endovenosa de la droga. La utilizaci3n de una anestesia local con aspiraci3n ha demostrado ser segura y efectiva (Thonneau y col. 1998).

La anestesia general no se recomienda para IVE y aumenta los riesgos clínicos (Lawson y col. 1994, MacKay y col. 1985, Osbron y col. 1990). Ha sido asociada con mayores tasas de hemorragia que la anestesia local (Grimes y Cates 1979). Cuando el caso amerite el uso de anestesia general, o cuando la mujer lo solicite, deberá ser referida al nivel correspondiente según la complejidad del procedimiento, de conformidad con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

7.3 IVE quirúrgica

7.3.1 Aspiraci3n al vacío

La aspiraci3n al vacío es la técnica quirúrgica de elecci3n para embarazos hasta 12 semanas completas. Algunos profesionales, dependiendo de su entrenamiento, experiencia y cada caso en particular, son capaces de realizar la aspiraci3n al vacío hasta 15 semanas completas. La alta eficacia de la aspiraci3n al vacío ha sido probada en varios pruebas randomizadas. Se han reportado tasas de IVE completa entre 95% y 100% (Greenslade y col. 1993). Las tecnologías de aspiraci3n eléctrica o manual son igualmente efectivas (Westfall y col. 1998).

La aspiraci3n al vacío involucra la evacuaci3n del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. La aspiraci3n al vacío eléctrica (AVE) utiliza una bomba de vacío eléctrica. Con la aspiraci3n al vacío manual (AVM), el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60 ml sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). Existen aspiradores con cánulas plásticas de distintos tamaños, que oscilan de 4 a 12 mm de diámetro. Algunas cánulas y la mayoría de los aspiradores pueden ser utilizados nuevamente una vez que se los ha limpiado y desinfectado o esterilizado perfectamente. También hay disponibles bombas mecánicas para ser utilizadas con el pie.

Dependiendo de la duraci3n del embarazo, la IVE mediante aspiraci3n al vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local. En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilataci3n cervical previa. Sin embargo, generalmente, antes de la inserci3n de la cánula se requiere la dilataci3n utilizando dilatadores osmóticos o mecánicos, solos o en combinaci3n con una prostaglandina, o la preparaci3n cervical con un agente farmacológico como la mifepristone o una prostaglandina (misoprostol o gemeprost).

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local

se sienten lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general son necesarios períodos más largos de recuperación en embarazos con más edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

La aspiración al vacío es un procedimiento muy seguro. Un estudio sobre 170.000 IVE de primer trimestre llevado a cabo en Nueva York, USA (la mayoría mediante aspiración al vacío) indicó que menos de un 0.1% de las mujeres experimentaron complicaciones serias que requirieran hospitalización (Hakim-Elahi y col. 1990). Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan (Grimes y Cates 1979). Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son

efectos colaterales de cualquier procedimiento de IVE.

7.3.2 Dilatación y curetaje (DyC)

La dilatación y curetaje (DyC), involucra la dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de curetas metálicas filosas para raspar las paredes uterinas.

La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío (Cates y col. 2000) y considerablemente más dolorosa para la mujer (Grimes y col. 1977). Las tasas de complicaciones mayores de la DyC son de dos a tres veces más que aquellas de la aspiración al vacío (Grimes y Cates 1979).

Una prueba randomizada y controlada que comparó la DyC con la aspiración al vacío reveló que, hasta 10 semanas desde la fecha de última menstruación, la aspiración al vacío es más rápida y se asocia con menor pérdida sanguínea que la DyC (Lean y col. 1976).

Requisitos para la aspiración al vacío y la dilatación y curetaje

Característica	Aspiración al vacío	Dilatación y curetaje
Lugar	Sala de examen, sala de procedimientos menores, sala ginecológica, sala de cirugía o sala de operación gineco-obstétrica.	Sala de cirugía o sala de operación ginecológica y/u obstétrica
Manejo del dolor	Sedación leve y/o anestesia local	Sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local
Nivel del profesional	Ginecólogo, medico general entrenado	Ginecólogo, medico general entrenado

7.3.3 Dilatación y evacuación (DyE)

La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares

donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos avanzados (RCOG 2000). La DyE requiere la preparación cervical con mifepristone o una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o un dilatador hidrofílico similar; dilatar el cervix

y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo. Si bien no es esencial, muchos profesionales encuentran útil la utilización de ecografía durante el procedimiento de DyE.

El procedimiento de DyE generalmente puede llevarse a cabo sólo con bloqueo paracervical y una analgesia leve, razón por la cual el procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria. Sin embargo, aquellos lugares que ofrezcan estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda. La anestesia general no es necesaria y puede aumentar los riesgos. Por lo general, el procedimiento de DyE no lleva más de 30 minutos.

Tanto los profesionales como la mujer que se somete a este procedimiento deben esperar más sangrado post-operatorio que en IVE del primer trimestre, se debe considerar la administración de oxitocina.

7.3.4 Evaluación de los tejidos posterior a una IVE quirúrgica

Después de los métodos de IVE quirúrgica, es importante evaluar inmediatamente los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico.

Con la AVM, después de aproximadamente 6 semanas completas de embarazo, los profesionales entrenados pueden identificar visualmente los productos de la concepción, específicamente el saco coriónico. Si la aspiración no contiene los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser evaluada tal como se vio previamente. Además, los profesionales deben estar alertas a signos sugestivos de un embarazo molar. Si el contenido de la aspiración no corresponde a la duración estimada del embarazo, los profesionales de la salud deben considerar la

posibilidad de un aborto incompleto. El análisis rutinario del producto de la concepción por un laboratorio de patología no es esencial.

7.4 Métodos médicos de IVE (Aborto No Quirúrgico)

A la fecha de expedición de esta Norma Técnica el Misoprostol está disponible en Colombia pero su registro no incluye la indicación gineco obstétrica. El Mifepristone y Gemeprost no tienen Registro Sanitario. Estos medicamentos son reconocidos por la OMS como oxitócicos en su listado de medicamentos esenciales y se presentan como una recomendación que podrá utilizarse cuando este requerimiento sea cumplido ante el INVIMA.

Se ha probado que los métodos médicos de aborto son seguros y efectivos (Ashok y col. 1998a, Peyron y col. 1993, Schaff y col. 1999, Spitz y col. 1998, Winikoff y col. 1997). Los regímenes más utilizados se basan en el antiprogéstágeno, mifepristone, el cual se une a los receptores de progesterona inhibiendo la acción de la progesterona y por ende interfiriendo con la continuación del embarazo. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristone seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a evacuar el producto de la concepción (Swahn y Bygdeman 1988).

Los efectos de los métodos médicos de IVE son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen cólicos y un sangrado similar al menstrual prolongado. El sangrado ocurre durante 9 días promedio, pero puede durar hasta 45 días en casos infrecuentes (Creinin y Aubeny 1999). Los efectos colaterales incluyen náuseas, vómitos y diarrea. Las condiciones que requieren precaución con el uso de mifepristone y una prostaglandina, incluyen falla hepática o adrenal aguda o crónica, alteraciones de la coagulación, tabaquismo intenso y alergia a cualquiera de las drogas utilizadas. El mifepristone no es un tratamiento efectivo para un embarazo ectópico; la sospecha de tal embarazo, requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato.

Regímenes comúnmente usados de mifepristone más prostaglandinas

Hasta 9 semanas completas desde FUM	Después de 12 semanas completas desde FUM
200 mg* mifepristone seguido después de 36 – 48 horas de 1 mg de gemeprost vaginal	200 mg mifepristone seguido después de 36 – 48 horas de 1 mg de gemeprost vaginal (repetido cada 6 horas hasta un máximo de 4 dosis y, de ser necesario , cada 3 horas hasta 4 dosis adicionales)
o 800 µg** de misoprostol vaginal	o 800 µg de misoprostol vaginal seguidos de 400 µg oral cada tres horas hasta un máximo de 4 dosis
o 400 µg misoprostol oral hasta 7 semanas completas	o 400 µg misoprostol oral cada 3 horas hasta 5 dosis

* mg: miligramos

** µg: microgramos

7.4.1 Mifepristone y prostaglandinas

7.4.1.1 Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El mifepristone con misoprostol o gemeprost ha demostrado ser altamente efectivo, seguro y aceptable para IVE del primer trimestre. Se han informado tasas de eficacia de hasta el 98% (Trussell y Ellerston 1999).

Aproximadamente 2 a 5% de las mujeres tratadas con un régimen de mifepristone y misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto,

terminar un embarazo que continúa o controlar el sangrado.

Los protocolos originales para el uso de mifepristone recomiendan una dosis oral de 600 mg de mifepristone seguida de 1 mg de gemeprost vaginal después de 36-48 horas. Sin embargo, varios estudios han establecido que 200 mg de mifepristone es la dosis de elección dado que es tan efectiva como los 600 mg y reduce los costos.

El misoprostol, una prostaglandina que también ha demostrado ser efectiva, es considerablemente más barata que el gemeprost y no requiere refrigeración. Por lo tanto, es la prostaglandina de elección. Un régimen efectivo es una dosis oral de 200 mg de mifepristone seguida de 800 mcg de misoprostol administrado vía vaginal. Se han usado también vías de

administración bucal y sublingual. El misoprostol por vía vaginal ha demostrado ser de mayor efectividad y de mejor tolerancia que el misoprostol administrado oralmente (El-Refaey y col.1995). Una dosis oral de 400µg de misoprostol es efectiva hasta 7 semanas completas de embarazo.

La mujer podrá dejar el centro de atención poco después de recibir el mifepristone, una vez que se le haya dicho que debe esperar sangrado y la probable expulsión de los productos de la concepción y se le haya explicado cómo reconocer las complicaciones y a quién recurrir en caso de que eso suceda. Los profesionales deben estar disponibles 24 horas para responder a estas situaciones. Algunas mujeres podrán requerir medicación para los dolores cólicos durante este período.

Según el estado clínico de la gestante, puede ser necesario un periodo de observación de 4 a 6 horas, después de la administración de la prostaglandina, durante el cual el 90% despedirá el producto de la concepción. El 10% aproximado de mujeres que no abortan durante el período de observación deberán consultar nuevamente al centro de salud dos semanas más tarde para confirmar que el aborto se ha completado a través de un examen físico o estudios de laboratorio.

Cuando el estado clínico de la gestante permite que deje el centro de atención inmediatamente después de recibir la prostaglandina, se le debe explicar que ella probablemente elimine el producto de la concepción en su hogar o en algún otro lugar sin supervisión médica. En estos casos, la mujer deberá consultar al centro de salud a las dos semanas para confirmar que el aborto ha sido completo

En caso de aborto fallido o incompleto, se requiere una IVE quirúrgica. Todo centro que ofrece métodos médicos de IVE debe estar capacitado para proveer un aspirado por vacío o dilatación y curetaje, en caso de ser necesario. Si no se dispone de esta posibilidad en el mismo centro, pueden hacerse convenios con otros centros que lleven a cabo la IVE por métodos quirúrgicos. En todos los casos, los profesionales de la salud deben asegurar un sistema de

referencia que permita a la mujer llegar a dichos servicios en caso de urgencia.

Las mujeres tienden a estar más satisfechas con el procedimiento cuando tienen expectativas más realistas. Por lo tanto deben recibir información completa sobre qué esperar y los posibles efectos colaterales de los métodos médicos de aborto. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que la mujer comprenda la importancia de acatar el protocolo, y también que sepa cómo reconocer las complicaciones y qué hacer en caso de que se presenten.

7.4.1.2 De 10 a 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se está investigando el uso de mifepristone y misoprostol entre las 10 y 13 semanas de embarazo (Ashok y col. 1998b). Los hallazgos positivos iniciales deben ser confirmados para establecer los regímenes óptimos.

7.4.1.3 Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Un régimen de mifepristone seguido de dosis repetidas de misoprostol o gemeprost es seguro y altamente efectivo. Una dosis oral de mifepristone de 200 mg seguida de 800 mcg de misoprostol administrado por vía vaginal 36-48 horas más tarde y posteriores dosis de 400 mcg por vía oral de misoprostol cada 3 horas hasta un máximo de 4 dosis, ha sido efectiva en 97% de los casos (El-Refaey y Templeton 1995). Una dosis oral de 400 mcg de misoprostol cada 3 horas hasta 5 dosis, después de 200 mg de mifepristone también ha sido usada exitosamente (Ngai y col. 2000). Una dosis vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada después de 200 mg de mifepristone y repetida de ser necesario cada 6 horas hasta cuatro dosis también puede ser usada efectivamente (Ho y col. 1996). De ser necesario, el tratamiento con gemeprost puede continuar con 1 mg de

gemeprost cada 3 horas en cuatro dosis adicionales (Gemzell-Danielsson y Ostlund 2000, Tang y col. 2001).

7.4.2 Misoprostol o gemeprost solos

7.4.2.1 Hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

El misoprostol solo también ha sido estudiado en términos de efectividad y seguridad. Si bien no se han llevado a cabo estudios comparativos, la información disponible sugiere que la efectividad del misoprostol solo es inferior, el procedimiento tarda más y es más doloroso con mayores efectos gastrointestinales colaterales que el régimen combinado con mifepristone (Bugalho y col. 2000)

Debido a que el misoprostol es de amplio acceso y de bajo costo y dado que en algunos lugares se ha informado que su mayor uso contribuye a disminuir las complicaciones de un aborto inseguro (Costa y Vessy 1993), el desarrollo de un régimen de tratamiento óptimo para el uso de misoprostol solo, está actualmente bajo investigación (Blanchard y col. 2000).

Existe preocupación sobre las consecuencias de aquellos embarazos que siguen en curso con el uso de misoprostol solo (Fonseca y col. 1991, González y col. 1998, Schonhofer 1991, Orioli y Castilla 2000). Se necesita mayor investigación para evaluar la posible teratogenicidad del misoprostol.

7.4.2.2 . Después de 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación

Se ha demostrado que la efectividad del misoprostol en inducir un aborto llega al 84% dentro de las 24 horas con una variedad de dosis administradas vía oral y vaginal (Dickinson

y col.1998, Wong y col. 1996), si bien no es tan rápida como cuando se utiliza combinada con mifepristone. Se necesita mayor investigación para identificar el régimen óptimo para el uso de misoprostol solo en embarazos mayores de 12 semanas.

En varios países se ha registrado la administración vaginal de gemeprost solo para finalizar embarazos del segundo trimestre. La dosis recomendada es de 1 mg, la cual se da cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis durante el primer día y se repite al día siguiente de ser necesario. Con este tratamiento, el 80% y 95% de las mujeres aborta entre las 24 y 48 horas respectivamente (Thong y col. 1992)

7.4.3 Otros agentes médicos para realizar una IVE

No se recomienda el uso de otros medicamentos para inducir una IVE diferentes de los recomendados en la presente guía.

7.5 Manejo de las complicaciones de la IVE

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

7.5.1 IVE incompleta

Cuando la IVE es llevada a cabo mediante la aspiración al vacío por un profesional entrenado, el aborto incompleto no es común. Es más común con métodos médicos de IVE. Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico éste no concuerda con la duración estimada del embarazo.

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

7.5.2 IVE fallida

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

7.5.3 Hemorragia

La hemorragia puede ser producto de atonía uterina, retención del producto de la concepción, traumatismo o daño del cérvix y, ocasionalmente, perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir la re-evacuación del útero y la administración de drogas que aumenten el tono uterino para detener el sangrado, reemplazo endovenoso de fluidos y, en casos severos, transfusiones sanguíneas, laparoscopia o laparotomía exploratoria

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

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

7.5.4 Infección

Las infecciones raramente ocurren si la IVE se realizó apropiadamente.

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

Cuando se diagnostica una infección, deberá administrarse un antibiótico y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, re-evacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

7.5.5 Perforación uterina

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre se vio que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no hubiesen sido diagnosticadas de no haberse hecho la laparoscopia (Kaali y col 1989).

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita. En donde esté disponible, la laparoscopia es el método de elección para su investigación. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente genera alguna sospecha de daño al intestino, vasos sanguíneos u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

7.5.6 Secuelas a largo plazo

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE adecuadamente realizada no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general ni reproductiva. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen

complicaciones severas en el aborto (Organización Mundial de la Salud).

Las investigaciones no han demostrado asociación entre una IVE inducida sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes. (Hogue y col. 1999). Existen datos epidemiológicos sólidos que no muestran mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre (Melbye y col. 1997).

De acuerdo a una revisión minuciosa (Dagg 1991), las secuelas psicológicas adversas se presentan en un número muy pequeño de mujeres y parecen ser la continuación de condiciones pre-existentes.

8 SEGUIMIENTO

8.1 Periodo de recuperación

8.1.1 Métodos quirúrgicos de IVE

Durante el período de recuperación posterior a un aborto realizado quirúrgicamente, los profesionales deben brindarle a la mujer confort, apoyo y monitorizar su recuperación. Los profesionales de la salud deben prestar especial atención a la manifestación de dolor por parte de la mujer, dado que el dolor puede deberse a una perforación uterina o una hematometra - sangre retenida en el útero- la cual puede ser tratada mediante la inducción de contracciones uterinas con una droga oxitócica o en algunos casos puede requerir de drenaje quirúrgico.

Por lo tanto, particularmente con las IVE tardías, es importante confirmar con examen bimanual el tamaño uterino a través de la pared abdominal. En ausencia de complicaciones, la mayoría de las pacientes pueden dejar el centro de atención tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales. Después de IVE llevadas a cabo en etapas tardías del embarazo y después de una sedación importante o anestesia general, los períodos de recuperación pueden ser más largos y la mujer podrá requerir una

recuperación más prolongada. Las mujeres que se someten a una IVE quirúrgica deben tener un control con el profesional 7-15 días después del procedimiento para evaluar su salud en general.

8.1.2 Métodos médicos de IVE

Cuando por la condición clínica de la gestante se indique que permanezca 4-6 horas bajo observación clínica después de tomar la prostaglandina, los profesionales a cargo deberán estar atentos a la confirmación de la expulsión de los restos ovulares y a la ocurrencia de cualquier complicación.

Para las mujeres en quienes no se confirma un aborto completo en ese momento o aquellas que dejan la institución poco después de tomar la prostaglandina se debe programar una visita de control a los 10-15 días para confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no ha ocurrido ninguna otra complicación.

En la mayoría de los casos, se confirmará el aborto completo en esta visita. Si no se confirma, la mujer podrá optar por una aspiración al vacío, aunque no es clínicamente necesario que lo haga, salvo que el examen físico, los síntomas clínicos o los estudios de laboratorio sugieran que el embarazo sigue su curso.

En vista del mayor riesgo de hemorragia y de abortos incompletos asociados con los procedimientos que se llevan a cabo después de 12 semanas completas de embarazo, todas las mujeres en estos casos deberán permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

8.2 Provisión de métodos anticonceptivos y asesoría para ITS.

Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Después de un aborto, pueden tenerse en cuenta todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se preste atención al perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos, algunos de los cuales pueden iniciarse el mismo día

El diafragma y el capuchón cervical no deben ser utilizados hasta después de 6 semanas de un aborto del segundo trimestre y existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si el mismo se coloca en el momento de un aborto del segundo trimestre (Stanwood y col. 2001). No obstante hay que tener en cuenta que este riesgo puede ser menor que el beneficio de iniciar anticoncepción segura de manera inmediata. Algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto.

Debe prestarse especial atención a aquellos casos en los que la mujer solicite esterilización, para asegurar que su elección no está influenciada por la crisis del momento y para evitar un futuro arrepentimiento.

Los centros donde se practiquen IVE deben tener la posibilidad de proveer la mayoría de los métodos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (por ejemplo, la esterilización), se le debe dar información sobre dónde y cómo acceder a él y ofrecerle un método temporal. Se debe informar a todas las mujeres sobre la anticoncepción de emergencia.

Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH y la importancia de la utilización de preservativo. Se debe enfatizar particularmente la información sobre prevención de infecciones para aquellas personas con vulnerabilidad frente al VIH. Se puede ofrecer asesoría y una prueba voluntaria, o bien referir para asesoría y prueba de VIH en otra institución. Se debe promover la doble protección, es decir el uso de métodos que protejan tanto de embarazos como de ITS.

8.3 Vacunación post IVE.

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

8.4 Instrucciones de cuidado posteriores a IVE

Las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, simples, orales y por escrito sobre como cuidarse después de dejar el centro de atención, incluyendo cómo reconocer complicaciones que puedan requerir asistencia médica.

Mientras esperan que se complete la IVE inducida por un método médico, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un médico o a un profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo.

Después de una IVE quirúrgica, la mujer puede experimentar un sangrado similar al menstrual o durante varias semanas. Con un método médico de aborto, se le debe informar que puede tener un sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante. Los síntomas que requieren atención clínica incluyen sangrado excesivo, fiebre que dura más de un día y dolor abdominal. Las náuseas, a veces acompañadas de vómitos, generalmente se calman a las 24 horas de la IVE realizada por métodos quirúrgicos. El personal debe advertir a la mujer que puede sufrir dolores cólicos, los cuales pueden, por lo general, aliviarse con analgésicos.

Después de IVE del primer trimestre, la mayoría de las mujeres pueden retomar sus actividades y responsabilidades habituales dentro de horas o días. La visita de control es una oportunidad para que el profesional hable con las mujeres sobre sus experiencias, si es necesario. Por ejemplo, las mujeres que tienen una IVE por razones médicas o como producto de una violación pueden sentir necesidad de hablar sobre la sensación de pérdida o ambivalencia, o desear asesoramiento adicional.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁱ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*, Ginebra, 1994, p. 19. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ⁱⁱ Aníbal Faúndes, *Aspectos médicos del aborto inducido*. Ponencia presentada en el Encuentro de Parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre el Aborto Inducido. Bogotá, octubre de 1998, p. 4. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ⁱⁱⁱ Ibid.
- ^{iv} Ibid
- ^v Ibid, p.4. Ver también The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York, 1999, pp. 32-33. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{vi} The Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility*, op. cit., p. 32. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{vii} OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data*, 3rd ed., Ginebra, 1998, p. 3. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{viii} Ibid.
- ^{ix} Ibid., p. 5.
- ^x PROFAMILIA Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005
- ^{xi} Ibid.
- ^{xii} Ibid.
- ^{xiii} Ibid.
- ^{xiv} OMS, *Unsafe Abortion*, op. cit., p. 15. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xv} Ibid., p. 15; ver también *Safe Motherhood Factsheet: Address Unsafe Abortion (1998)*, pp. 1-2 Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xvi} OMS, *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*, Ginebra, 1998, citado en Family Care International (FCI), *Sexual and Reproductive Health briefing cards*, Nueva York, 1999. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xvii} A. Radhakrishna, r. Gringle and F. Greenslade, "Adolescent Women Face Triple Jeopardy: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion", en *Women's Health Journal* 58, febrero de 1997 (publicado por Latin America and Caribbean Women's Health Network). Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, El aborto como un problema de salud pública, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xviii} Ibid.
- ^{xix} FAUNDES, A. BARZELATTO, J. El drama del aborto. En busca de un consenso, p. 60.
- ^{xx} Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA- *Vivir Juntos, En Mundos Separados. Estado de la Población Mundial 2000*.
- ^{xxi} *Aborto inseguro: cálculos regionales y globales de incidencia y mortalidad, con lista de datos disponibles por país*, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 1998.
- ^{xxii} Paxman J.M., Rizo A., Brown L., Benson J., La epidemia clandestina: la práctica del aborto inseguro en América Latina, *Studies in Family Planning*, 1994;24 205-226.
- ^{xxiii} The Alan Guttmacher Institute *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York 1994
- ^{xxiv} Ibid, p. 24.
- ^{xxv} Ibid
- ^{xxvi} Citado en: FAUNDES, A. BARZELATTO, J. El drama del aborto. En busca de un consenso, p. 61.
- ^{xxvii} Olukoya A, Kaya B, Ferguson C AbouZahr J. Unsafe abortion in adolescents. *Int Gynaecol Obstet* 2001;75:137-147.
- ^{xxviii} Zamudío L, Rubiano N, Wartenberg L, Viveros M, Salcedo H. El aborto inducido en Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. 1998.
- ^{xxix} Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, Ginebra, 2003,p. 14

-
- ^{xxx} Faúndes, op. cit., p. 7. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *El aborto como problema de salud pública*, Mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xxxi} Network. Family Health International, *Sexual Health. Increasing Contraception Reduces Abortion* (page 28-33) Volume 21 Number 4, 2002.
- ^{xxxii} CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *El aborto como un problema de salud pública*, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xxxiii} Conclusiones y recomendaciones presentadas por el Programa Especial para la Investigación en Reproducción Humana de la OMS y AGI ante el *Meeting of Researchers on Induced Abortion in Latin America & the Caribbean*, Universidad Externado de Colombia, Santa Fé de Bogotá, Colombia, 15-18 de noviembre de 1994, p.6.
- ^{xxxiv} Miller, D.H., *Medical and Psychological Consequences of Legal Abortion in the United States*; ver también Roxanne Parrot y Celeste Condit (eds.), *Evaluating Women's Health Messages: A Resource Book*, SAGE Publications, 1996, pp.17-32, citado en *El aborto y la tarea parlamentaria en América Latina*, op.cit.,p. 26
- ^{xxxv} *El aborto y la tarea parlamentaria en América Latina*, op. cit., p.26.
- ^{xxxvi} CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *Efectos de las Legislaciones sobre el aborto inducido*, mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xxxvii} Susheela Singh y Deidre Wulf, *Niveles estimados de aborto*, op. cit., p. 5.
- ^{xxxviii} Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, Ginebra, 2003,p. 12. Citado en CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *El aborto como problema de salud pública*, Mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xxxix} Ibid.
- ^{xl} Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), *Evaluación del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna*, Washington, 1996. Programa de Salud de la Familia y Población, División de Promoción y Protección de la Salud, citado en *El aborto y la tarea parlamentaria en América Latina*, publicado por el Population Council, Universidad Externado de Colombia y GIRE, 1998, p.13.
- ^{xli} GONZALEZ, Ana. Acceso a Servicios Integrales de Aborto Seguro. Recomendaciones para la formulación del marco normativo del sector salud.
- ^{xlii} Indagaciones preliminares realizadas por Diana Pinto y Karina Gómez, para sustentar la necesidad de realizar un estudio de costos sobre aborto, fueron la base de algunas de estas referencias bibliográficas sobre los costos del aborto.
- ^{xliiii} Faúndes, Antonio. y Ellen Hardy. *Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system*. En: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 58, 1997.
- ^{xliiii} Li, Diana y Virgilio Ramos. *Factores condicionantes y costos del aborto*. Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo. INANDEP, Perú. En: *Atención Hospitalaria y Costos del Aborto*. Universidad Externado de Colombia. Bogota, Colombia (1994).
- ^{xliv} Berer M. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública. 2000. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos No. 3. p. 122.
- ^{xlvi} Konje, J.C.,K.A. Obisesan y O.A. Ladipo. *Health and economic consequences of septic induced abortion*. En: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 37, 1992.
- ^{xlvii} Li y Ramos, 1994. En Benson J, Huapaya V, Abernathy M, Juárez L, Aguilar J y King T. Mejoramiento de calidad y reducción de costos en un modelo integrado de atención post-aborto: resultados preliminares. IPAS, Population Council. p. 9.
- ^{xlviii} CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *Efectos de las legislaciones sobre el aborto inducido*, Mayo 1999 www.reproductiverights.org
- ^{xlix} Centro de derechos reproductivos Hechos: *Leyes sobre aborto en el mundo. Hoja informativa*, Nueva York, 1999
- ⁱ The Alan Guttmacher Institute, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*. Nueva York, 1994, p.24.
- ⁱⁱ Rachel N. Pine, *"Achieving Public Health Objectives through Family Planning Service"*, op. cit., p. 80.
- ⁱⁱⁱ Faúndes, op. cit., p. 8.
- ⁱⁱⁱⁱ FAUNDES, A. BARZELATTO, J. El drama del aborto. En busca de un consenso, p. 168.
- ^{lv} WHO. 2003. Citando la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ^{lv} Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. 2003.