

DOCUMENTO TÉCNICO



**Atención integral de la
Interrupción Voluntaria
del Embarazo (IVE) en
el primer nivel de
complejidad**

**Documento técnico
para prestadores de
servicios de salud**

**Atención integral
de la interrupción
voluntaria del embarazo
(IVE) en el primer nivel
de complejidad**

**Documento técnico para
prestadores de servicios
de salud**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

EQUIPO TÉCNICO

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud
y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora Técnica de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

COMITÉ EDITORIAL

CONVENIO DE COOPERACIÓN 036 DE 2012 MSPS/UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo
y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

FUNDACIÓN ORIENTAME

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ
Directora Ejecutiva

LAURA GIL URBANO
Subdirección de Asistencia Técnica y Capacitación

RALPH PARRADO
Coordinador de Capacitación

LADY ALBA
CONSTANZA TOBASIA, MD
Asesoría Área Capacitación

ADRIANA PAOLA MOLINA
ELIANA MARULANDA
RAQUEL ARTEAGA
Investigación Área de Orientación y Asesoría

AUTOR

RALPH PARRADO

REVISIÓN TÉCNICA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ
Consultora Salud Materna, Ministerio de Salud
y Protección Social

ELSA VICTORIA HENAO LONDOÑO
Consultora de la Línea de Salud Materna, Convenio 036

ISBN: 978 958 8735 73 3
“Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo
(IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico
para prestadores de servicios de salud”
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Corrección de estilo: Eugenia Arce Londoño
Diseño y diagramación: Diana Perez Méndez
Ilustrador: Juan Manuel Velásquez
Impresión:
Año: 2014
Ciudad: Bogotá D.C.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este
documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa
autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

**AGRADECEMOS DE FORMA MUY ESPECIAL LA CONTRIBUCIÓN DE QUIENES
PARTICIPARON EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO**

TERESA DE PIÑERES

ÁNGELA ESCOBAR

AGUSTÍN GONZÁLEZ

PÍO IVÁN GÓMEZ

ELSA VICTORIA HENAO

MARTHA PATRICIA OSPINO GUZMÁN

LORENZA OSPINO RODRÍGUEZ

PAOLA SALGADO

NORMA CONSTANZA TOBASIA HEGE

CRISTINA VILLARREAL VELÁSQUEZ

JOSÉ LUIS WILCHES

HERNANDO CHICUNQUE

Y a todos los profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS de Santander, Atlántico, Bogotá, Risaralda y Valle del Cauca que participaron en los talleres de revisión y validación del documento. Estos profesionales son merecedores de los agradecimientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de todas aquellas personas que se benefician de su aplicación.

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	11
1. Marco conceptual	13
Referencias	15
2. Aspectos jurídicos	17
2.1 Primera causal	18
2.2 Segunda causal	20
2.3 Tercera causal	21
2.4 Situaciones especiales	23
Referencias	26
3. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	27
3.1 Características de los servicios de IVE	28
3.2 Modelo de atención para la IVE	29
3.3 Consulta médica inicial	30
3.4 Orientación y asesoría	32
3.5 Procedimiento	34
3.6 Control y seguimiento	35
3.7 Anticoncepción postaborto	35
Referencias	37
4. Métodos para la IVE	39
4.1 Aspiración endouterina	40
4.2 IVE con medicamentos	52
Referencias	57
5. Implementación de servicios de IVE en bajo nivel de complejidad	63
5.1 Revisión aspectos jurídicos y normativos	65
5.2 Análisis del contexto	69
5.3 Definición de servicios	70
5.4 Cumplimiento de requisitos básicos	71
5.5 Diseño del plan de implementación	75
5.6 Capacitación del personal	76
5.7 Monitoreo y evaluación	78
Referencias	79

PRESENTACIÓN

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud introdujo una revisión sobre muertes maternas y complicaciones del embarazo, denominada Más allá de las Cifras; en esta revisión se afirmó que, aunque el embarazo es un estado de salud normal por el que muchas mujeres aspiran pasar en algún momento de sus vidas, puede entrañar graves riesgos de muerte y discapacidad. De hecho, alrededor de medio millón de mujeres fallece como resultado de las complicaciones derivadas del embarazo; siendo estas en su mayoría evitables. El aborto, es una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad materna y a la vez es la causa de mayor posibilidad de intervención, siempre y cuando los servicios de anticoncepción moderna, de prevención y detección de las violencias de género y la prevención de embarazos no planeados o no deseados, estuviesen disponibles en los lugares donde las mujeres viven y transcurre su cotidianidad.

En el año de 2006 la Corte Constitucional Colombiana por medio de la Sentencia C-355 de 2006, consideró como no constitutivo de delito el aborto en tres causales:

- i.** Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- ii.** Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y
- iii.** Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.¹

Al amparo de la reglamentación general de servicios de salud definida para el país por la Ley 100 de 1993 y sus desarrollos normativos, se ha generado una colección de documentos o lineamientos técnicos para los prestadores de servicios de salud, que les permita contar con directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible, para la prestación del servicio de forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado.

En esta serie “Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva” se encuentran varios documentos a saber:

- 1.** Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud.
- 2.** Atención del Postaborto (APA) y sus complicaciones. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- 3.** Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- 4.** Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento Técnico para prestadores de servicios de salud.
- 5.** Guía de capacitación para la atención en salud, en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El presente lineamiento corresponde a la Atención Integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en primer nivel de complejidad, desarrollado como un lineamiento técnico para garantizar la prestación de los servicios de IVE en las instituciones de baja complejidad, con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a estos servicios. Hoy en día, dichos servicios se concentran en las instituciones de mediana y alta complejidad y por ende, en las ciudades de mayor población.

De otro lado para la construcción de este lineamiento técnico, se abordaron los principales temas desde el ámbito jurídico, técnico; además se consideraron los aspectos contextuales del sistema de salud, y se relacionaron con la implementación de este servicio. Entre otros aspectos se consideraron los siguientes a saber:

- 1.** El marco jurídico de la Interrupción Voluntaria del Embarazo de acuerdo con lo establecido en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional con énfasis en las tres causales contempladas por la Corte, y los pronunciamientos posteriores de la misma en otras sentencias que generan el marco de acción para la prestación del servicio.
- 2.** El Modelo de Atención para la IVE, teniendo en cuenta la ruta de atención, las características requeridas en los servicios, y las condiciones de orientación y asesoría necesarias para la integralidad de esta prestación. Los métodos para

la IVE disponibles y seguros en el primer nivel de complejidad tanto de carácter quirúrgico como por medicamentos.

3. La implementación de la IVE en los servicios de baja complejidad de acuerdo con lo establecido en la jurisprudencia constitucional, en la normatividad de prestación de servicios.

En razón a lo anterior se espera, de esta forma, que los servicios de salud se hallen mejor preparados para la oferta racional de este tipo de prestación, facilitando el acceso y garantizando los derechos de las mujeres en el marco de lo contemplado en las sentencias de la Honorable Corte Constitucional.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La provisión de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) debe realizarse en el marco de políticas integrales de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que favorezcan la prevención de embarazos no deseados, así como la atención de otras situaciones que por su particularidad en relación con la IVE, requieren una aproximación especial en la atención. Tal es el caso de la violencia basada en género y el VIH. Los servicios deben enfocarse a la promoción de la salud e incluir orientación y acompañamiento dirigidos a favorecer las decisiones autónomas de la mujer y ofrecer opciones que abarquen desde la continuación del embarazo hasta la interrupción del mismo.

Los servicios de IVE se pueden implementar en todos los niveles de complejidad, tanto a nivel público como privado. La mujer debe saber que estos servicios están integrados al sistema de salud en forma legítima y que tiene derecho a ellos sin ser objeto de discriminación o señalamiento.

Los servicios deben ser provistos en forma integral, entendiéndose por integral la atención en salud que incluye el abordaje de aspectos médicos y biopsicosociales relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer gestante que se ve abocada a decidir sobre la continuación o no de su embarazo. Por ser integral implica la participación de equipos multidisciplinarios de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, administración en salud, y de profesionales responsables de la gestión de políticas que garanticen los derechos a la salud, la sexualidad y la reproducción.

En relación con los niveles de complejidad, conviene resaltar que por tratarse de procedimientos en su mayoría sencillos, la atención de la IVE debe realizarse en instituciones de baja complejidad y preferiblemente de tipo ambulatorio, procurando que la interrupción del embarazo se realice durante el primer trimestre. No obstante, es necesario que se cuente con servicios relacionados en todos los niveles y se disponga de la adecuada referencia entre niveles de complejidad cuando sea necesario para atender complicaciones o IVE en estadios más avanzados de la gestación.

Este documento está orientado a servir de instrumento práctico para que los/las profesionales de la salud –tanto los/las responsables directos/as de la prestación del servicio como los que tienen funciones de administración y gestión de servicios– fortalezcan sus conocimientos y adquieran las competencias necesarias para la implementación de los servicios de IVE en bajo nivel de complejidad.

El documento está dividido en cuatro capítulos. El primero presenta en forma esquemática las tres causales de excepción señaladas en la Sentencia C-355 de 2006. Incluye un aparte especial sobre la atención de la adolescente que solicita la IVE. El segundo capítulo indica los pasos que se deben seguir en la atención de la mujer gestante que voluntaria y de forma autónoma solicita la interrupción de su embarazo. El tercer capítulo describe los métodos empleados actualmente para la IVE. El cuarto capítulo provee herramientas esenciales para la implementación de los servicios de IVE en el nivel de baja complejidad.

Esperamos que este documento contribuya a un mejor entendimiento por parte de los/las profesionales de la salud, de los instrumentos jurídicos que despenalizan parcialmente la interrupción del embarazo, y esto les/las motive a promover la implementación de los servicios de SSR e IVE en el nivel de baja complejidad. Con esta ejecución, la mujer, no solo tendrá acceso real y oportuno a servicios de IVE, sino también a servicios orientados a favorecer sus decisiones autónomas y ofrecer opciones que abarquen desde la continuación del embarazo y la adopción hasta la interrupción del embarazo en condiciones seguras, si así lo desea.

MARCO CONCEPTUAL

1

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) fijado por las Naciones Unidas en el 2000 tiene dos metas fundamentales: reducir entre 1990 y 2015, la tasa global de mortalidad materna en un 75%, y lograr el acceso universal a la atención de la salud reproductiva. A poco tiempo del plazo establecido no se han logrado cumplir las metas; a pesar de los esfuerzos que se han hecho en gran parte de los países en desarrollo. A nivel global se produjeron 287.000 muertes maternas en el año 2010, lo que significa un descenso solo del 47% desde 1990¹. Cabe señalar que en Colombia, ha habido importantes mejoras en la salud materna y en la reducción de la mortalidad materna, aunque el descenso se ha presentado a un ritmo más lento durante los últimos 10 años. La cantidad de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (razón de mortalidad materna) se ha estimado en 66 para el año 2011.²

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio destacan que la reducción en la mortalidad materna no puede lograrse si no se aborda de manera exitosa la problemática del aborto inseguro. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho muertes maternas ocurre como consecuencia de un aborto inseguro, y que en los países en desarrollo mueren siete mujeres por hora debido a las complicaciones derivadas del aborto inseguro.³

En América Latina, cada año, más de cuatro millones de mujeres tienen un aborto inducido. Como la mayoría de los abortos son ilegales, estos procedimientos son realizados en condiciones clandestinas y, con frecuencia, inseguras. En consecuencia, la región enfrenta un serio problema de salud pública que amenaza las vidas de las mujeres, pone en peligro su salud reproductiva y ejerce una gran presión sobre los sistemas de salud cuya capacidad ya está extralimitada.⁴

Habría que decir también que aunque las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido en Colombia, los procedimientos inseguros continúan generando un gran número de complicaciones, algunas de las cuales tienen consecuencias a largo plazo. En general, se estima que cada año, un total de 132,000 mujeres sufre complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones clandestinas y probablemente inseguras,⁵ a pesar de existir una legislación que despenaliza parcialmente el aborto.

Por lo general, se asume que las tasas de aborto inseguro descienden en situaciones en las que el aborto es legal y se practica a petición de la mujer o por alguna de las causales establecidas. Las muertes maternas en Rumania, por ejemplo, descendieron rápida y notoriamente después de la legalización del aborto en el país en 1989.⁶ Por el contrario, en los países donde el aborto es ilegal, el riesgo de muerte y lesión de las mujeres que buscan servicios de aborto es, en promedio, 30 veces más alto que en países donde el aborto es permitido por la ley.⁷ Las leyes restrictivas que penalizan el aborto no impiden que las mujeres se sometan a abortos inseguros para interrumpir embarazos no deseados.⁸

Sin embargo, las leyes que legalizan o despenalizan parcialmente el aborto, no siempre garantizan el acceso a la prestación de servicios de aborto, como sucede en Colombia. Después de 7 años de haberse despenalizado parcialmente el aborto, la mayoría de los abortos se continúa realizando en forma clandestina.⁹

La legalización o despenalización parcial del aborto y las políticas para evitar el aborto inseguro no bastan por sí solas para reducir la mortalidad materna. Las mujeres que desean interrumpir

su embarazo dentro de las causales establecidas en la legislación, o las mujeres que han tenido un aborto, necesitan recibir una atención oportuna y de calidad dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de evitar complicaciones que pongan en peligro su salud y sus vidas.

En este contexto y para lograr la meta de mejorar la salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud y la Protección Social ha realizado, entre otras, las acciones siguientes:

- 1) ha construido e implementado el Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, como una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud obstétricos;
- 2) ha fortalecido las capacidades locales y el recurso humano en salud para la atención del parto normal y distócico y ha creado mecanismos específicos para la identificación precoz y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas;
- 3) ha diseñado, validado e implementado el Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada; y
- 4) ha emprendido acciones que aseguren la prestación del servicio público esencial y legal de interrupción voluntaria del embarazo, y se eviten barreras de acceso al mismo. De igual forma, ha desarrollado y validado el Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia, y otros documentos, entre los cuales está el presente documento técnico, con el fin de garantizar un acceso universal, equitativo y humano a servicios de salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS

- 1 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012.
- 2 DANE. Estadísticas vitales. Boletines página web Junio 28 de 2013.
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, Quinta ed., Ginebra: OMS, 2007.
- 4 Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009.
- 5 Prada E, Soingh S, Remez L, Villarreal C. *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
- 6 Stephenson, Patricia, Marsden Wagner, Mihaela Badea y Florina Serbanescu. 1992. Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion – Lessons from Romania. *American Journal of Public Health*, 82(10): 1328-1331.
- 7 Grimes, David, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E. Okonofua e Iqbal H. Shah. 2006. Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet*, 268(9550):1909-19.
- 8 Sedgh, Gilda, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Elizabeth Ahman e Iqbal H. Shah. 2007. Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370(9595): 1338-45.
- 9 Prada E, Soingh S, Remez L, Villarreal C. Op. Cit. P 17.

ASPECTOS JURÍDICOS

2

En mayo de 2006 la Corte Constitucional de Colombia reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer, en tres circunstancias específicas:

- i.** Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- ii.** Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- iii.** Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.¹

La Corte se basó para ello en el desarrollo de tres argumentos jurídicos provenientes del derecho constitucional nacional y del derecho internacional que garantizan a la mujer embarazada en cualquiera de las tres circunstancias mencionadas, el derecho a decidir libre y de manera autónoma por la interrupción de su embarazo, sin que, por tal motivo, pueda ser sujeta de consecuencias de tipo penal.

En primer lugar, la Corte Constitucional hace una distinción entre la vida como un bien constitucionalmente protegido y el derecho a la vida como un derecho subjetivo de carácter fundamental. La Constitución plantea que el derecho a la vida se limita a la persona humana a diferencia de la protección de la vida que se garantiza incluso para quienes no han nacido. El *status* de persona humana, por otra parte, solo se adquiere a partir del momento del nacimiento; por tanto el no nacido no

ostenta dicha calidad, ni es titular de las prerrogativas que derivan de la misma. La protección del no nacido, en consecuencia, no tiene el mismo grado e intensidad que la protección que se debe dar a la persona humana, es decir a la mujer.²

En segundo lugar, la argumentación de la Corte está referida a la protección de los derechos fundamentales de la mujer establecidos en la Constitución Política colombiana y en el Derecho Internacional. En razón a lo anterior la Corte considera que “la penalización del aborto en todas las circunstancias implica la completa preeminencia de uno de los bienes jurídicos en juego, la vida del no nacido y el consiguiente sacrificio absoluto de todos los derechos fundamentales de la mujer embarazada, lo cual resulta a todas luces inconstitucional”.³ Considera también que los derechos sexuales y derechos reproductivos, internacionalmente reconocidos, integran actualmente el derecho constitucional colombiano, en virtud del bloque de constitucionalidad, no como “una nueva” generación de prerrogativas fundamentales, sino como desarrollo interpretativo de las ya existentes, para efectos de fortalecer el marco jurídico de defensa de la autodeterminación de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo.⁴

Finalmente, el tercer argumento jurídico tenido en cuenta por la Corte, está orientado a la protección del derecho de la mujer a la dignidad, el cual debe ser respetado por el Estado al momento de legislar y de fijar políticas públicas en materia de aborto. El ámbito de protección de la dignidad humana incluye las decisiones relacionadas con el proyecto de vida, lo que incluye, a su vez, la autonomía reproductiva. Las conductas que han sido reconocidas como tratos crueles, inhumanos y degradantes, y en consecuencia como violatorios del derecho a la dignidad, son aquellas

que fuerzan a la mujer a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad: la maternidad no deseada; la imposición de la continuación de un embarazo; el embarazo forzado; la interrupción forzada del embarazo y la continuación forzada del mismo. Estas conductas constituyen una violación de la libertad sexual y reproductiva y, también, una violación de la mujer a la dignidad, la autodeterminación reproductiva y la integridad personal.⁵

2.1 PRIMERA CAUSAL



“Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico”.

En relación con la primera causal, la Corte Constitucional considera que no existe ni siquiera equivalencia entre los derechos fundamentales a la vida, a la salud y a la integridad personal de la mujer gestante y la salvaguarda del feto. Por lo tanto, exigir la continuación de un embarazo que amenaza estos derechos, no es otra cosa que obligar a la mujer a asumir sacrificios heroicos en beneficio de terceros, lo cual riñe con los postulados esenciales en que se erige el Estado Social de Derecho Colombiano.⁶

Para la aplicación de esta causal es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. La causal incluye no solamente el peligro para la vida de la mujer, sino también el peligro para su salud.

- b.** El concepto de salud debe entenderse desde una perspectiva integral del ser humano, tal como lo hizo la OMS al definirla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”.
- c.** Las interpretaciones de los alcances de la causal se deben someter al marco amplio de protección de los derechos humanos y constitucionales de la mujer, los cuales resultan vinculantes y reconocidos en el marco de la constitución colombiana y los instrumentos internacionales de derechos humanos.
- d.** La interpretación de la causal debe hacerse en forma amplia e integral, respetando el derecho que la mujer tiene a decidir sobre su propio cuerpo y favoreciendo el acceso a los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo para toda mujer cuya vida o salud esté en riesgo.
- e.** La interpretación de la causal debe hacerse en forma literal, entendiendo por literal que no se pueden agregar calificativos a la causal, ni exigir requisitos más allá de los estrictamente establecidos, lo cual usualmente conduce a la no atención o dilación injustificada de la atención de la mujer que solicita la interrupción de su embarazo.
- f.** La aplicación de la causal implica “peligro o riesgo” y no necesariamente “daño o menoscabo” ya consolidado para la vida o la salud de la mujer. El riesgo, además, puede ser de cualquier tipo y categoría sin ser necesario especificar un nivel concreto de gravedad, por cuanto este no fue calificado en la sentencia.
- g.** En la aplicación de la causal, la mujer es quien identifica el riesgo y quien decide cuánto riesgo está dispuesta a asumir.
- h.** El único requisito exigible para la interrupción del embarazo bajo la causal vida o salud es un certificado médico. Este puede ser expedido por cualquier médico y no necesariamente por un especialista o por el médico tratante de la mujer.
- i.** Los conceptos de psicología sobre riesgo para la salud mental de la mujer, no pueden ser descalificados por parte del profesional médico que evalúa el riesgo.
- j.** La certificación médica es una confirmación de la existencia del riesgo, no una argumentación sobre si se debe o no interrumpir el embarazo.
- k.** La certificación médica es vinculante para los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicas o privadas, y las entidades territoriales a las que acuda la mujer gestante solicitando la interrupción voluntaria del embarazo.
- l.** El personal médico y administrativo responsable de la prestación de los servicios debe partir siempre de la buena fe, idoneidad y principios éticos del profesional que hace la certificación. No es de su competencia decidir sobre la procedencia o no del certificado presentado por la mujer.
- m.** Las creencias, principios y valores personales y el ejercicio de la objeción de conciencia no pueden convertirse en un obstáculo para que las mujeres accedan a la Interrupción Voluntaria del Embarazo con el fin de salvaguardar su vida y salud.

2.2 SEGUNDA CAUSAL



“ Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico”.

En relación con esta causal, la Corte hace énfasis en que el deber de protección del no nacido por parte del Estado, pierde relevancia jurídica en la medida en que sea inviable su existencia, de manera que ante la presencia de malformación fetal grave incompatible con la vida, resulta a todas luces desproporcionado exigir a la mujer embarazada asumir la carga de un embarazo que desea interrumpir y, luego de esto, la pérdida del ser cuya grave malformación resulta incompatible con la vida extrauterina.⁷

Para la aplicación de la causal se debe aclarar:

- a.** Solo se pueden considerar malformaciones fetales que sean de tal magnitud que hagan inviable la vida del feto. Malformaciones o enfermedades que puedan ser tratadas medicamente, antes o después del parto, no son procedentes para la realización de la interrupción del embarazo bajo esta causal; sin embargo, no se debe omitir la posibilidad de afectación de la salud integral de la mujer como resultado de la continuación de este embarazo.
- b.** Obligar a la mujer que presenta un embarazo con malformaciones fetales a continuar el embarazo y llevarlo a término, bajo la amenaza de una sanción penal, implica someterla a tratos crueles, inhumanos y degradantes que afectan su dignidad.⁸
- c.** Las malformaciones incompatibles con la vida pueden ser detectadas por diferentes medios diagnósticos. No es obligatorio, sin embargo, realizar en todos los casos, un diagnóstico citogenético.
- d.** El único requisito exigible para la Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo la causal malformación fetal incompatible con la vida es un certificado médico.

Este puede ser expedido por cualquier médico y no necesariamente por un especialista o por el médico tratante de la mujer embarazada.

- e. La certificación de la gravedad de las malformaciones fetales es competencia exclusiva de los profesionales de la medicina, quienes para tal efecto deben actuar en el marco de la evidencia científica y los estándares éticos que rigen su profesión.⁹
- f. Exigir requisitos adicionales no contemplados en la sentencia que impliquen una carga desproporcionada y arbitraria a las mujeres que se encuentran bajo esta causal, es colocarlas en situación de indefensión, desconociendo sus derechos constitucionales fundamentales.¹⁰

2.3 TERCERA CAUSAL

“ Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto”.

En relación con la tercera causal, la Corte reconoce que la mujer víctima de alguno de estos delitos, encuentra extraordinariamente menoscabados sus derechos fundamentales a la igualdad, la dignidad y la libertad, por tratarse de manifestaciones de la discriminación y la violencia que se ejerce en su contra. En este sentido, considera que obligarla a continuar con un embarazo producto de estos actos, supone “un total desconocimiento de la dignidad humana y del libre desarrollo de la mujer gestante, cuyo embarazo no es producto de una decisión libre y consentida sino el resultado de conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos y que por esta misma razón están sancionadas penalmente en varios artículos del Código Penal”.¹¹

Para la aplicación de la causal se debe tener en cuenta:

- a. La violación es un motivo de consulta médica de urgencia sin importar el tiempo que haya transcurrido desde el hecho hasta el momento de la consulta. Por lo tanto, debe tratarse en todos los casos como tal, de acuerdo con la Resolución No 459 de 2012.
- b. En el contacto con el servicio de urgencia, una vez estabilizada la mujer víctima de violencia sexual, se debe iniciar la aplicación del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual,¹² incluyendo anticoncepción de emergencia y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo.
- c. En caso de violación, la negativa o la dilación injustificada en la atención de la interrupción del embarazo vulnera los derechos a la integridad, a la libertad, a la dignidad, entre otros, de las mujeres que no son remitidas de forma oportuna y adecuada a un centro de servicios médicos en donde los/las profesionales de la salud les aseguren la interrupción voluntaria del embarazo.¹³
- d. El único requisito exigible para la interrupción del embarazo bajo la causal violación es la presentación de una copia de la denuncia debidamente formulada ante la autoridad competente. No es necesario que la mujer afectada interponga la denuncia; podrá hacerlo cualquier persona que se entere y en cualquier momento posterior a la ocurrencia de los hechos.^{14,15}
- e. No se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la sentencia, ni interpretar estos requisitos de modo tal que resulten más gravosos para la mujer de lo que la sentencia dispone.
- f. Es una práctica prohibida y por lo mismo totalmente inadmisibles exigir pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria o abusiva, que demuestren que la violación ha sido confirmada por un juez o que el funcionario ante quien se eleva la denuncia esté convencido de la misma, o pruebas forenses que evidencien penetración sexual.¹⁶
- g. El personal médico y administrativo responsable de la prestación de los servicios debe partir siempre de la buena fe y la responsabilidad de la mujer embarazada. No es de su competencia decidir sobre la procedencia o no de la denuncia debidamente presentada por la mujer.
- h. La violación afecta todas las dimensiones de la salud de la mujer. La física porque el acto mismo vulnera la integridad física de la mujer, exponiéndola, al menos a dos posibles situaciones: embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. La mental porque es frecuente que la violación y el embarazo forzados generen en la mujer una afectación emocional que puede llegar hasta la ideación suicida o el suicidio. La social porque afecta el proyecto de vida de la mujer y se originan situaciones como: pérdida de la pareja, pérdida del trabajo, temor al estigma, humillación, culpabilidad, rechazo del embarazo.¹⁷
- i. En caso de coexistencia de causales, por ejemplo, mujer en embarazo, producto de una violación (causal violación) y afectación de su salud integral, (causal salud), que no puede presentar la denuncia correspondiente por algún motivo

(conflicto armado, amenazas, temor a represalias), se debe aceptar como causal válida para la interrupción del embarazo aquella cuyos requisitos sean menos gravosos e impliquen menor afectación para la mujer.

- j.** La causal violación, a diferencia de las otras causales (causal salud o causal malformaciones congénitas) no se resuelve únicamente en los servicios de salud sino que involucra además otras esferas como la judicial y/o la administrativa.

2.4 SITUACIONES ESPECIALES

2.4.1. Atención de adolescentes

La atención de las adolescentes* que solicitan la Interrupción Voluntaria del Embarazo implica dos situaciones especiales: 1) autonomía de la menor para decidir sobre su embarazo y 2) el consentimiento informado para realizar la interrupción del embarazo. La primera se refiere a la capacidad de la adolescente para tomar decisiones autónomas concernientes a su salud sexual y reproductiva y la segunda a la capacidad de la menor para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

Al respecto, del marco jurídico y normativo (Sentencia C-355 de 2006 y sentencias posteriores, bloque de constitucionalidad, Ley No 1.098 de 2006, Ley No 1.146 de 2007, ICBF -Circular No 068 de 2008), se desprenden las siguientes consideraciones:

- a.** La mujer menor de edad como toda mujer, a partir de la Sentencia C-355, en ejercicio de sus derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía y a la dignidad, está autorizada para acceder a los servicios legales de salud y solicitar la práctica del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, acreditando encontrarse en alguna de las 3 circunstancias señaladas en dicha sentencia.¹⁸

* La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 a los 14 años; y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

- b. Cualquier medida que despoje de “relevancia jurídica el consentimiento de la menor frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no solo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efectividad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana”.¹⁹
- c. La violación se presume cuando se trata de menores de catorce (14) años,²⁰ razón por la cual la presentación de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la menor la solicita.*
- d. Es inadmisibles impedir a las menores de 14 años consentir libremente en la realización de una IVE cuando necesariamente se encuentran amparadas en dos de las tres causales de despenalización (causal salud y causal violación) teniendo en cuenta que cualquier embarazo a esa edad conlleva un riesgo para la salud de la gestante y es el resultado de una conducta punible.²¹
- e. La jurisprudencia constitucional ha reconocido en las menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aún cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento formulado por las menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo.²²
- f. Es contradictorio presumir la incapacidad de la menor de 14 años para entender y asumir la práctica de la interrupción del embarazo, mientras que se presume implícitamente su plena capacidad para entender y asumir decisiones sobre su propio cuerpo.²³
- g. En el ejercicio de su autonomía individual la adolescente mayor de 14 y menor de 18 años que tome la decisión de interrumpir su embarazo en el tiempo que determine la ley y que sea biológicamente viable, debe contar con el previo **consentimiento ampliamente informado**, con la disponibilidad de servicios médicos seguros y de la más alta calidad y con el apoyo terapéutico que sea necesario.²⁴

* La Corte Constitucional argumenta la presunción de violación en la menor de 14 años basándose en el artículo 208 de la Ley No 599 de 2000, el cual tipifica como delito de acceso carnal abusivo el que tenga ocurrencia con menor de 14 años. Dicho artículo indica: “El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años”. Indicando como circunstancia agravante, el que se “produjere el embarazo” (artículo 211).

- h. En el caso de niñas menores de 14 años, se debe contar previamente al procedimiento médico, con el **consentimiento ampliamente informado y cualificado** de la niña, o con la autorización de su representante legal y/o de la autoridad competente, teniendo en cuenta para ello los parámetros fijados por la Corte Constitucional en sus diferentes sentencias.²⁵
- i. “Exigir a las menores de 14 años el consentimiento de los padres o tutores como requisito para la práctica del aborto es discriminatorio por cuanto desconoce su derecho fundamental de autonomía, el cual está protegido jurídicamente, para la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos”.²⁶
- j. El consentimiento de los padres para efectos de autorizar la práctica de tratamientos médicos a sus hijos, no puede conllevar en modo alguno al menoscabo de sus derechos a la salud o a la integridad personal, y tampoco un total desconocimiento de su autonomía.²⁷

2.4.2. Mujeres con discapacidad mental

La discapacidad mental se define como la presencia de limitaciones psíquicas o de comportamiento que no le permiten a la persona comprender en múltiples situaciones el alcance de sus actos y presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental puede presentarse de manea transitoria o permanente.²⁸

La atención de la mujer gestante con alguna discapacidad mental, que solicita la Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo alguna de las causales señaladas en la sentencia, presenta características especiales y depende del grado o severidad de la afección. La atención debe ser, en términos generales, similar a la que se le presta a la mujer sana, y no debe limitarse al simple ejercicio del consentimiento informado o la toma autónoma de una decisión. Considerando que la mujer con discapacidad mental es sujeto autónomo de derechos, se le debe tratar con respeto especial y proveerle información clara, completa y totalmente comprensible para que pueda tomar una decisión autónoma sobre su embarazo.

De acuerdo con la ley básica de autonomía, el consentimiento de las mujeres discapacitadas mentalmente deberá presentarlo su respectivo representante legal²⁹ aunque deberá tenerse en cuenta las circunstancias particulares de cada caso y diferenciar entre las múltiples formas de discapacidad: física, psíquica o senso-

rial. La discapacidad mental no implica necesariamente la pérdida de la posibilidad de decisión y es corriente observar que la mujer es quien acompaña todo el proceso y es quien brinda finalmente el consentimiento informado.

Para las mujeres con discapacidad no es exigible presentar una interdicción*, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga desproporcionada que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer que ha sido víctima de abuso sexual.³⁰

REFERENCIAS

- 1 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 2 *Ibidem*.
- 3 *Ibidem*.
- 4 *Ibidem*.
- 5 González AC. Causal Salud. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. 2008.
- 6 Procuraduría General de la Nación. Procurando la Equidad. Boletín No. 2. Mayo de 2008.
- 7 Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355/06.
- 8 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06, T388/09.
- 9 *Ibidem*.
- 10 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009.

* Proceso legal mediante el cual se establece que una persona no está en capacidades mentales para ejercer determinados actos de la vida civil.

- 11 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 12 Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución No 459 de 2012.
- 13 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-946 de 2008.
- 14 República de Colombia. Ley No 1542 de 2012.
- 15 República de Colombia. Ley No 1257 de 2008.
- 16 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.
- 17 Bergallo P, González AC. Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Bogotá, Colombia. 2012.
- 18 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.
- 19 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 20 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209 de 2008.
- 21 *Ibidem*.
- 22 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 23 Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
- 24 ICBF. Circular No 068 de 2008.
- 25 *Ibidem*.
- 26 Procuraduría General de la Nación. 2008. Op. Cit.
- 27 *Ibidem*.
- 28 República de Colombia. Ley No 1616 de 2013.
- 29 República de Colombia. Ley No 1412 de 2010.
- 30 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-988 de 2007.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

3

La evidencia disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención temprana prestada a la mujer gestante y la salud materna. Los embarazos no siempre son planeados o siendo planeados presentan complicaciones que suponen riesgo para la madre. Por ello, la atención temprana del embarazo es primordial para establecer si se trata de un embarazo planeado o no planeado y para detectar cuanto antes los embarazos de riesgo y prevenir las consecuencias no deseadas para la madre o el recién nacido.

Aunque esta detección no siempre es posible, es importante que la mujer gestante, que es atendida en la consulta médica, en los programas de Promoción y Prevención (P y P) en los servicios amigables e inclusive en los mismos servicios de urgencia, sea debidamente informada sobre todo lo relacionado con su embarazo no solamente desde el punto de vista clínico sino también en los aspectos legales relacionados con el mismo.

El primer paso en este proceso, es establecer si se trata de un embarazo deseado o un embarazo no deseado y así identificar las implicaciones que cada situación implica para la mujer gestante. El segundo paso al realizar esta identificación se establece el procedimiento a seguir; en caso de un embarazo deseado se debe iniciar la atención prenatal siguiendo los protocolos indicados. Es posible que en esta primera consulta la mujer manifieste que no desea continuar su embarazo y se encuentre dentro de alguna de las causales de excepción establecidas en la legislación colombiana. Es posible, también que en alguno de los controles prenatales periódicos se identifiquen riesgos para la vida o salud de la mujer. En ambos casos, el personal de salud (medicina, enfermería, psicología) debe informar a la paciente sobre las distintas opciones que se presentan para que ella decida autónomamente sobre su embarazo. Al mismo tiempo se le dará a conocer

la legislación colombiana que le confiere el derecho de interrumpir el embarazo si ella lo desea voluntariamente y si cumple los requisitos legales establecidos.

3.1 Características de los servicios de IVE

Además de las características de accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia que debe tener todo servicio de salud, la prestación de servicios de IVE debe caracterizarse por:³

- ◆ Desarrollarse en el marco de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo acciones de promoción de la salud y de prevención del embarazo no deseado, dando especial énfasis a la asesoría en anticoncepción; sin que esto se constituya en barrera para la atención o en imposición para la mujer.
- ◆ Brindarse con respeto por la dignidad de las mujeres y sin discriminación, teniendo en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables como: adolescentes, mujeres víctimas de violencia, desplazadas, portadoras de VIH, mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos y mujeres con discapacidad.
- ◆ Guardar estrictamente el secreto profesional, mediante el sigilo de la consulta, la confidencialidad del diagnóstico y de toda la información propia de la mujer que se revele como resultado de la atención.

3.2 Modelo de atención para la IVE

Los servicios de IVE deben estar disponibles en todos los niveles de atención, para lo cual es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el modelo de atención para la IVE. El modelo está constituido por cuatro momentos claramente definidos:

1	CONSULTA INICIAL	<ol style="list-style-type: none">1. Diagnóstico del embarazo y cálculo de la edad gestacional.2. Solicitud de la embarazada de interrumpir voluntariamente el embarazo dentro de alguna de las causales señaladas en la Sentencia C-355 de 20063. Verificación de la causal
2	ORIENTACIÓN ASESORÍA	<ol style="list-style-type: none">1. Apoyo emocional2. Revisión de la toma de decisión3. Aspectos legales – Derechos4. Asesoría en métodos para la IVE5. Asesoría en anticoncepción
3	PROCEDIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Tratamiento por aspiración endouterina2. Tratamiento con medicamentos
4	SEGUIMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. Seguimiento2. Asesoría en SSR

3.3 Consulta médica inicial

El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar que el embarazo sea intrauterino.

Durante la consulta médica inicial también se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y quedar expresada en forma clara y concreta en la historia clínica. Además se deben anexar los requisitos establecidos legalmente para cada causal (certificado médico, denuncia).

Si el profesional de la salud tiene dudas en la aplicación de alguna de las causales o juzga necesario la valoración por especialista o psicología, debe hacer la remisión en forma inmediata, evitando que esta duda se convierta en una barrera para la prestación del servicio.

En la consulta, la mujer puede manifestar que desea continuar el embarazo. En este caso, se le debe dar orientación e información sobre los controles prenatales, los cuales debe iniciar lo más pronto posible.

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

- ◆ Motivo de consulta.
- ◆ Antecedentes personales.
- ◆ Historia reproductiva (antecedentes ginecológicos, obstétricos y familiares).
- ◆ Gestación actual (Fecha de la última menstruación -FUM).
- ◆ Sintomatología infecciosa - Alteraciones hematológicas.
- ◆ Condiciones psicosociales.
- ◆ Afectación del embarazo.

Examen físico. Además de las observaciones básicas de rutina (aspecto general, signos vitales) y el examen médico general se debe confirmar la existencia del em-

barazo y estimar su edad gestacional por medio del examen pélvico bimanual. Se debe también:

- ◆ **Confirmar el tamaño del útero.** Un tamaño menor al esperado puede indicar que la mujer no está embarazada, que la FUM no es correcta o que existe la posibilidad de un embarazo ectópico. Un tamaño mayor al esperado puede relacionarse con un embarazo múltiple, un embarazo de mayor edad gestacional, miomatosis uterina o un embarazo molar.
- ◆ **Confirmar la posición del útero** ya que la anteversión o retroversión extrema deben ser reconocidas para evitar complicaciones durante la IVE realizada por aspiración.
- ◆ **Evaluar la presencia de enfermedades infecciosas** del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección postaborto si no son tratadas antes del procedimiento.²

Exámenes de laboratorio. No es necesario realizar de rutina exámenes de laboratorio, aunque es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento quirúrgico o al momento de administrar el misoprostol para la interrupción del embarazo con medicamentos.

A toda mujer se le debe ofrecer asesoría y la prueba de tamizaje para VIH, dejando claro que es voluntaria pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica y debe estar firmado por la mujer. En ningún caso, sin embargo, la asesoría y prueba de tamizaje para VIH pueden constituir barrera de acceso al procedimiento de interrupción del embarazo.

Estudios ecográficos. No se requieren estudios ecográficos de rutina para realizar la interrupción del embarazo en el primer trimestre.³ En lugares donde se encuentran disponibles, pueden ser útiles para confirmar un embarazo intrauterino o excluir embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. También ayudan a determinar la edad gestacional y diagnosticar patologías relacionadas con embarazos no viables. Se debe disponer de áreas físicas distintas para realizar las ecografías a mujeres que solicitan la IVE de aquellas que desean continuar su embarazo.

La exigencia de la exploración ecográfica antes de realizar un aborto limita significativamente el acceso de la mujer a servicios de interrupción del embarazo y por lo tanto, se entiende como una barrera y una práctica prohibida.

3.4 Orientación y asesoría

La orientación y asesoría están dirigidas a dar apoyo emocional a la mujer, brindarle información sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla en su decisión; cualquiera que esta sea. No son de carácter obligatorias ni se deben constituir en un prerrequisito para la atención. La orientación y la asesoría deben proporcionarse en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de ellas. Es importante que la mujer se sienta considerada y tratada con respeto y comprensión. Bajo ningún punto de vista deben imponerse opiniones o juicios de valor por parte de las profesionales que realizan la orientación.

La información y asesoría debe cubrir los siguientes aspectos:

- ◆ Revisión de la toma de decisión.
- ◆ Aspectos legales – Derechos.
- ◆ Información sobre tratamiento quirúrgico y tratamiento con medicamentos.
- ◆ Anticoncepción.

La orientación es muy importante para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que pueda tomar una decisión sin ningún tipo de presión. Toda mujer debe conocer las alternativas a la IVE como son la continuación del embarazo para la crianza y la adopción, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. En algunas circunstancias, la mujer puede estar bajo la presión de su pareja o un familiar para interrumpir el embarazo o para continuarlo. En todos los casos, debe haber un espacio para hablar con la mujer a solas o derivarla para orientación adicional.

Los servicios de salud deben ofrecer diversos métodos de interrupción del embarazo y los profesionales deben estar capacitados/as para dar a la mujer información clara sobre cuáles son los más apropiados teniendo en cuenta edad gestacional, condición médica, factores potenciales de riesgo, ventajas y desventajas de cada método y preferencias de la mujer.

Para la mujer que solicita la interrupción del embarazo bajo alguna de las causales establecidas en la legislación colombiana, es importante conocer el marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. También

debe conocer el alcance de la sentencia y de la causal bajo la cual solicita ser atendida además de llenar los requisitos que se requieren para su aplicación legal.

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, específicamente de anti-concepción, es parte esencial de la atención que debe brindarse a la mujer que solicita la interrupción voluntaria de su embarazo. El propósito es evitar un nuevo embarazo no deseado en el futuro y también referirla a servicios integrales de prevención de cáncer de mama, prevención de cáncer de cérvix y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH. Todas las mujeres deben saber que pueden quedar embarazadas antes del sangrado menstrual posterior al procedimiento. Por lo mismo, es importante darles información sobre los métodos anticonceptivos y proveerlos en los casos en que la mujer haya elegido alguno de ellos, sin que ello se convierta en una imposición.

Como en todo procedimiento e intervención médica, debe solicitarse a la mujer embarazada el consentimiento informado para proceder a la interrupción del embarazo. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer que solicita y consiente la interrupción de su embarazo después de haber recibido y comprendido la información dada en forma clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

3.5 Procedimiento

La despenalización del aborto en Colombia y las acciones que el MSPS ha realizado para promover el cumplimiento de la sentencia de la Corte Constitucional, de manera que se asegure la prestación del servicio público esencial y legal de salud de Interrupción Voluntaria del Embarazo y además se eviten las barreras de acceso, ; han permitido la sensibilización y capacitación progresivas de los profesionales de salud para atender las necesidades de la mujer, lo mismo que la implementación de servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo en diferentes niveles de complejidad.

En lo posible, la Interrupción Voluntaria del Embarazo se debe realizar antes de las 15 semanas, empleando medicamentos o la aspiración al vacío (manual o eléctrica), la cual debe reemplazar a la dilatación y el curetaje (legrado uterino) por considerarse una técnica obsoleta.⁴ La aspiración al vacío representa un gran avance en la prestación de servicios de IVE porque se asocia a un menor número de complicaciones y requiere menos recursos que la dilatación y curetaje.⁵ Tanto la

aspiración endouterina, como el misoprostol, medicamento empleado para el tratamiento con medicamentos, están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La decisión sobre cuál método es el más apropiado para cada mujer en particular, depende, en parte, de la edad gestacional; de las condiciones médicas de la mujer; y de las preferencias que ella pueda tener.

Depende también de la disponibilidad de los servicios, el nivel de complejidad que requiera, la capacitación de los profesionales, la infraestructura y los recursos disponibles (Tabla 2.1). En lo posible, a toda mujer, se le debe ofrecer la posibilidad de elegir entre los dos métodos (quirúrgico o con medicamentos).

Tabla 3.1 – Comparación entre aspiración endouterina e IVE con medicamentos

Método	Mecanismo	Ventajas	Desventajas
Aspiración endouterina	Dilatación del cérvix Aspiración del contenido uterino a través de una cánula de plástico conectada a una fuente de vacío (aspirador manual o eléctrico)	Usualmente requiere una sola visita El procedimiento dura solamente unos minutos Se practica bajo anestesia local Alta tasa de efectividad (99%) Puede emplearse en edades gestacionales tempranas	Procedimiento invasivo Se pueden presentar complicaciones Se realiza en la institución Puede parecer menos privado
Medicamentos (misoprostol)	Induce ablandamiento del cérvix y contracciones uterinas Se administra por vía vaginal o sublingual	No requiere instrumentación No requiere anestesia Similar a un aborto espontáneo Se realiza en casa (privacidad) Más natural	Requiere varias visitas Requiere horas/días para ser completo Sangrado postprocedimiento puede ser más prolongado que con la aspiración Más doloroso Menos efectivo que la aspiración (85%)

3.6 Control y seguimiento

Se recomienda realizar seguimiento después de la aspiración endouterina y de la interrupción del embarazo con medicamentos, para confirmar que la mujer ha tenido una evolución adecuada, tratar problemas no resueltos (físicos o emocionales), atender las necesidades anticonceptivas, prestar cuidados preventivos en salud sexual y reproductiva y remitir a servicios especializados, si es necesario.

Después de la aspiración endouterina sin complicaciones, la visita de seguimiento puede ser opcional si la mujer ha sido informada adecuadamente sobre signos de alarma de complicaciones y sobre dónde y cuándo solicitar atención en caso de presentarse; y si ha recibido el método anticonceptivo que mejor se acomode a sus necesidades.⁶

Si el tratamiento se ha realizado con medicamentos es importante que la mujer regrese aproximadamente 2 semanas más tarde para confirmar que el procedimiento ha sido completo. La confirmación es fácil de realizar teniendo en cuenta signos y síntomas, historia clínica, examen pélvico y, si el caso lo amerita, un estudio ecográfico.⁷ El seguimiento es necesario en estos casos, especialmente si se emplea misoprostol solo, porque la efectividad del método alcanza solo el 85%⁸ y el medicamento se ha asociado, en algunos casos, con malformaciones congénitas cuando el embarazo ha continuado.⁹ En caso de confirmarse la continuación del embarazo, presencia de un aborto retenido, retención de restos ovulares o sangrado persistente, se debe realizar la evacuación de la cavidad uterina por aspiración.

3.7 Anticoncepción postaborto

Teniendo en cuenta que las mujeres reanudan con frecuencia su actividad sexual poco después de tener un aborto sin complicaciones, y que el retorno de la ovulación puede presentarse tan pronto como a los 8-10 días después de un aborto de primer trimestre, es imperativo ofrecer a las mujeres métodos anticonceptivos efectivos, de preferencia de larga duración (Dispositivo Intrauterino –DIU- o implante), para que los inicien inmediatamente después del aborto,¹¹ si es su decisión.

La evidencia disponible respalda el uso de cualquier método anticonceptivo moderno inmediatamente después de un aborto quirúrgico sin complicaciones,¹² excepto, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad o el DIU en presencia de infección pélvica activa en el momento de la atención. Para el caso del procedimiento con medicamentos, la anticoncepción se puede iniciar después de la administración del medicamento (si se emplea mifepristona en combinación con misoprostol) o durante el control postprocedimiento (si se emplea misoprostol solo).

Cuando las mujeres inician el método anticonceptivo el mismo día del procedimiento, tienen una posibilidad de 30% a 60% menor de tener un aborto repetido en comparación con las mujeres que posponen su inicio al día del control o al retorno de la menstruación¹³. La inserción de un DIU inmediatamente después de un procedimiento de primer trimestre es segura y ofrece mayor protección contra el embarazo no deseado recurrente en comparación con su inserción diferida. Cuando el DIU se inserta inmediatamente después del procedimiento, no tiene una tasa de expulsión mayor a la inserción de intervalo (últimos días del sangrado menstrual o primeros días después del mismo).¹⁴

Las tasas de continuación del método anticonceptivo después de un año, cuando se inicia un método de larga duración (DIU o implante) después de un procedimiento, son 50% mayores que cuando inician métodos de corta duración.¹⁵

Si el procedimiento se realiza en un nivel de complejidad media o alta, la mujer debe ser derivada al nivel de baja complejidad que le corresponda para recibir la asesoría anticonceptiva correspondiente y para que le suministren el anticonceptivo que haya elegido.

Para iniciar la anticoncepción postaborto se debe verificar la elegibilidad de la mujer, en la misma forma en que se hace cuando esta se inicia en intervalo (últimos días del sangrado menstrual o primeros días después del mismo).

De otro lado los centros que tienen implementados los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, deben contar con la posibilidad de proveer la mayor parte de métodos anticonceptivos en sus propias instalaciones. Si un centro no puede ofrecer el método elegido por la mujer (ejemplo la ligadura tubárica) se le debe dar información a la mujer sobre el método, hacer la remisión correspondiente y ofrecerle un método temporal. Toda mujer, incluso la que inicia un método anticonceptivo regular, debe recibir información sobre la existencia y la forma de uso de la anticoncepción de emergencia y el preservativo para la prevención de ITS.

En la provisión de métodos anticonceptivos se deben seguir los lineamientos descritos en la Resolución No 769 de 2008 en cuanto al consentimiento informado, incluyendo la capacidad de las menores de 14-18 años para consentir el inicio de un método.

REFERENCIAS

- 1 Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, de acuerdo con lo establecido en la Guía Técnica y de Política para Sistemas de Salud: Aborto sin riesgos, OMS, 2003. UNFPA-FECOLSOG, Contrato No. SUB-COL5R22A-MPS-001.
- 2 Achilles SL, Reeves MF; Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*. 2011 Apr; 83(4):295-309.
- 3 RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. RCOG Press, London, 2011.
- 4 OMS. Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Segunda Edición. 2012.
- 5 World Health Organization. Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, 1995.
- 6 OMS. Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Op. Cit.
- 7 Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec; 99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
- 8 Blanchard K, Shochet T, Coyaji K, Ngoc NTN, Winikoff B. Misoprostol alone for early abortion: an evaluation of seven potential regimens. *Contraception* 2005; 72(2):91-7.
- 9 Pastuszak AL, Schuler L, Speck-Martins CE, Coelho KE, Cordello SM, Vargas F, et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius syndrome in infants. *N Engl J Med* Jun 25 1998; 338(26):1881-5.
- 10 Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1972 Jun 15; 113(4):469-73.
- 11 OMS. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. Ginebra. 1997.
- 12 OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición. Ginebra. 2009.

- 
- 13 Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med.* 2011 Jun 9;364(23):2208-17.
 - 14 Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001,108:1168–1173.
 - 15 Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood NL. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6).

MÉTODOS PARA LA IVE

4

La Interrupción Voluntaria del Embarazo se puede realizar legalmente empleando métodos quirúrgicos o con medicamentos. La Tabla 3.1 resume estos métodos, los cuales han sido avalados por la Organización Mundial de la Salud¹. Este documento se centra en la atención de la IVE hasta las 15 semanas de gestación. Para edades gestacionales mayores de 15 semanas se requieren otras tecnologías.

Tabla 4.1 – Métodos de Interrupción Voluntaria del Embarazo - IVE

Método	Técnica/medicamento	Semanas de gestación
Quirúrgico*	Aspiración endouterina (manual o eléctrica**)	Hasta las 15 semanas
Con medicamentos	Mifepristona*** + Misoprostol	Hasta las 10 semanas ²
	Misoprostol solo	Hasta las 12 semanas

* La dilatación y curetaje es el método empleado tradicionalmente para la evacuación uterina. Sin embargo se ha considerado menos seguro que la aspiración al vacío y más doloroso para la mujer. La OMS lo considera “un método obsoleto” y sugiere que debe ser reemplazado por la aspiración al vacío.

** La aspiración endouterina se puede realizar manualmente o con la ayuda de un aspirador eléctrico. Las dos técnicas ofrecen las mismas ventajas y son igualmente seguras. En embarazos tempranos y en primer trimestre de embarazo se emplea regularmente la aspiración manual, especialmente en servicios de primer nivel de atención.

*** La mifepristona aún no se encuentra disponible en Colombia. En su lugar se emplea el misoprostol solo, el cual es altamente eficaz y seguro.

4.1 Aspiración endouterina

La aspiración endouterina es la técnica quirúrgica de elección para embarazos hasta de 15 semanas de gestación. La aspiración consiste en la evacuación del contenido uterino a través de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico. Se caracteriza porque es un procedimiento altamente seguro y efectivo. En un estudio sobre 170.000 abortos de primer trimestre se comprobó que menos del 0.1% de las mujeres presentaron complicaciones serias que requirieron hospitalización.³ En otros estudios se han reportado tasas de efectividad del 95% al 99,5%.⁴

Dependiendo de la edad gestacional, la Interrupción Voluntaria del Embarazo por aspiración se realiza de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y anestesia local, y no toma más de 8-10 minutos. No requiere quirófano, ni procedimientos totalmente estériles mientras se sigan las normas de la técnica de “NO TOCAR”.

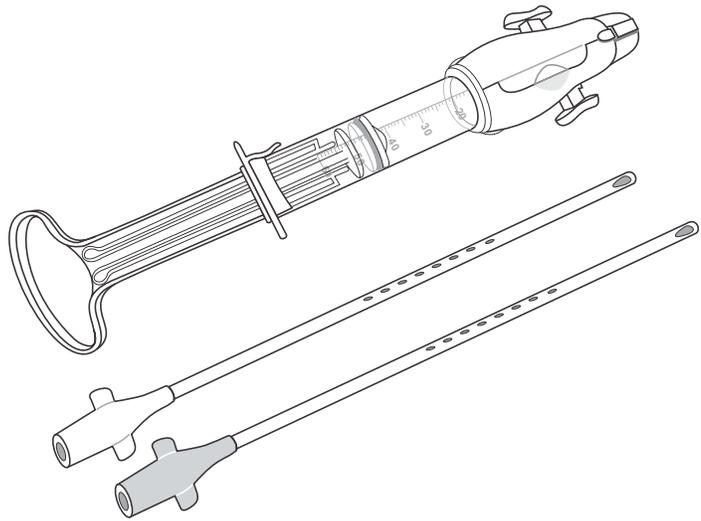
4.1.1. Instrumental básico para la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

El instrumental básico para la AMEU incluye un aspirador manual y un juego de cánulas flexibles. Existen varios diseños de instrumental de acuerdo con el fabricante, los cuales funcionan básicamente de la misma manera. Además del instrumental básico se requiere instrumental adicional (espéculo, tenáculo, dilatadores, pinzas de anillo), que usualmente se encuentra disponible en todo servicio ginecológico.

Aspirador manual. El aspirador manual más frecuentemente utilizado es similar a una jeringa y consta de un cilindro de 60 cc donde se deposita el contenido de la evacuación endouterina, un émbolo con mango y una válvula con dos botones para controlar el vacío. Está diseñado para ser desarmado y de esta forma facilitar su limpieza.

Cánulas. Las cánulas son plásticas, ligeramente rígidas y tienen una base fija con diseño de ala que permite conectarlas fácilmente al aspirador. Las cánulas vienen en tamaños de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 12 mm. Las cánulas más pequeñas (4, 5, 6, 7 y 8 mm) tienen dos aberturas en situación opuesta. Las cánulas más grandes (de 9, 10 y 12 mm) tienen una sola abertura de más amplia para permitir la extracción de restos ovulares de mayor tamaño.

Cada cánula presenta en la superficie distal una serie de puntos, el primero de los cuales se encuentra a 6 cm de la punta. Los puntos que siguen se encuentran espaciados a intervalos de 1 cm. Estos puntos permiten realizar la histerometría, sin necesidad de introducir un histerómetro metálico disminuyendo así la posibilidad de una perforación uterina.

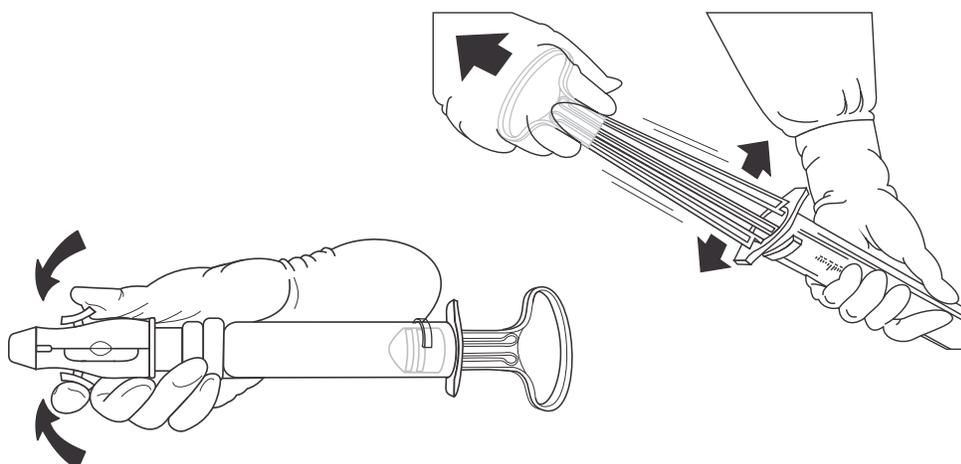


Jeringa y cánulas

Tanto el aspirador como las cánulas son dispositivos reutilizables. El aspirador puede reutilizarse después de lavarse y no tiene que ser esterilizado o sometido a una desinfección de alto nivel después de usarse, puesto que no entra en contacto directo con la mujer. Las cánulas, por el contrario, después de ser sometidas a procesos de descontaminación y lavado deben esterilizarse o someterse a desinfección de alto nivel. El número de veces que pueden reutilizarse el aspirador y las cánulas varía de acuerdo a su uso y mantenimiento.

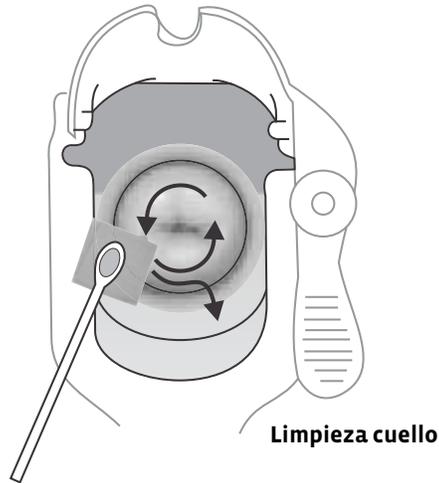
4.1.2. Pasos para realizar la AMEU

a. Preparación y cargado del aspirador. Revisar el émbolo y los botones de la válvula del aspirador. Hacer llegar el émbolo hasta el fondo del cilindro y cerrar las válvulas, empujando cada botón hacia adentro y adelante hasta sentir que encajan en su lugar. Halar el émbolo hacia atrás hasta **que los brazos se abran automáticamente** hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. En esta posición el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. La posición incorrecta de los brazos del émbolo podría permitirles deslizarse dentro del cilindro empujando el contenido del aspirador nuevamente dentro del útero.



Preparación instrumental

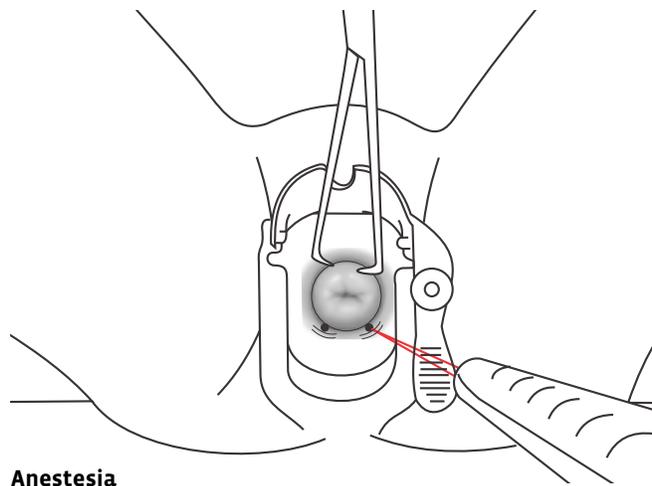
- b. Preparación del instrumental.** Colocar el instrumental necesario para el procedimiento en un campo o recipiente estéril. Seleccionar los dilatadores y cánulas teniendo en cuenta la edad gestacional. Usualmente se emplean en diámetros equivalentes al número de semanas de gestación. Se recomienda tener a disposición varios tamaños de cánulas. Si se emplean cánulas demasiado pequeñas, se pueden obstruir con los tejidos, dificultando la aspiración.
- c. Examen pélvico bimanual.** Confirmar el embarazo y estimar su duración. Establecer si el útero se encuentra en anteversión o retroversión o en otra posición que pueda alterar la estimación de la edad gestacional o complicar el procedimiento. Descartar también posibles patologías pélvicas o anexiales. El tamaño del útero debe coincidir con el número de semanas calculado de acuerdo a la fecha de la última menstruación. Si el útero está muy grande, es posible que se trate de un embarazo mayor a lo esperado. No iniciar la aspiración si el embarazo excede las 15 semanas de gestación.
- d. Especuloscopia.** Insertar el espéculo vaginal en forma suave y delicada para no causar molestia a la mujer. Identificar signos clínicos de infección. En caso de infección, iniciar la administración de antibióticos inmediatamente y continuar el procedimiento.
- e. Preparación antiséptica del cérvix.** Practicando la técnica de “NO TOCAR” durante todo el procedimiento, aplicar en el orificio cervical, el cérvix y los fondos de saco una solución antiséptica (clorhexidina o un compuesto yodado) para eliminar parte de los microorganismos normalmente presentes en la vagina y el cérvix.



Limpieza cuello

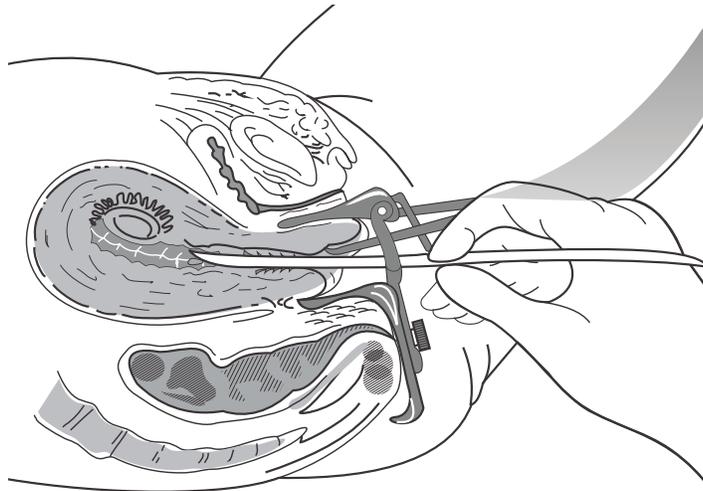
- f. Pinzamiento del cérvix.** Fijar el cérvix con tenáculo cervical, previa infiltración submucosa de 1 o 2 cc de anestésico. Hacer el pinzamiento de manera lenta y suave, con la opción de hacer toser a la mujer para aminorar la molestia que causa el pinzamiento y la tracción.⁵ Abarcar la mucosa y parte del estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarro de la mucosa al ejercer tracción.
- g. Bloqueo paracervical.** Infiltrar 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnicos vaginales, en los puntos 5 y 7 de la circunferencia del reloj, repartiendo el volumen de manera equitativa entre los dos puntos.

Aspirar antes de iniciar la infiltración para evitar la administración intravascular de la sustancia anestésica. Si se observa presencia de sangre en la jeringa, retirar la aguja y ubicar otro sitio de la región paracervical para realizar la infiltración. Una vez realizadas las infiltraciones, esperar 3 minutos para permitir el inicio de la acción anestésica.⁶



Anestesia

h. Dilatación cervical. En los casos en que el canal cervical no permita el paso de la cánula adecuada, dilatar mediante la inserción suave de dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar de manera consecutiva, empezando con el de menor calibre hasta alcanzar un diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de edad gestacional calculadas. No pasar los dilatadores más allá del orificio cervical interno para evitar una perforación uterina o una falsa ruta.



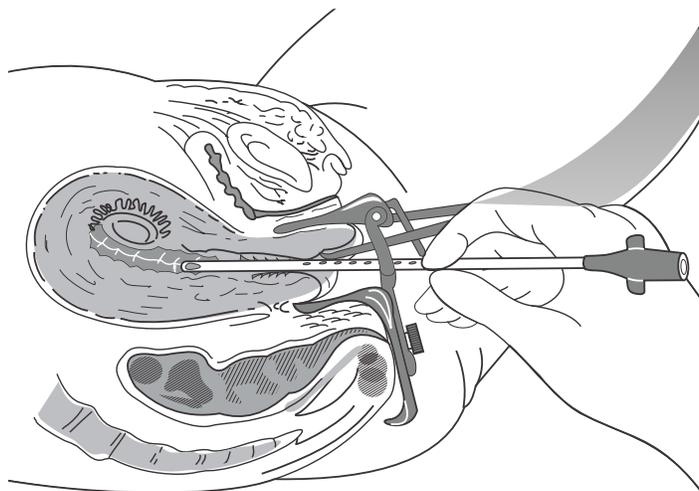
Dilatación

Si no es posible realizar la dilatación con los dilatadores mecánicos administrar misoprostol (Tabla 3.2) y realizar el procedimiento más tarde^{7,8} La preparación del cérvix con misoprostol también se emplea en adolescentes, embarazos de más de 12 semanas o cuando exista riesgo aumentado de una laceración cervical.

Tabla 4.2 – Empleo de misoprostol para preparación del cérvix antes de la IVE

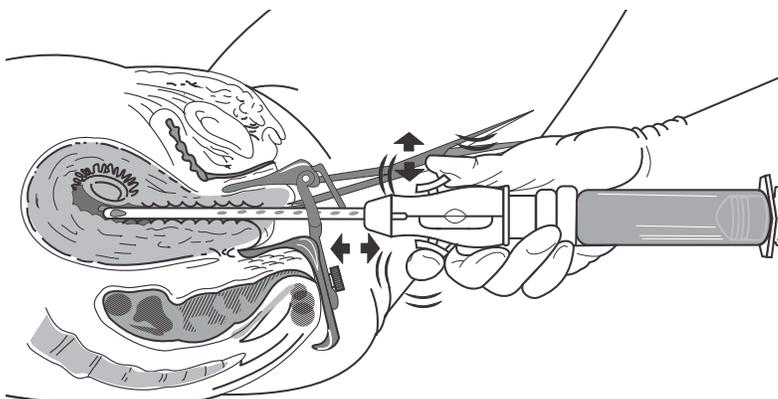
Dosis	Vía	Administración
400 mcg	Vaginal	3 horas antes de la evacuación
400 mcg	Sublingual	2 horas antes de la evacuación

- i. Inserción de la cánula.** Introducir suavemente en la cavidad uterina una cánula de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de gestación, un poco más allá del orificio interno o hasta tocar el fondo uterino. No insertar la cánula si se encuentra resistencia con el fin de evitar trauma del cérvix o del útero. Recordar que las cánulas tienen una serie de puntos a partir de los 6 cm del extremo distal que permiten hacer una histerometría y de esta forma verificar la correlación clínica exploratoria.



Inserción cánula

- j. Succión.** Una vez la cánula toque el fondo uterino, retirarla ligeramente y empararla al aspirador previamente cargado. Soltar las válvulas del aspirador y evacuar el contenido uterino moviendo suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación y desde el fondo del útero hasta el orificio interno, teniendo en cuenta que siempre se debe seguir el mismo sentido y haciendo giros del tamaño de la ventana de la cánula para garantizar una succión completa.



Succión cánula

k. Final de la succión. La succión se suspende cuando ya no se obtengan tejidos a través de la cánula y se tenga la sensación táctil y auditiva de que se ha desprendido el tejido “liso” correspondiente al tejido decidua y de que se toca una superficie “áspera”, a la vez que se observa la salida de burbujas por la cánula de succión.

SIGNOS QUE INDICAN QUE EL ÚTERO SE ENCUENTRA VACÍO

- ◆ Paso de burbujas de color rosado o rojo a través de la cánula de succión.
- ◆ Sensación de aspereza al deslizar la cánula sobre la superficie del endometrio.
- ◆ Contracción del útero alrededor de la cánula.
- ◆ Dolor causado por la contracción uterina.
- ◆ La cavidad uterina se reduce.

Al terminar la succión, se debe verificar la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa. Si la paciente lo ha elegido, aplicar en este momento el DIU como método anticonceptivo postaborto, recortando los hilos a 10-20 mm del orificio cervical externo.

l. Revisión macroscópica del tejido. Revisar inmediatamente el tejido obtenido en la succión para confirmar la presencia de saco gestacional con sus vellosidades características y/o el tejido

embrionario o fetal completo acorde a la edad gestacional. Si no se observan restos ovulares o son incompletos, debe sospecharse la ausencia de embarazo o que se trate de un embarazo ectópico o una evacuación incompleta. Se debe estar alerta además a signos sugestivos de un embarazo molar. El estudio histopatológico rutinario de los restos ovulares no es esencial y solo debe practicarse cuando sea necesario.

m. Observación. La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre de embarazo realizada con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación. Durante este periodo, el personal de salud debe brindarle a la mujer comodidad, vigilar el nivel de dolor y administrar analgésicos y antiespasmódicos.

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación tales como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, el cual no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual durante 10 días en promedio, aunque puede durar hasta 4 semanas. Se debe dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante 2 o más horas consecutivas.

La mujer también debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo tanto, si no desea un nuevo embarazo, es conveniente que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o máximo en 1-2 días.

4.1.3. Indicaciones especiales

Control del dolor

Los procedimientos quirúrgicos son dolorosos y el aborto no es la excepción. Los factores asociados a niveles elevados de dolor durante el aborto incluyen: mujeres jóvenes (adolescentes), nuliparidad o número reducido de embarazos anteriores, ansiedad preoperatoria, depresión e historia de dismenorrea.⁹ A toda mujer se le debe administrar analgésicos antes y después del procedimiento. Olvidar esta indicación aumenta innecesariamente la ansiedad y molestia que experimenta la mujer, prolonga eventualmente el procedimiento y afecta su evolución y recuperación. Por lo general, el bloqueo paracervical, la analgesia y el apoyo verbal (Tabla 3.3) son suficientes para proporcionar bienestar a la mujer durante el procedimiento.¹⁰

Tabla 4.3 – Fuentes de dolor y control del dolor durante la AMEU

Fuente	Manejo del dolor
Ansiedad, temor, aprehensión	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apoyo psicológico (verbal) ◆ Técnica cuidadosa y delicada ◆ Ansiolíticos: Diazepam 5-10 mg VO 30-45 minutos antes del procedimiento¹¹
Dolor por la dilatación	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bloqueo paracervical (lidocaína)
Cólico por la evacuación y la contracción	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analgésicos (Anti-inflamatorios no esteroideos -AINES) ◆ Ibuprofeno 800 mg VO media hora antes del procedimiento ◆ Analgésicos narcóticos¹²
Dolor postprocedimiento	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Analgésicos (AINES) ◆ Ibuprofeno 400 mg VO cada 4-6h

Prevención de infección postaborto.

La presencia de infecciones en el tracto reproductivo inferior en el momento del aborto es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones postaborto.¹³ La administración profiláctica de antibióticos, según evidencia disponible, reduce hasta en un 40% el riesgo de infección.^{14,15} Los regímenes y antibióticos sugeridos se encuentran en la Tabla 3.4.

Tabla 4.4 – Antibioterapia profiláctica¹⁶

Antibiótico	◆ Dosis, vía e intervalo
Doxiciclina o	◆ 100 mg VO antes del procedimiento y 100 mg cada 12h x 5d
Metronidazol o	◆ 1 gr vía rectal antes del procedimiento
Tinidazol	◆ 2 gr VO antes del procedimiento

Isoinmunización Rh

Aunque en el momento no existe evidencia concluyente sobre la necesidad de administrar inmunoglobulina anti-D después de un aborto inducido en el primer trimestre, la inmunización pasiva de todas las mujeres con inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas siguientes al procedimiento ha sido recomendada en forma generalizada.¹⁷ En aquellos servicios donde la inmunoglobulina anti D se administra de manera rutinaria a las mujeres Rh negativas, la misma debe ser administrada al momento del procedimiento. La dosis sugerida es de 50 mcg para mujeres con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg para mujeres con edades gestacionales de 12 semanas o más.¹⁸

4.1.4. Complicaciones de la aspiración endouterina

La aspiración endouterina es un procedimiento altamente seguro cuando se realiza por personal debidamente capacitado; sin embargo se pueden presentar algunas complicaciones a pesar de seguir puntualmente los protocolos y haber tomado las precauciones necesarias para prevenirlas. La evidencia disponible indica que menos del 0.07% de las mujeres experimentan complicaciones serias que requieran hospitalización y solo el 0.9% presenta complicaciones menores.¹⁹

Hemorragia

La hemorragia puede ser el resultado de la retención de restos, hipotonía uterina, traumatismo o lesión cervical, y, con menos frecuencia, de perforación uterina. Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado incluye: masaje uterino, reevacuación de la cavidad uterina y/o administración de uterotónicos como misoprostol sublingual o rectal. Es necesario el reemplazo del volumen intravascular de acuerdo a la pérdida de sangre, lo cual se debe hacer, administrando cristaloides en una proporción de 3 a 1 con relación al volumen perdido.

Hematómetra

La hematómetra se refiere a la colección de sangre y coágulos en la cavidad uterina. La incidencia es aproximadamente de 0.18%.²⁰ Puede presentarse inmediata-

mente después de la succión o varias horas, días o semanas después. La cantidad de sangre que se acumula en la cavidad es igualmente variable. Al examen se encuentra el útero típicamente aumentado de tamaño, tenso y doloroso.²¹ El proceso se resuelve aspirando nuevamente la cavidad.

Perforación uterina

La perforación uterina es rara y, cuando se presenta, se ubica de preferencia en la línea media de la cara anterior o posterior del cuerpo uterino, área relativamente poco vascularizada.²² En una revisión de 170.000 casos de aborto de primer trimestre la tasa de perforaciones encontrada fue de 0,009%.²³ La mayor parte de estas perforaciones se resuelven sin tratamiento y sin efectos a mediano o largo plazo.²⁴ Las perforaciones mayores de 12 mm de diámetro que ocasionan dolor severo o sangrado o se acompañan de presencia de tejido intraabdominal requieren atención especial.²⁵ En estos casos, una vez estabilizada la mujer, se debe remitir a un nivel de mayor complejidad, que cuente con instalaciones y personal especializado.

Infeción pélvica

Es poco probable que se presenten infecciones cuando la aspiración manual endouterina se realiza apropiadamente, se administran antibióticos profilácticos y se observa cuidadosamente la técnica de “NO TOCAR”. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofrío, secreción vaginal o cervical anormal, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina aumentada y/o un recuento elevado de glóbulos blancos. En presencia de una infección se deben administrar antibióticos. Se emplean los mismos regímenes que se recomiendan para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.²⁶

Evacuación fallida

La evacuación fallida es una complicación poco común. Los estudios disponibles mencionan que la tasa de evacuación fallida postaspiración endouterina en primer trimestre es de 0.23%.²⁷ La mayor parte de las evacuaciones fallidas se presentan en mujeres con anatomía pélvica normal cuyos procedimientos son realizados por profesionales inexpertos.²⁸ Sin embargo, con frecuencia se relacionan las edades gestacionales tempranas (4-5 semanas) y las alteraciones anatómicas congénitas

(úteros bicornes o tabicados) o adquiridas (miomas, sinequias) con un mayor riesgo de evacuaciones fallidas. En caso de una evacuación fallida se debe practicar una nueva aspiración.

Retención de restos ovulares

La retención de restos ovulares (aborto incompleto) es una complicación relativamente frecuente. Las tasas de reaspiración por retención de restos ovulares varían entre 0.36% y 1.96% a nivel global.^{29,30} Es más frecuente cuando se emplean medicamentos para la interrupción del embarazo. Los signos y síntomas incluyen: sangrado genital, dolor abdominal, expulsión de coágulos o restos ovulares. La reevacuación uterina al vacío es el método de elección para el tratamiento del aborto incompleto.

Desgarros del cérvix

Los desgarros del cérvix son producidos usualmente por el tenáculo. La mejor forma de prevenirlos es utilizar siempre tenáculos atraumáticos, tomar una porción adecuada del estroma cervical, dilatar cuidadosa, suavemente y ejercer una tracción constante durante todo el procedimiento.³¹ El uso de misoprostol reduce significativamente el riesgo de lesiones cervicales durante la aspiración manual endouterina.³² Las opciones de tratamiento incluyen: presión directa con torundas de gasa o con una pinza hemostática; aplicación de pasta de Monsel; o, si el desgarro es significativo, sutura con catgut cromado.

Reacciones anestésicas

La toxicidad sistémica por lidocaína se debe a su administración inadvertida en vasos sanguíneos y se relaciona directamente con la concentración empleada.³³ A concentraciones plasmáticas relativamente bajas se presenta mareo, parestesias periorales, trastornos visuales, tinnitus y un sabor metálico en la boca. A dosis mayores se manifiestan con espasmo muscular, inconsciencia y convulsiones. A dosis extremadamente altas, hipotensión, depresión respiratoria y muerte.³⁴ Los efectos leves son transitorios y pasan rápidamente. El tratamiento de la toxicidad severa incluye: manejo inmediato de la vía aérea, administración de oxígeno y, si es necesario, administración de benzodiazepinas. La toxicidad por lidocaína se previene evitando la inyección intravascular y la administración de más de 200 mg por dosis.

Afectación de la salud mental

Según estudios recientes, las mujeres que presentan un embarazo no planeado y tienen un aborto seguro durante el primer trimestre de gestación, no presentan un riesgo mayor para la salud mental que las mujeres que deciden continuar el embarazo.^{35,36} El aborto puede generar alivio del estrés asociado con embarazo no deseado, tal como lo reflejan diversos estudios.³⁷ Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, se puede generar un estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar.³⁸

Secuelas a largo plazo

La mayoría de las mujeres a quienes se les practica correctamente la Interrupción Voluntaria del Embarazo no presentan secuelas a largo plazo en su salud general, reproductiva o emocional. La evidencia disponible indica que no existe una asociación entre la IVE practicada sin riesgos en el primer trimestre de gestación y consecuencias adversas en la fertilidad³⁹ o en embarazos subsiguientes, tales como aborto espontáneo o embarazo ectópico. Hay además datos epidemiológicos sólidos que muestran que no existe un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se han sometido a un aborto de primer trimestre.⁴⁰

4.2 IVE con medicamentos

La mifepristona, combinada con el misoprostol, es el medicamento de elección recomendado por la OMS para la interrupción del embarazo. La mifepristona es un antagonista de los receptores de la progesterona que actúa inhibiendo la acción de la progesterona y sensibilizando el útero a la acción de las prostaglandinas.⁴¹ El misoprostol, por su parte, es un análogo sintético de la prostaglandina E₁, que estimula las contracciones uterinas y produce ablandamiento y dilatación del cuello uterino.⁴² En los países en donde no ha sido registrada la mifepristona, la OMS y la evidencia médica disponible sugieren el empleo de misoprostol solo. El misopros-

tol solo aunque menos efectivo que la combinación mifepristona-misoprostol es igualmente seguro.⁴³

A la fecha, la mifepristona ha sido registrada en más de 50 países en el mundo; sin embargo aún no ha sido registrada en Colombia. El misoprostol tiene registro - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) para ser utilizado “como oxitócico en las específicas circunstancias señaladas por la Sentencia C-355 de 2006”.⁴⁴ Ha sido aprobado también para las siguientes indicaciones ginecoobstétricas:

- ◆ Inducción del parto con feto vivo, interrupción del embarazo con feto muerto y retenido, tratamiento del aborto incompleto, hemorragia postparto.⁴⁵
- ◆ Maduración del cuello uterino para inducción de parto con feto viable y para efectos de procedimiento como: histeroscopia y colocación del DIU, evacuación del útero en casos de feto muerto o fallo temprano del embarazo.⁴⁶
- ◆ Inducción del trabajo de parto con feto vivo, en embarazo a término que requiera maduración del cérvix.⁴⁷

En 2005 la OMS incluyó la mifepristona y el misoprostol en el listado de medicamentos esenciales, y el 4 de octubre de 2012, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), dando cumplimiento a la Sentencia T-627/12 de la Corte Constitucional acordó incluir el misoprostol en el listado de medicamentos del POS, con las indicaciones autorizadas por el INVIMA⁴⁸ En la actualidad, el misoprostol no es un medicamento de control especial - franja violeta.*

4.2.1. Efectividad del tratamiento.

La tasa de efectividad del tratamiento con mifepristona y misoprostol está alrededor del 94%.⁴⁹ y la del misoprostol solo entre el 85% y 90%, dependiendo de la dosis y la vía de administración.⁵⁰ Aproximadamente el 6% de las mujeres tratadas con la combinación mifepristona y misoprostol requieren una aspiración al vacío por presentar un aborto incompleto o retenido, sangrado abundante o continuación del

* Medicamentos de control especial franja violeta son medicamentos que por su potencial de causar abuso y dependencia son restringidos en su comercialización por lo que su venta es exclusiva bajo fórmula médica y se distinguen por una franja violeta que llevan en su empaque con la descripción de medicamento de control especial.

embarazo. Cuando se emplea misoprostol solo, la necesidad de aspiración al vacío puede ascender por encima del 15%. Rara vez se requiere atención inmediata por sangrado excesivo (menos del 1% de los casos); sin embargo, la mujer debe ser informada sobre dónde acudir en caso de presentar sangrado mayor al esperado.

4.2.2. Regímenes de IVE con medicamentos

Los regímenes de mifepristona/misoprostol o misoprostol solo para la IVE con medicamentos deben tener en cuenta los medicamentos disponibles, la edad gestacional y la decisión de la mujer. Por su importancia, se incluyen en el presente documento los esquemas con mifepristona (Tabla 3.5).

Tabla 4.5 – Regímenes para la IVE con medicamentos

Edad gestacional	Mifepristona + Misoprostol	Misoprostol solo
Hasta 10 semanas (70 días) En casa	Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual a las 24-48 horas	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas x 3 dosis o Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 horas x 3 dosis
10- 12 semanas (70-84 días) Supervisado	Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual a las 24-48 horas + Misoprostol 400 mcg vaginal o sublingual cada 3 horas. Usar hasta 4 dosis	

4.2.3. Efectos esperados

Inicio y duración del sangrado y de la expulsión de restos ovulares. El sangrado es variable tanto en la cantidad como en el momento en que aparece. Con frecuencia se presenta dentro de las tres primeras horas después de haberse administrado el misoprostol.⁵¹ Usualmente es mayor al de una menstruación, es más abundante en

el momento de la expulsión, disminuye progresivamente⁵² y puede durar, en casos extremos, hasta 38 días (2 semanas en promedio).⁵³ Se puede presentar expulsión de coágulos y restos ovulares. Cuando se emplea misoprostol solo, la expulsión completa ocurre en un 80% de los casos dentro de las 24 horas siguientes.⁵⁴

Dolor abdominal. Usualmente es de tipo cólico y de una intensidad mayor que el dolor menstrual. Rara vez indica la necesidad de una intervención quirúrgica y tiende a mejorar rápidamente tan pronto como ocurre la expulsión. Se controla con antiinflamatorios no esteroideos. Se recomienda emplear una dosis de 800 mg de ibuprofeno una hora antes de iniciar el misoprostol, seguida de 400 mg cada tres o cuatro horas, sin sobrepasar la dosis terapéutica máxima de 3,2 gramos en 24 horas.⁵⁵ También se ha considerado el empleo de analgésicos narcóticos.

4.2.4. Efectos secundarios

Tres de cada 4 mujeres pueden presentar efectos colaterales después de la administración de misoprostol. Es importante, por lo tanto, indicarle a cada mujer, en forma clara, que puede presentar alguno de los siguientes síntomas:

Náusea y vómito. Se puede presentar náusea hasta en el 50% de los casos y vómito hasta en el 23%. Estos síntomas usualmente son leves y no duran más de 24 horas.⁵⁶ En caso de ser necesario, administrar antieméticos.

Fiebre y escalofrío. Se presenta fiebre mayor de 38 °C en aproximadamente el 15-20% de las mujeres durante las primeras 24 horas de la administración de misoprostol. No es indicativa de infección y es común que desaparezca en un lapso de 2-4 horas. Aunque las infecciones uterinas/pélvicas son raras en el aborto con medicamentos, la fiebre que persiste durante varios días o que se inicia días después de la administración del misoprostol puede ser señal de infección. El escalofrío suele ser más frecuente y se presenta en alrededor del 43% de las mujeres.⁵⁷

Diarrea. En promedio, ocurre en el 9-26% de las mujeres. Aunque su aparición e intensidad son muy variables puede llegar a presentarse hasta en el 50% de los casos. Generalmente desaparece el mismo día. Rara vez requiere tratamiento.⁵⁸

Cefalea y mareo. La cefalea es poco frecuente, pero puede presentarse hasta en el 17% de las mujeres.⁵⁹ Se puede tratar con analgésicos. El mareo de corta duración

se trata con reposo e hidratación. El mareo persistente, acompañado de sangrado severo o prolongado debe ser valorado.

Teratogenicidad. Aunque algunos estudios han encontrado una asociación entre el uso de misoprostol y la presencia de alteraciones congénitas,^{60,61} otros concluyen que no existe evidencia clara de teratogenicidad.^{62,63} Por lo tanto es razonable que el/la profesional y la mujer tengan presente que la interrupción fallida de un embarazo, después de haber utilizado misoprostol, puede dar lugar a alteraciones congénitas. Por consiguiente, se recomienda la interrupción quirúrgica del embarazo si este continúa después de la exposición al misoprostol. No hay evidencia que indique que la mifepristona sea teratogénica.^{64,65}

4.2.5. Contraindicaciones y precauciones

La mayoría de las mujeres con embarazos tempranos (iguales o menores a 10 semanas de gestación) pueden elegir el aborto con medicamentos empleando mifepristona-misoprostol o misoprostol solo. Muy pocas se excluyen de acuerdo con la evidencia disponible a la fecha.

No se debe iniciar un tratamiento con medicamentos cuando exista sospecha de embarazo ectópico o masa anexial no diagnosticada, cuando exista alergia conocida a cualquiera de los medicamentos empleados, o cuando la mujer presente trastornos hemorrágicos o esté bajo tratamiento con anticoagulantes.

La mifepristona está contraindicada en caso de porfirias hereditarias o de insuficiencia suprarrenal crónica. No hay evidencia suficiente en relación con el empleo de mifepristona en mujeres que empleen corticosteroides en forma crónica. Sin embargo, se sugiere aumentar la dosis de corticosteroides durante 3-4 días bajo observación cuidadosa.⁶⁶

Habría que decir también que no son contraindicaciones para el tratamiento con medicamentos la miomatosis uterina, estenosis cervical, antecedentes de conización cervical, malformaciones uterinas,⁶⁷ antecedentes de cesárea,⁶⁸ embarazos múltiples, infecciones de transmisión sexual o VIH/Sida. En presencia de un DIU *in situ*, se debe retirar el dispositivo antes de iniciar el tratamiento.

A pesar de existir contraindicaciones para el uso de algunas prostaglandinas en mujeres con asma, el aborto con medicamentos empleando mifepristona y misoprostol no está contraindicado. De hecho, a diferencia de otras prostaglandinas, el misoprostol relaja la musculatura lisa del árbol traqueo-bronquial y por lo mismo no se conoce que ocasione efectos secundarios en las mujeres con asma.⁶⁹

La lactancia no es contraindicación para la interrupción del embarazo con medicamentos. La evidencia disponible no sugiere que los medicamentos empleados (mifepristona, misoprostol) impliquen riesgo para el lactante. El misoprostol, una vez administrado, pasa rápidamente a la leche materna. Si existe preocupación por efectos adversos en el lactante, se puede tomar el medicamento inmediatamente después de lactar o suspender la lactancia por 3-4 horas.⁷⁰

Se debe administrar inmunoglobulina anti D a toda mujer que sea Rh negativa, en dosis de 50 mcg para mujeres con edades gestacionales de hasta 11 semanas y 300 mcg para aquellas con edades gestacionales de 12 semanas o más.²⁴

4.2.6. Complicaciones

La mifepristona y el misoprostol son medicamentos altamente seguros. Las complicaciones son raras. Ocasionalmente se presenta sangrado abundante o prolongado ocasionado por retención de restos (1%). En estos casos se debe realizar la aspiración de la cavidad uterina. Rara vez el sangrado amerita una transfusión.

REFERENCIAS

- 1 OMS. Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud – 2a edición, 2012.
- 2 Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, Dean G, Sacks D, Crowden WA, Swica Y. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol.* 2012 Nov;120(5):1070-6.
- 3 Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170000 cases. *Obstetrics & Gynecology.* 1990; 76:129-135.
- 4 Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care.* 1993;3(2):1-4.

- 5 Schmid BC, Pils S, Heinze G, Hefler L, Reinthaller A, Speiser P. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Dec;199(6):641.e1-3.
- 6 Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Feb;72(2):171-8.
- 7 Carbonell Esteve JL, Mari JM, Valero F, Llorente M, Salvador I, Varela L, Leal P, Candel A, Tudela A, Serrano M, Muñoz E. Sublingual versus vaginal misoprostol (400 microg) for cervical priming in first-trimester abortion: a randomized trial. *Contraception.* 2006 Oct; 74(4):328-33.
- 8 Sharma M. Sublingual misoprostol for cervical priming in surgical first trimester pregnancy termination. *J Obstet Gynaecol India.* 2011 Oct; 61(5):531-3.
- 9 Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obst and Gynecol.* 1979; 133:489-498.
- 10 Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters.* 2000;8:45-51.
- 11 Dyck JB, Chung F A comparison of propranolol and diazepam for preoperative anxiolysis. *Can J Anesth.* 1991 Sep; 38(6):704-9.
- 12 Micks EA, Edelman AB, Renner RM, Fu R, Lambert WE, Bednarek PH, Nichols MD, Beckley EH, Jensen JT. Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012 Nov; 120(5):1060-9.
- 13 Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *BJOG* 1998; 105:599-604.
- 14 Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1996 May; 87(5 Pt 2):884-90.
- 15 Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R and Imrie M. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *BJOG* 1998; 105:599-604.
- 16 Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3.
- 17 Jabara S, Barnhart KT, Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:623-7.
- 18 Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, Keenan-Lindsay L, Leduc L, Reid GJ, Aerde JV, Wilson RD, Davies G, Désilets VA, Summers A, Wyatt P, Young DC; Maternal-Fetal Medicine Committee, Genetics Committee Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003 Sep;25(9):765-73. Gai MY, Wu LF, Su QF, Tatsumoto K. Clinical observation of blood loss reduced by tranexamic acid during and after caesarian section: a multi-center, randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Feb 10; 112(2):154-7.
- 19 Hakim-Elahi E, Tovell H, Burnhill M. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129-135.

- 20 *Ibidem*.
- 21 Nathanson BN. The postabortal pain syndrome: a new entity. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 739–740.
- 22 Lichtenberg ES, Grimes D, Paul M. Abortion Complications: prevention and management. En *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
- 23 Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS. *Op. Cit.*
- 24 Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74: 373–375.
- 25 *Ibidem*.
- 26 Heisterberg L, Hebjørn S, Andersen LF, Petersen H. Sequelae of induced first-trimester abortion. A prospective study assessing the role of postabortal pelvic inflammatory disease and prophylactic antibiotics. *Am J Obstet Gynecol* 1986. Jul;155(1):76-80.
- 27 Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA et al. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 533–537
- 28 Lichtenberg ES, Grimes D, Paul M. *Op. Cit.* 2009.
- 29 Altman AM, Stubblefield PG, Schlam JF et al. Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *J Reprod Med* 1985; 30: 601–606.
- 30 Wadhera S. Early complication risks of legal abortions, Canada, 1975–1980. *Can J Public Health* 1982; 73: 396–400.
- 31 Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983;1: 1182–1185.
- 32 Ercan CM, Coksuer H, Karasahin KE, Alanbay I, Aydogan U, Parlak A, Baser I. Comparison of different preoperative sublingual misoprostol regimens for surgical termination of first trimester pregnancies: a prospective randomized trial. *J Reprod Med*. 2011 May-Jun;56(5-6):247-53 .
- 33 Carpenter RL, Mackey DC. Local anesthetics. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical anesthesia*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997: 413–440.
- 34 Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe E, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Pain Management, En *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Wiley Blackwell. Hoboken, NJ, 2009.
- 35 American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. 2008. Washington, D.C.: <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>. Accedido marzo 13 de 2013.
- 36 Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science* 1990;248:41-44.
- 37 Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, PopVJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5):599-605.

- 38 Grupo Médico por el derecho a decidir. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. 2011. Bogotá, Colombia.
- 39 Rowlands S. Misinformation on abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug;16(4):233-40. Review.
- 40 Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K, Andersen PK. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 1997 Jan 9;336(2):81-5.
- 41 Spitz IM. Mifepristone: where do we come and where are we going? Clinical development over a quarter of a century. *Contraception* 2010;82:442-452.
- 42 Scheepers HC, van Erp EJ, van den Bergh AS. Use of misoprostol in first and second trimester abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv Sep* 1999;54(9):592-600.
- 43 Raghavan S, Bynum J. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto*. Gynuity Health Projects. New York, NY. 2009.
- 44 INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 20 de junio 2007, 2.9.39.
- 45 INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 13 de agosto 2007, 2.1.2.
- 46 INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 46 de octubre 2009, 2.1.2.3.
- 47 INVIMA. Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora. Acta No. 38 de agosto 2011, 3.3.32.
- 48 Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 34 de 2012.
- 49 Von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdenetungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NT, Tuyet HT, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet*. 2007 Jun 9; 369(9577):1938-4
- 50 Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99 Suppl 2:S172-7. Epub 2007 Oct 24. Review.
- 51 Creinin, Mitchell. Current medical abortion care. *Current Women's Health Reports*, 2003;3: 461-9.
- 52 Paul, M. Abortion. En *Contraceptive Technology*, 19th revised ed., eds. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowall D. New York, NY: Ardent Media, Inc. 2007.
- 53 De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception*. 2000 Dec;62(6):305-9.

- 54 Faundes A, Fiala C, Tang OH, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Inter J Gynecol Obstet*, 2007; 99: S172-7.
- 55 Hall AH, Smolinske SC, Stover B, Conrad FL, Rumack BH. Ibuprofen overdose in adults. *J Toxicol Clin Toxicol*. 1992; 30(1):23-37.
- 56 Faundes A, Fiala C, Tang OH, Velasco A. *Op. Ciy.*
- 57 Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*. 2000 Jan; 61(1):41-6.
- 58 Honkanen H, Piaggio G, Herten H, Bártfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, Gopalan S, Horga M, Jerve F, Mittal S, Thi Nhu Ngoc N, Peregoudov A, Prasad RN, Pretnar-Darovec A, Shah RS, Song S, Tang OS, Wu SC; WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*. 2004 Jul;111(7):715-25.
- 59 *Ibidem.*
- 60 Gonzalez CHG, Vargas FR, Perez A et al. Limb deficiency with or without Mobius sequence in seven Brazilian children with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics* 1993; 47:59.
- 61 Patuszak et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius' syndrome in infants. *New England Journal of Medicine* 1998; 338:1881-5.
- 62 Schuler L, Ashton PW, Sanserverino MT. Teratogenicity of misoprostol. *The Lancet* 1992; 339: 437.
- 63 Paumgarten FJ, Magalhaes de Souza CA, de Carvalho RR, et al. Embryotoxic effects of misoprostol in the mouse. *Brazilian Journal of Medical Research* 1995;28:355-361.
- 64 Bracken H. Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía Introductoria. Gynuity Health Projects. New York, NY, 2009.
- 65 Parrado R. Medicamentos en el Embarazo. El Manual Universitario. Bogotá, Colombia. 2012.
- 66 *Ipas.* Medical Abortion Study Guide. Chapel Hill, N.C. 2009.
- 67 Creinin MD. Medically induced abortion in a woman with a large myomatous uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Nov; 175(5):1379-80.
- 68 Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure in women with previous uterine surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jun; 198(6):626.e1-5.
- 69 Gynuity Health Projects. Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria. Segunda edición. New York, 2009.
- 70 Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, Schweer H, Watzer B, Zimmermann R, von Mandach U. Misoprostol versus methylethylgometriner: Pharmacokinetics in human milk. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;191 (6):2168-73.



IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE IVE EN BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD

5

Los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo se pueden implementar en todos los niveles de complejidad, tanto a nivel público como privado. Es importante que las mujeres conozcan que estos servicios están integrados al sistema de salud en forma legítima y que tienen derecho a ellos sin ser objeto de discriminación o señalamiento. Si por alguna razón, solicitan estos servicios a nivel privado, deben hacerlo por voluntad propia.

El acceso a estos servicios solo se puede garantizar si existen suficientes centros de atención y profesionales de la salud debidamente capacitados. La regulación de los profesionales y las instalaciones debe estar basada en la evidencia de las mejores prácticas y estar dirigida a garantizar la seguridad, la buena calidad, y la accesibilidad oportuna a los servicios.

Los servicios de IVE (tratamiento quirúrgico o tratamiento con medicamentos), de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social,* deben estar disponibles en todos los niveles de complejidad, incluyendo el primer nivel. Para ello es necesario implementar estos servicios en el marco de políticas integrales de SSR en todo el territorio nacional con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, y disponer de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales no médicos: psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, etc.

En relación con los niveles de complejidad, es conveniente considerar que por tratarse de procedimientos, en su mayoría sencillos, la atención de la IVE debe

* “Los prestadores de servicios de salud, las entidades administradores de planes de beneficios, públicas o privadas, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficacia” (CRES, Circular No 003 de 2013).

realizarse en instituciones de baja complejidad y preferiblemente de tipo ambulatorio, procurando que la interrupción del embarazo se realice durante el primer trimestre. No obstante, es necesario que se cuente con servicios relacionados en todos los niveles y se disponga de la adecuada referencia entre niveles de complejidad cuando sea necesario para atender complicaciones o IVE en estadios más avanzados de la gestación.

La contrarreferencia por su parte, es un componente fundamental de la atención integral, porque busca que la IVE no culmine con el procedimiento, cuando este se haya realizado en una institución de alta complejidad, sino que las mujeres puedan recibir orientación y asesoría en anticoncepción para prevenir embarazos no deseados en el futuro, actividades que usualmente ocurren en niveles de menor complejidad. Este sistema debe operar también para los casos en que la mujer decida continuar el embarazo, con el fin de garantizarle una atención integral.

Los procesos para implementar los servicios de IVE en primer nivel de complejidad dependen en gran parte de cada institución, de los profesionales que la conforman y de los servicios actualmente disponibles. No obstante, en forma general, se pueden considerar los siguientes procesos:

Procesos para la implementación de la IVE

- ◆ Revisión aspectos jurídicos y normativos
- ◆ Análisis del contexto
- ◆ Definición de servicios
- ◆ Cumplimiento de requisitos básicos
- ◆ Diseño del Plan de Implementación
- ◆ Capacitación del personal
- ◆ Monitoreo y evaluación

5.1 Revisión aspectos jurídicos y normativos

La implementación de los servicios de IVE está determinada no solo por la normatividad que fija las condiciones bajo las cuales se deben prestar estos servicios sino también por el carácter vinculante de la Sentencia C-355 y sentencias posteriores. La normatividad establece las reglas para garantizar la prestación del servicio de IVE en los casos despenalizados por la Corte y determina los criterios de calidad para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna. Las sentencias establecen las responsabilidades y obligaciones del sector salud para garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales y reproductivos de la mujer gestante.

5.1.1. Jurisprudencia constitucional

En las consideraciones finales de la Sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional puntualizó que para todos los efectos jurídicos, incluyendo la aplicación del principio de favorabilidad, las decisiones tomadas en dicha sentencia tienen vigencia inmediata y el goce de los derechos por ella protegidos no requiere de desarrollo legal o reglamentario. Añade sin embargo, que “... lo anterior no obsta para que los órganos competentes, si lo consideran conveniente, expidan normas que fijen políticas acordes con esa decisión”.¹

A partir de esta sentencia, la jurisprudencia constitucional ha establecido de manera clara las obligaciones de quienes forman parte tanto del sistema de salud como del sistema judicial.² En efecto:

- ◆ En la Sentencia T-388/09, la Corte ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, poner en movimiento campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que contribuyan a asegurar a la mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos y, en tal sentido, el conocimiento de todo lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.
- ◆ En las Sentencias T-209/08 y T-388/09, la Corte ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud, adoptar medidas indispensables con el fin de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de salud (IPS) –públicas o privadas, laicas o confesionales– cuenten con profesionales idóneos y suficientes para atender el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo

los supuestos previstos en la Sentencia C-355 de 2006. Lo anterior debe suceder en todos los niveles territoriales con estricta consideración de los postulados de referencia y contrarreferencia asegurando, de esta manera, que dentro de las redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal se garantice el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo las premisas establecidas en dicha sentencia.

- ◆ En la Sentencia T-841/11, la Corte reafirma que la IVE es un derecho fundamental y, por lo mismo, la negativa a garantizarlo puede ocasionar el pago de indemnizaciones a cargo de los actores del sistema de salud.
- ◆ En la Sentencia T-636/11, la Corte advierte que no corresponde a la EPS censurar las decisiones autónomas de las mujeres sobre su salud y autonomía sexual y reproductiva sino determinar, desde el punto de vista de la prestación efectiva del servicio y la garantía del derecho al acceso a la salud, la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente.

De acuerdo con las consideraciones anteriores, es evidente que existe en Colombia un derecho fundamental a la interrupción del embarazo en cabeza de las mujeres y un conjunto de obligaciones de rango constitucional para el Estado y todos los prestadores de servicios de salud que implica el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva e interrupción del embarazo en condiciones de igualdad, calidad y oportunidad con perspectiva de género.

5.1.2. Normatividad

Acuerdo No 029 de 2011

El Acuerdo No 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) incluye en el Plan Obligatorio de Salud la atención para la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual ya había sido establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) en el Acuerdo No 350 de 2006 y por la misma CRES en los acuerdos No 03 de 2009, No 08 de 2009 y No 028 de 2011.

Circular No 003 de 2013

La Circular No 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud está dirigida a los prestadores de servicios de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y entidades territoriales, e imparte instrucciones sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en aplicación de la Constitución Política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencias de la Corte Constitucional.

La circular establece que todos los prestadores de servicios de salud están en la obligación de prestar el servicio de interrupción del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006; además tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales que den lugar a la dilación de la prestación del servicio de IVE; también deben constituir y garantizar un sistema de referencia y contrarreferencia que permita contar con un número adecuado de prestadores de servicios de salud habilitados para prestar servicios de IVE; deben garantizar la atención de la mujer de forma oportuna (5 días a partir de la consulta); deben conocer que en ausencia de una norma legal que establezca una restricción de carácter temporal para la IVE, se debe garantizar el mínimo reconocido en la Sentencia C-355 de 2006.

La Superintendencia, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, finalmente establece que la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular, acarreará la imposición de las sanciones previstas en la ley.

Decreto No 1.011 de 2006

El Decreto No 1.011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual aplica a prestadores de servicios de salud, entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y a entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

El SOGSS tiene los siguientes componentes:

- ◆ El Sistema Único de Habilitación.
- ◆ La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- ◆ El Sistema Único de Acreditación.
- ◆ El Sistema de Información para la Calidad.

Para la prestación de servicios de interrupción voluntaria del embarazo, todas las entidades territoriales y distritales de salud y todas las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con el Sistema único de habilitación, el cual busca dar seguridad a las usuarias frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios mediante el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Los profesionales independientes que prestan servicios de IVE, solo están obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Al respecto conviene resaltar que las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) e IPS deben adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre dichos parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

En razón a lo anterior las DTS e IPS deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Acuerdo No 34 de 2012

El Acuerdo No 34 de 2012 de la comisión de Regulación de Salud (CRES), en cumplimiento de la Sentencia T-627 de 2012 de la Corte Constitucional, incluye en el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, el medicamento misoprostol para la evacuación de la cavidad uterina en Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando: a) La continuación constituya peligro para la vida o la salud de la mujer certificado por un médico. b) Exista grave malformación del feto que haga inviable su vida certificada por un médico. c) El embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas o de incesto.

Resolución No 1.441 de 2013

La Resolución No 1.441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector.

5.2 Análisis del contexto

El contexto debe entenderse como el medio o entorno en el que se van a implementar los servicios de IVE. Antes de iniciar el proceso de implementación es necesario analizar este contexto, porque de él depende la identificación de múltiples factores externos (políticas nacionales; influencias religiosas, morales o culturales) e internos (políticas institucionales, cultura organizativa, relaciones entre los grupos profesionales, disposición al cambio, instalaciones, profesionales, recursos físicos y económicos) que afectan directamente la implementación.

A continuación se enumeran algunos de los aspectos más importantes que se deben tener en cuenta al hacer el análisis del contexto:

- 1. Conocer la cultura de la institución.** Explorar las normas, creencias y valores de la institución. ¿La institución está de acuerdo con la prestación de servicios de IVE? ¿Cuáles son las actitudes del personal administrativo y asistencial en relación con los servicios de IVE? ¿Hay objetores de conciencia? ¿Cómo hacen ejercicio de su objeción de conciencia? ¿Existe disposición al cambio?
- 2. Identificar los profesionales que estarán implicados en la implementación.** Además del personal directamente involucrado en el proceso de implementación, se debe tener en cuenta el personal que en alguna forma estará afectado una vez se inicie la implementación: profesionales de medicina y enfermería, psicología y trabajo social, personal administrativo, personal general. Establecer necesidades de capacitación.
- 3. Identificar los recursos físicos, materiales y equipos.** Revisar las instalaciones, recursos y materiales existentes y definir si cumplen las exigencias básicas para la implementación. Visualizar, cómo se prestarían los servicios una vez se hayan implementado. Explorar posibilidades de readecuación de instalaciones y consecución de materiales y equipos básicos.
- 4. Prever el posible impacto de la implementación en el entorno y en la institución.** Anticipar repercusiones a nivel institucional, prestación de otros servicios, actitudes del personal, ambiente laboral.

5.3 Definición de servicios

La provisión de servicios de IVE debe realizarse en el marco de las políticas integrales de SSR que favorezcan la prevención de embarazos no deseados, así como la atención de otras situaciones que por su particularidad en relación con la IVE, requieren una aproximación especial en la atención. Tal es el caso de la violencia basada en género y el VIH. Los servicios deben enfocarse a la promoción de la salud e incluir orientación y acompañamiento dirigidos a favorecer las decisiones autónomas de la mujer y ofrecer opciones que abarquen desde la continuación del embarazo cuando así lo decida hasta la interrupción del embarazo.

En este contexto y teniendo en cuenta que la provisión de servicios de IVE en el primer nivel de atención por personal médico entrenado es segura,³ se debe definir desde un principio los servicios que se van a implementar. Los siguientes servicios se pueden prestar en primer nivel de atención:

- ◆ Educación e información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo embarazo no deseado, anticoncepción, IVE y aborto incompleto.
- ◆ Aspiración endouterina (manual o eléctrica) para embarazos hasta de 15 semanas de gestación.
- ◆ IVE con medicamentos (misoprostol) para embarazos hasta de 12 semanas de gestación.
- ◆ Aspiración al vacío o tratamiento con misoprostol para abortos incompletos.
- ◆ Estabilización clínica, suministro de antibióticos y evacuación uterina para mujeres con complicaciones derivadas del aborto.
- ◆ Remisión oportuna para mujeres que necesiten servicios de IVE o para el tratamiento de complicaciones que no puedan proveerse en el primer nivel de complejidad⁴.

5.4 Cumplimiento de requisitos básicos

El cumplimiento de los requisitos básicos se debe basar en los hallazgos observados al hacer el análisis de contexto y en los servicios que se espera implementar. Estos requisitos se incluyen en las siguientes categorías:

- ◆ Personal.
- ◆ Instalaciones.
- ◆ Equipos y suministros.

5.4.1. Personal

Para la prestación de servicios de IVE usualmente se requiere personal médico, de orientación y personal de enfermería. Con frecuencia, cuando se implementa el servicio de IVE, se puede incorporar al proceso, el personal existente, sin que haya necesidad de contratar nuevo personal. Sin embargo, es importante que el personal que se destine a la prestación de este servicio, desee hacerlo; de lo contrario, se puede convertir en barrera importante que afecte no solamente al servicio sino también a la mujer que desea ser atendida con calidez y profesionalismo.

Personal médico. De acuerdo con la Sentencia C-355 de 2006 no es necesario que el personal médico sea especializado. El profesional de medicina general debidamente capacitado puede valorar a la mujer, identificar las causales de excepción, verificar el cumplimiento de los requisitos, realizar el procedimiento en forma segura y tratar las complicaciones en caso de presentarse.

Personal de orientación: La orientación y asesoría, brindada con frecuencia por profesionales de psicología o trabajo social, puede ser brindada por cualquier profesional de la salud (enfermeros/as, odontólogos/as, bacteriólogos/as, auxiliares de enfermería, eventualmente el mismo profesional médico) con capacitación suficiente en derechos sexuales y derechos reproductivos.

Personal de enfermería: Las responsabilidades de enfermería pueden ser asumidas por un/a enfermero/a o un/a auxiliar de enfermería, previamente capacitados.

En lugares o situaciones en que no se cuente permanente o esporádicamente con personal médico, el personal auxiliar de enfermería, promotores/as de salud o los/las mismos/as parteros/as deben estar capacitados/as para dar información y asesoría a la mujer que desee interrumpir voluntariamente su embarazo y remitirla, a través de las redes de servicios, a la entidad que tenga disponible los recursos humanos y técnicos para la atención requerida.

5.4.2. Instalaciones

Para la implementación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo no se requieren quirófanos o instalaciones nuevas y altamente sofisticadas (Tabla 4.1). Es posible que en la infraestructura existente se identifiquen áreas que se puedan adecuar.

Tabla 5.1. Infraestructura básica⁵ y dotación

- 1.** Área para recepción
- 2.** Consultorio
- 3.** Área para orientación
- 4.** Sala de procedimientos
- 5.** Observación
- 6.** Área para inactivación y prelavado de instrumental

Adicional a lo exigido para procedimientos de baja complejidad, la sala de procedimientos debe contar con:

- 1.** Mesa ginecológica con estribos o soporte para las piernas
- 2.** Mesa auxiliar
- 3.** Pequeño gabinete para instrumental y medicamentos
- 4.** Lámpara portátil

Dos aspectos se deben tener en cuenta:

- ◆ Las instalaciones deben cumplir los estándares de habilitación definidos en el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social-SOGCS y en la Resolución No 1.441 de 2013.
- ◆ Deben estar dispuestas de tal forma que ofrezcan total privacidad y comodidad a la mujer.

5.4.3. Equipos-suministros

La mayoría de los equipos, medicamentos y suministros necesarios para realizar los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo son prácticamente los mismos que se emplean en otros procedimientos ginecológicos, a excepción, del equipo necesario para realizar la aspiración endouterina eléctrica o manual (Tabla 4.2, 4.3 y 4.4). Para la aspiración se requiere un aspirador manual o eléctrico y cánulas plásticas de diferentes tamaños (4-12 mm). Los aspiradores y las cánulas

pueden ser reutilizados una vez se han lavado y desinfectado o esterilizado completamente.

Tabla 5.2. Equipo básico para la AMEU

1. Aspirador (manual o eléctrico)
2. Cánulas (4-12 mm)
3. Espéculo
4. Tenáculo atraumático
5. Pinzas de anillo (Foerster)
6. Dilatadores de Denniston (o Pratt)
7. Jeringas (5, 10 y 20 ml) – Agujas hipodérmicas
8. Recipiente de acero inoxidable
9. Elementos para revisión de tejidos

Tabla 5.3. Suministros

1. Guantes, bata, protección facial
2. Gasas
3. Solución antiséptica (clorhexidina)
4. Silicona para lubricar el aspirador
5. Equipo de venoclisis
6. Soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel

Tabla 5.4. Medicamentos

1. Lidocaína simple (1% o 2%)
2. Misoprostol
3. Mifepristona (una vez esté disponible)
4. Analgésicos
5. Antibióticos
6. Agentes uterotónicos (oxitocina, metilergonovina)
7. Líquidos parenterales
8. Anticonceptivos

5.5 Diseño del Plan de Implementación

Una vez recogida la información es importante diseñar un Plan de Implementación de los servicios de IVE. Este Plan de implementación incluye los siguientes aspectos:

- 1. Establecer prioridades:** Las prioridades se establecen sobre los hallazgos del análisis del contexto y teniendo como criterio las necesidades insatisfechas de la mujer gestante que acude al servicio de salud. A continuación, las prioridades se clasifican teniendo en cuenta que sean vitales, realizables y sostenibles.
- 2. Definir objetivos:** Es conveniente que los objetivos reflejen el contexto y las necesidades de la mujer. Deben ser concretos y realizables dentro de un tiempo determinado y con los recursos disponibles. Deben además ser realistas y cuantificables.
- 3. Desarrollar un plan de trabajo:** El plan de trabajo incluye las estrategias de intervención necesarias para alcanzar cada uno de las prioridades y objetivos en un tiempo determinado. Se deben asignar responsables para llevar a cabo cada una de las estrategias. Asignar los recursos necesarios para cada caso.
- 4. Definir indicadores:** Los indicadores son clave para la valoración de los beneficios principales derivados de la implementación. Mucho mejor si son reducidos en número y surgen de los objetivos que se persiguen con la implementación.
- 5. Asegurar durabilidad:** Es necesario crear mecanismos y estrategias que tiendan a asegurar la durabilidad de la implementación de los servicios de IVE. Por ejemplo: integrar los servicios de IVE a servicios ya establecidos, buscar apoyo de expertos externos, garantizar los recursos, etc.

5.6 Capacitación del personal

La capacitación del personal es uno de los puntos más importantes a desarrollar cuando se desea implementar un programa de servicios de IVE. Es necesario que los contenidos y metodología de la capacitación se basen en los conocimientos y competencias de los profesionales y en los objetivos propuestos en el Plan de Implementación. Los procesos de capacitación se deben dirigir no solamente al personal involucrado directamente en la atención de la mujer, sino también al personal administrativo e, idealmente, a todo el personal en general. La capacitación debe cubrir, además de los temas puramente clínicos, temas conceptuales, éticos, administrativos y legales.

Una capacitación adecuada y efectiva no se limita a simples actividades o eventos aislados, sino que forma parte de procesos. Por lo tanto, es importante que se articule con acciones de evaluación periódica y actividades de educación continuada.

5.6.1. Diseño de contenidos

Los contenidos de la capacitación deben reflejar las necesidades del programa, el nivel de competencias de las personas a entrenar y las responsabilidades que cada una de ellas tendrá en la prestación de los servicios. Según esto, los temas de capacitación pueden incluir:

- ◆ Morbimortalidad materna por aborto inseguro.
- ◆ Aspectos legales de la IVE.
- ◆ Aspectos éticos de la atención del embarazo no deseado y el aborto.
- ◆ Clarificación de valores.
- ◆ Protocolos y guías para la atención de la IVE.
- ◆ Orientación pre- y post-IVE, incluyendo opciones, aspectos legales y procesos de atención.
- ◆ Métodos modernos para la IVE.
- ◆ Manejo de complicaciones derivadas de la IVE.

- ◆ Protocolos y procedimientos de referencia y contrarreferencia.
- ◆ Asesoría anticonceptiva.
- ◆ Asesoría en salud sexual y reproductiva.
- ◆ Asesoría en ITS.
- ◆ Barreras a la prestación de servicios.
- ◆ Objeción de conciencia.
- ◆ Monitoreo y evaluación.

5.6.2. Características de la capacitación

- ◆ **Conceptualización.** Para el diseño de la capacitación se debe, en primer lugar, identificar las habilidades específicas que se desean alcanzar con el entrenamiento (por ejemplo, habilidades clínicas necesarias para realizar la aspiración endouterina en forma segura); segundo, identificar el profesional que se va a entrenar y evaluar el grado de entrenamiento que requiere para alcanzar las habilidades establecidas previamente.
- ◆ **Sensibilización y clarificación de valores.** La sensibilización y clarificación de valores tiene por objeto encaminar a todo el personal que directa o indirectamente intervienen en la prestación de los servicios hacia el apoyo, la aceptación y la promoción de los servicios de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. El objeto de la actividad es que los participantes identifiquen sus propias creencias y valores acerca del aborto y la salud sexual y reproductiva, de tal manera que las puedan separar de las creencias y valores de las usuarias con el fin de proveerles una atención adecuada y oportuna.
- ◆ **Fortalecer el compromiso de todo el personal.** Todo el personal relacionado con los servicios de IVE, e inclusive personal de otras áreas o servicios, debe ser informado sobre el programa y la forma como se va a desarrollar para lograr su mejor apoyo y participación. Una presentación o cualquier otra actividad educativa pueden ser suficientes. Se deben incluir en estas actividades temas generales y reservar los temas específicos para actividades más puntuales.
- ◆ **Agenda y capacitadores apropiados.** Se deben elegir los temas que más se ajusten al objetivo de la capacitación y a las necesidades del personal que se va a capacitar. De igual forma, se deben elegir los capacitadores, si es posible, de dis-

tintas disciplinas para lograr una capacitación realmente integral (por ejemplo personal médico, de enfermería y de orientación).

- ◆ **Preparar la capacitación.** A pesar de la experiencia que se tenga, es importante revisar la agenda y los contenidos de la capacitación, preparar cada una de las actividades que se van a desarrollar y elegir la mejor metodología según cada caso. En la práctica, es posible que para cada participante o cada grupo de participantes se requiera de una agenda especial, debido a la diversidad de competencias y habilidades que se pueden encontrar en estos casos.

5.6.3. Práctica clínica

Uno de los aspectos más importantes de la capacitación es garantizar que las personas que se están entrenando tengan suficientes oportunidades para poner en práctica lo aprendido. Es factible que esto no sea posible debido al número reducido de mujeres que solicitan los servicios. En estos casos, puede enviarse al profesional a otra institución en la cual le sea fácil llevar a cabo la práctica supervisada.

La duración de la práctica supervisada puede variar significativamente. Un médico, por ejemplo puede realizar la AMEU en forma apropiada después de observar y realizar unos pocos procedimientos; otro, por el contrario, puede requerir un mayor número de ellos para ganar la competencia y seguridad que se requiere para realizar el procedimiento sin supervisión. Lo mismo podría decirse de la persona que realiza la orientación y de los otros miembros del equipo. En todos los casos, lo importante es garantizar una formación basada en el desarrollo de competencias prácticas y no solo en la obtención de información o en la observación de casos.

5.7 Monitoreo y evaluación

El proceso de implementación de servicios de IVE en bajo nivel de complejidad no puede considerarse completo si no se hace monitoreo y evaluación del mismo. El monitoreo permite establecer la forma como se implementan las actividades y medir los resultados. El monitoreo permite además determinar las fortalezas y debilidades de los servicios para proveer retroalimentación y generar mecanismos para la mejora continua de la atención.

La evaluación del proceso ayuda a identificar los objetivos del Plan de implementación que se han cumplido y los cambios que se han producido en la institución, los profesionales y las usuarias. Idealmente los cambios se deben reflejar en las políticas institucionales (menos barreras administrativas, más recursos para los procesos de implementación), las actitudes y competencias de los profesionales (menos objetores de conciencia, mayor número de profesionales sensibilizados, más profesionales capacitados en los servicios de SSR), y la satisfacción de las usuarias (mayor acceso a los servicios de SSR, mayor oportunidad y atención de mejor calidad).

REFERENCIAS

- 1 Corte Constitucional Colombiana. Sentencia C-355 de 2006.
- 2 Corte Constitucional Colombiana. Sentencias T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-388/09, T-585/10, T-636/11, y T-841-11.
- 3 Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170.000 cases. *Obstet Gynecol.* 1990;76(1):129-35.
- 4 OMS. Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Segunda Edición. Ginebra. OMS, 2012.
- 5 MS-PS. Resolución No 1.441 de 2013.

