
	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 1 DE 1	

## INTRODUCCION

La mortalidad materna, además de ser un problema de salud pública, es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. La muerte de la mujer como consecuencia del embarazo o el parto refleja fallas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud.

La mortalidad materna está relacionada también con varios derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, a la dignidad, y también con los derechos sexuales y reproductivos. No es casualidad que las muertes maternas se concentren en adolescentes, mujeres pobres, indígenas, marginadas o desplazadas, a quienes la maternidad ubica en una situación de vulnerabilidad asociada a la exclusión en salud.



El riesgo de morir como consecuencia de una gestación depende de diversos factores, entre ellos, el estado de salud, el estado nutricional, el número de hijos, el espaciamiento intergenésico y el acceso a redes sociales de apoyo.

Cada año mueren en el mundo cerca de 287.000 mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cada día cerca de 800 mujeres pierden la vida por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Más de 50 millones de mujeres presentan complicaciones y millones más sobreviven con algún tipo de discapacidad

Pese a estos avances, el aborto inseguro y sus complicaciones, así como el cumplimiento de la Sentencia C-355 de 2006 y la garantía para la atención segura del aborto en el marco de dichas disposiciones constitucionales, siguen constituyendo un gran desafío para la salud pública y para el sistema de salud de nuestro país.

En el año 2006, la Corte Constitucional Colombiana despenalizó parcialmente el aborto, teniendo en cuenta 3 causales de excepción: a) cuando pelagra la vida o la salud de la madre; b) cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; y c) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.

El documento Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia, sigue los lineamientos de la *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud: aborto sin riesgos de la OMS (2012)* (12), y busca servir como herramienta para avanzar en el cumplimiento de las disposiciones constitucionales con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, para eliminar la inequidad de género y para garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan anticoncepción y otras medidas para la reducción de la mortalidad materna.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 2 DE 1	

Es por lo anteriormente citado que SOCIMEDICOS S.A.S propone la siguiente ruta para la prevención del aborto inseguro en la cual se describe los pasos una vez se identifiquen pacientes con solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo.



## MARCO LEGAL

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-355 de 2006. Causales de excepción: a) cuando peligra la vida o la salud de la madre; b) cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida; y, c) cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida. Este ente ha ratificado y fortalecido, en varias sentencias subsecuentes, los aspectos constitucionales sobre el derecho de las mujeres a decidir la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos definidos: Sentencias T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-009/2009, T-388/09, T-585/10, T-636/11 y T-841/11.

La Sentencia T-388 ordenó al Ministerio de Protección Social, junto con el Ministerio de Educación Nacional, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo, diseñar e implementar campañas masivas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos que contribuyan a asegurar a las mujeres en todo el territorio nacional el libre y efectivo ejercicio de estos derechos y en tal sentido, el conocimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006

En el seguimiento a la aplicación de la Sentencia C-355 de 2006 y la normatividad del Ministerio de la Protección Social y la Corte Constitucional, se han identificado los siguientes obstáculos:

- 1) La negativa así como por parte de instituciones, entidades, o grupos colectivos de personas.
- 2) La exigencia de requisitos y trámites adicionales a los establecidos, como la presentación de la denuncia penal.
- 3) La imposición de barreras administrativas que ocasionan retardos injustificados en la prestación del servicio, tales como realización de juntas de revisión o aprobación, o la adopción de formatos o plantillas donde se excluye o prohíbe la práctica de abortos y la descalificación de conceptos de otros profesionales de la salud (como es el caso de los psicólogos).
- 4) El retardo injustificado en la prestación del servicio o el incumplimiento de los estándares de calidad que garanticen el acceso oportuno y la atención adecuada de la IVE;



	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 3 DE 1	

- 5) La imposición de barreras o de cualquier medio depresión, apremio, coacción o manipulación que impidan a la mujer decidir libremente en relación a la IVE;
- 6) La carencia de información suficiente, amplia y adecuada con respecto a lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.
- 7) La reticencia en el cumplimiento de las reglas de referencia y contra referencia para atender a las solicitudes para la práctica del procedimiento de IVE.
- 8) La exigencia de requisitos irrelevantes o imposibles de cumplir cuando se solicita la práctica del aborto en mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial para manifestar libre y directamente su consentimiento.
- 9) La falta de educación e información sobre la salud sexual y reproductiva y el acceso a la misma en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad.
- 10) La no disponibilidad del servicio de IVE en el territorio nacional.
- 11) La falta de entrenamiento y dotación de los proveedores de los servicios de salud.
- 12) La falta de guarda del secreto profesional por parte de profesionales de la salud ante quienes se solicita la práctica de la IVE y la violación a los derechos a la intimidad y dignidad de las mujeres que se someten a ese procedimiento.
- 13) La discriminación a las mujeres que se han sometido a un aborto o las prácticas que le impiden acceder al trabajo, educación o seguridad social. (Informe final - Convenio Interadministrativo no. 405 de 2006, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia).

## **ALCANCE**

Inicia desde que se atiende un paciente con gestación menor o igual a 15 semanas solicitando IVE y finaliza con la expulsión total de los productos de la gestación.

*El cumplimiento de los derechos humanos requiere que las mujeres puedan acceder al aborto sin riesgos cuando está indicado para proteger su salud. Es ampliamente conocido que la salud física incluye condiciones que pueden agravarse durante el embarazo. El área de la salud mental incluye la angustia psicológica o el sufrimiento mental causado, por ejemplo, por actos sexuales obligados o forzados y el diagnóstico de un daño fetal grave.*

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 4 DE 1	

*También se toman en cuenta las circunstancias sociales de la mujer al momento de evaluar el riesgo para la salud.*

## **POBLACIÓN OBJETO**

Toda mujer en gestación menor o igual a 15 semanas confirmadas.

Causales de inclusión dentro de la atención de interrupción voluntaria de embarazo (IVE)

1. Peligro para la vida o la salud de la mujer.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.
3. Cuando el embarazo sea resultado de cualquier forma de abuso sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de inseminación o transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto.

CONCEPTOS A TENER EN CUENTA:



**Respeto de la autonomía para decidir.** La Corte Constitucional ha señalado que una vez se reconozca la existencia del riesgo, la decisión de terminar el embarazo depende únicamente de la voluntad de la mujer

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

**Prohibición de poner en riesgo la salud.** Las demoras en la atención aumentan el riesgo de complicaciones asociadas a la IVE resultantes de la práctica de procedimientos en edades gestacionales avanzadas. Así mismo, cuando se cumplen las causales establecidas por la ley, la negación injustificada de servicios deja sin atención a las mujeres o favorece el uso de servicios inseguros, lo cual pone en riesgo la salud de las mismas.

**Concepto de peligro.** El peligro o riesgo para la salud o la vida debe ser entendido como la posibilidad de afectación de la salud y en este sentido no es exigible ni la presencia de una enfermedad, ni una enfermedad de intensidad determinada, ni la concreción de dicho riesgo para determinar que en efecto la salud está afectada.

**Concepto de salud y sus dimensiones.** La salud debe ser vista como un estado de bienestar integral, de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos y la

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 5 DE 1	

definición de la Organización Mundial de la Salud, en la cual, la salud se considera como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección o enfermedad” .

## REQUISITOS LEGALES POR CAUSAL

### **PRIMERA CAUSAL** *Peligro para la vida o la salud de la mujer.*

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

### **SEGUNDA CAUSAL** *Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.*



El único requisito exigible para la aplicación de esta causal es una certificación sobre la inviabilidad resultante de las malformaciones observadas en el feto, la cual debe ser expedida por un/a médico/a con suficiente información, no necesariamente especialista, al igual que en la causal anterior, bajo estrictos estándares de ética profesional.

Es muy importante tener en cuenta que existen malformaciones graves que permiten la sobrevivida por un tiempo corto o incluso prologado de una persona. En estos casos no se constituye la segunda causal. Sin embargo, no se debe ignorar la posibilidad de afectación de la salud integral de la mujer como resultado de la continuación del embarazo para la contemplación de la primera causal.

### **TERCERA CAUSAL** *Cuando el embarazo sea resultado de cualquier forma de abuso sexual (acceso carnal o acto sexual sin consentimiento o abusivo) o de inseminación o transferencia de óvulo fecundado no consentido o de incesto.*

El único requisito que debe cumplir la mujer para acceder a una IVE por esta causal es la presentación de la copia de la denuncia. Es necesario recordar que a partir de la Ley 1.257 de 2008, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por cualquier persona, y no necesariamente por la víctima, en tanto que el acto de violencia ha adquirido un carácter no conciliable, no desistible y no transable.

Debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denuncia el hecho y por tanto, no es procedente por parte del sistema de salud, exigirle que se compruebe el hecho

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 6 DE 1	

a satisfacción de un juez ni que demuestre la veracidad de los hechos (23). Este papel de verificación es absolutamente judicial y en ningún momento puede ser un argumento para obstaculizar la prestación de los servicios de IVE y mucho menos servir como fundamento para la objeción de conciencia a la realización de la IVE.



*Para el caso de las menores de 14 años, se presume una relación no consentida y la exhibición de la denuncia se constituye en un formalismo que no puede retrasar la atención. Así mismo, para las mujeres discapacitadas no es exigible la presentación de interdicción, ya que dicho requisito se puede constituir en una carga que puede dilatar la prestación del servicio a una mujer víctima de abuso sexual.*

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

## **PRACTICAS PROHIBIDAS**

A pesar de estar sentadas, desde 2006, las bases para la garantía del derecho de las mujeres a la IVE acorde con la Sentencia C-355 de 2006 existen aún graves problemas de acceso a los servicios de salud para la IVE. La Corte Constitucional ha identificado prácticas que se han constituido en barreras sistemáticas al acceso de las mujeres a la IVE en el marco de una atención oportuna y dentro de los estándares de calidad que garanticen la protección de su salud y dignidad. La evidencia jurisprudencial, reflejada en las sentencias de revisión de tutela posteriores a la sentencia C-355 de 2006 establece la prohibición de dichas prácticas, las califica como inadmisibles y establece la existencia de sanciones legales tanto para las personas como para las instituciones que incurran en ellas. Algunas de estas prácticas prohibidas son:

1. Imponer requisitos no previstos en la ley. El personal médico o administrativo no puede exigir documentos o requisitos adicionales a los mencionados en la sentencia, con el fin de no practicar o autorizar un procedimiento de IVE.
2. Exigir dictámenes de medicina forense, órdenes judiciales, exámenes de salud que no sean practicados de manera oportuna.
3. Exigir autorización de familiares o notificación de instancias judiciales o, en los casos de violencia sexual, exigir pruebas que avalen que la relación sexual fue no consentida, requerir evidencia forense de penetración sexual o pedir que un oficial esté convencido del abuso sexual.
4. Dilatar la prestación de los servicios. El Sistema de Seguridad Social en Salud no puede imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 7 DE 1	

prestación del servicio de IVE, como la realización de juntas médicas de revisión o aprobación por auditores que ocasionen tiempos de espera injustificados.

5. Ser reticentes a cumplir las reglas de referencia y contrarreferencia necesarias para garantizar la atención, en caso de no tener la entidad en la que se encuentre la mujer la disponibilidad para brindar la atención, según la necesidad del caso.
6. Aplicar de manera inadecuada la objeción de conciencia.
7. Suscribir pactos individuales o conjuntos para negarse a practicar la IVE.
8. Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias discriminen laboralmente a sus médicos.
9. Impedir que las niñas menores de 14 años exterioricen su voluntad y/o consentimiento para la práctica de la IVE, cuando sus padres o adultos responsables no estén de acuerdo con su decisión.
10. De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión a la disponibilidad de citas por consulta externa que limite la prestación de un servicio oportuno. La sentencia T-841 de 2011 y la Circular No. 003 de 2013 de la Superintendencia Nacional de Salud establecen que “el término razonable para responder de forma oportuna las solicitudes de IVE y para realizar su práctica es de cinco (5) días contados a partir de la consulta”.
11. Es una barrera inadmisibles impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.



## **OBLIGACIONES**

En cuanto a la prestación de servicios de IVE a partir de la Sentencia C-355 de 2006:

1. Informar a todas las mujeres sobre las causales legales de aborto.
2. Respetar la libertad y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre la continuación o interrupción de su embarazo.
3. Garantizar la confidencialidad, intimidad, respeto y guarda del secreto profesional.
4. Considerar el riesgo o la afectación de la salud mental de la mujer como criterio válido para la aplicación de la primera causal.

## **MODELO DE ATENCIÓN**

Aunque algunos procedimientos por encima de las 15 semanas se pueden realizar de forma ambulatoria (dilatación y evacuación), debe estar disponible la opción de hospitalización en

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 8 DE 1	

caso de ser necesario o para el caso de tratamientos por inducción con medicamentos. Así mismo, estar en capacidad de manejar las complicaciones relacionadas con la IVE.

A MAC San Rafael deben llegar aquellos procedimientos que por enfermedades coexistentes en la mujer o situaciones de carácter especial requieran de un nivel de mayor complejidad. Así mismo, debe brindar todo el apoyo al primer y segundo nivel en el manejo de las complicaciones por IVE y para manejar todas las complicaciones del aborto inseguro.



En cualquier situación especialmente en las que se requiera feticido por tener una **gestación mayor e igual de 15 semanas** en la que sea procedente remitir a una mujer para la atención de la IVE en otro nivel o en otra institución, es necesario hacer seguimiento del caso, para verificar que se le brinde la atención necesaria y que la remisión sea efectiva.

## RUTA DE ATENCIÓN

### 1. CONSULTA INICIAL

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE. Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos se deben tener en cuenta las siguientes particularidades.

- a. Registro claro completo y coherente de la historia clínica.
- b. Confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación correlacionarlo con el examen físico.
- c. Debe interrogarse y documentarse de manera completa la historia médica familiar y personal de la gestante con especial énfasis en todas aquellas condiciones o antecedentes. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales previas y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de pareja.
- d. El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6a y 8a incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero.
- e. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado, puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 9 DE 1	

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



- f. Debe confirmarse la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe 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.
- g. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE, requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer es VIH positiva, se debe dar orientación y asesoría especial sobre VIH durante el embarazo.
- h. Se debe conocer la hemoclasificación de la mujer y en los casos que se identifique características de anemia solicitar cuadro hemático.
- i. Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH, dejando claro que es voluntaria pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.
- j. Cuando existan dudas sobre la localización del embarazo o se sospeche un embarazo múltiple, puede ser útil un estudio ecográfico; sin embargo este o cualquier otro paraclínico debe realizarse de forma prioritaria para no dilatar el procedimiento.
- k. Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE.

## 2. DEFINICIÓN DE CONDUCTA

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa se debe determinar si el caso de la mujer está dentro de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006.

**Medicina general** está en la **capacidad de identificar las causales**, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (riesgo para la vida o salud o malformación fetal no viable).

*Para los casos de violación se debe indicar a la mujer cómo y en dónde presentar la denuncia si aún no lo ha hecho. Recordar que a partir de la Ley No. 1.257 de 2008 la denuncia de*

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b>	
			<b>PÁGINA 10 DE 1</b>	

*violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, y que el acto de violencia ha adquirido un carácter no conciliable, no desistible y no transable.*

*En caso de existir dudas o sea necesaria la valoración por especialista o por psicología, se debe iniciar la remisión de manera inmediata, sin que esto se constituya en barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se dilate para prevenir que el riesgo sea mayor a medida que aumenta la edad gestacional.*

***A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría después de la valoración clínica. La orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención.***

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría después de la valoración clínica. La orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención.



#### **LA INFORMACIÓN MÍNIMA QUE LA MUJER DEBE RECIBIR SOBRE LA IVE INCLUYE:**

1. Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
2. Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento quirúrgico o con medicamentos y el tiempo que tomará cada uno.
3. Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva
4. El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

#### **PROCEDIMIENTO**

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos quirúrgicos y métodos con medicamentos. Los dos están recomendados. la mujer es quien elige libremente entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento con medicamentos, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares.

*Previo al procedimiento quirúrgico o entrega los medicamentos para la IVE con medicamentos, el personal de salud debe cerciorarse de que antes de firmar la mujer*

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 11 DE 1	

*entiende a cabalidad la información suministrada y que todas sus dudas y preguntas han sido resueltas.*

**Métodos para ser utilizados hasta 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación:**

**Métodos Quirúrgicos:** El método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como método obsoleto, el cual no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos. La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado.

**Métodos con medicamentos:** La interrupción del embarazo con medicamentos implica el uso de preparados con acción oxitócica que causan contracciones uterinas, dilatación cervical y expulsión del contenido uterino. Hasta las 10 semanas de gestación, los medicamentos se administran de forma ambulatoria. La recomendación de la OMS incluye un régimen combinado de mifepristona con misoprostol, PERO EN COLOMBIA SOLO SE DISPONE DE MISOPROSTOL.



**Métodos para ser utilizados después de las 15 semanas completas desde la fecha de la última menstruación hasta las 15 semanas:**

**Métodos quirúrgicos:** El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas. La evidencia actualmente disponible indica que la DyE es el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas y menos de 15 semanas.

**Métodos con medicamentos:** El régimen recomendado incluye la administración de las prostaglandinas, como el misoprostol. También pueden emplearse esquemas con misoprostol solo en dosis repetidas hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE no constitutiva de delito, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 12 DE 1	

procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.



El consentimiento informado debe reflejar la voluntad de la mujer de acceder a la IVE, libre de coerción o discriminación, sin que se requiera obtener permiso, autorización o notificación de un tercero.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 23 de 1981, en el caso de menores de 14 años de edad, si existe divergencia de opiniones entre estas y sus padres o tutores legales se procura conciliar el derecho de la menor a la autodeterminación y a la protección de su salud, sin menoscabar en forma alguna su voluntad, ya que la Corte Constitucional ha reiterado su derecho a consentir la práctica de la IVE. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente. Por lo mismo, es una barrera inadmisibles impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.

### **TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO ELECCIÓN FARMACOLOGICA**

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

Se ha confirmado que los métodos empleados para la interrupción del embarazo con medicamentos son seguros y efectivos el misoprostol, es el medicamento de elección recomendado por la OMS, por lo tanto la incluye en la lista de medicamentos esenciales. El misoprostol cuenta en Colombia con registro como medicamento oxitócico para varios usos obstétricos y específicamente con indicación para la IVE en los casos despenalizados. También se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 13 DE 1	

Edad gestacional	Dosis	Ruta	Intervalo	Eficacia
<b>Regímenes con misoprostol solo</b>				
Hasta 10 semanas En casa	Misoprostol 800 mcg	Vaginal	Cada 12 horas x 3 dosis	85-90%
10-12 semanas Supervisado		Sublingual	Cada 3 horas x 3 dosis	
Más de 12 semanas:* Supervisado	Misoprostol 400 mcg	vaginal o sublingual	Cada 3 horas hasta la expulsión o por 5 dosis. Si no es exitoso, reiniciar al día siguiente	~100%**

### POSIBILIDAD DE REQUERIR ASPIRACIÓN UTERINA



La posibilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos depende del esquema empleado del 4% al 6% cuando se emplea misoprostol solo. Muy excepcionalmente se requiere de aspiración urgente por sangrado excesivo (menos de 1% de los casos); sin embargo es importante que la mujer tenga información sobre dónde acudir las 24 horas o que los mecanismos de referencia y contrarreferencia se pongan a su disposición en caso de ser necesario. La posibilidad de requerir un procedimiento adicional después de la expulsión cuando se trata de embarazos de 12 semanas o más, depende del criterio clínico y aumenta con la edad gestacional.

### CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

No se debe administrar un tratamiento con medicamentos cuando exista sospecha de embarazo ectópico, cuando exista alergia conocida a cualquiera de los medicamentos empleados o cuando la mujer se encuentre bajo tratamiento anticoagulante.

No son contraindicaciones para el tratamiento con medicamentos la miomatosis uterina, la estenosis cervical, los antecedentes de conización cervical, las malformaciones uterinas, ni el antecedente de cesárea tanto para casos de primer como de segundo trimestre.

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

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 14 DE 1	

Se debe administrar inmunoglobulina anti D a toda mujer que sea Rh negativa y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis 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

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Para el caso de IVE en edades gestacionales mayores a 12 semanas, por inducción con medicamentos, no se debe hacer evacuación quirúrgica de rutina si se ha expulsado el feto y la placenta completa



**Preparación cervical:** Por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se logra con dilatadores osmóticos o mecánicos. Por otra parte, la preparación cervical hace que el procedimiento de dilatación sea mucho más fácil y rápido, y reduce la incidencia de posibles complicaciones, en cualquier edad gestacional, especialmente en los embarazos de 12 semanas o más. La preparación cervical previa a la IVE quirúrgica también puede ser especialmente beneficiosa en casos de anomalías cervicales o cirugías previas y en mujeres adolescentes.

Para la preparación cervical en MAC San Rafael se indica misoprostol, 400 mcg vía sublingual, 2-3 horas antes del procedimiento o vía vaginal 3-4 horas antes del procedimiento. Esta dosis de preparación no busca dilatar el cérvix, ni mucho menos causar la expulsión, sino, como su nombre lo indica, preparar el cérvix reblandeciéndolo de tal manera que se facilite la dilatación.

La administración previa de misoprostol también ha mostrado disminuir la pérdida de sangre durante el procedimiento, así como el riesgo de hemorragia.

**Prevención del dolor.** Toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es ibuprofeno, 800 mg vía oral, media hora antes del procedimiento. El acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor.

**Prevención de infección postaborto.** Existe suficiente evidencia que muestra que la administración profiláctica de antibióticos reduce hasta en un 40% el riesgo de infección. El esquema más recomendado es doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas. Iniciar antes del procedimiento y continuar durante 5 días después del procedimiento. También se ha

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 15 DE 1	

confirmado que son efectivos, el metronidazol, 1 gramo intrarrectal, o el tinidazol, 2 gramos vía oral, antes del procedimiento.

### Procedimiento intraoperatorio



- 1. Examen pélvico bimanual:** para confirmar el diagnóstico, posición y tamaño del útero.
- 2. Asepsia y antisepsia vaginal y cervical** con una solución antiséptica de yodopovidona o de clorhexidina
- 3. Pinzamiento cervical con tenáculo.** Para disminuir la molestia asociada al pinzamiento y a la tracción, el pinzamiento se realiza de manera lenta y suave con la opción de hacer toser a la mujer para disminuir la sensación de dolor (37). Debe abarcar la mucosa y parte de estroma muscular con el fin de asegurar la fijación uterina y evitar el desgarro de la mucosa al ejercer tracción. También puede ser útil la aplicación de anestesia local en el sitio de pinzamiento.
- 4. Bloqueo paracervical:** El bloqueo paracervical tiene por finalidad disminuir el dolor asociado al procedimiento, en especial a la dilatación. Se han descrito muchas técnicas pero la más utilizada es la inyección de 200 mg de lidocaína (10 cc de lidocaína al 2% o 20 cc al 1%) mediante punción profunda (3 centímetros) en los fórnices vaginales, aproximadamente en los puntos 4-5 y 7-8 (tomando como referencia la circunferencia de un reloj), repartiendo la dosis total de forma equitativa en los dos puntos. El bloqueo paracervical con menor profundidad no ha mostrado ser eficaz en el control del dolor

Siempre debe tenerse la precaución de inyectar con lentitud y aspirando previamente para evitar la inyección intravascular. Se debe esperar entre dos y tres minutos después de la infiltración para permitir el inicio de la acción anestésica

Siempre debe tenerse la precaución de inyectar con lentitud y aspirando previamente para evitar la inyección intravascular. Se debe esperar entre dos y tres minutos después de la infiltración para permitir el inicio de la acción anestésica.

Las ventajas de usar un bloqueo paracervical incluyen un tiempo de recuperación más rápido y el hecho de que la mujer permanece consciente y por ende tiene la capacidad de alertar al profesional sobre problemas que puedan surgir.



- 5. Sedación.** En los casos en que para la usuaria sea difícil manejar el procedimiento bajo anestesia local o cuando ella lo solicite y esté disponible, se puede realizar la evacuación de la cavidad uterina bajo sedación consciente, con los requisitos que requiere esta intervención. La anestesia general no se recomienda para procedimientos de IVE, ya que aumenta el riesgo de hemorragia, de perforación y de complicaciones anestésicas.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 16 DE 1	

- 6. Dilatación Cervical.** De ser necesario, se dilata el cuello mediante la inserción suave, no forzada de dilatadores mecánicos (plásticos de Denniston o metálicos de Hegar) de manera progresiva, empezando con el de menor calibre hasta alcanzar un diámetro en milímetros equivalente al número de semanas de edad gestacional calculadas o un número más, si se prevé alguna dificultad para pasar la cánula. El dilatador se guía en dirección al fondo uterino tomando como guía la posición uterina que se ha determinado previamente durante el examen bimanual y de la cual no debe existir duda, así como la dirección que ofrezca el canal cervical al avanzar el dilatador, tratando de “sentir” con los dedos, los cambios de dirección del conducto cervical. El dilatador se inserta solo hasta sobrepasar levemente el orificio cervical interno para evitar una perforación uterina o falsa ruta. Si no es posible realizar la dilatación por dificultad en la inserción de los dilatadores, por estenosis o fibrosis cervical o deformidades del cérvix, se reintenta la dilatación después de dos horas de administrar 400 mcg sublinguales de misoprostol.
- 7. Succión.** Introducir suavemente en la cavidad uterina una cánula de diámetro en milímetros equivalente al número de semanas gestacionales calculadas (ej. Cánula número 7 para embarazo de 7 semanas). Una vez identificado el fondo uterino por la resistencia al paso de la cánula, verificar la histerometría mediante las marcas en la cánula y empatar el instrumento de succión ya sea la jeringa de Karman o al succionador eléctrico. Luego, activar la succión abriendo las válvulas de la jeringa o activando la succión eléctrica y realizando con la cánula movimientos de rotación en un solo sentido y posteriormente longitudinales, recorriendo la cavidad uterina desde el fondo hasta el orificio cervical interno, teniendo en cuenta que siempre se debe seguir el mismo sentido y haciendo giros del tamaño de la ventana de la cánula de 45° de rotación para evitar que se deje de revisar alguna superficie.
- 8. Finalización.** Para terminar la succión se evalúa la presencia de signos de evacuación completa consistentes en el cese de paso de tejidos y en su lugar, de burbujas a través de la cánula y la sensación táctil y auditiva típica de que se ha desprendido el tejido “liso” correspondiente al tejido decidual y que se toca una superficie “áspera”.

Al terminar la succión, se verifica la adecuada contracción uterina y la ausencia de sangrado por el orificio cervical o los puntos de aplicación del tenáculo o pinza usada para fijar el cuello uterino. En caso de presentarse sangrado por los puntos de fijación cervical, ejercer presión directa sobre ellos con torundas de gasa o con una pinza hemostática.

Si la paciente lo ha elegido, se aplica en este momento el DIU (dispositivo intrauterino) recortando los hilos a 15-20 mm del orificio cervical externo.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 17 DE 1	

### ASESORÍA ANTICONCEPTIVA.



La asesoría debe contemplar no solo la información y la educación, sino de manera muy enfática, la aplicación y comunicación de los derechos sexuales y reproductivos de la forma en que se describe a continuación:

1. **Información.** Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción, la mujer tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles
2. **Libertad.** Capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.
3. **Privacidad.** Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues estas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
4. **Igualdad.** Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los servicios de salud y estar al acceso de todas las mujeres que los soliciten, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición
5. **Justicia sanitaria.** Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La usuaria ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además tiene continuidad de la misma.

*La Norma Técnica para la Atención en anticoncepción a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución No. 412 de 2000 y actualizada a través de la Resolución No. 769 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social, se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción y el suministro del método, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el intervalo de tiempo entre ellos. El proceso de asesoría, elección e inicio de un método anticonceptivo en el contexto de una IVE, debe desarrollarse dentro de los lineamientos de dicha norma.*

### COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ANTE IVE

1. **Infeción** Las infecciones ocurren ocasionalmente si la IVE se realiza apropiadamente. Los síntomas comunes incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical de mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y/o un recuento alto de glóbulos blancos.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b>	
			<b>PÁGINA 18 DE 1</b>	

Se deben utilizar los mismos regímenes que se recomiendan para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Si la probable causa de la infección es la retención de restos ovulares, se debe reevacuar el útero. Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.



- 2. Hemorragia** La hemorragia puede ser producto de hipotonía uterina, retención de restos, traumatismo o lesión cervical y ocasionalmente de perforación uterina.

Dependiendo de la causa, el tratamiento adecuado puede incluir: masaje uterino, reevacuación uterina, administración de uterotónicos como misoprostol sublingual, metilergonovina intra-muscular u oxitocina intravenosa, teniendo en cuenta la menor cantidad de receptores en el miometrio durante el primer y segundo trimestre que hace necesaria la administración de dosis altas. Se recomiendan dosis de 20 a 40 UI diluidas en soluciones cristaloides tipo solución salina o lactato de Ringer. El reemplazo del volumen intravascular de acuerdo a la pérdida sanguínea es fundamental y debe hacerse teniendo en cuenta que se debe reemplazar con cristaloides en una proporción de 3 a 1 el volumen perdido. En casos severos puede requerirse transfusión sanguínea.

El taponamiento uterino con sonda de Foley con balón (capacidad de 30 ml), ha mostrado ser un procedimiento seguro y eficaz en casos de hemorragia postaborto que no responde a las medidas farmacológicas. Se debe introducir el balón en la cavidad uterina e instilarse solución salina estéril hasta que se detenga el sangrado o hasta completar 60 ml (máxima capacidad observada antes de romperse el balón). En casos de gestaciones más avanzadas se puede requerir el uso de dos sondas simultáneas. Este procedimiento puede detener el sangrado o proporcionar tiempo para remitir la paciente a un nivel superior en donde se pueda estabilizar y, si es necesario, llevar a laparoscopia o laparotomía exploratoria según la causa que se identifique.

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

- 3. Retención de restos ovulares** Cuando la IVE es llevada a cabo mediante la aspiración al vacío por profesionales capacitados, el aborto incompleto no es común. Es más común con métodos médicos de IVE. Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o signos de infección. También debe sospecharse aborto incompleto si, al examinar visualmente el tejido aspirado durante el aborto quirúrgico, este no concuerda con la edad gestacional estimada.

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 19 DE 1	

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



4. **IVE fallida** La IVE fallida puede ocurrir en mujeres que hayan elegido cualquiera de los 2 métodos disponibles para la IVE. Si en el control postaborto de cualquiera de los dos procedimientos se observa que el embarazo continúa, se realiza la terminación por aspiración al vacío o DyE para embarazos de segundo trimestre.
5. **Perforación uterina.** Por lo general, la perforación uterina no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. En un estudio de más de 700 mujeres que se sometieron a un aborto y a una esterilización laparoscópica en el primer trimestre, se encontró que 12 de 14 perforaciones uterinas eran tan pequeñas que no se hubiesen diagnosticado de no haberse hecho laparoscopia (124).

Cuando se sospecha una perforación uterina, la observación y el empleo de antibióticos pueden ser lo único necesario. Si es posible, la laparoscopia es el método de elección para el diagnóstico. Si la laparoscopia y/o el cuadro de la paciente generan alguna sospecha de lesión intestinal, vascular u otra estructura, se puede requerir una laparotomía para reparar los tejidos dañados.

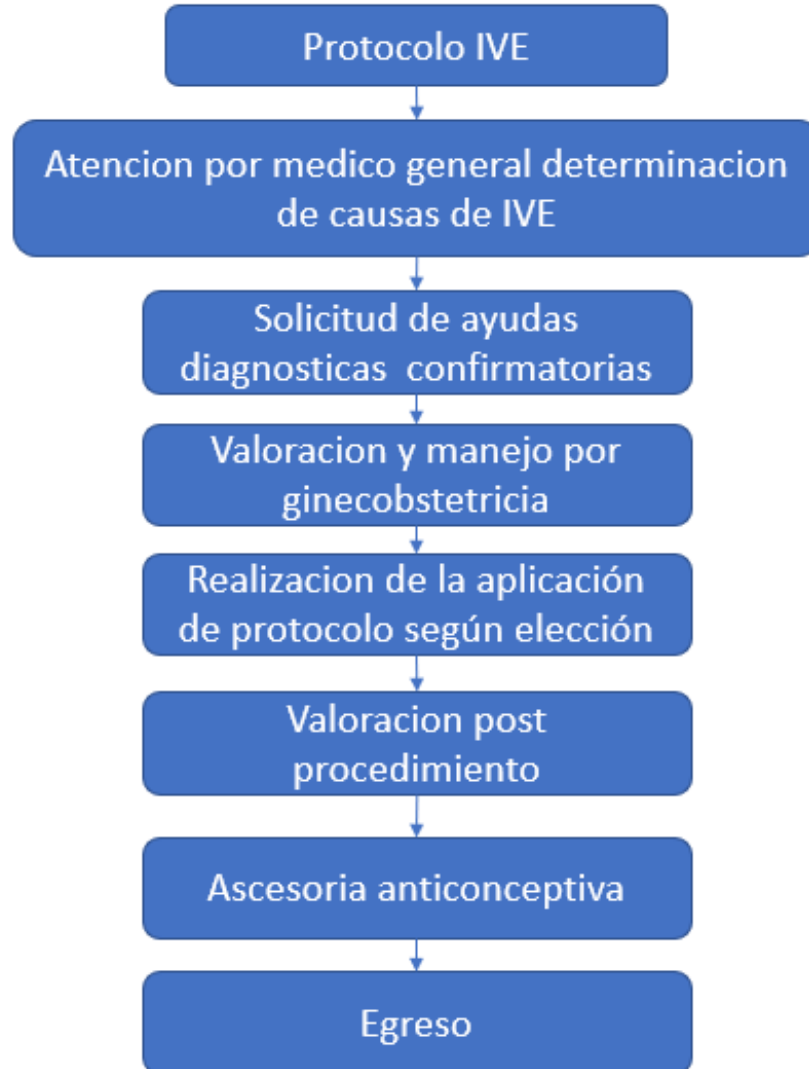
6. **Secuelas a largo plazo.** La mayoría de las mujeres a quienes se les practica la IVE correctamente no presentan secuelas a largo plazo en su salud general, reproductiva o emocional. La excepción la constituye una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.



La evidencia actualmente disponible indica que no existe una asociación entre una IVE inducida sin riesgos en el primer trimestre y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes, como aborto espontáneo o parto pretérmino (125). Datos epidemiológicos actualmente disponibles muestran que no existe un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se hayan sometido a un aborto del primer trimestre.

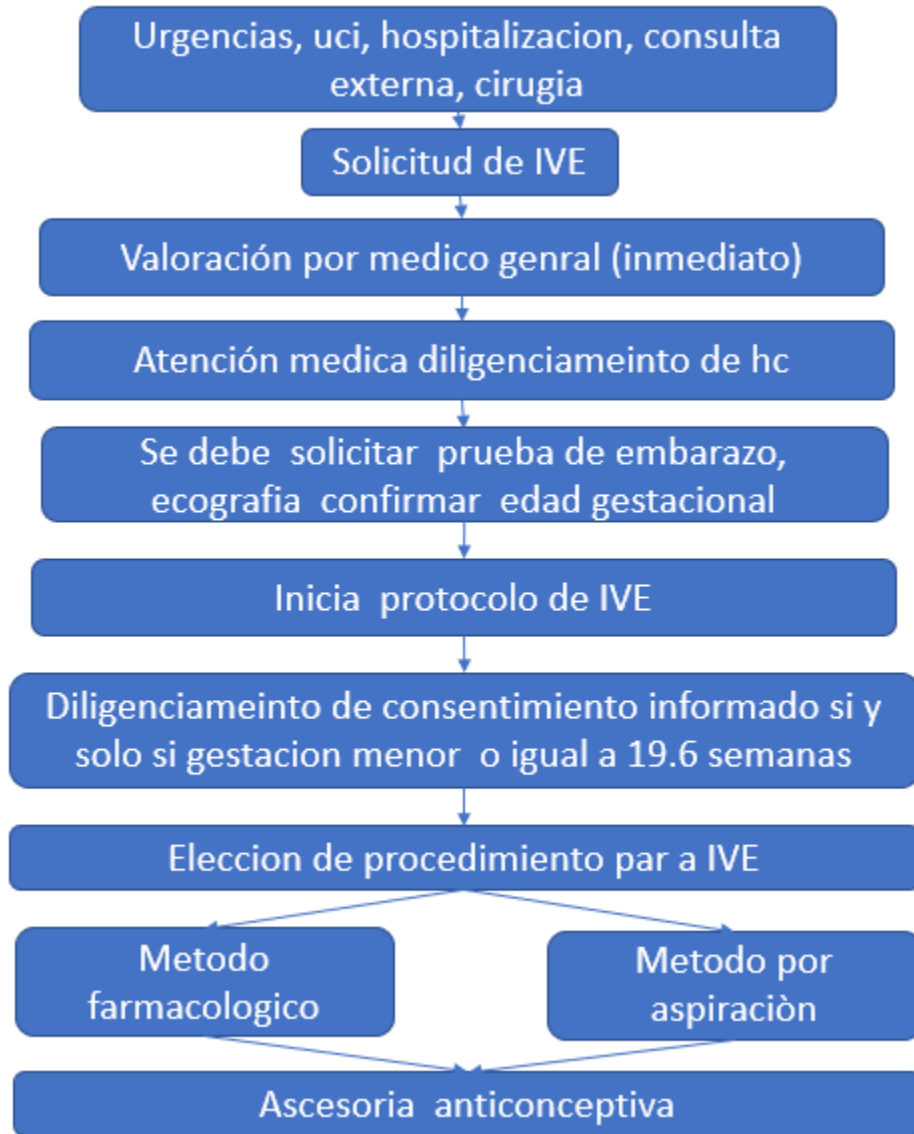
La evidencia también indica que las mujeres que han tenido un aborto no tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas mentales en comparación con las que han tenido un parto. La incidencia de problemas emocionales se asocia a la coerción al tomar la decisión, a la ausencia de una red social de apoyo y a la presencia de problemas mentales previos al aborto

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b>	
			<b>PÁGINA 20 DE 1</b>	

## FLUJO IVE





	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 21 DE 1	



## REFERENCIAS

Protocolo prevención del aborto inseguro en Colombia ministerio de salud y protección social. Colombia 2017

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> <b>PÁGINA 22 DE 1</b>	

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con C.C. (T.I.) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por la presente dejo constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con \_\_\_\_\_ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo:

*Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico)*

*En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico)*

*Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia)*

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento Quirúrgico por:

*Aspiración Dilatación y evacuación*

*luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posibilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas.*

*Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de \_\_\_\_\_*



*debido a \_\_\_\_\_ . Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación.*

*Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hospitalario, si los médicos lo consideran necesario.*

*Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.*

Firma de la Paciente

Firma del médico (a)

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 23 DE 1	

## ANEXO 2

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD PARA CONSENTIR



Sé que la paciente \_\_\_\_\_ ha sido considerada por ahora incapaz de tomar por sí misma la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba descrito. El médico me ha explicado de forma satisfactoria la naturaleza y propósito del procedimiento. También se me ha explicado de sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO \_\_\_\_\_, con documento de Identidad \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ calidad de \_\_\_\_\_ de la paciente, doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

Firma del Tutor

Parentesco

Ciudad

Fecha

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 24 DE 1	

### ANEXO 3

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con C.C. (T.I.) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por la presente de- jecto constancia escrita que toda la información dada por mí al personal de la Institución es exacta y verdadera según consta en mi historia clínica y que me encuentro en embarazo con \_\_\_\_\_ semanas de gestación. Que por tratarse de un embarazo:

Resultado de un acto sexual sin consentimiento. (Anexo denuncia)

Que de continuar, constituye un peligro para mi vida o mi salud. (Se anexa certificado médico)

En el que me han diagnosticado que existe una grave malformación del feto que hace inviable su vida. (Se anexa certificado médico)

Libre y voluntariamente solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ a llevar a cabo la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través de un Tratamiento con Medicamentos; luego de haber tenido la oportunidad de discutir ampliamente las posi- bilidades que tengo, entre ellas la continuación del embarazo. Mi médico tratante ha practicado los exámenes necesarios, me ha informado detalladamente sobre mi situación y las posibles alternativas de tratamiento y me ha explicado los riesgos de cada una de ellas.

Se me ha informado que la efectividad aproximada de este tratamiento es del 94% y en consecuencia si hay una falla, deberé someterme a un tratamiento quirúrgico, por dilatación y aspiración.



Me han informado los síntomas que puedo esperar y las posibles complicaciones que pueden suceder y que en mi caso particular existe un mayor riesgo de \_\_\_\_\_ debido a \_\_\_\_\_. Sin embargo, entiendo que se han tomado todas las medidas de cuidado, prevención y prudencia para evitar la presencia de cualquier complicación.

Autorizo también a la institución a solicitar y efectuar mi traslado a un servicio hos- pitalario, si los médicos lo consideran necesario.

*Me comprometo a consultar en caso de presentar cualquier complicación durante el tratamiento y a seguir todas las recomendaciones recibidas del personal de la Institución.*

*Firma de la Paciente*

*Firma del médico (a)*

	NOMBRE <b>INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)</b>		CÓDIGO <b>03-O-PT-011</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO <b>PROTOCOLO</b>	PROCESO <b>OBSTETRICIA</b>	VERSIÓN 1	
			VIGENCIA <b>01/06/2018</b> PÁGINA 25 DE 1	

#### ANEXO 4

#### MODELO DE PRESENTACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA POR ESCRITO

Señor/a

\_\_\_\_\_ La  
 Ciudad.

REF: INTERPOSICIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PARA EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado/a y residente en la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado/a con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Médico/a (general o especialista en \_\_\_\_\_), con el Registro Médico No \_\_\_\_\_; en cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia C-355 de 2.006, Sentencia T-209 de 2.008, Sentencia T-388 de 2.009 de la Corte Constitucional y Circular 003 de 2.013 de la Superintendencia Nacional de Salud, ante usted interpongo objeción de conciencia, informando que por este motivo me abstengo de brindar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a que hacen referencia las normas citadas, a la vez que solicito la exclusión de mi nombre del respectivo Listado de prestadores/as no objetores/as, que deberá enviarse a la Dirección General de Calidad del Ministerio de Salud y la Protección Social.

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

(Exposición libre y personal de motivos de naturaleza moral o religiosa que sustentan la objeción).

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

Atentamente,

Registro médico No.

Firma