



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

POSADAS,

RESOLUCIÓN N°

VISTO: El Artículo 86 del Código Penal de la Nación Argentina, que establece los casos en que el aborto practicado por un médico no son punibles; y

CONSIDERANDO:

QUE, el Código Penal de la Nación Argentina establece que el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer no es punible si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1), y si el embarazo proviene de una violación (artículo 86, inciso 2°);

QUE, a pesar de que el Código Penal argentino regula expresamente las causas de no punibilidad, sectores de la sociedad continúan realizando una interpretación restrictiva del precepto, exigiendo requisitos tales como la denuncia policial, o una autorización judicial para que una niña, adolescente o mujer pueda acceder a la interrupción de un embarazo;

QUE, estas exigencias, además de ser innecesarias e ilegales, retrasan el cuidado necesario y aumenta la probabilidad de abortos no seguros o, incluso, pueden llevar a la negativa de la práctica porque el embarazo está muy avanzado;

QUE, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha emitido el fallo F. 259. XLVI. "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva" donde analiza los alcances del citado precepto desde una construcción argumental que permite armonizar la totalidad del plexo normativo aplicable, concluyendo que la realización del aborto no punible previsto en el inciso 2° del Artículo 86 del Código Penal no está supeditada a la cumplimentación de ningún trámite judicial;

QUE, de las conclusiones del citado fallo se desprende que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el referido precepto, no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible;

QUE, es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura;

QUE, corresponde implementar y hacer operativo un protocolo hospitalario para la concreta atención de los abortos no punibles, a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos;

QUE, dicho protocolo debe contemplar pautas que garanticen la información y la confidencialidad a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida;

QUE, asimismo, deberá disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio;

QUE, compete al Ministerio de Salud Pública entender en la determinación de los objetivos y la formulación de las políticas del área de su competencia;

QUE, la Dirección de Asuntos Jurídicos ha



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

tomado la intervención que le compete, siendo procedente el dictado del presente instrumento;

POR ELLO:

**EL MINISTRO SECRETARIO DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE**

ARTÍCULO 1º.- APROBAR la Guía de Atención de los Casos de Aborto no punible -previstos en el Artículo 86 del Código Penal de la Nación- para todos los establecimientos asistenciales públicos dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, cuyo contenido y alcance se establecen en el ANEXO I que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2º.- REGÍSTRESE, comuníquese, tomen conocimiento y/o notifíquese: Subsecretaría de Salud, Subsecretaría de Gestión Administrativa y Financiera; Subsecretaría de Prevención de Adicciones y Control de Drogas; Subsecretaría de Recursos Humanos y Planificación; Subsecretaría de Atención Primaria y Salud Ambiental; Unidad Coordinadora de los Programas Materno Infantiles, Direcciones de Zonas de Salud y Direcciones de Hospitales Nivel I, II y III. Cumplido, ARCHÍVESE.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ANEXO I

GUÍA DE ATENCIÓN DE CASOS DE ABORTOS NO PUNIBLES CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO 86 DEL CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN

Los temas desarrollados en la presente guía se encuentran sistematizados de la siguiente forma:

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. Objetivo y Alcances
- 1.2. Interpretación de la causal de no punibilidad
- 1.3. Intervención médica y del equipo de salud
- 1.4. Objeción de conciencia

2. PROCEDIMIENTOS PREVIOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- 2.1. Características generales de la asistencia por ANP; Privacidad-Confidencialidad; Información-Asesoramiento
- 2.2. Documentación/ Registros Necesarios: Historia Clínica; Declaración Jurada; Consentimiento Informado.
- 2.3. Evaluación Médica de la mujer y de los potenciales factores de riesgo.
- 2.4. Plazo

3. MÉTODOS RECOMENDADOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- 3.1. Métodos recomendados según semanas de gestación.
 - 3.1.1. Métodos para ser utilizados hasta 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación
 - 3.1.2. Métodos para ser utilizados después de las 12 semanas completas desde la fecha de última menstruación
- 3.2. Aborto no punible con medicamentos: Regímenes de misoprostol solo (adaptación)
- 3.3. Aborto no punible quirúrgico
 - 3.3.1 Técnicas quirúrgicas a utilizar
 - 3.3.1. a) Aspiración al vacío
 - 3.3.1. b) Dilatación y curetaje
 - 3.3.1. c) Dilatación y evacuación



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

3.3.1. d) Histerotomía

3.3.2 Manejo del dolor

3.3.3 Evaluación de los productos de la concepción posterior a un aborto quirúrgico

3.3.4 Período de recuperación

4. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO NO PUNIBLE

4.1. Aborto incompleto

4.2. Aborto fallido

4.3. Hemorragia

4.4. Infección

4.5. Perforación uterina

4.6. Complicaciones relacionadas con la anestesia

4.7. Secuelas a largo plazo

5. CONSEJERÍA PREALTA: ANTICONCEPCIÓN POST-ABORTO; PREVENCIÓN DE I.T.S Y PRUEBAS DE SCREENING VOLUNTARIAS

6. TAREAS INICIALES PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA GUÍA; RESPONSABILIDADES. NIVELES ASISTENCIALES DE EJECUCIÓN.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivo y Alcances

Se instituye la presente guía (basada en la "Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable") para ser aplicada en las situaciones previstas por el artículo 86 del Código Penal de la Nación, en que se establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible si: 2. se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2. si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente

Los equipos asistenciales involucrados en la atención a mujeres en estas situaciones deben, según el nivel de complejidad en que desarrollen su tarea, tener conocimientos precisos y competencia técnica adecuada para la realización de las prácticas que sean necesarias y/o de los procedimientos a utilizar para realizar la referencia de los casos hacia los niveles de complejidad apropiados. En estas situaciones la interrupción del embarazo deberá ser practicada mediante técnicas seguras y adecuadas.

La presente Guía se establece como instrumento de base normativa y orientativa de las acciones que en este sentido competen a los equipos de salud de la totalidad de los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Tiene por objeto establecer los procedimientos que garanticen las prestaciones pertinentes para la realización de estas prácticas y tendrá vigencia hasta que nuevos conocimientos de orden jurídico o científico indiquen la necesidad de modificarla o actualizarla.

"En circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible" (Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Junio de 1999.)

1.2. Interpretación de la causal de no punibilidad inc. 2 art 86 del Cód. Penal

La interpretación del inciso 2 de este artículo del Código Penal de la Nación (en consonancia con las normas constitucionales y los tratados de derechos humanos de rango constitucional que reconocen los derechos a la igualdad, a la salud, a la autodeterminación, a la privacidad, y a la no discriminación), determina que el profesional de la salud y la mujer no incurrir en delito cuando el aborto se practica respecto de todo embarazo que sea consecuencia de una violación, con independencia de la capacidad mental de su víctima. En otras palabras, cualquier víctima de un delito contra la integridad sexual que provoque un embarazo puede realizarse un aborto no punible (ANP).

1.3. Intervención médica y del equipo de salud

Las mujeres que se encuentren comprendidas en situaciones contempladas por el art 86 enunciados anteriormente, gozan del derecho de acceder a un aborto. El Estado y el sistema público asistencial de salud están obligados a garantizar el ejercicio real y efectivo de ese derecho, siempre que exista consentimiento informado de la mujer. Los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

institución no pueden impedir el acceso al ANP o impedir su finalización si ya ha sido iniciado.

El incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes. El cumplimiento de las normas jurídicas es un deber del profesional y se enlaza en los contenidos de la ley de Derechos del Paciente N° 26.529. Los profesionales de la salud son responsables penal, civil y administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de la medicina o la psicología cuando injustificadamente no se constata la existencia de alguna de las causales previstas en el Código Penal de la Nación, cuando existan maniobras dilatorias en el proceso de constatación, cuando se suministre información falsa, y/o cuando exista negativa injustificada para la prestación del servicio correspondiente.

El equipo de salud no debe ni está obligado a requerir intervención y/o autorización judicial, como así tampoco se debe exigir que la mujer realice la denuncia judicial ni exigir documentación que acredite la denuncia u otra prueba de la violación debiendo solicitarse solamente que la mujer suscriba una declaración jurada (*"el artículo 86, inciso 2°, del Código Penal no exige ni la denuncia ni la prueba de la violaciónpara acceder al aborto permitido en caso de violación supone tan sólo como necesario que la víctima de este hecho ilícito, o su representante, manifiesten ante el profesional tratante, declaración jurada mediante, que aquel ilícito es la causa del embarazo, toda vez que cualquier imposición de otro tipo de trámite no resultará procedente pues significará incorporar requisitos adicionales a los estrictamente previstos por el legislador penal"* - Fallo de la Corte Suprema de Justicia F. 259. XLVI. F., A. L. s/ medida autosatisfactiva-).

Cualquier imposición de exigencias adicionales tales como autorización de más de un profesional de la salud, revisión o autorización por auditores, comités de ética, jueces u operadores jurídicos, períodos y listas de espera, y demás trámites que puedan representar una carga para la mujer no solo representa una violación del derecho de la mujer a acceder al aborto en los casos permitidos por la ley y el ejercicio de violencia reproductiva y obstétrica en los términos de lo definido por el art. 6 inc. d y e de la Ley N° 26.485 sino que además vulnera el derecho de las personas a la autodeterminación e incrementa el riesgo para la salud, configurando a la vez un caso de violencia institucional, conforme a la ley.

Ninguna persona que integra los equipos de salud debe evadir o mantener en suspenso e incertidumbre a la mujer que solicita un ANP o a quienes en cada caso se encuentren autorizados para requerirlo.

La totalidad del equipo de salud de todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública Provincial deberá conocer que una solicitud de aborto a causa de abuso/violación no puede ser denegada. Será competencia de los responsables de cada establecimiento asistencial que la totalidad del personal a su cargo conozca este mandato.

Será competencia de las Direcciones de Zonas Sanitarias que los responsables de los establecimientos de 1°, 2° y 3° nivel asistencial conozcan esta guía normativa.

En caso que la solicitud de interrupción del embarazo sea realizada por ante una institución o persona que no realiza la práctica (por limitaciones técnicas, operativas, de competencia o habilidades, por objeción de conciencia u otras causas) deberá derivar prontamente la solicitud hacia los espacios institucionales que puedan garantizarla. Será



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

competencia de las Direcciones de Zonas Sanitarias que los responsables de estos establecimientos conozcan, en cada caso en particular, el circuito de derivación que permita garantizar a la mujer su derecho de acceso al aborto no punible. En caso de desconocimiento del circuito el responsable del establecimiento asistencial deberá comunicarse de inmediato con la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia, donde se le indicará a qué establecimiento y de qué manera debe ser derivada la mujer.

1.4. Objeción de conciencia

Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible.

Sin embargo, la objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional, por lo que toda institución a la que se recurra para la práctica de un aborto no punible deberá en cualquier caso garantizar su realización. La ausencia de un profesional no objetor en la institución no puede ser invocada para eludir el deber de participar en un tratamiento o en la pertinente derivación hacia un centro capaz de ejecutar la práctica.

La objeción de conciencia debe ser declarada por el profesional de la salud a partir de la entrada en vigor de la presente Guía o (a futuro) al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud de manera tal que las autoridades de la institución puedan arbitrar mecanismos que garanticen la práctica del ANP a la mujer que lo solicita.

Para el supuesto de que una institución no cuente con profesionales que puedan realizar las prácticas abortivas no punibles, se deberá notificar esa circunstancia a la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública, quien arbitraré los medios para garantizar la prestación en cuestión.

Si la práctica del ANP fuese solicitada a un profesional que haya declarado su objeción de conciencia este profesional no podrá denegar el pedido; en tal caso deberá derivar, con la mayor celeridad posible, la solicitud hacia los espacios institucionales que puedan garantizar la práctica. Las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento por parte de los profesionales de la salud y las autoridades hospitalarias constituyen actos sujetos a la responsabilidad administrativa, civil y/o penal correspondiente.

La declaración de objeción de conciencia deberá instrumentarse por escrito, debiendo ser archivada por el hospital en un registro. Rige tanto para su actividad en relación de dependencia pública como en su actividad privada.

2. PROCEDIMIENTOS PREVIOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

2.1. Características generales de la asistencia por ANP; Privacidad-Confidencialidad; Información-Asesoramiento

Tanto las mujeres que requieren la realización de un ANP con el fin de evitar un peligro para su vida o su salud como las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

o un atentado al pudor necesitan un tratamiento particularmente sensible; el sistema de salud debe ser capaz de ofrecer el cuidado y apoyo apropiados. El trato personal con la mujer en situación de ANP debe ser especialmente respetuoso y receptivo.

El deber de prestar asistencia por ANP implica brindar una asistencia integral con criterios humanitarios y legales con capacidad de responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres. Se deberá ofrecer atención física y psicológica.

Se debe garantizar privacidad y confidencialidad. Al igual que en cualquier práctica médica, la práctica del aborto en los casos permitidos por la ley está protegida por el secreto profesional. Esto significa que nada de lo ocurrido en la consulta debe ser develado a otras personas (otros integrantes del equipo de salud e incluso la familia) salvo en situaciones en las que compartir esta información sea de suma importancia para la atención de la mujer. La historia clínica y toda la información contenida en ella también están protegidas por el secreto profesional. Resulta prohibido usar todo tipo de información relacionada con un caso de ANP en provecho propio. Si se considera necesario compartir la información con terceros, debe hacerse con la autorización expresa de la mujer. Salvo en los casos en los que la mujer lo consienta explícitamente, la consulta del profesional con el esposo, compañero /a, padre, madre o cualquier otra persona así sea para asegurar una atención segura y apropiada, constituirá una violación de la confidencialidad. Los responsables de cada una de las instituciones sanitarias deberán sensibilizar y capacitar al personal a su cargo para garantizar el respeto de la privacidad de la información; deberán además instituir mecanismos de manejo y guarda de la documentación de manera tal que esta privacidad sea garantizada.

Es un deber del profesional de la salud brindar información y asesoramiento a la persona que solicita un ANP. Sin embargo, es decisión de la mujer recibir o no dicho asesoramiento. La información debe ser ofrecida desde la primera consulta y en todo momento; debe ser clara, precisa, adecuado al contexto cultural y transmitida en lenguaje fácil de entender por la paciente y/o su representante legal.

Todos los servicios involucrados en la atención deben disponer de personal capacitado para brindar asesoramiento.

Se debe ofrecer la opción de la presencia de una persona significativa para ella al momento del asesoramiento. Es decisión de la mujer convocar a esta persona o no. En caso de sospechar coerción o violencia, se sugiere tener una entrevista a solas y ofrecer consejería de mediano plazo y la derivación a servicios de asesoramiento legal.

El asesoramiento está dirigido a contener emocionalmente a la mujer, brindarle información sobre todas las opciones posibles y disponibles, y acompañarla en su decisión cualquiera ella sea. Debe ofrecerse en un ambiente de privacidad y confidencialidad donde se comparta información y donde la mujer pueda plantear sus dudas, formular todas las preguntas que crea necesarias y recibir información veraz, adecuada y completa permitiéndole que pueda tomar libremente la mejor decisión posible para ella.

El personal que brinda el asesoramiento debe ser conciente que la mujer ha estado sometida a situaciones de coerción o violencia y deben considerarse situaciones de vulnerabilidad, tales como discapacidad, mujeres solas o adolescentes, entre otras y en ese sentido, el



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

asesoramiento debe resultar un buen espacio para que la mujer pueda compartir y reflexionar sobre esas experiencias.

Se debe explorar si la mujer se encuentra bajo presión de su pareja o algún miembro de su familia o entorno cercano, o si la razón por la cual opta por la interrupción se encuentra fundada en información errónea o inadecuada.

El asesoramiento debe ser continuo, desde que la mujer toma contacto con los servicios de salud hasta que haya completado cada una de las etapas de la atención.

Durante este proceso se debe escuchar y tratar de entender a la mujer, incluyendo sus antecedentes, preferencias por el tratamiento y su historia médica, de manera de acompañar a la mujer en la toma de sus propias decisiones garantizando así un proceso adecuado de consentimiento informado.

La información debe ser brindada apoyando a la mujer en su decisión, de forma simple, sin paternalismos.

Se debe actuar con imparcialidad evitando que aspectos sociales, culturales, religiosos, morales u otros, interfieran en la relación con la mujer.

Se evitará particularmente la emisión de opiniones o juicios de valor de las/los profesionales de la salud sobre el aborto (bajo ningún punto de vista estos deben imponerse).

En ningún caso los profesionales de la salud deben adoptar actitudes paternalistas, tomar decisiones por la mujer o inducirla o conducirla según sus propias creencias.

La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o de valor por parte del profesional de salud.

La información a brindar debe incluir los siguientes aspectos:

- Opciones de tratamiento: en qué consisten los distintos procedimientos de interrupción del embarazo de los que se dispone, cuáles son los más apropiados en relación a la edad gestacional y condición médica de la mujer; qué puede sentir y que ocurre durante y después del procedimiento.
- Ventajas, desventajas, riesgos y posibles complicaciones de cada procedimiento (dolor, anestesia requerida, tiempo de internación, etc.)
- Tiempo que implica cada uno de los procedimientos.
- Contraindicaciones y efectos colaterales
- Ventajas de realizar una interrupción del embarazo en determinados plazos (sin que esto constituya presiones para que tome una decisión rápidamente; respetando los tiempos que ella necesite)
- Dónde y cuándo hacer las visitas de seguimiento, estimulando la continuidad del cuidado de la salud.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Signos de alarma post intervención y donde consultar ante la aparición de los mismos
- Retorno a la vida cotidiana (indicaciones, seguimiento). Retorno a la vida sexual.
- Métodos anticonceptivos: su propósito es evitar un embarazo no programado en el futuro; debe informarse sobre la posibilidad de quedar embarazada antes del sangrado menstrual posterior al procedimiento (proveer el método en el caso que la mujer, de acuerdo a su preferencia y necesidad, opte por uno de ellos). La aceptación de un método anticonceptivo después del procedimiento nunca debe ser una precondition para realizar la interrupción del embarazo.
- Si la mujer opta por continuar el embarazo debe ofrecerse información sobre adopción, hogares de tránsito y otras opciones disponibles.

De manera sintética se debe dejar asentado en la historia clínica el tipo de información brindada.

2.2. Documentación/ Registros Necesarios: Historia Clínica; Declaración Jurada; Consentimiento Informado.

Independientemente del nivel de complejidad del centro asistencial o del tipo de acciones que en el se ejecuten en cualquier caso de atención a mujer que en situación de ANP se deberán registrar y archivar los datos de la consulta. Para ello se utilizarán los documentos de registro utilizados localmente: planilla de consulta diaria e historia clínica o documento ad hoc. En aquellas unidades asistenciales en las que, por su capacidad operativa, se realicen prácticas de interrupción del embarazo con métodos de aspiración (manual o eléctrica) o quirúrgicos (de dilatación-evacuación) se recomienda utilizar modelos de historia clínica orientados obstétricamente.

El archivo de esta documentación (al igual que otra documentación de carácter similar) debe ser manejada con absoluta reserva en consonancia con las precauciones propias del secreto médico.

Por otra parte se deberá realizar la notificación periódica (información cuantitativa de los casos) requerida periódicamente en los informe ad hoc implementados por la coordinación de Salud Sexual y Procreación Responsable del M.S.P.

Para la solicitud de práctica de ANP según el artículo 86, inciso 2º, del Código Penal será suficiente que la mujer solicitante (o, en caso de incapacidad o minoría de edad, su representante legal) manifieste ante el médico tratante que el embarazo ha sido producto de una violación y que por esa causa solicita se le practique el aborto, suscribiendo una declaración ante el a tal efecto. No es función de las/los profesionales de la salud solicitar documentación adicional que convalide, ratifique, atestigüe o demuestre el acto de violación: no se puede exigir como requisito para la realización de un ANP la denuncia policial o judicial (la mujer no está obligada a instar la acción, sin embargo en caso de contar con copia de la denuncia se recomienda adjuntarla en la historia clínica).

Antes de llevar a cabo la práctica de interrupción del embarazo se debe proceder a instrumentar el Consentimiento Informado. La prestación del consentimiento informado



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

deberá realizarse de acuerdo a lo normado por la Ley Nacional 26.529, materializándose por escrito y debidamente firmado por la mujer y/o su representante legal, según el caso, y el médico, debiendo ser agregado a la Historia Clínica.

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, los riesgos y los efectos para su salud y su vida.

En casos de solicitud de ANP motivado en hechos contemplados en el inciso 2 del artículo 86 del código penal se deberá, en el marco del consentimiento informado, explicar claramente a la mujer que, en determinadas circunstancias, la práctica de determinados métodos de finalización del embarazo dificultan o imposibilitan la obtención de material genético adecuado para la posible identificación del agresor. Deberá quedar registro que dicha información ha sido brindada y que la mujer ha tenido la oportunidad de intervenir en la elección del método en función de esta información. Sin embargo o cuando legalmente haya sido requerido material para análisis genético o en caso que la mujer haya procedido a la denuncia del abuso o manifieste su intención de hacerlo se procederá ejecutando prácticas y técnicas que garanticen la obtención y resguardo de productos del material apto para una eventual evaluación de esta índole.

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona.

Debe ser entendido como un proceso y no como un simple acto formal.

El consentimiento informado deberá incluir una declaración por parte de la mujer o de su representante legal en que se afirma haber recibido y entendido la información y haber contado con la posibilidad de despejar dudas.

Debe recordarse que el consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento antes de iniciada la práctica.

No es función de las/los profesionales de la salud solicitar ningún otro tipo de documentación adicional por lo que no deben hacerlo. No se debe requerir la intervención y/o la autorización judicial (no debe "*Judicializarse*" el caso). No se requiere el consentimiento (autorización) de un tercero, como el marido o la pareja, para acceder a un servicio de salud.

En la presente guía se adjuntan modelos orientativos de formularios que incluyen declaración de violación/abuso y consentimiento informado.

Es válido el consentimiento de la persona a partir de los 14 años de edad.

En casos de niñas y adolescentes menores de 14 años o personas con restricción judicial de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo se requiere el consentimiento de su representante legal, respetando el derecho a ser oído de la niña o adolescente y a que su opinión sea tenida en cuenta.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

En caso de los menores de 14 años sus representantes serán sus padres o tutores. En caso que tuviera más de uno, basta el consentimiento de uno solo de sus representantes legales para que se efectúe la práctica del aborto no punible. La falta de consentimiento del otro representante legal no implica, bajo ninguna causa o pretexto, un impedimento para tal práctica.

Si mediare urgencia, a falta de otra prueba, respetando el carácter de representante legal, debe prestarse declaración jurada. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar la documentación respectiva que acredite efectivamente el carácter invocado.

Para los casos de personas con restricción judicial de su capacidad para tomar decisiones vinculadas al cuidado de su propio cuerpo, se implementa un sistema adecuado de apoyos y salvaguardas, conforme lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley Nacional N° 26.378), a fin de que la persona adopte una decisión autónoma. En caso de no ser posible, el consentimiento informado debe ser prestado por el representante legal, debiendo ser acreditado dicho carácter con la correspondiente documentación.

Cuando los intereses de los menores de 14 años estuvieren en oposición con los de sus representantes, dejarán éstos de intervenir en tales actos, haciéndolo en lugar de ellos, curadores especiales para el caso de que se tratare. El directivo del establecimiento debe requerirla intervención del Ministerio Público Tutelar. De persistir la controversia, será de aplicación el art. 3° último párraf, de la Ley Nacional N° 26.961 que señala que cuando exista conflicto entre los derechos e intereses de las niñas y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos, prevalecerán los primeros.

2.3. Evaluación Médica de la mujer y de los potenciales factores de riesgo.

Cuando una mujer solicita la interrupción de un embarazo el médico tratante procederá a realizar los estudios que correspondan a fin de determinar si, desde el punto de vista médico, es viable proceder a interrumpir el embarazo. Se sugiere seguir los siguientes pasos:

- Establecer si la mujer está efectivamente embarazada
- Establecer la edad gestacional (la edad gestacional es un factor crítico para la selección del método más apropiado para practicar el ANP).
- Realizar un examen pélvico bimanual.
- Confirmar que el embarazo sea intrauterino.
- En caso de sospecha de embarazo ectópico es esencial confirmarlo inmediatamente e iniciar tratamiento; de no contar con recursos que permitan descartarlo se deberá

derivar a la mujer (tan pronto como sea posible) a un centro cuya complejidad permita el diagnóstico e inicie el tratamiento. Si para realizar el ANP se utilizan técnicas medicamentosas sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, debe ser re- evaluada para descartar un embarazo ectópico.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Registrar los datos correspondientes en el instrumento de registro utilizado en el centro asistencial (preferentemente una historia clínica orientada obstétricamente).
- Valorar otros factores de riesgo que puedan afectar la realización de un aborto. Estos incluyen:
 - alteraciones de la coagulación,
 - alergia a cualquier medicación que será usada durante el aborto
 - información acerca de cualquier droga/medicamento que la mujer use y que pueda interactuar con aquellas que se usarán durante el procedimiento.
- La determinación de niveles de hemoglobina y hematocrito permite comenzar el tratamiento y estar preparados si eventualmente se presenta una hemorragia durante o después de la interrupción del embarazo.
- Se recomienda realizar una hemoclasificación a objeto de transfundir sangre segura en caso de ser necesario. En caso de mujer Rh negativo investigar anticuerpos irregulares (Prueba de Coombs Indirecta). Toda mujer D negativo no sensibilizada al Antígeno deberá recibir Gammaglobulina hiperinmune Anti-D. La misma debe ser administrada al momento del procedimiento. Para los casos en que se utiliza un aborto medicamentoso, se ha recomendado la administración de la inmunoglobulina Rh al momento de la administración de las prostaglandinas. Teniendo en cuenta el tiempo de gestación se utilizarán las siguientes dosis:
 - 1º trimestre: 1 dosis no menor a 100 microgramos por vía IM o IV
 - 2º trimestre: 1 dosis no menor a 250 microgramos por vía IM o IV.
- Se debe ofrecer la realización de pruebas de tamizaje para Sífilis y HIV (VDRL y ELISA o prueba rápida), así como los tamizajes de cáncer genito-mamario que correspondan. El pedido de aborto puede ser una oportunidad para la evaluación de la citología cervical y la investigación de sífilis, H.I.V. y otras I.T.S, especialmente en lugares donde la prevalencia de cáncer cervical e I.T.S. es alta. La realización de estos estudios no es requisito indispensable para llevar a cabo un aborto seguro por lo que no puede ser nunca una condición para que la mujer obtenga un ANP.
- Se deberá valorar la necesidad de indicar medicación propia del protocolo de abuso sexual.
- La exploración ecográfica no es imprescindible para la realización de un aborto temprano. En lugares donde se encuentra disponible, puede colaborar para la detección de un embarazo ectópico mayor de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo pueden realizarse ecografías antes o durante el procedimiento abortivo. En aquellos lugares donde se utilice la ecografía, se debe, si es posible, implementar momentos distintos de atención entre aquellas mujeres que buscan un aborto y aquellas que reciben cuidados prenatales.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- Si hay signos clínicos de infección del tracto reproductivo inferior, la mujer debe ser tratada inmediatamente para luego llevar a cabo el aborto. La presencia de infecciones del tracto reproductivo inferior al momento de la realización del aborto es un factor de riesgo post-procedimiento. En aquellos lugares donde se realicen análisis de laboratorio para infección del tracto reproductivo inferior de forma rutinaria y si no hay signos visibles de infección, el aborto no debe retrasarse esperando los resultados.
- Según las características clínicas de la mujer el médico tratante podrá, en caso de considerarlo necesario realizar las interconsultas a las especialidades que considere necesario.

Solo en casos en que por causas clínicas sea necesario se podrá convocar a un equipo interdisciplinario idealmente compuesto por un toco ginecólogo, médico tratante y un psicólogo, a los que se podrán sumar otros profesionales (según el cuadro clínico). Los profesionales objetores de conciencia no podrán conformar el equipo interdisciplinario.

Deberá brindarse asistencia psicológica a la embarazada y cuando el profesional lo aconseje, y con el consentimiento de la mujer, a su grupo familiar, extendiéndose el mismo después de realizado el aborto por un plazo no menor a tres (3) meses.

Los análisis de laboratorio para corroborar el embarazo pueden no ser necesarios, a no ser que los signos típicos de gestación no estén claramente presentes y el profesional no esté seguro si la mujer está embarazada.

En ningún caso la realización de exámenes previos puede ser un requisito para la realización de un ANP a razón del inciso 2 del art 86.

No deben solicitarse intervenciones adicionales que prolonguen los plazos tales como autorización de más de un profesional de la salud, revisión o autorización por auditores o de comités de ética. Aquellos centros de salud que no cuenten con el personal ni el equipamiento adecuado deberán referenciar a la mujer tempranamente a otro servicio. Independientemente de su nivel de complejidad, en caso de contar con capacidad operativa suficiente podrán realizar, a objeto de acelerar los plazos, algunas de estas prácticas debiendo incluir los resultados al momento de referenciar la mujer hacia el centro que ejecute el ANP.

El médico tratante de planta procederá a realizar los estudios que correspondan a fin de determinar si, desde el punto de vista médico, es viable proceder a interrumpir el embarazo, pudiendo convocar al equipo interdisciplinario, o realizar interconsultas.

En el supuesto que, por las características clínicas del caso, desde el punto de vista médico no sea viable proceder a interrumpir el embarazo se deberá poner esto en conocimiento de la persona o de su representante legal, por escrito, inmediatamente, dejándose constancia en la Historia Clínica de tal circunstancia y sus correspondientes motivos. Para determinar este tipo de conclusión se podrá solicitar el aporte interdisciplinario que fuere necesario.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

En caso de desearlo la mujer tienen derecho a solicitar otras opiniones diagnósticas y pronósticas.

2.4. Plazo

La evacuación de las medidas necesarias para la realización del aborto no punible según artículo 86 inciso 2° del Código Penal (consentimiento informado, estudios médicos, estudios psicológicos, recursos técnicos, humanos y farmacológicos, objeción de conciencia, y/o cualquier otra medida pertinente), no deberá ser mayor a diez (10) días desde que se haya presentado la solicitud de la mujer o de su representante legal salvo que, por razones estrictamente médicas, al aborto deba postergarse. Una vez que estas medidas se efectivicen el ANP deberá ser practicado lo más pronto posible (debería realizarse dentro de los primeros 10 –diez- días siguientes a la solicitud de la mujer o de quien estuviera autorizado a solicitarlo).

Se deberá evitar la realización de estudios complementarios innecesarios u otro tipo de situaciones de espera que dilaten la efectivización de la práctica.

3. MÉTODOS RECOMENDADOS PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

A la fecha de elaboración de la presente guía la disponibilidad de medicamentos efectivos, seguros y aceptados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica para inducir un aborto en nuestra provincia es limitada. En este documento se hace referencia a los métodos más accesibles. Sin embargo otros métodos tal vez puedan aseguir en un futuro cercano.

En relación a los límites de tiempo en que se recomiendan los diversos métodos las indicaciones presentes tienen un carácter indicativo más que prescriptivo. Por ejemplo, la mayoría de los y las profesionales entrenados/as pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas completas de embarazo, mientras que otros/as especialmente entrenados/as, con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este método de manera segura hasta las 15 semanas completas.

3.1. Métodos recomendados según semanas de gestación.

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

En este periodo los métodos de elección son:

- la aspiración endouterina manual (AMEU) o eléctrica,
- el aborto con medicamentos.

En relación al aborto con medicamentos la prostaglandina ha demostrado ser un régimen seguro y efectivo hasta las 12 semanas completas. Sin embargo para su uso es aconsejable tener posibilidad de contar localmente con el soporte de técnicas de aspiración en caso de falla o aborto incompleto o en su defecto la posibilidad de derivación.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

La dilatación y curetaje deberían quedar reservados para ser utilizados cuando ninguno de los métodos mencionados esté disponible.

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

Los métodos medicamentosos de alta efectividad que pueden usarse en este periodo incluyen el uso de mifepristona, droga prácticamente inaccesible a las instituciones nacionales. También puede utilizarse misoprostol solo pero con menor eficacia. El método quirúrgico de elección en este periodo es el método de dilatación y evacuación, usando aspiración y pinzas.

Los centros asistenciales de baja complejidad asistencial deberán derivar la mujer a aquellos centros de mayor complejidad que tengan la capacidad de llevar a cabo abortos en etapas avanzadas del embarazo de una manera segura.

3.2. Aborto no punible con medicamentos: Regímenes de misoprostol solo (adaptación)

- Hasta 9 semanas completas desde la fecha de última menstruación:

Régimen recomendado: 800 µg. de misoprostol por vía vaginal cada 6 hs. hasta completar 3 dosis.

El misoprostol por vía vaginal ha demostrado tener mayor efectividad y tolerancia que el misoprostol administrado oralmente.

- De 9 a 12 semanas completas desde la fecha de la última menstruación

Régimen recomendado: hasta 3 dosis de 800 µg. de misoprostol administrados por vía vaginal en intervalos de 3, 6, 12 ó 24 horas (se alcanza una efectividad de entre 80-90%).

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

Régimen recomendado: 400 µg. por vía vaginal cada 3 horas hasta un total de 5 dosis en gestaciones de hasta 23 semanas

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

La administración sublingual o en la unión de las mucosas yugal y gingival a nivel maxilar lateral parecen menos efectivas salvo que se administre cada 3 horas lo que suele provocar más efectos gastrointestinales.

Debe llamarse la atención sobre el producto a utilizar y su formulación terapéutica. En la República Argentina existen formulaciones terapéuticas que contienen 25 µg. de misoprostol (sin otra droga activa); sin embargo la certificación ANMAT no incluye su uso para casos de ANP. Se encuentran otros productos aceptados para finalidades analgésicas



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

antiinflamatorias (tampoco aceptados para usos en casos de ANP) que combinan una cubierta que contiene 200 µg. de misoprostol con un núcleo contenedor de antiinflamatorios (como por ejemplo diclofenac).

En caso de resultados positivos ocurre un sangrado con una duración promedio de 9 días, sin embargo es factible (en casos infrecuentes) que el sangrado pueda durar hasta 45 días.

En casos de embarazos de hasta 9 semanas completas se recomienda que la mujer permanezca 4-6 horas bajo observación luego de aplicada la prostaglandina; se deberán revisar todas las toallas sanitarias y la ropa de cama utilizados durante la observación, para incrementar la posibilidad de confirmar un aborto durante ese período. En casos de embarazos de más de 12 semanas completas de embarazo, la mujer debería permanecer en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

Llamado de Atención: cuando la mujer haya procedido a la denuncia del abuso y/o cuando legalmente se haya sido requerido material para análisis genético la obtención de la muestra será más dificultosa en los casos en que el tratamiento se haga en forma ambulatoria.

Es aconsejable la indicación de medicación para los dolores cólicos.

Se debe programar una visita de control a los 10-15 días en tanto no se presenten signos de alarma indicativos de posibles complicaciones. En este control se debe confirmar que el aborto ha sido completo, que no hay infecciones y que no han ocurrido complicaciones. Si no se confirmara el aborto completo en esta visita la mujer podrá optar por una aspiración al vacío, aunque no es clínicamente necesario que lo haga, salvo que el examen físico, los síntomas clínicos o los estudios de laboratorio sugieran que el embarazo sigue su curso.

Si la mujer se encuentra bien, ni la hemorragia prolongada ni la presencia de tejido en el útero (detectado por ecografía) son una indicación para una intervención quirúrgica. Los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero generalmente son expulsados durante el sangrado subsiguiente.

Los efectos colaterales de la medicación incluyen náuseas, vómitos y diarrea que generalmente calman dentro de las 24 horas.

Pueden ocurrir dolores cólicos que por lo general son aliviados con analgésicos usuales.

El sangrado tipo menstrual prolongado es un efecto a esperar con el aborto con medicamentos. Dicho sangrado raramente es lo suficientemente abundante como para constituir una emergencia.

La aparición de hemorragia muy profusa, fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado (más allá del esperado) y sensibilidad uterina son signos de alerta.

Antes del alta se debe brindar a la mujer información completa sobre qué esperar, sobre los posibles efectos colaterales, como reconocer posibles complicaciones (síntomas de alarma) y cómo buscar ayuda (a quién y donde recurrir en caso de que eso suceda).

A la mujer se le debe informar:



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- que debe esperar un sangrado que puede ser similar o mayor al de una menstruación abundante
- que probablemente elimine el producto de la concepción en su hogar o en algún otro lugar.
- Sobre los signos de alarma que pueden indicar la presencia de complicaciones, a saber:
 - sangrado demasiado abundante (como para empapar más de dos toallas sanitarias grandes o nocturnas por hora)
 - si el sangrado no para durante más de 3 semanas o es tan abundante que produce debilidad o mareos.
 - si reaparece un sangrado demasiado abundante dos o tres semanas después de haber disminuido o desaparecido
 - fiebre o escalofríos
 - dolor abdominal o pélvico
 - sensibilidad uterina

Si la mujer es analfabeta es aconsejable ofrecer la información a través de imágenes.

Mientras esperan que se complete el aborto, las mujeres deben tener la posibilidad de ponerse en contacto con un/una médico/a o un/una profesional de la salud que pueda responder sus preguntas y brindarle apoyo.

Los establecimientos asistenciales públicos que cuentan con guardia activa deberán poder contener inicialmente estas situaciones y derivarlas a los niveles asistenciales que el caso requiera en función del grado de urgencia-emergencia que presente.

En caso de aborto fallido o incompleto, se deberá proceder a la realización de un aborto quirúrgico o aspiración (si el centro asistencial en que se procedió al uso inicial de misoprostol no dispone de esta capacidad deberá realizar la derivación a un centro de mayor complejidad en que puedan llevarse a cabo)

Si el sangrado es intenso o prolongado o si provoca anemia, o si existen pruebas de infección o si la mujer lo solicita puede ser necesaria la evacuación quirúrgica (en caso de infección será necesaria también la utilización de antibióticos).

Ante la sospecha no descartada de embarazo ectópico no debe utilizarse el tratamiento medicamentoso: ante tal sospecha se requiere mayor evaluación y, de confirmarse, tratamiento inmediato. El diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un aborto con medicamentos dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utiliza el aborto con medicamentos sin la confirmación previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, debe ser re-evaluada para descartar un embarazo ectópico.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

3.3. Aborto no punible quirúrgico

Las técnicas quirúrgicas utilizadas más utilizadas son:

- *Aspiración al vacío*
- *Dilatación y curetaje (o legrado)*
- *Dilatación y Evacuación*
- *Histerotomía*

Para la realización de cualquiera de estas técnicas siempre deberá utilizarse *medicación para calmar el dolor de la mujer*.

Además deberá procederse a una correcta *evaluación de los productos de la concepción* para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico

El uso profiláctico de antibióticos para las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico ha demostrado reducir el riesgo de infecciones postaborto y debe indicarse en caso de ser posible.

3.3.1 Técnicas quirúrgicas a utilizar

3.3.1. a) Aspiración al vacío

La aspiración al vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula.

Es la técnica quirúrgica de elección para embarazos de hasta 12 semanas completas. Algunos profesionales, dependiendo del caso en particular, de su entrenamiento y su experiencia tienen capacidad para realizar la aspiración al vacío hasta las 15 semanas completas.

Se pueden utilizar 2 técnicas:

- aspiración eléctrica (se utiliza una bomba eléctrica al vacío)
- aspiración manual endouterina o A.M.E.U. (el vacío se crea utilizando una "bomba" o "jeringa" plástica sostenida y activada con la mano).

Las tecnologías de aspiración eléctrica o manual son igualmente efectivas.

Dependiendo de la duración del embarazo, la aspiración al vacío puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos y/o anestesia local.

En embarazos muy tempranos, la cánula puede ser introducida sin dilatación cervical previa. Sin embargo, muchas veces, antes de la inserción de la cánula se requiere la dilatación utilizando dilatadores osmóticos o mecánicos, solos o en combinación con una prostaglandina, o la preparación cervical con un agente farmacológico como una prostaglandina (misoprostol). La preparación cervical es especialmente beneficiosa para algunas mujeres, tales como aquellas con anomalías cervicales o cirugías previas,



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

mujeres jóvenes y aquellas con embarazos avanzados, que tienen mayor riesgo de lesiones cervicales o perforación uterina, que pueden ser la causa de hemorragias. Se recomienda para embarazos de más de 9 semanas completas en nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos de más de 12 semanas completas. Se puede utilizar la administración vaginal de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes de la cirugía es efectiva. También podría usarse la administración oral de 400 µg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento

La mayoría de las mujeres que tiene un aborto durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la institución después de haber permanecido alrededor de 30 minutos en observación en una sala de recuperación. En general, se necesitan períodos más largos de recuperación en embarazos con más edad gestacional o cuando se utilizó sedación o anestesia general.

Si bien son infrecuentes, las complicaciones de la aspiración al vacío incluyen infecciones pélvicas, sangrado excesivo, lesión cervical, evacuación incompleta, perforación uterina, complicaciones de la anestesia y embarazos que continúan.

La observación de los procedimientos de limpieza y desinfección y el uso de rutina de antibióticos al momento del aborto juegan un papel esencial en la prevención de infecciones postprocedimiento.

Los cólicos abdominales o el dolor y el sangrado similar al de la menstruación son efectos colaterales de cualquier procedimiento abortivo.

Requisitos mínimos para realizar la técnica de aspiración:

- Contar con Quirófano
- Posibilidad de realizar manejo adecuado del dolor: sedación leve y/o anestesia local
- Contar con algunos de los siguientes perfiles de profesionales: ginecólogo, obstetra o toco ginecólogo.

No deberá realizarse este tipo de práctica en centros asistenciales que no puedan garantizar estos requerimientos. Por lo tanto solo podrán ejercerse en Hospitales de Nivel III y eventualmente en aquellos Hospitales Nivel II de la provincia que cumplan estos requisitos. Los servicios de menor complejidad asistencial deberán referenciar a las mujeres hacia centros de referencia que cuenten con los requisitos necesarios.

La dilatación y curetaje es menos segura que la aspiración al vacío y considerablemente más dolorosa para la mujer; además sus tasas de complicaciones son de dos a tres veces mayores que las de la aspiración al vacío. Se recomienda que en aquellas instituciones donde la práctica habitual sea la dilatación y curetaje se intente realizar un reemplazo progresivo por técnicas de aspiración al vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

3.3.1. b) Dilatación y curetaje

La dilatación y curetaje ("legrado o raspado"), involucra la necesidad de realizar dilatación cervical mediante agentes farmacológicos o dilatadores mecánicos y la utilización de legras o "curetas".

En cuanto a la dilatación cervical son válidas las consideraciones previamente expresadas en el ítem correspondiente a aspiración al vacío.

Requisitos mínimos para realizar la técnica de aspiración:

- Contar con Quirófano
- Posibilidad de realizar manejo adecuado del dolor: sedación leve o fuerte, analgesia y/o anestesia local
- Contar con algunos de los siguientes perfiles de profesionales: ginecólogo, obstetra o toco ginecólogo.

3.3.1. c) Dilatación y evacuación

Es la técnica quirúrgica más efectiva y segura para embarazos avanzados (desde aproximadamente las 12 semanas completas de embarazo) para ser utilizada en aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad,

Se requiere la preparación cervical con una prostaglandina como el misoprostol, o laminaria o con un dilatador hidrofílico similar; dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando una aspiración al vacío eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas.

Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo. Si bien no es esencial, puede utilizarse el uso de ecografía durante el procedimiento. Si el profesional no tiene un entrenamiento supervisado adecuado y un número suficiente de casos para mantener sus habilidades, debe utilizar el aborto con medicamentos.

Es habitual que ocurran más sangrado post-operatorios que en abortos del primer trimestre, por lo que debe considerarse la administración de ocitocina.

Aquellos servicios en que se realicen estos procedimientos deberán estar equipados y contar con el personal entrenado para administrar, de ser necesaria, una sedación consciente o profunda motivo por el que la práctica deberá realizarse en Hospitales de Nivel III y eventualmente en algún hospital de Nivel II que garantice un manejo adecuado.

3.3.1. d) Histerotomía

No debe utilizarse como método principales para un aborto. Su morbilidad, mortalidad y costos son mayores que los de las otras técnicas. Su práctica debe quedar restringida a casos especiales en los que condiciones independientes del aborto justifiquen su aplicación.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

3.3.2 Manejo del dolor

El asesoramiento y tratamiento humanizado pueden reducir los temores y la percepción del dolor. La persona que lleve a cabo el procedimiento y todo el personal presente debe mostrar una actitud amigable y tranquilizadora. Además deberá evaluarse la posibilidad eventual (si la mujer lo desea y si las condiciones así lo permiten) que su pareja, un miembro de la familia o una amiga acompañe a la mujer durante el proceso.

Siempre debe utilizarse medicación para el dolor. Descuidar este elemento importante, aumenta innecesariamente la ansiedad y molestias de la mujer y compromete seriamente la calidad de la atención.

Para el manejo del dolor durante el aborto, se utilizan tres tipos de medicamentos, solos o combinados:

- analgésicos, que alivian la sensación de dolor;
- tranquilizantes, que reducen la ansiedad;
- y anestésicos que adormecen la sensación física.

En la mayoría de los casos, los analgésicos, la anestesia local y/o una sedación leve complementada con apoyo verbal es suficiente.

Los analgésicos no narcóticos incluidos en la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, tales como los antiinflamatorios no esteroides generalmente son suficientes para reducir el dolor asociado tanto con el aborto con medicamentos como con el quirúrgico, incluyendo los cólicos. El paracetamol no es efectivo para aliviar el dolor postprocedimiento.

En los abortos quirúrgicos, la administración de tranquilizantes antes del procedimiento, tales como el diazepam, puede reducir el temor e inducir relajación, haciendo la intervención más fácil. El uso complementario de analgésicos narcóticos también puede ser apropiado, pero dada la posibilidad de complicaciones, tal como la depresión respiratoria, es necesario disponer de agentes que reviertan el efecto narcótico y tengan capacidad de resucitación.

En los casos que requieren dilatación cervical para la realización de un aborto quirúrgico, para aliviar las molestias de la mujer es conveniente utilizar un bloqueo paracervical con un anestésico local como la lidocaína de acción rápida, inyectada por debajo de la mucosa cervical en los cuatro cuadrantes del cérvix. La utilización de una anestesia local con aspiración ha demostrado ser segura y efectiva. Las ventajas de utilizar una anestesia local en vez de general, 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. La inyección de anestesia local debe realizarse con habilidad, para evitar la introducción endovenosa de la droga por lo que (la práctica debe ser ejecutada por personal adecuadamente entrenado).

La anestesia general no se recomienda para abortos y aumenta los riesgos clínicos. También ha sido asociada con mayores tasas de hemorragia que la anestesia local. La utilización de



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

anestesia general aumenta los costos, no sólo para el servicio de salud sino para la mujer, particularmente porque el alta se permite recién a la mañana siguiente. A pesar de esto, algunas mujeres prefieren la anestesia general y su uso también puede ser preferible desde el punto de vista profesional durante procedimientos difíciles. Toda institución que ofrezca anestesia general deberá contar con el equipo especializado y el personal entrenado para administrarla y manejar cualquier complicación.

3.3.3 Evaluación de los productos de la concepción posterior a un aborto quirúrgico

Después de los métodos de aborto quirúrgico, es importante evaluar inmediatamente los productos de la concepción para excluir la posibilidad de un embarazo ectópico. Si la práctica realizada no pone de manifiesto los productos de la concepción esperados, debe sospecharse un embarazo ectópico y la mujer debe ser reevaluada. Además, los profesionales deben estar alertas a signos sugestivos de un embarazo molar. Si el contenido no corresponde a la duración estimada del embarazo, los profesionales de la salud deben considerar la posibilidad de un aborto incompleto.

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

Cuando la mujer haya procedido a la denuncia del abuso y/o cuando legalmente haya sido requerido material para análisis genético los productos del material obtenido deberán ser resguardados para dicha evaluación.

3.3.4 Período de recuperación

En ausencia de complicaciones, la mayoría de las pacientes pueden ser dadas de alta del establecimiento tan pronto como se sientan capaces y sus signos vitales sean normales siendo citadas a control en no más de 7 días

Después de en etapas tardías del embarazo o después de una sedación importante o anestesia general, los períodos de recuperación pueden ser más largos y la mujer podrá requerir una observación más prolongada y cercana. Idealmente, las mujeres que se someten a un aborto quirúrgico deben tener

un control con un profesional entrenado 7-10 días después del procedimiento para evaluar su salud en general.

4. MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO NO PUNIBLE

Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un embarazo son similares a aquellas necesarias para el cuidado de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

4.1. Aborto incompleto

Es una complicación más común cuando se utiliza un aborto con medicamentos que cuando se realiza por métodos quirúrgicos en manos entrenadas.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección. También debe sospecharse si al examinar visualmente el tejido obtenido durante el aborto quirúrgico no concuerda con la duración estimada del embarazo.

En estas situaciones se deberá realizar re-evacuación del útero, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección.

4.2. Aborto fallido

Puede ocurrir tanto con métodos quirúrgicos como medicamentosos.

En estos casos la terminación requerirá aspiración al vacío o Dilatación y Evacuación para embarazos del segundo trimestre.

4.3. Hemorragia

Puede deberse a:

- retención del producto de la concepción,
- traumatismo o daño del cervix
- perforación uterina.

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

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

Si el sangrado propio del aborto con medicamentos constituye una emergencia con compromiso de la volemia el servicio deberá, según su complejidad, estabilizar y tratar a la mujer afectada o derivarla a servicios de mayor complejidad (con vía endovenosa y administración de fluidos durante el trayecto).

4.4. Infección

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

Cuando se diagnostica una infección, deberán administrarse antibióticos apropiados y si la probable causa de la infección es la retención del producto de la concepción, deberá re-evacuarse el útero.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

4.5. Perforación uterina

Se debe prestar especial atención a la manifestación de dolor por parte de la mujer, dado que el dolor puede deberse a una perforación uterina o una **hematometra** la que puede ser tratada con una droga oxitócica. Por lo tanto, particularmente con los abortos tardíos, es importante confirmar con examen bimanual el tamaño uterino a través de la pared abdominal.

Por lo general, la perforación uterina no se detecta y suele resolverse sin necesidad de intervenir.

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

4.6. Complicaciones relacionadas con la anestesia

La anestesia local es más segura que la anestesia general, tanto para la aspiración al vacío en el primer trimestre como para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre.

Cuando se utiliza anestesia general, los profesionales deben tener la habilidad de estabilizar y manejar convulsiones, así como también el deterioro de la función cardio-respiratoria. Siempre debe disponerse de agentes que reviertan el efecto narcótico. Esta práctica debe quedar restringida a aquellos establecimientos que cuenten con el personal y equipamiento adecuado.

4.7. Secuelas a largo plazo

La gran mayoría de las mujeres que se realizó un aborto en condiciones adecuadas no sufrirá ningún tipo de secuelas a largo plazo en su salud general y/o reproductiva. La excepción está constituida por una proporción baja de mujeres que tienen complicaciones severas en el aborto.

5. CONSEJERÍA PREALTA: ANTICONCEPCIÓN POST-ABORTO PREVENCIÓN DE I.T.S Y PRUEBAS DE SCREENING VOLUNTARIAS

Antes del alta de la mujer se debe realizar consejería anticoncepción post-aborto y según la decisión informada adoptada por la mujer la provisión del métodos anticonceptivo correspondiente.

Después de un aborto, puede optarse diferentes métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, siempre que se tenga en cuenta el perfil de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con ciertos métodos.

Con relación a los métodos anticonceptivos disponibles cabe recordar que:



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- *Los anticonceptivos orales (combinados o de progestágenos solos), los anticonceptivos inyectables combinados mensuales (estradiol + norestisterona o estradiol + medroxiprogesterona) y los implantes pueden comenzar a utilizarse inmediatamente después del aborto, incluso el mismo día del procedimiento (aún en presencia de infección) considerando al día de la evacuación uterina como 1º día del ciclo.*
- *El D.I.U. puede colocarse inmediatamente en casos de abortos del 1º trimestre sin complicaciones; después de la 6º semana en casos de abortos durante el 2º trimestre de gestación y no antes de los tres meses en caso de infección.*
- *Preservativos masculino o femenino: iniciar su uso desde la primera relación sexo genital. Deben ser suministrados en todos los casos en que se decida una doble cobertura o en casos en que al alta no se ha tomado una decisión informada posterior a la consejería.*
- *El diafragma y el capuchón cervical no deben ser utilizados hasta después de 6 semanas de un aborto del segundo trimestre y existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si el mismo se coloca en el momento de un aborto del segundo trimestre*
- *No se recomienda el uso de métodos basados en el conocimiento del periodo fértil de la mujer hasta haber ocurrido tres ciclos menstruales espontáneos posteriores al aborto.*
- *La Ligadura Tubaria (vía minilaparotomía o por laparoscopia) puede realizarse inmediatamente luego de un aborto sin complicaciones. En casos de complicaciones debe posponerse hasta la resolución del cuadro.*

Toda mujer que acude al sistema de salud en condición de aborto debe recibir asesoramiento sobre prevención de ITS. Además, durante su atención o internación se le debe ofrecer la realización voluntaria e inmediata de pruebas de screening de H.I.V. y sífilis.

6. TAREAS INICIALES PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA GUÍA; RESPONSABILIDADES. NIVELES ASISTENCIALES DE EJECUCIÓN

A partir de la puesta en vigencia de la presente guía las estructuras jerárquicas del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (Subsecretaría de Salud, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Direcciones de zonas Sanitarias, Directores de Hospital y Encargados de Unidades Asistenciales de distinto nivel) deberán, según su nivel de responsabilidad, ejecutar las siguientes tareas:

- a) Las Direcciones de Zonas Sanitarias deberán dar a conocer a los integrantes de los equipos asistenciales de los establecimientos de 1º, 2º y 3º nivel asistencial los lineamientos generales de la presente resolución y del anexo correspondiente.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- b) Los Responsables de cada establecimiento asistencial deberán garantizar que la totalidad de los equipos de salud de todos los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública Provincial reconozca que una solicitud de aborto a causa de abuso/violación no puede ser denegada.
- c) Los Responsables de cada establecimiento asistencial deberán distinguir (entre el personal a su cargo) personal objetor de conciencia y personal que no lo es, garantizando los derechos de los objetores. En función de este discernimiento y de la complejidad asistencial del establecimiento deberán evaluar e informar a las estructuras jerárquicas superiores la real capacidad operativa asistencial que, para a casos de ANP, tiene el establecimiento.
- d) Las Direcciones de zonas Sanitarias, la Subsecretaria de Salud, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en consenso con las direcciones asistenciales de los hospitales de mayor complejidad establecerán, a partir de esa información y evaluación, un circuito o red de referencia - contra referencia de los casos (determinando el nivel de complejidad asistencial que le cabe a cada establecimiento). La red se constituirá teniendo en cuenta las siguientes consideraciones generales:
- Los distintos aspectos involucrados en la **evaluación clínica de la mujer y de los potenciales factores de riesgo** podrá realizarse en **cualquier nivel asistencial que cuente con la capacidad técnica adecuada**.
 - Las prácticas de **ANP con medicamentos en embarazos de hasta 12 semanas** de gestación podrán ser realizadas en **instituciones de cualquier nivel asistencial capaces de garantizar** a) que la mujer permanezca 4-6 horas bajo observación luego de aplicada la prostaglandina b) contención inicial a las posibles complicaciones y que derivación inmediata hacia niveles asistenciales de complejidad adecuada para resolver complicaciones c) derivación a centros de realización de técnicas quirúrgicas en casos de aborto fallido o incompleto.
 - Las prácticas de **ANP con medicamentos en embarazos de 12 semanas o más** podrán realizarse en aquellas **instituciones de 2° o 3° nivel** asistencial que a) puedan garantizar que la mujer permanezca en observación hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados b) que cuenten localmente con el soporte de técnicas de aspiración en caso de falla o aborto incompleto o en su defecto la posibilidad de derivación c) que puedan brindar contención inicial a las complicaciones que pudieran surgir y que puedan derivar los casos que presenten complicaciones hacia niveles asistenciales de complejidad adecuada para resolverlos
 - Las **técnicas de aspiración** podrán realizarse en **instituciones de 2° o 3° nivel** asistencial que a) cuenten con quirófano, b) tengan la posibilidad de realizar manejo adecuado del dolor: sedación leve y/o anestesia local, c) cuente con algunos de los siguientes perfiles de profesionales: ginecólogo, obstetra o toco ginecólogo. No deberá realizarse este tipo de práctica en centros asistenciales que no puedan garantizar estos requerimientos. Los



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- servicios de menor complejidad asistencial deberán referenciar a las mujeres hacia centros de referencia que cuenten con los requisitos necesarios.
 - La **técnica de dilatación y curetaje** (“legrado o raspado”), podrá realizarse en **instituciones de 2º o 3º nivel asistencial** que a) cuenten con quirófano, b) tengan la posibilidad de realizar manejo adecuado del dolor: sedación leve y/o anestesia local, c) cuente con algunos de los siguientes perfiles de profesionales: ginecólogo, obstetra o toco ginecólogo. No deberá realizarse este tipo de práctica en centros asistenciales que no puedan garantizar estos requerimientos. Los servicios de menor complejidad asistencial deberán referenciar a las mujeres hacia centros de referencia que cuenten con los requisitos necesarios.
- e) Será competencia de las Direcciones de Zonas Sanitarias que los responsables de los establecimientos de su jurisdicción conozcan, en cada caso en particular, el circuito de derivación a implementar. En caso de desconocimiento del circuito el responsable del establecimiento asistencial deberá comunicarse de inmediato con la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia, donde se le indicará a qué establecimiento y de qué manera debe ser derivada la mujer.
- f) Implementar estrategias tendientes a que los equipos asistenciales involucrados en la atención a mujeres en estas situaciones adquieran, según el nivel de complejidad que corresponda, los conocimientos precisos y competencias técnicas que sean necesarios y/o los procedimientos a utilizar para realizar la referencia de los casos hacia los niveles de complejidad apropiados.
- g) Una vez puestos en conocimiento de los presentes lineamientos ninguno de los integrantes de los equipos asistenciales deberá negar, evadir o mantener en suspenso e incertidumbre a la mujer que solicita un ANP o a quienes en cada caso se encuentren autorizados para requerirlo en tanto no se hayan confirmado la existencia de contraindicaciones absolutas de la práctica. En caso de que una solicitud realizada por ante una institución o persona que no realiza la práctica (por limitaciones técnicas, operativas, de competencia o habilidades, por objeción de conciencia u otras causas) deberá derivar prontamente la solicitud hacia los espacios institucionales que puedan garantizarla. Si la práctica fuese solicitada a un profesional que haya declarado su objeción de conciencia este deberá derivar, con la mayor celeridad posible, la solicitud hacia los espacios institucionales que puedan garantizar la práctica.

Hasta tanto se establezca con precisión la red de referencia-contrarreferencia y en el supuesto de que una institución no cuente con profesionales que puedan realizar las prácticas abortivas no punibles, se deberá notificar esa circunstancia a la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública o en su defecto al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable desde donde se arbitrarán los medios para garantizar la prestación en cuestión.



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ABORTO: DEFINICIÓN OPERATIVA

A objeto de la ejecución de la presente guía y en función de las diferentes interpretaciones que se puede dar al concepto "aborto" se hace necesario estipular una definición operativa hasta tanto el criterio científico o jurídico indique lo contrario.

A objeto de la presente guía se considera que "La definición de aborto generalmente aceptada, usada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500gramos o menos. Este estadio equivale a 20 semanas de gestación aproximadamente." (Copeland, L.J., Jarrell, J.F., McGregor, J.A., "Ginecología", Ed. Médica Panamericana, 1º edición en español (1º reimpresión) 1996 (pag. 200):



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 86 INC 2º DEL CODIGO PENAL
MUJERES CAPACES MAYORES DE EDAD

SOLICITUD y CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO - ABORTO NO PUNIBLE

Nombre y Apellido:.....
Documento (tipo y N°):.....
Domicilio:.....
Ciudad de:..... Provincia:.....
Edad:..... Fecha de nacimiento:.....
N° de historia clínica:.....

DECLARO:

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

Mayor y capaz, requiero formalmente la interrupción del embarazo,
en los términos del Art. 86 inc. 2º del Código Penal.

A los fines referidos declaro expresamente:

- 1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre la naturaleza e implicancias que sobre la salud tiene la intervención que solicito, las características del procedimiento, sus riesgos y consecuencias.
- 2) Que he entendido la información que se me ha dado.
- 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 4) Que conforme lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

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

Firma de la interesada.....

Firma del o de los profesionales médicos responsables del procedimiento de
consentimiento informado.....MN°.....

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



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS TÉRMINOS DEL ART. 86 INC 2º DEL CODIGO PENAL
MUJERES MENORES DE 14 AÑOS O INCAPACES

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO MUJER MENOR DE 14 AÑOS O INCAPAZ - ANP

Datos del/ de la requirente (Representante legal)

Nombre y apellido:.....
Documento tipo y N°:.....
Con domicilio en:.....
Ciudad de:....., Provincia de:.....

Datos de la beneficiaria

Señalar lo que corresponda:
1. Menor de 14 años 2. Incapaz (idiota o demente)

Nombre y Apellido:.....
Documento (tipo y N°):.....
Fecha de nacimiento:.....
Con domicilio en:.....
Ciudad de:..... Provincia:.....
N° de historia clínica:.....

Completar sólo en caso de incapaces.
(si no presenta constancia/certificado de discapacidad mental):

Diagnóstico psicológico, psiquiátrico o neurológico:.....
Fecha:.....
Profesional:.....

DECLARO de acuerdo a la información que poseo
• Que mi representada fue víctima de violación (abuso sexual con acceso carnal)
• Que como consecuencia de este hecho mi representada quedó embarazada.

Requiero formalmente se realice a mi representada la interrupción del embarazo en los términos de Art. 86 inc. 2º del Código Penal.

A los fines referidos acompaño copia fiel de la documentación que me acredita como representante legal y declaro expresamente:

- 1) Que he sido informado/a sobre la naturaleza e implicancias sobre la salud de mi representada de la intervención que solicito, características del procedimiento, sus riesgos y consecuencias.
- 2) Que he entendido la información que se me ha dado.
- 3) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.
- 4) Que conforme lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

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

- Firma del representante legal.....
- Firma del o los profesionales médicos responsables del procedimiento de consentimiento informado.....

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