



Resolución Directoral

Lima, 23 de noviembre de 2020

VISTO:

HETD Nº 20-14712-1, conteniendo el Memorandos Nºs 945 y 954-2020-DEOG/INMP, de fechas 03 y 05 de noviembre de 2020, del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, que adjunta el acta de reunión técnica de fecha 28 de octubre de 2020, de los médicos Jefes de los Servicios que integran el Departamento de Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal y correo electrónicos de fecha 21 de octubre del 2020, del Coordinador de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, por su parte el inciso b) del Artículo 37º del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, el Director Médico del Establecimiento de Salud deben asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial Nº 007-2017/MINSA, aprobó la NTS Nº 130-MINSA/2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de la gestante adolescente y el nacimiento de un recién nacido saludable a través de la atención integral y diferenciada durante el embarazo, parto y puerperio;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 486-2014-MINSA, de fecha 27 de junio de 2014, se aprobó la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menos de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal, con el objetivo de Estandarizar los procedimientos para la atención integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente;

Que, con Resolución Ministerial Nº 827-2013/MINSA, de fecha 24 de diciembre de 2013, se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", la misma que tiene como objetivo lograr el manejo estandarizado, eficiente y de



A. LUNA



R. VEGA C.

calidad en la atención integral de la salud materna y perinatal, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad y sus modificatorias aprobadas con Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, de fecha 23 de octubre de 2015 y Resolución Ministerial N° 159-2014-MINSA, de fecha 26 de febrero de 2014, de aplicación en todos los establecimiento del Sector Salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, de fecha 26 de julio de 2006, se aprobó las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacitación Resolutiva, dentro de los cuales se encuentra la Guía Clínica de Trastornos Hipertensivos del Embarazo con el Codito (CIE 10), preclampsia 014.9 y eclampsia 015.9;

Que, la NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobada por la Resolución Ministerial, aprobada con la Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, de fecha 14 de mayo de 2015, tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;



A. LUNA

Que, la referida NTS, en su numeral 5.1. señala que Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica; por lo que los Establecimientos de Salud Categoría II-1 al III-2, pueden elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con las GPC del nivel nacional o regional, en lo que corresponda, según lo señalado en el numeral 6.7. sub numeral 6.7.1. de la indicada NTS;



R. VEGA C.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre de 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud, el mismo que es de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobada por la Resolución Ministerial, aprobada con la Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, de fecha 14 de mayo de 2015, tiene por finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, la referida NTS, en su numeral 5.1. señala que Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica; por lo que los Establecimientos de Salud Categoría II-1 al III-2, pueden elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con las GPC del nivel nacional o regional, en lo que corresponda, según lo señalado en el numeral 6.7. sub numeral 6.7.1. de la indicada NTS;

Que, de acuerdo con los precitados dispositivos legales, mediante el Memorandos N°s 945 y 954-2020-DEOG/INMP, de fechas 03 y 05 de noviembre de 2020 el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica de procedimientos para la atención del aborto terapéutico, en el marco del artículo 119° del Código Penal y de "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención

Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo meros de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal Resolución Ministerial N° 486-2014-MINSA, de fecha 27 de junio de 2014, se aprobó la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menos de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal, la cual ha sido elaborada por profesionales expertos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y del Instituto Nacional Materno Perinatal, con el apoyo técnico y metodológico de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en estricto cumplimiento de las normativa legal vigente al respecto, por lo que corresponde su aprobación;

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, visación de la Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y en armonía de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N°001-2020/DMV-PAS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar la "**Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la atención del aborto terapéutico**" en el marco de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal", aprobado con Resolución Ministerial N° 486-2014-MINSA, de fecha 27 de junio de 2014, la misma que contiene catorce (14) numerales en un total de veintiún (21) páginas y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO: La Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, garantizará el cumplimiento de la referida Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos aprobadas con la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO: El Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Plos
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8740
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGR/RNVC

c.c.

- Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología
- Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Atención en Neonatología
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a las Especialidades Médicas y Servicios Complementarios
- Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
- Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría jurídica
 - Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Cooperación Internacional
- Oficina de Estadística e Informática (Púb. Pág. Web)
- Departamentos
- Unidades
- Servicios
- Archivo.



A. LUNA



R. VEGA C.



MATERNOPERINATAL
MATERNIDAD DE LIMA



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO

2020

Coordinador:

Dr. Enrique Guevara Ríos

Equipo de trabajo:

Dr. Antonio Mambret Luna Figueroa
Dr. Félix Dasio Ayala Peralta
Dr. César Carranza Asmat
Dr. Carlos Pérez Aliaga
Dr. Luis Meza Santibañez
Dr. Juan Diaz Villar
Dr. Luis Almeyda Castro
Dra. Leonor Arroyo Gálvez
Dr. Luis Quiñones Vásquez
Dr. Dennys Celedonio Salvador
Dr. Walter Castillo Urquiaga
Dra. Marta Rondón Rondón
Dr. Amadeo Sánchez Góngora



Colaboradores internos:

Dr. Rigoberto García De Los Ríos
Dr. Homero Mejía Chávez
Dr. Guillermo Atencio La Rosa
Dr. Pedro Arango Ochante
Dr. Felipe Loo Choy
Dr. Oswaldo Gonzáles Carrillo
Dr. Luis Kobayashi Tsutsumi
Dr. Jorge Femandini Artola
Dr. John Silva Zúñiga
Dr. Luis Sandoval Valiente

Colaboradores externos:

Dra. Nora Reyes Puma
Dr. José Vilchez Requejo
Dr. Julio Aguilar Franco
Dr. Alvaro Santibañez Pimentel
Dr. Sixto Sánchez Calderón

Colaboradores de SPOG:

Dr. Miguel Gutiérrez Ramos

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), establecimiento de salud de tercer nivel de atención, tiene como misión dar atención especializada y altamente especializada a la mujer en salud sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, desarrollando investigación, tecnología y docencia a nivel nacional, viene brindando la atención del aborto terapéutico desde el 2009.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (ICPD) que realizó en 1994, se adoptaron acuerdos por parte de los Estados: En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se debería ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos².

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing. En el párrafo 106° de la Plataforma de Acción de Beijing (PAB), donde se establecen las medidas que han de adoptar los gobiernos en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales, en la letra K se señala que en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos, considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos².

Según el Código Penal de 1924, LIBRO SEGUNDO PARTE ESPECIAL DELITOS TÍTULO I DELITOS CONTRA LA VIDA, EL CUERPO Y LA SALUD, en el Capítulo II Aborto. Aborto terapéutico. Artículo 119.- No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la **vida** de la gestante o para evitar en su **salud** un mal grave y permanente³.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) considera que el acceso a servicios de aborto seguro o legal, constituye un instrumento básico para garantizar los derechos humanos de todas las mujeres, no solo en una región o país concretos, sino en todo el mundo. El Proyecto "Abogacía por un aborto seguro" tiene como objetivo reducir la morbimortalidad materna por abortos inseguros. La FIGO apoya a diez Sociedades Miembros nacionales en el mundo, entre las que se encuentra la SPOG, para que aumenten su capacidad como líderes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y en estrategias de abogacía del aborto terapéutico, siempre en la medida que en que lo permita la ley de sus respectivos países. El proyecto colabora con un grupo asesor de expertos y también contribuirá a la estrategia de abogacía internacional⁴.

La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el Colegio Médico del Perú desde el 2004 promovieron talleres sobre la "Responsabilidad Médica frente a la interrupción legal del embarazo"⁵, apoyando el derecho de las mujeres al aborto terapéutico; esto es, cuando el



embarazo pone en riesgo su *vida* o puede ocasionarles daño grave y permanente en su *salud física y mental*, como en los casos de violación y malformaciones congénitas incompatibles con la vida. El 13 de agosto de 2005, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, el Colegio Médico del Perú y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, llevaron a cabo el "Taller de sociedades médicas para identificar el perfil clínico para aborto terapéutico"⁶.

Mediante Resolución del Colegio Médico del Perú, Resolución N°20-CN-CMP del 4 de noviembre de 1970: "Cada caso de aborto terapéutico que se plantee en el ejercicio de la profesión debe resolverse a criterio de una junta médica de no menos de tres especialistas en el problema que se trate". Si llega a concluirse en la junta médica que es procedente el aborto terapéutico, éste debe efectuarse en un hospital o clínica oficialmente reconocida"⁷.

Según la Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del código penal², aprobada por RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 486-2014/MINSA, Lima, 27 de junio del 2014, tiene por finalidad asegurar la Atención Integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de calidad, género e interculturalidad⁸.

Es en este contexto, indispensable, actualizar la Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico del INMP, que fue elaborada en el 2007, luego actualizada en el 2010 y 2017, para contar con una herramienta normativa, que faciliten la estandarización de los servicios brindados.

En cumplimiento de este rol, presentamos una actualización de la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la Atención del Aborto Terapéutico del Instituto Nacional Materno Perinatal, la misma que han sido elaborada por médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal y miembros de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, con amplia experiencia en el tema, planteando una herramienta moderna y práctica, de carácter asistencial, comprensible y de fácil aplicación en el quehacer diario institucional, que permita brindar una atención segura y de calidad a la gestante que requiera de un aborto terapéutico.

Sobre el tiempo de vigencia de estas herramientas, debemos tener en cuenta que las investigaciones actuales, el descubrimiento de nuevos fármacos fundamentales para una terapia exitosa y los avances tecnológicos en el área obstétrica nos obligan a revisar en forma periódica los nuevos conceptos relacionados a la patología obstétrica, de modo tal que nos permitan el manejo oportuno y de calidad al brindar estos servicios; por esto la presente guía estará sujeta a un proceso de actualización constante, consistentes con la metodología utilizada en su elaboración, la misma que ha sido rigurosa, cumpliendo con la normatividad vigente en su diseño estandarizado e incorporando en muchas de ellas la expresión real del trabajo médico multidisciplinario que se desarrolla en el Instituto.

Respecto a la utilidad de estas herramientas, ésta solo puede ser garantizada mediante su aplicación como soporte del monitoreo, supervisión y evaluación de la entrega de servicios obstétricos y ginecológicos, tanto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, como en los hospitales del país.



El Instituto Nacional Materno Perinatal agradece el apoyo técnico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, y el esfuerzo de los Médicos Gineco-Obstetras del Instituto Nacional Materno Perinatal, que hicieron posible la culminación de esta importante herramienta para mejorar la calidad de atención en las mujeres, en el país.

Coordinador y Equipo de Trabajo



A. LUNA

II. BASE LEGAL

Ley General de Salud. Ley N° 26842

Artículo 2, Artículo 29, Artículo 42, Artículo 44.

Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

Artículo 11, Artículo 46, Artículo 53, Artículo 73.

Criterio Técnico

Resolución Ministerial N° 668-2004-MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva.

Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA-Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad resolutoria y sus 10 anexos.

Directiva N° 061-DG-INMP-08: Normalizar Procedimientos Clínicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA: Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.

Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA: NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica.



ABORTO TERAPEUTICO CIE 10: O04

I. DEFINICIÓN

Es la interrupción del embarazo menor de las 22 semanas con el consentimiento informado de la mujer cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud física y/o mental¹ un mal grave y permanente.

II. INDICACIONES

Cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud física y/o mental un mal grave y permanente^{6, 8, 9, 10, 11, 12}.

Cuando el médico tratante toma conocimiento de un embarazo en mujeres con las patologías descritas, debe informar los riesgos sobre la vida y la salud de la gestante, para que ella pueda tomar una decisión respecto a solicitar la interrupción de su embarazo.

En caso soliciten la interrupción del embarazo, se llevará a cabo la Junta Médica para evaluar el caso y decidir si procede o no la interrupción terapéutica del embarazo. Si es recomendable proceder por la interrupción del embarazo, se informará a la gestante, quien luego de una sesión de Orientación/ Consejería, deberá firmar el consentimiento informado, para una interrupción del embarazo por razones terapéuticas⁸.

De acuerdo con lo consensuado por nueve sociedades médicas del Perú con la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el Ministerio de salud⁶ se consideran de acuerdo a las evidencias actuales a las siguientes entidades clínicas, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo:

- Insuficiencia renal crónica avanzada.
- Lupus eritematoso con daño renal severo.
- Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco y/o con morbilidades asociadas (Hipertensión Arterial Severa).
- Insuficiencia cardiaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica
- Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema porto esplénico con várices esofágicas.
- Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- Neoplasias malignas que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia.
- Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%.
- Embarazo ectópico.
- Hiperémesis gravídica rebelde al tratamiento (que conlleve desequilibrio electrolítico severo)
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Diabetes Mellitus avanzada con daño de órganos.



- Otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud física y/o mental de la gestante debidamente fundamentada por la junta médica como:
 - Mujeres en diálisis.
 - Antecedente de psicosis puerperal que no respondió al tratamiento, por el riesgo de homicidio o suicidio.
 - Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida^{11,12,13,14,15}.
 - Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por haber sido víctima de violencia sexual^{11, 12, 13,14,15}.



A. LUNA

III. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO^{8,9,10}:

1. El médico tratante, informa a la gestante sobre los diagnósticos y los riesgos para su vida o para su salud y los procedimientos terapéuticos.
2. Los diagnósticos deben estar en la historia clínica, sobre todo los que correspondan a otra especialidad contando con la opinión médica de procedencia de una interrupción terapéutica del embarazo. La institución se reserva repetir exámenes especializados, como las ecografías, que sustenten el diagnóstico de la paciente.
3. En caso se requiera, se complementará la evaluación física con la evaluación de la salud mental de la paciente, por el Servicio de Psiquiatría.
4. Si la gestante decide solicitar la interrupción del embarazo por razones terapéuticas, ella o su representante legal presenta la solicitud de atención de aborto terapéutico a la Dirección General del INMP (ANEXO 1)^{16,17}, quien la deriva a la Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología (DEOG).
5. La Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología (DEOG) recibe dicha solicitud y la deriva al Departamento de Obstetricia y Perinatología (DOP) quien deriva la solicitud al Servicio de Obstetricia al que pertenece el médico tratante y/o donde la paciente se encuentre hospitalizada.
6. La jefatura del Servicio de Obstetricia encargada del proceso, en un plazo no mayor de 48 horas convocará a una Junta Médica integrada por tres de los médicos programados en el día.
7. La Junta Médica, estará constituida por lo menos por tres médicos: dos médicos Gineco-Obstetras y un médico especialista relacionado con la patología de fondo que afecta a la gestante o un médico intensivista; de no tener los especialistas respectivos, la Junta Médica estará constituida por tres médicos Gineco-obstetras y el informe del médico especialista que propone el aborto terapéutico; y evaluarán el caso de acuerdo al marco legal vigente (ANEXO 2)^{6,7,8,9} informando al DOP de lo actuado y poniendo de conocimiento de la DEOG. La DEOG informará de las conclusiones de la Junta Médica a la Dirección General.
8. Si la Junta Médica ha concluido que es recomendable la interrupción terapéutica del embarazo, la Jefatura del Servicio de Obstetricia inmediatamente comunicará a la paciente de la decisión tomada y le indicará su hospitalización para el inicio del procedimiento por el médico de turno en el servicio.



9. Si la Junta Médica concluye que no es recomendable proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de 22 semanas el presidente de la junta médica comunicará a la gestante esta decisión y las razones para ello. La gestante podrá solicitar a la Dirección General realizar una segunda Junta Médica con otros profesionales en un plazo no mayor de 48 horas, con conocimiento de la Dirección General. Si esta segunda Junta Médica concluye que es recomendable la interrupción del embarazo, se continuará con el ítem 7; si concluye que no es recomendable proceder a la interrupción del embarazo, se le comunicará a la gestante de esta decisión y se le brindará la atención prenatal correspondiente.
10. Aprobado el procedimiento, la gestante deberá tener una Sesión de Orientación/Consejería de la interrupción legal del embarazo, al final del cual deberá firmar el Consentimiento Informado
11. La gestante o su representante legal, en caso de que se encuentre impedida de hacerlo, firmará el consentimiento informado y autorización para realizar el procedimiento de interrupción terapéutica del embarazo **(Anexo 3)**.
12. El consentimiento de la gestante o de su representante legal, de ser el caso, deberá a partir de este momento, pasar a ser parte de la historia clínica y deberá llevar la firma y el número del DNI, en caso de ser iletrada y/o indocumentada, bastará con su huella dactilar.
13. Desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de las 22 semanas hasta que se inicia la intervención, no debe exceder de 6 días calendario.
14. Una vez ejecutada la intervención, la Jefatura del Servicio informará a al Departamento de Obstetricia y Perinatología y ésta a la Dirección Ejecutiva de Obstetricia y Ginecología, quien finalmente debe informar a la Dirección General, según la hoja de trámite de solicitud de la paciente.
15. Si la Jefatura no cumple con convocar a la Junta Médica, ésta excede el tiempo establecido, o la Junta Médica ha denegado la interrupción terapéutica del embarazo, la gestante podrá recurrir ante el Director General del establecimiento *para* resolver en un plazo no mayor de 48 horas su caso.

IV. JUNTA MÉDICA

- La Junta Médica estará constituida por dos médicos Gineco-Obstetras asistenciales, y un médico especialista relacionado con la patología de fondo que afecta a la gestante o un médico intensivista, designados por la jefatura del Departamento de Obstetricia y Perinatología; de no tener el médico especialista respectivo, la Junta Médica estará constituida por tres médicos Gineco-obstetras y podrá solicitar la participación de un médico especialista de la patología de fondo o utilizará el certificado médico expedido por el médico especialista tratante de la paciente en el que se recomienda la interrupción terapéutica del embarazo por razones médicas^{6,7,8}.
- La Junta Médica recibirá el informe del médico tratante, evaluará el caso, ampliará la anamnesis, o volverá a examinar si así lo estima conveniente, o solicitará la interconsulta con la especialidad correspondiente, y dictaminará por la procedencia o no de la interrupción del embarazo.

- Si la Junta Médica dictamina afirmativamente, para proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de las 22 semanas, está en la facultad de la gestante aceptar o no la intervención; en caso de aceptación se deberá garantizar que exista consentimiento informado por escrito, de parte de la paciente o de su representante legal de ser el caso.
- Si la Junta Médica concluye que no es recomendable proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de 22 semanas, el presidente de la junta médica comunicará a la gestante esta decisión y las razones para ello. La gestante podrá solicitar a la Dirección General realizar una segunda Junta Médica con otros profesionales en un plazo no mayor de 48 horas, con conocimiento de la Dirección General. Si esta segunda Junta Médica concluye que es recomendable la interrupción del embarazo, se continuará con el ítem 7; si concluye que no es recomendable proceder a la interrupción del embarazo, se le comunicará a la gestante de esta decisión y se le brindará la atención prenatal correspondiente.



V. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y PREPARACION

El médico Gineco-Obstetra debe comprobar que la mujer presenta realmente un embarazo, así como el tiempo de gestación, porque es un elemento crítico en la selección del método para la evacuación uterina y en la celeridad que se debe tener para atender el caso.

ANAMNESIS

- Se debe elaborar una historia clínica completa e integral.
- Precisar el primer día de la última menstruación normal, así como la regularidad o irregularidad del régimen catamenial.
- Evaluar los antecedentes personales, alergias, obstétricos y quirúrgicos patológicos relevantes para el procedimiento.
- Identificar otros síntomas: tensión mamaria, náuseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria, dolor pélvico, fiebre, disnea, taquicardia, etc.

EXAMEN CLÍNICO

- Realizar el control de funciones vitales.
- Realizar el examen del aparato respiratorio y cardiovascular.
- Realizar el examen de abdomen
- Realizar el examen ginecológico.
- Examen con espéculo para identificar características del cuello uterino e identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital.
- Tacto vaginal para evaluar el ablandamiento del istmo cervical; para determinar la posición del cuello del útero, y el tamaño y posición del útero; y para confirmar el embarazo intrauterino de acuerdo con las semanas de gestación.

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina o hematocrito.

- Grupo sanguíneo y Rh.
- Perfil de Coagulación.
- Pruebas serológicas: RPR, VIH. (Prueba rápida)
- Ecografía transvaginal según el caso.
- Dosaje de gonadotropinas coriónicas (HCG) según el caso
- Además, aquellos exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes o que demuestren daño o mal pronóstico de la enfermedad de fondo.
- Dependiendo del caso, evaluación del riesgo quirúrgico y riesgo anestésico.
- Examen anatomopatológico del producto obtenido de la evacuación endouterina.



USO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-RH

- En los casos de mujeres Rh negativo aplicar inmunoglobulina anti Rh al momento del procedimiento quirúrgico.
- Si se utiliza prostaglandina para el procedimiento, tener cuidado de aplicar la inmunoglobulina al momento de iniciar la medicación, para evitar la sensibilización de la gestante.

VI. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

La atención en general y la orientación/consejería en particular deben darse con el modelo de los 5 pasos, dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las mujeres y el respeto a los siguientes derechos humanos:

- Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil;
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad;
- Libertad de conciencia y expresión; y
- Respeto a la voluntad y elección.
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación

La orientación/consejería debe realizarse en tres momentos:

- Por el Servicio de Psicología
- Por el Servicio de Hospitalización:
 - I. Antes de la intervención. (Firma del Consentimiento Informado).
 - II. Durante la intervención.
 - III. Después de la intervención
- La Orientación/Consejería debe ser realizada por personal capacitado para ello (Servicio de Psicología o Servicio de Psiquiatría)

VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la gestante el formulario preestablecido para el consentimiento informado, siempre y cuando esté de acuerdo con la interrupción terapéutica del embarazo, con lo cual quedará expedito el camino para la intervención. Sugerir que su pareja o un familiar sea uno de los testigos.

Se debe tener presente que la gestante puede cambiar su decisión, oponiéndose al procedimiento. En este sentido, el consentimiento no tendrá validez y se deberá asumir la decisión de la gestante, quien deberá revocar el consentimiento informado con su firma e impresión digital en cuyo caso las/os profesionales de salud deberán brindar la atención prenatal en lo que quede del proceso de gestación⁶.

Siempre es importante explorar las dudas y conflictos posibles con la gestante y ayudarla a clarificarlos.

Todos estos hechos deben registrarse en la historia clínica.

VIII. PROCEDIMIENTOS PARA LA EVACUACIÓN DEL ÚTERO

Los procedimientos estarán en función a la cronología del embarazo
Misoprostol: ^{18,19,20,21}.

Métodos para evacuar el útero hasta las 12 semanas de gestación ^{22,23,24,25,26,27,28,29,30}

Según la OMS, los métodos recomendados son la aspiración manual endouterina (AMEU), el uso de Mifepristona y el uso del **Mifepristona y Misoprostol:**

Mifepristona 200 mg vía oral, dosis única. A las 24 horas iniciar con Misoprostol 800 µg sublingual o vaginal, seguido de 800 µg vía sublingual cada 3 horas o hasta 5 dosis.

Misoprostol solo:

Misoprostol 800 µg vía sublingual o vaginal cada 3 horas hasta 3 dosis

Métodos para evacuar el útero entre las 13 y menos de 22 semanas ^{31,32,33,34}

La evacuación del contenido uterino en este periodo considera aplicar los esquemas terapéuticos con Misoprostol según la edad gestacional. Producida la expulsión del contenido uterino, hay que completar el procedimiento con una evacuación de la cavidad uterina por legrado uterino.

Mifepristona y Misoprostol:

Mifepristona 200 mg vía oral, dosis única. A las 24 horas iniciar con Misoprostol 400 µg, sublingual, seguido de 400 µg vía sublingual cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis.

IX. OFRECER ANTICONCEPCIÓN

- Durante la sesión de Orientación/Consejería, se debe evaluar juntamente con la mujer los inconvenientes / riesgos de un nuevo embarazo para su estado de salud y la preservación de su vida³⁵.
- Brindar información precisa sobre la más amplia gama de opciones anticonceptivas. Tomar en consideración la mejor opción anticonceptiva de acuerdo con las necesidades particulares de cada mujer y a su estado de salud.



Toda mujer debe saber que la ovulación puede retornar en dos semanas después del procedimiento.

- Respetando las decisiones libres e informadas de la paciente, proceder a dar las indicaciones sobre el uso sobre del método de su elección, así como la facilitación de los mismos, a fin de que pueda abandonar el servicio con protección anticonceptiva.
- Valorar la necesidad adicional de orientación/consejería o referencia por otras necesidades de salud reproductiva, salud sexual o salud mental.

X. CUIDADOS POST- INTERVENCIÓN

- Las mujeres deben recibir del médico tratante: instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento y la fecha de la cita de control.
- Deben tener una Sesión de Orientación/Consejería post tratamiento antes del alta.
- Deben poder reconocer los signos de alarma y contactar al médico en cuanto sea necesario.
- La mujer debe saber que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor que cede con analgésicos.
- En la interrupción terapéutica del embarazo del primer trimestre las mujeres pueden retornar a su labor muy pronto.
- Debe aconsejarse abstinencia sexual dos semanas o hasta su siguiente control.
- En caso necesario, administrar supresores de la lactancia.
- Garantizar la prevención de un nuevo embarazo
- Referir a la paciente para continuar el tratamiento de su patología de fondo.

XI. SEGUIMIENTO

- Se debe realizar una consulta a la semana para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva.
- La segunda consulta se debe realizar al mes con la primera menstruación.

XI CASOS DE EMERGENCIA

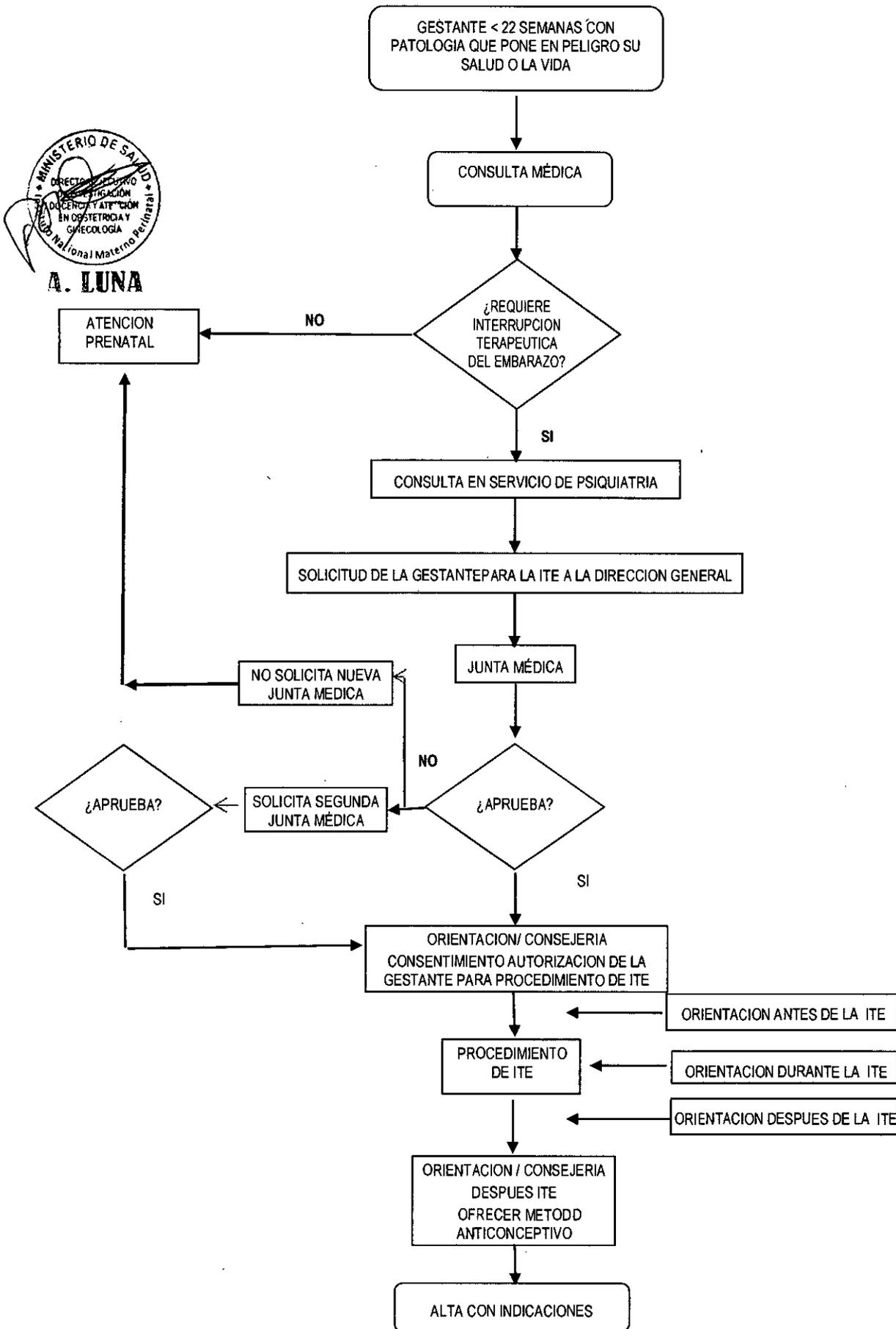
En caso de emergencia, estando en riesgo evidente e inminente la vida de la gestante, corresponde al Jefe de Guardia de Emergencia constituir y convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una Junta Médica y tomar las acciones necesarias para resolver la situación en su guardia – de ser posible- con la prontitud y celeridad del caso, que evite la muerte de la gestante o genere en su salud un mal grave o permanente.

XII. COMPLICACIONES

Ver AMEU y LU³⁵



XIII. FLUXOGRAMA



XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100).
3. Aspilcueta-Gho; Ramos-Chavez. Proceso de aprobación e implementación de la "Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal". Para atender casos de aborto por causal salud o terapéutico en el Perú. An. Fac. med. vol.76 no.4 Lima oct./dic. 2015. *versión impresa* ISSN 1025-5583.
4. Código Penal Peruano. Libro segundo parte especial delitos. Título I delitos contra la vida, el cuerpo y la salud. Libro segundo parte especial delitos. Título I delitos contra la vida, el cuerpo y la salud. Artículo 119.- Aborto Terapéutico. Decreto Legislativo 635. Lima 8 abril 1991.
5. <https://www.figo.org/es/aborto-seguro>.
6. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Responsabilidad Médica frente a la interrupción legal del embarazo. Lima, Perú: SPOG-CMP Flora Tristán, 2004:38.
7. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Lima: SPOG/PROMSEX 2006; 18 pp.
8. Álvarez Carrasco, Ricardo. Colegio Médico del Perú. Una visión retrospectiva de sus primeros 50 años de historia. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2017-12852. Lima. 2017. PP 69
9. Ministerio de Salud. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 19° del Código Penal". Resolución Ministerial N° 486-2014-MINSA. 27 de junio 2014.
10. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Protocolo de Manejo de casos para la interrupción legal del embarazo. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú. Flora Tristán, 2005.
11. Cabrera S, Gutiérrez M, Mascaró P, Silva C. Aborto terapéutico desde los servicios de salud. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. ISBN: 978-603-45154-5-1. Perú. Octubre 2008.
12. Rondón Martha. Salud Mental y Aborto Terapéutico. Anales de la Facultad de medicina.2015;76(4):407-11/<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i4.11411>. Lima- Perú.
13. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima, 21 y 22 de Marzo de 2007. PP. 17
14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Rol



de los/las gineco-obstetras en la provisión de abortos despenalizados/legalizados seguros. Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG). Volumen 3. Número 3, septiembre, 2015 ISSN: 2304-7585. PP. 6-14

15. Távara L, Dador J, Jacay S, Chávez S. Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un Aborto Legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2008-16094 ISBN: 978-9972-2772-5. Setiembre 2007.
16. Rondón M. Salud mental y Aborto terapéutico. Consorcio de Investigación Económica y Social Observatorio del Derecho a la Salud. Lima, septiembre de 2006.
17. Ayala F, Cabrera S, Chumbe O, Mascaro P, Silva C, Távara L, Liviach V, Torres G. Interrupción terapéutica del embarazo por causales de salud. PROMSEX. Lima, noviembre 2009.
18. Guevara E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 61. N°3. 2015. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v62i1883>
19. Organización Mundial de la Salud 2019. Tratamiento médico del aborto [Medical management of abortion] ISBN 978-92-4-355040-4. 2019. PP:26-27
20. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2014. ISBN 978 92 4 354871 5 Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancy <6 weeks gestation with single dose of 800 ug of vaginal misoprostol. Contraception 2000; 61: 47-50.
21. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. Tercera Edición. Mayo 2013.
22. Jessica L. Morris, Beverly Winikoff, Rasha Dabash, Andrew Weeks, Anibal Faundes, Kristina Gemzell-Danielsson, Nathalie Kapp, Laura Castleman, Caron Kim, Pak Chung Ho, Gerard H.A. Visser. Recomendaciones actualizadas de FIGO para el uso de misoprostol solo en ginecología y obstetricia. 23 junio 2017.
23. Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Chen LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Data base Syst Rev 2004; (1): CD 002855
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline N° 7. London RCOG Press 2000.
25. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). "Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. ISBN: 978 958 8735 72 6. Bogotá. 2014.
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party. May 2010.
27. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernandez C, Sanchez C. The use of



misoprostol for abortion at ≤ 9 weeks' gestation. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1997; 2: 181-185.

28. American College of obstetricians and gynecologists. Society of Family Planning. Medical Management of First Trimester Abortion. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician and Gynecologists. Number 143. March 2014.
29. Population Council. Medicamentos para la interrupción legal del embarazo temprano. Mexico: Population Council 2003; pp 96.
30. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999; 8: 2139-2142.
31. Sepúlveda C, Miranda O, Araujo, Mora J, Galván, Ruiz A, González D, Argelia J. Eficacia del esquema FIGO para el manejo médico del aborto en el primer trimestre. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(3) 305 DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2186>.
32. Dickinson JE, Godfrey M, Evans SF. Efficacy of intravaginal misoprostol in second-trimester pregnancy termination: a randomized controlled trial. *J Mater Fetal Med* 1998; 7: 115-119.
33. Maarit Mentula. Second trimester medical termination of pregnancy: procedure, immediate complications and the risk of repeat termination. Department of Obstetrics and Gynaecology. Helsinki University. Central Hospital University of Helsinki, Finland. ISBN 978-952-10-7635-0 (PDF). <http://ethesis.helsinki.fi>. Helsinki 2012.
34. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Prenatal Screening, Diagnosis, and Pregnancy Management of Fetal Neural Tube Defects. No. 314, October 2014 (Replaces No. 261, July 2011). *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2014. 36(10): 927-939.
35. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Contracepción. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo. 2019.
36. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. ISBN 9972-851-13-3. 2004. [350] p.; tab; ilus.



a. ANEXOS

Solicita: Interrupción terapéutica del embarazo

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Yo _____ identificada con DNI _____, y N° de Historia Clínica _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido que embarazo actual pone en riesgo mi vida, o causará daños graves y permanentes en mi salud física y mental, por los diagnósticos de:

Por lo que solicito voluntariamente la interrupción terapéutica de mi embarazo por indicación médica. La decisión de hacerme este procedimiento es absolutamente mía. Puedo decidir no hacerme el procedimiento en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud, en este caso eximo de responsabilidades a los médicos tratantes, sin embargo, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros.

Se me ha informado que su servicio de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para este procedimiento, y que una Junta Médica tomará la decisión final sobre la necesidad de la interrupción terapéutica de mi embarazo.

Adjunto informes médicos correspondientes a mi caso.

He recibido una copia de este formulario.

Fecha ____/____/____
Mes/Día/Año

Firma de la Usuaría



Huella Digital

Nombre / Apellidos y Firma del Testigo (OPCIONAL)

Junta Médica

Siendo las Horas del día, se reúnen en Junta Médica los Médicos Asistentes del Servicio de Obstetricia, y el Jefe del Servicio de Obstetricia _____ y el especialista _____

.....
.....
.....



A. LUNA

Para evaluar la solicitud de la gestante:

NOMBRE: _____

N° de Historia Clínica: _____

Hospitalizada desde el día en la cama N°, y que revisado el caso clínico de la gestante tiene actualmente los siguientes diagnósticos:

.....
.....
.....
.....

Evaluado el caso según las evidencias clínicas y exámenes auxiliares, esta Junta Médica ha llegado a las siguientes conclusiones:

.....
.....
.....
.....
.....

Por lo que se decide la interrupción terapéutica del embarazo, de acuerdo a los procedimientos establecidos en las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal

Se comunicará esta decisión a la gestante y/o familiares.

En conformidad a lo anteriormente escrito, firman al pie de la página los integrantes de la Junta Médica:

.....
.....
.....
.....

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION DEL
PROCEDIMIENTO PARA LA INTERRUPCION TERAPEUTICA DEL EMBARAZO**

Autorización del procedimiento para la interrupción terapéutica del embarazo

Yo _____ identificada con DNI _____, y con HC _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información de la Junta Médica del Servicio de Obstetricia _____ y comprendido lo siguiente:

Mi embarazo actual pone en riesgo mi vida, o causará daños graves y permanentes en mi salud física y mental.

La necesidad de una interrupción terapéutica de mi embarazo por indicación de una Junta Médica.

La decisión de hacerme este procedimiento para la interrupción terapéutica de mi embarazo es absolutamente mía. Puedo decidir no hacerme el procedimiento en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud, en este caso eximo de responsabilidades a los médicos tratantes, sin embargo, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros.

Los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados con esta intervención me han sido explicados. Todas mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria.

Se me ha informado que este establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para este procedimiento.

Me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores al procedimiento en las fechas que se me indique.

Puedo decidir no hacerme el procedimiento en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud, en este caso eximo de responsabilidades a los médicos tratantes, sin embargo, esta decisión no afectará mis derechos a cuidados o tratamiento futuros.

Yo, _____ por la presente consiento por mi propia voluntad a que se me practique un procedimiento para interrumpir mi embarazo por razones terapéuticas, _____ debido _____ a

.....
.....
.....

He recibido una copia de este formulario.

Fecha ____/____/____
Mes/Día/Año

Firma de la Paciente



Huella Digital

Nombre / Apellidos y Firma del Testigo

Firma y sello del personal que brinda la orientación y consejería

Si la usuaria es analfabeta, presenta déficit mental, enfermedades psiquiátricas o es menor de 16 años, un pariente o representante legal deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.



Fecha ____/____/____
Mes/Día/Año

Firma de la Paciente



Huella Digital

Yo, _____, con CMP _____ he verificado la solicitud y la decisión libre e informada y declaro procedente la interrupción terapéutica del embarazo.

Firma y sello de el/la médico/a

REVOCATORIA A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo REVOCO, o sea desisto del consentimiento firmado en fecha para el procedimiento de interrupción terapéutica del embarazo, asumiendo las responsabilidades que esta decisión pueda traer a mi salud

Fecha ____/____/____
Mes/Día/Año

Firma de la Paciente



Huella Digital