

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud (DGSPyES). Ministerio de Sanidad
Pedro Gullón Tosio. Director General.

Coordinación técnica de la guía

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (OSM. DGSPyES. MINISTERIO DE SANIDAD)

Rosa M^a. López Rodríguez. Directora de Programas.

Ignacio Rucandío Alonso. Técnico Superior Externo (Tragsatec).

Ana Sánchez González. Apoyo administrativo.

Grupo técnico. Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria Del Embarazo (IVE)

MINISTERIO DE SANIDAD

Isabel Arroyo Alonso. Asesora farmacéutica. Unidad de Apoyo. Subdirección General de Farmacia. DG Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

Álvaro Márquez Fernández. Jefe de Servicio. Unidad de Evaluación Farmacoeconómica. Subdirección General de Farmacia. DG Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad.

PERSONAS EXPERTAS

Purificación Ajo Bolado. Representante Institucional de Cantabria en el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Reproductiva y en la Comisión contra la Violencia de Género (COVIGE) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

María Antonia Aretio Romero. Doctora en Trabajadora Social. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Profesora asociada en la Universidad de La Rioja y UNED en materia de trabajo social y violencias de género.

Silvia Arévalo Martínez. Jefa de Medicina Materno Fetal del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

Ramón Escuriet Peiró. Responsable Institucional del Plan de Salud Afectiva, Sexual y Reproductiva de Cataluña. Vicepresidente de la Comisión Nacional de Matronas. Secretario de la Comisión asesora de Salud Materno-infantil del Departamento de Salud de Cataluña. Representante de Cataluña en el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Reproductiva del SNS.

Xavier Espada Trespalacios. Coordinador Técnico del Plan de Salud Afectiva, Sexual y Reproductiva de Cataluña.

Remedios García Andrés. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

Dolores Martínez Romero. Matrona. Representante Institucional de Galicia en el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Reproductiva del SNS.

Francisca Postigo Mota. Matrona y Sexóloga. Especialista en salud sexual y reproductiva, Sex Coach. Coordinadora Regional del Programa PERSEA de educación en Salud Afectivo Sexual de la Región de Murcia.

Modesto Rey Novoa. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Burgos (HUBU).

Lydia Salvador Sánchez. Médica Especialista Familiar y Comunitaria. Experta en Violencia de Género y Sexual e Igualdad en salud. Miembro Asociada de la Catedra de Género de la Universidad de Valladolid.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18-20 - 20014 MADRID

NIPO en línea: 133-25-133-8

NIPO en papel: 133-25-132-2

Depósito Legal: M-26616-2025

<https://cpage.mpr.gob.es>

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Índice

1. Presentación institucional	11
2. Introducción	13
2.1. Contexto internacional	13
2.2. Contexto estatal	14
2.3. En relación con las prestaciones del SNS	15
2.4. En relación con la perspectiva de género en políticas públicas de salud	15
2.5. En relación con los derechos sexuales y reproductivos y la IVE	15
3. Servicios sanitarios e IVE	19
3.1. Tipos de servicios	21
3.2. Competencias profesionales	22
3.3. Acreditación de centros sanitarios	24
3.4. Requisitos técnicos de los servicios para la prestación	25
4. Actuación sanitaria de la IVE	29
4.1. Antes de la IVE	29
4.1.1. Información general y asesoramiento	29
4.2. Consultas	31
4.3. Derivaciones	33
4.3.1. Método farmacológico	33
4.3.2. Método instrumental/quirúrgico	34
4.4. Métodos empleados para la IVE según semanas de gestación	34
4.4.1. IVE dentro de las primeras 14 semanas de gestación	34
4.4.2. IVE de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación	35
4.4.3. IVE de más de 22 semanas de gestación	36
4.5. Atención posterior a la IVE	36
4.5.1. Cuidados inmediatos tras la IVE	36
4.5.2. Revisión post intervención de la IVE en el centro sanitario donde se haya realizado (revisión 10-15 días)	36
4.5.3. Continuidad de cuidados y seguimiento clínico tras la IVE en AP (revisión 15-21 días)	37
4.5.4. Acompañamiento	38
4.5.5. Asesoramiento contraceptivo post-IVE	39
5. Notificación y registro de la IVE	41
5.1. Notificación y Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	41

5.2.	Boletín de Notificación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	41
5.3.	Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo	42
5.4.	Codificaciones	43
6.	Prevención de embarazos no deseados: educación para la salud	47
6.1.	Ideas clave educación sexual	48
6.2.	Factores a tener en cuenta para una adecuada educación para la salud sexual	48
6.3.	Ámbitos sanitarios para la educación sexual	49
7.	Formación de profesionales de la salud	53
8.	Objeción de Conciencia	55
9.	Descripción de métodos según semanas de gestación	57
9.1.	IVE dentro de las primeras 14 semanas de gestación y que no implique alto riesgo	57
	Método Farmacológico Precoz (dentro de las primeras 9 semanas de gestación, 63 días)	57
	Método Instrumental (dilatación y aspiración)	67
9.2.	IVE de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación o que implique alto riesgo	73
	Método Instrumental (dilatación y aspiración)	74
	Método Instrumental (dilatación y evacuación)	74
	Método Farmacológico Tardío o Inducción	76
	Método Quirúrgico (histerotomía o microcesárea)	80
9.3.	IVE de más 22 semanas de gestación	83
	Método Farmacológico Tardío o Inducción	83
	Método Quirúrgico (histerotomía o microcesárea)	86
	Bibliografía	91
	Anexos	95
	Anexo 1. Modelo de consentimiento informado IVE por método farmacológico	95
	Anexo 2. Modelo de consentimiento informado IVE por método instrumental	98
	Anexo 3. Modelo de consentimiento informado IVE por inducción	101
	Anexo 4. Derivación a consulta de trabajo social	104
	Anexo 5. Boletín de notificación IVE y definiciones	105
	Anexo 6. Indicaciones para la IVE en centro especializado en patologías graves que contraindiquen el método farmacológico	107

Anexo 7. Criterios de Davis y ASA	109
Anexo 8. Modelo de información sobre IVE mediante método farmacológico	110
Anexo 9. Modelo de pauta domiciliaria de la IVE farmacológica precoz	113
Anexo 10. Test de Aldrete/Chung	116
Anexo 11. Modelo de revocación de anatomía patológica y resultados de estudios genéticos	117

1. Presentación institucional

La Ley Orgánica 2/2010 (en adelante LO 2/2010), de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, modificada por la Ley Orgánica 1/2023, de 23 de febrero, prevé expresamente, en distintos puntos de su articulado, la necesidad de un desarrollo reglamentario de sus disposiciones.

Los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) deben organizar, en el ámbito de las competencias que le son propias, aquellos procedimientos que garanticen la prestación sanitaria de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los supuestos y con los requisitos necesarios que prevé dicha ley (LO 2/2010).

La prestación sanitaria de la IVE, incluida en la cartera de servicios comunes del SNS, se realiza en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma bajo alguna de las formas previstas en la legislación sanitaria. Esta prestación incluye las técnicas diagnósticas para posibilitar la práctica de esta en los supuestos y condiciones legalmente establecidos.

Debido a los avances científicos realizados en el desarrollo de la IVE farmacológica y el creciente grado de implantación de dicho método en el ámbito nacional (aproximadamente del 23,37% en 2023), en 2022 se publicó la *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico*¹. La inclusión de ambos métodos, el farmacológico y el instrumental, en esta nueva guía facilita un abordaje integral de la asistencia a esta prestación, teniendo en cuenta la edad gestacional, otros condicionantes sociosanitarios de la persona gestante, así como sus preferencias para una óptima atención.

Al igual que en dicha guía, se sitúa a la mujer en el centro de la atención sanitaria durante este proceso, incidiendo: en la importancia de su consentimiento en base a una mejora de la información proporcionada, adaptada a su situación personal; en una mayor coordinación y colaboración asistencial e interdisciplinariedad por parte del equipo profesional involucrado; y en el adecuado acompañamiento a lo largo del proceso y hasta el final del mismo.

El objetivo general de esta Guía común es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS en la atención a la IVE mediante los métodos farmacológico, instrumental y quirúrgico. Ofreciendo orientaciones comunes al personal sanitario del SNS para el desarrollo de

¹ Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. 2022.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/guiaIveFarmacologica.htm>

una atención integral –física, psicológica y social– a las mujeres que acuden a un centro sanitario para este proceso.

Otros objetivos específicos de esta Guía son:

1. Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar al personal sanitario más y mejores herramientas para la toma de decisiones conjunta con la mujer que acude a los servicios sanitarios para interrumpir su embarazo.
2. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a sus derechos sexuales y reproductivos para elegir el método de IVE que mejor se adecúa a su situación de salud desde una perspectiva integral (biopsicosocial).
3. Disponer de una herramienta común y de utilidad para la formación del personal sanitario del SNS sobre la atención integral al proceso de la IVE por cualquiera de los métodos existentes en la actualidad. Con este documento se pretende incrementar los conocimientos y habilidades en relación a la atención sanitaria a la IVE para el conjunto de profesionales del SNS, promoviendo actitudes que permitan los mejores estándares de calidad y equidad en el acceso y atención sanitaria en el conjunto del SNS.

2. Introducción

Esta Guía se encuadra dentro del marco legislativo que garantiza la legislación vigente y también en el resto de disposiciones normativas en relación al desarrollo reglamentario de los diferentes aspectos, características comunes y criterios de calidad exigibles en la prestación sanitaria del SNS en relación con la atención a la salud sexual y reproductiva y, concretamente, a la IVE dentro de las prestaciones que incluye la cartera común de servicios del SNS.

A continuación, se exponen de forma resumida aquellas disposiciones y textos de referencia que se consideran fundamentales en relación con los contenidos de esta Guía:

2.1. Contexto internacional

- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Introduce el nuevo término de Salud Sexual y Reproductiva, donde se afirma que: *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a ejercer el control y a decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia”*.
- La Plataforma de Acción de Beijing, acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, reconoce que: *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”*.
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y a tener acceso a la información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiadas para su edad y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos, en igualdad de condiciones que los demás.
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su artículo 16, establece el derecho de las mujeres a decidir de manera libre y responsable sobre su maternidad y el derecho a acceder a la información y a la educación

que les permitan ejercer esos derechos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), señala que los Estados tienen obligación de respetar, proteger y garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, a través de recursos que han de estar disponibles, ser accesibles física y económicamente, y cumplir con los estándares de calidad. Por otro lado, en la Recomendación general 35 sobre la violencia contra la mujer, afirma que: *“las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación del aborto como delito (...) son formas de violencia por razón de género que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”*.

- La Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001/2128 INI) recomienda que, para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, el aborto sea legal, seguro y accesible a todas las mujeres.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215 INI).
- Declaración sobre la garantía sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la UE, elaborada en el marco de la Conferencia de Zaragoza, organizada por la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea el 28 de septiembre de 2023.

2.2. Contexto estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Uno de los principios generales sobre los que se asienta la política de salud en el SNS es la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. A destacar también: la coordinación de actuaciones y la eficacia, celeridad y flexibilidad en la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios que integran el SNS.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. La cual viene a reforzar el funcionamiento cohesionado del mismo, estableciendo acciones de coordinación y cooperación para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación en el Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, para dar una respuesta completa al requerimiento del artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.
- Ley Orgánica 4/2022 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Esta penaliza el acoso a las mujeres que acuden a los centros sanitarios para la realización de una interrupción voluntaria del embarazo.

2.3. En relación con las prestaciones del SNS

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

2.4. En relación con la perspectiva de género en políticas públicas de salud

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, respecto a la integración del principio de igualdad en la política de salud (Artículo 27).

2.5. En relación con los derechos sexuales y reproductivos y la IVE

- La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, modificada por la Ley Orgánica 1/2023, de 23 de febrero (LO 1/2023). En di-

cha modificación se elimina el plazo de reflexión de tres días y la obligatoriedad de recibir información acerca de los recursos y las ayudas disponibles en caso de continuar con el embarazo, debiendo proporcionarse dicha información solo si la mujer lo requiere. Se revierte la modificación operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, devolviendo a las menores de 16 y 17 años su capacidad para decidir libremente sobre su maternidad, prescindiendo así de la exigencia de consentimiento paterno o materno.

La ley establece la obligación de las administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, de garantizar la prestación en los centros sanitarios, de acuerdo con criterios de gratuidad, accesibilidad y proximidad, estableciendo los dispositivos y recursos humanos suficientes para la garantía del derecho en todo el territorio en condiciones de equidad. Se regula la objeción de conciencia como un derecho individual de cada profesional sanitario, que debe manifestarse con antelación y por escrito. Así, se creará un registro de personas objetoras de conciencia que decidan objetar por motivos de conciencia respecto de la intervención directa en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, garantizando la seguridad jurídica y el pleno respeto del derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo y el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario (tal como señala el artículo 19 ter, punto 1, en la Ley Orgánica).

En este marco, en diciembre de 2024 se aprobó el *Protocolo específico para la creación del Registro de Personas Objetoras de Conciencia*, cuyo contenido y referencias se recogen de forma amplia en el apartado 8 de esta Guía.

La Ley Orgánica recoge las formas de violencia existentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en línea con el Convenio de Estambul. Se incluyen la esterilización y la anticoncepción forzosa, el aborto forzoso, y la gestación por sustitución, creando además un itinerario de medidas destinado a la reparación integral de las víctimas de estas violencias. Asimismo, se promueve la responsabilidad institucional de las administraciones públicas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el ámbito ginecológico y obstétrico, a través de medidas de sensibilización y, sobre todo, a través de la promoción de servicios de ginecología y obstetricia que respeten y garanticen los derechos previstos en la ley, poniendo el consentimiento informado de la mujer en el centro de todas las actuaciones, promoviendo la adecuada formación del personal de los servicios de ginecología y obstetricia, y velando por las buenas prácticas.

- Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, solo en lo referido al funcionamiento del Comité Clínico encargado de confirmar el diagnóstico de las enfermedades extremadamente graves e incurables del feto que puede originar el supuesto de IVE (artículo 15.c de la LO 2/2010). Sin embargo, la información requerida para la prestación del consentimiento de la mujer que haya solicitado la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo (artículo 17) queda modificado en la Ley Orgánica 1/2023, eliminándose la obligatoriedad de recibir dicha información, pero debiendo proporcionarse si la mujer lo requiere.
- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Establece los requisitos para la acreditación de los centros sanitarios para la realización de estas prácticas. Este RD contiene un Anexo que especifica las condiciones para la realización de aquella interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que no implica alto riesgo para la embarazada y no supera las 14 semanas de gestación y para IVE de alto riesgo, que implican más de 14 semanas de gestación. En todos estos casos, se especifica la relación de equipamiento de las instalaciones y el marco básico de la prestación para cada una de las modalidades.

A modo de resumen, tal como se recoge en el preámbulo de la modificación de la Ley Orgánica 2/2010, modificada por la LO 1/2023, España ha avanzado sustancialmente en esta materia desde la aprobación de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, que despenalizaba la interrupción voluntaria del embarazo en tres supuestos: violación, malformación del feto y riesgo para la salud física o psíquica de la madre.

El mayor avance para las mujeres en nuestro país vino de la mano de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que supuso un auténtico paso hacia adelante al abordar la protección y la garantía de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de manera integral cambiando el enfoque de la interrupción voluntaria del embarazo de una ley de supuestos a una de plazos. Así como permitir la protección constitucional del derecho al aborto, toda vez que la interrupción voluntaria del embarazo, como manifestación del derecho de la mujer a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni

discriminación, con respeto a su propio cuerpo y proyecto de vida, forma parte del contenido constitucionalmente protegido del derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE) en conexión con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad como principios rectores del orden político y la paz social (art. 10.1 CE).

En virtud por tanto de la legislación española vigente la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), incluida en la cartera común de servicios del SNS, podrá realizarse en centros sanitarios públicos y privados acreditados.

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan por esta ley:

1. Interrupción del embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras 14 semanas de embarazo.
2. Interrupción por causas médicas cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Que no se superen las 22 semanas de gestación y exista grave riesgo para la vida o salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la interrupción, por un/a profesional de medicina especialista distinto del que la practique o dirija (en caso de urgencia vital podrá prescindirse de dicho dictamen).
 - b) Que no se superen las 22 semanas de gestación y exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la interrupción, por 2 profesionales de medicina especialistas distintos del que la practique o dirija.
 - c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un/a profesional de medicina especialista distinto al que practique o dirija, o cuando se detecte una enfermedad fetal extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

3. Servicios sanitarios e IVE

Los servicios de salud que integran el SNS han de organizarse de forma en que se garantice la prestación de la IVE de forma equitativa a todas las mujeres que se encuentren dentro de los supuestos y plazos contemplados en la Ley Orgánica (artículos 14 y 15), con la calidad exigible a cualquier otra prestación incluida en la cartera común de prestaciones sanitarias del SNS; es decir, como servicio sanitario de carácter público. En este sentido, los servicios implicados, deberán proporcionar una **atención coordinada y homogénea** durante todo el proceso: desde que se genera la demanda de información, en el **acompañamiento en la propia decisión de la mujer que lo solicita**, durante la realización de la intervención y el seguimiento posterior y mientras la mujer lo necesite. Esta organización, además, puede implicar otros servicios sanitarios que podrían ser necesarios en alguna de las diferentes etapas del proceso. Por ello, se deben crear circuitos de apoyo entre todos los ámbitos y servicios implicados.

Con frecuencia, la solicitud de atención suele producirse en el ámbito de la atención primaria, que es el eje vertebrador del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España. También se pueden generar demandas en los puntos de atención de urgencias sanitarias u otros servicios o dispositivos de salud donde se ofrecen los servicios de interrupción voluntaria del embarazo previstos dentro del anexo II del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, referido a cartera de servicios comunes de atención primaria (apartado 6.3.2) y en el anexo III referido a cartera común de servicios comunes de atención especializada (apartado 5.1.11).

En cualquier caso, ante la demanda de atención sanitaria para la interrupción voluntaria del embarazo, el Sistema Nacional de Salud debe responder en las condiciones de **seguridad, calidad, confidencialidad y equidad territorial** exigida según normativa vigente, independientemente del lugar donde se produzca dicha solicitud de atención sanitaria. Por esta razón, es necesario establecer los circuitos adecuado para acompañar a la mujer durante todo el proceso y procurar al máximo la continuidad asistencial.

En este proceso pueden diferenciarse tres momentos cruciales que han de ser abordados con el máximo respeto y de forma individualizada.

La solicitud de información sobre la IVE

Cualquier servicio o dispositivo sanitario financiado por del Sistema Nacional de Salud, ha de proveer la información necesaria sobre esta prestación.

Tal como recoge el artículo 17 de la Ley Orgánica 2/2010, todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información del personal sanitario sobre:

- los **distintos métodos** de interrupción del embarazo (instrumental/quirúrgico y farmacológico)
- las **condiciones para la interrupción** previstas en la Ley Orgánica 2/2010 (modificada LO 1/2023) respecto a los centros públicos y acreditados a los que se podrán dirigir
- los **trámites** para acceder a dicha prestación sanitaria
- las **condiciones para su cobertura** por el Servicio Sanitario de la Comunidad Autónoma donde reside, como Servicio que integra el Sistema Nacional de Salud

Asimismo, dicho artículo especifica que, solo en los casos en que las mujeres así lo requieran, y nunca como requisito para acceder a la prestación del servicio, podrán recibir información sobre una o varias de las siguientes cuestiones:

- a) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
- b) Datos sobre los centros que ofrecen asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.
- c) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- d) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

En caso de que la solicitud se produzca en un centro que no sea un servicio acreditado para realizar la intervención, se deberá orientar a la mujer hacia el servicio especializado al que debe dirigirse en el menor tiempo posible.

Si se produce la solicitud en un servicio especializado en atención a la salud sexual y reproductiva, se iniciará el proceso de información y de acompañamiento en la toma de decisiones, y si así lo decide la mujer, se iniciará el circuito para la realización de la IVE, de acuerdo con la normativa legal vigente, ya sea en ese mismo centro si está acreditado para ello o mediante su derivación al centro acreditado de referencia para el área sanitaria donde reside la mujer.

Realización de la interrupción voluntaria del embarazo

Debe realizarse en los servicios o dispositivos acreditados según la normativa vigente para la práctica de la intervención. Este puede ser el mismo dispositivo donde se hizo la solicitud, en caso de estar acreditado, o bien, otro distinto que disponga de la acreditación y sea el de referencia para el área sanitaria donde reside la mujer.

Atención posterior a la interrupción voluntaria del embarazo

La atención inmediata después de la intervención de la IVE debe proporcionarse en el mismo centro donde se realice la intervención, y el acompañamiento posterior debe estar coordinado con el centro especializado donde se inició el proceso.

Siempre que exista un centro especializado en salud sexual y reproductiva próximo al domicilio de la mujer, este se encargará del acompañamiento posterior, pudiendo ser, incluso, el mismo centro que practicó la IVE.

Los servicios que participen en este momento del proceso han de organizarse para poder ofrecer el soporte necesario durante el tiempo que la mujer lo necesite.

3.1. Tipos de servicios

Atención primaria de salud. Dependiendo de la organización de los servicios de salud, los servicios del ámbito de atención primaria han de poder ofrecer una primera atención a todas las mujeres y realizar el seguimiento del proceso, puesto que son la garantía para asegurar la continuidad asistencial. En caso de que existan servicios especializados en atención a la salud sexual y reproductiva, serán estos los que actúen como centros referentes para coordinar la atención, y en su caso, si están acreditados para la realización de la IVE por el método elegido por la mujer tras la información completa recibida, ofreciendo directamente esta atención durante todo el proceso.

Equipos de atención primaria

- Profesionales: Medicina familiar y comunitaria, Enfermería, Matronería, Trabajo Social.

Equipos especializados en atención a la salud sexual y reproductiva

- Profesionales: Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Matronería, Trabajo Social, Psicología Clínica.

Equipos de atención de urgencias ubicados en atención primaria

- Profesionales: Medicina familiar y comunitaria, Enfermería.

Equipos de salud mental

- Profesionales: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social.

Atención hospitalaria. Cuando la atención se produce en el ámbito hospitalario, en cualquiera de sus servicios, se debe procurar ofrecer información desde el primer momento y derivar al servicio especializado, donde se iniciará el circuito, o se realizará la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la normativa vigente.

Servicios de ginecología y obstetricia

- Profesionales: Ginecología y Obstetricia, Matronería, Enfermería, Psicología Clínica y Trabajo Social hospitalario.

Servicios hospitalarios de urgencias

- Profesionales: Medicina, Enfermería, Psicología Clínica, Psiquiatría, Trabajo Social hospitalario.

Atención de emergencias sanitarias. En ocasiones la solicitud de información se podrá producir a través de consultas telefónicas a los servicios de emergencias, o bien durante un episodio de atención urgente/emergente en equipos móviles. En cualquier caso, ha de valorarse la urgencia vital y, una vez estabilizada, ofrecer la información necesaria para que la mujer pueda tomar una decisión de forma autónoma e iniciar el circuito de derivación al servicio especializado si así lo requiere.

Atención en servicios o dispositivos extrahospitalarios acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Este tipo de servicios o dispositivos son clínicas contratadas por el servicio de salud de cada Comunidad Autónoma en su ámbito competencial para la provisión de esta prestación incluida en la cartera de servicios comunes del SNS. Dependiendo de la organización de la atención y de los circuitos establecidos en cada territorio, estos centros, siempre atenderán la primera demanda en coordinación con los servicios públicos, y actuarán de acuerdo con la organización de los servicios en el territorio donde se ubican.

3.2. Competencias profesionales

Cualquier profesional que se implique directamente en la atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), ha de conocer la normativa vigente

para poder actuar de acuerdo con la legalidad y, además, conocer los diferentes métodos de IVE existentes y las últimas evidencias disponibles para poder ofrecer una atención óptima de acuerdo a las necesidades de las mujeres y las condiciones de seguridad, calidad y confidencialidad requeridas.

Matrona: provisión de la información, competencia en el acompañamiento profesional al proceso, y conocimiento de los circuitos de derivación al dispositivo especializado si la IVE no se puede realizar en el mismo centro, en el caso en que se realice en el mismo centro, conocimiento de los circuitos asistenciales intra-intervención e independientemente del lugar de realización de la intervención, conocimiento de los circuitos asistenciales posteriores. Incluyendo la capacidad de detección de situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental. Capacidad para asesorar sobre métodos contraceptivos y otras medidas de prevención de embarazos no planificados.

Médico/a especialista que ha de realizar o dirigir la intervención: competencia en la intervención específica o la prescripción de la medicación necesaria para la IVE, competencia en el acompañamiento profesional al proceso y conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos. Competencia para detectar y abordar situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental.

Psicólogo/a: competencia en el acompañamiento profesional en caso de necesidad de soporte en salud mental, conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Trabajador/a social: competencia en el acompañamiento profesional en caso de necesidad de valoración e intervención sociosanitaria, soporte social y acompañamiento psicosocial, conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de equipos de atención primaria (incluyendo profesionales de los servicios de atención a la persona usuaria): conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de atención de emergencias sanitarias: conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de atención en servicios o dispositivos extrahospitalarios acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo: competencia en el acompañamiento profesional durante todo proceso, competencia para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo. Competencia para detectar y abordar situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental. Conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

3.3. Acreditación de centros sanitarios

El Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, persigue asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de la IVE, de manera que se garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

En el Artículo 4 de este Real Decreto sobre Acreditación de los centros sanitarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se establece que los centros o establecimientos públicos que cumplan con lo establecido por la Ley Orgánica 2/2010 (actualizada por LO 1/2023) y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, quedarán acreditados automáticamente para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Asimismo, de conformidad con las competencias que corresponden a las CC. AA., la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo con lo ya establecido en la Ley Orgánica 2/2010 (actualizada por LO 1/2023) y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, lo soliciten. Las autoridades sanitarias publicarán y mantendrán actualizadas las relaciones de los centros acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

En resumen, la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma (artículo 19, LO 2/2010, actualizada por LO 1/2023).

En su Artículo 5 sobre Inspección y control de los centros sanitarios acreditados, establece que todos los centros acreditados se someterán a la inspección y control de las administraciones sanitarias competentes, en aplicación de lo dispuesto en los Artículos 30 y 31 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y de la Ley Orgánica 2/2010, modificada por la LO 1/2023. Asimismo, en su “*Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección*”, especifica que el Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad tiene adscritas las funciones de Alta Inspección, contando con el sistema de vigilancia epidemiológica adecuado como instrumento de apoyo para el estudio de la interrupción voluntaria del embarazo desde el punto de vista de la Salud Pública, al mismo tiempo que sirve para la difusión oficial de los resultados de las estadísticas elaboradas.

3.4. Requisitos técnicos de los servicios para la prestación

Según lo expresado en el RD 831/2010, la acreditación de los centros sanitarios queda condicionada al mantenimiento de los requisitos expresados en su articulado y al efectivo cumplimiento de las condiciones necesarias de calidad asistencial de la prestación.

IVE dentro de las primeras 14 semanas y que no impliquen alto riesgo

Podrán ser acreditados para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las catorce semanas de gestación, los centros o establecimientos que cumplan los siguientes requisitos:

- a. En relación con las instalaciones y equipamiento:
El lugar donde esté ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario, que permitan garantizar la confidencialidad y seguridad de la mujer. Incluyendo:
 1. Un espacio de recepción y sala de espera.
 2. Una sala para información a la mujer embarazada.
 3. Espacio para la exploración física y ecográfica.
 4. Zona de lavado quirúrgico.
 5. Una sala adecuada para la realización de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
 6. Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:
 1. Equipamiento y material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
 2. Equipamiento y material necesario para realizar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
 3. Ecógrafo.
 4. Equipo de monitorización cardiaca.
 5. Sistema adecuado de asistencia respiratoria.
 6. Desfibrilador y material de reanimación cardiopulmonar.

7. Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil).
 8. Sistema de mantenimiento eléctrico.
- b. En relación con el marco básico de la prestación:
1. Consulta de toco-ginecología.
 2. Estudio y valoración por el facultativo especialista que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con la LO 1/2023.
 3. Consulta propia o externa de especialista, cuando esté indicada por la sospecha o existencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.
 4. Prestaciones correspondientes de anestesia y reanimación.
 5. Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.
 6. Pruebas ecográficas pre y post interrupción voluntaria del embarazo.
 7. Técnicas de interrupción voluntaria del embarazo adecuada a cada situación.
 8. Monitorización cardíaca sistemática.
 9. Medicación indicada, según la especificidad de cada caso, incluyendo Gammaglobulina anti-Rh si procede.
 10. Recuperación post-intervención en salas acondicionadas a estos efectos, durante el tiempo preciso y los controles necesarios.
 11. Seguimiento post-intervención de posibles incidencias hasta su alta definitiva.
 12. Centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

Los requisitos técnicos de los servicios o dispositivos sanitarios para la prestación del método farmacológico han de establecerse en la normativa relacionada con la autorización de centros sanitarios. Sin perjuicio de lo que establecerá la normativa, se ha de tener en cuenta que la interrupción médica del embarazo, con métodos farmacológicos en embarazos hasta las 9 semanas de gestación, no requiere de intervención instrumental, por tanto, las necesidades técnicas pueden ser diferentes, lo que podría justificar un proceso de autorización diferenciado del requerido para una intervención instrumental. En el caso de la IVE con método farmacológico, se propone revisar esta normativa para acreditar de forma específica los dispositivos que cumplan con los siguientes requisitos técnicos:

- Recursos humanos: médico/a especialista (preferentemente obstetra-ginecólogo/a); enfermera especialista (preferentemente matrona), profesional de atención a la persona usuaria.
- Recursos estructurales:
 - Espacio para la recepción y sala de espera.
 - Sala para información a la mujer.
 - Espacio para exploración física y ecográfica.
 - Sala de observación (para supervisión tras la administración de la medicación).
 - Depósito autorizado de medicamentos.
 - Ecógrafo.

Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo **dentro de las primeras 14 semanas con alto riesgo** para la embarazada, se precisan los mismos requerimientos que se señalan a continuación para interrupciones de más de 14 semanas.

IVE de más de 14 semanas o de alto riesgo

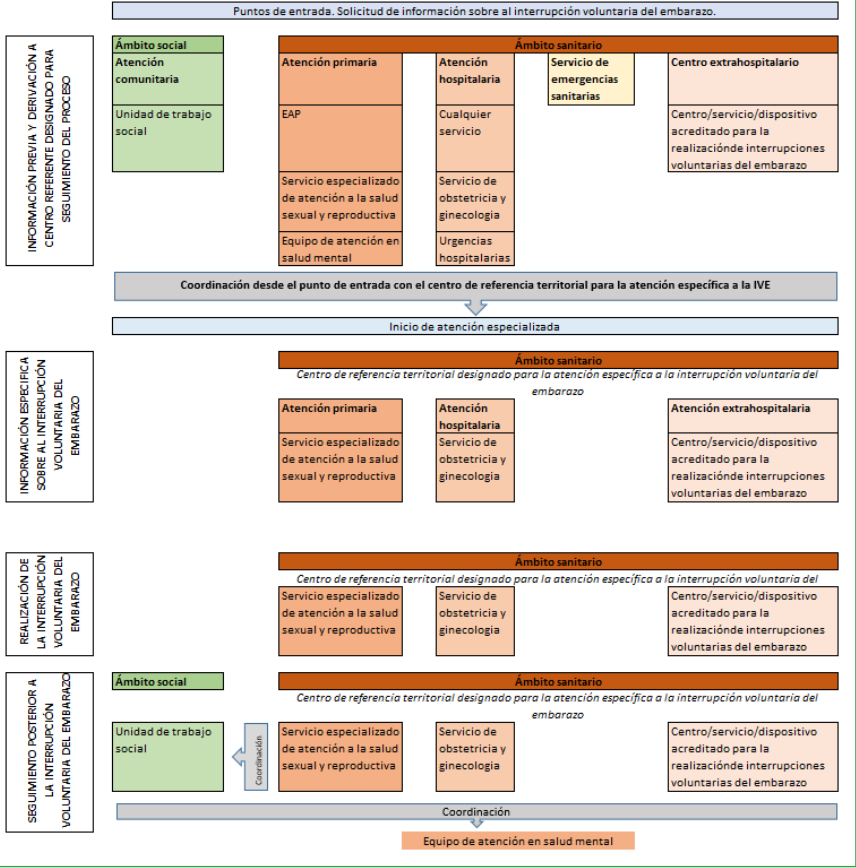
Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo con alto riesgo para la embarazada o con más de catorce semanas de gestación, podrán ser acreditados los centros o establecimientos sanitarios que **además de los requisitos expresados en el apartado anterior** cuenten al menos con los siguientes requerimientos:

1. Equipamiento necesario para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo bajo cualquier modalidad de anestesia.
2. Electrocardiógrafo.
3. Equipo de intubación.

En relación con el marco básico de la prestación:

4. Unidad de obstetricia y ginecología.
5. Banco de sangre correspondiente.
6. Unidades de enfermería y hospitalización correspondientes.

Puntos de entrada y coordinación de centros sanitarios para la atención específica de la IVE.



4. Actuación sanitaria de la IVE

En los siguientes apartados se realiza un recorrido descriptivo de aquellas fases y pautas comunes que, independientemente de los supuestos en función de las semanas de gestación o del método elegido, conforman una atención sanitaria de calidad con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

4.1. Antes de la IVE

4.1.1. Información general y asesoramiento

Condiciones de la entrevista

En la entrevista inicial debe generarse un espacio de atención y comprensión a la diversidad de situaciones de cada mujer para que la interrupción voluntaria del embarazo sea un proceso respetuoso y de buen trato. Es imprescindible que las y los profesionales que hagan las entrevistas de acogida cuenten con suficiente formación en perspectiva psicosocial para saber detectar situaciones de especial vulnerabilidad, apoyar, acompañar y garantizar la continuidad asistencial.

De forma objetiva, la mujer debe ser informada en base a la última evidencia científica disponible, evitando imponer valores, creencias personales o mitos en relación con el dolor, la fertilidad posterior, hemorragias, etc., con empatía y absoluta confidencialidad, se responderá a cualquier duda o inquietud que manifieste. La información que transmita el personal sanitario debe ser clara, utilizando un lenguaje sencillo y adaptada al nivel de entendimiento, en un entorno que asegure la privacidad para que pueda decidir libremente.

Todos los procesos de IVE comparten determinados elementos biopsicosociales con diferencias según el contexto en el que viven las mujeres, la edad gestacional y, a otro nivel, la técnica elegida. Por ejemplo, en el caso del aborto farmacológico, hay que tener en cuenta que la mujer participa más activamente en el proceso, ya sea por el acto consciente del uso de la medicación abortiva como por la vivencia de la expulsión del embrión, lo que, con frecuencia, sucederá en la intimidad del propio domicilio. Es fundamental conocer las necesidades de la mujer, los estilos de vida, el contexto habitacional, la posibilidad de acompañamiento y apoyo en caso de alerta,

y/o la confianza que la mujer tiene en el procedimiento elegido. Todo ello será útil para planificar con ella el proceso de aborto, de manera que tenga la información y ayuda necesaria ante las diversas situaciones que se puedan plantear.

Otras consideraciones a tener en cuenta

La decisión de interrumpir un embarazo está rodeada de un ambiente sociocultural que ejerce notables presiones sobre las mujeres, impactando en el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad con autonomía y libertad. Para la mayoría de las mujeres es una decisión consciente no continuar con un embarazo no deseado. Sin embargo, otras pueden enfrentarse a dilemas éticos, presiones sociales, al estigma y la culpabilidad que aún rodean al aborto en nuestro país.

El personal sanitario debe estar capacitado para respaldar la decisión de la mujer mediante un enfoque centrado en sus necesidades:

- Garantizando la confidencialidad durante todo el proceso.
- Asegurando que el entorno donde se lleve a cabo el procedimiento sea confortable.
- Ofreciendo una atención integral biopsicosocial y disponiendo de recursos complementarios en caso de requerir una intervención especializada.
- Facilitando una educación para la salud sexual adecuada a sus circunstancias.
- Informando de manera clara y ajustada a las características culturales y psicosociales de cada mujer. Así, mujeres con discapacidad cognitiva o sensorial, con enfermedad mental, o migrantes que no comprenden bien el idioma, pueden tener dificultades e inseguridades añadidas.
- Planificando con la mujer el proceso a seguir, fomentando su autonomía y la provisión de los apoyos que pueda necesitar.
- Comprobando si disponen de apoyo social en su entorno o se encuentran solas.
- Valorando aquellas circunstancias de precariedad o una situación irregular, que pueden resultar un obstáculo para su desplazamiento a otra localidad para realizar la IVE, acudir a consultas o para pedir una ILT para su recuperación.
- Identificando posibles situaciones de vulnerabilidad. El riesgo de estar sufriendo violencia de género es mayor en mujeres que se someten a una IVE repetidamente, abusos sexuales, situaciones de prostitución, que pueden ser mujeres que no tengan libertad para decidir sobre su anticoncepción.

La atención a estas situaciones se realizará a través de el/la trabajador/a social de referencia quien se encargará de la continuidad de la intervención y el acompañamiento de la misma.

Información antes del procedimiento

La información sobre los diferentes procedimientos disponibles en función de la edad gestacional debe ser imparcial y basarse en la evidencia científica. Antes de que la mujer se decante por un método se debe informar, como mínimo, de:

1. Los aspectos sanitarios y jurídicos del proceso de IVE.
2. Las características y diferencias de los métodos que puede elegir.
3. La posibilidad de cambiar de opinión respecto a usar uno u otro método hasta que la decisión sea definitiva.
4. La obligatoriedad de firmar su consentimiento expreso una vez se le hayan aclarado todas sus dudas, incluyendo la capacidad de revocar un consentimiento previamente otorgado.
5. Todos los pasos a seguir (antes, durante y después de la IVE), definiendo bien el tiempo y el número de visitas que cada procedimiento conlleva.
6. Lo que probablemente sentirá o experimentará a lo largo de todo el proceso.
7. Posibles efectos secundarios y complicaciones, así como qué hacer y dónde consultar en casos necesarios.

4.2. Consultas

Aunque cada método cuenta con su propio proceso de consultas (atendiendo a sus características propias), las pautas que debemos seguir en la primera consulta con aquellas mujeres que acuden a los servicios sanitarios del SNS es y será común e independiente al método por el que finalmente se lleve a cabo la IVE. Su objetivo es informar a esta con detenimiento sobre las características del proceso de la IVE. Incluye:

1. Anamnesis detallada, identificando aquellas situaciones de riesgo clínico y psicosocial (datos sociales y demográficos personales; antecedentes familiares y personales de interés; datos ginecológicos y obstétricos; detección de situaciones de vulnerabilidad especial). En caso de mujeres con dificultades de comprensión del tratamiento, procurar que esté acompañada de una persona de su red de apoyo social o bien profesional capacitado (mediación, traducción, etc.) para garantizar una toma de decisión informada, un correcto tratamiento y para cubrir las necesidades adicionales que puedan surgir.

Es preciso poder garantizar un ambiente de intimidad para la mujer (pudiendo ser este un espacio sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno) para procurar que pueda llevar a cabo libremente (y sin presiones) su toma de decisión con respecto al proceso de IVE.

2. Confirmación de la gestación mediante test de embarazo (si la mujer no lo aporta) y datar gestación según la fecha de la última menstruación (en ciclos regulares). En aquellos casos que se estime conveniente, de manera opcional, se valorará realizar ecografía.
3. Información general y explicación de los métodos existentes (trámites, plazos, usos, pautas y aplicación, seguridad, eficacia, posibles efectos adversos, etc.).
4. Evaluación de contraindicaciones para uno u otro método.
5. Valorar la solicitud de analítica básica si no existe una reciente (según historia clínica, semanas de gestación, etc.): hemograma, grupo sanguíneo, Rh, coagulación y función hepática.
6. En caso de sospecha, valoración de posibles infecciones de transmisión sexual.
7. De acuerdo con las semanas de gestación, se determinarán las opciones al método de IVE:

IVE menor o igual a 9 semanas de gestación	IVE mayor de 9 semanas de gestación
Según el método que la mujer elija: • Farmacológico precoz: se proporcionará información específica sobre uso de los fármacos, pautas y administración, seguridad y eficacia y posibles efectos adversos. Entregar consentimiento informado correspondiente al procedimiento (<i>Anexo 1</i>). En el caso de menores de 16 años informar de los trámites necesarios para recabar el Consentimiento Informado acorde a la legislación vigente. • Instrumental (no indicado/no elegido el método farmacológico precoz). Informar de los trámites y centros donde realizarlo. Entregar consentimiento informado correspondiente al procedimiento (<i>Anexo 2</i>).	• Inducción: informar de los trámites y centros donde realizarlo. Entregar consentimiento informado correspondiente al procedimiento. (<i>Anexo 3</i>). • Instrumental/quirúrgico: informar de los trámites y centros donde realizarlo.
NOTA: El método instrumental/quirúrgico y farmacológico se prestarán de acuerdo a los requisitos sanitarios de cada uno de los métodos.	

8. Cuando proceda, derivar para atención psicosexual y apoyo socio-sanitario a través del/la profesional de trabajo social (*Anexo 4*).
9. Asesoramiento anticonceptivo, informando a la mujer sobre métodos anticonceptivos y la conveniencia de un rápido inicio.

10. Explicar y orientar sobre el posible calendario de consultas.
11. Atender las dudas y cuestiones que pueda plantear la mujer.

Asimismo, tras la intervención (con independencia al método elegido/utilizado), se deberá procurar un acompañamiento que conste de los siguientes pasos:

1. Revisar información sobre cómo se ha realizado el proceso y preguntar sobre la presencia de sintomatología (metrorragia, dolor, fiebre, etc.).
2. Evaluar el estado anímico y ofrecer soporte emocional, si lo requiere.
3. Incidir en la conveniencia de elección de un método anticonceptivo (si no se ha elegido antes).
4. Si corresponde, redactar y entregar el informe asistencial o de alta y cumplimentar el Informe final para su envío al Registro de IVE de la DGSPyES el boletín para la correspondiente notificación (*Anexo 5*).

4.3. Derivaciones

4.3.1. Método farmacológico

Desde los centros del ámbito extrahospitalario de la red sanitaria pública o vinculados a la misma (según criterios artículos 18 y 19 de la LO 2/2010, actualizada por la LO 1/2023) se derivarán a aquellas mujeres que presenten cualquiera de las siguientes contraindicaciones para el método farmacológico y/o situaciones especiales, tales como:

- La sospecha o confirmación de gestación ectópica y otras patologías del embarazo.
- La imposibilidad de extraer el DIU a mujeres que lo lleven.
- Patologías graves que contraindiquen el método farmacológico (*Anexo 6*).
- Cualquier otro proceso clínico o psicosocial que no pueda ser atendido en el primer nivel de atención.
- En casos de aborto incompleto tras el tratamiento abortivo para realización de aspiración o legrado evacuador.
- El sangrado intenso con anemia, tras el procedimiento farmacológico, que requiera transfusión de sangre.
- Una enfermedad inflamatoria pélvica que no mejore con el tratamiento antibiótico ambulatorio.
- Mujeres sintomáticas que presentan metrorragia importante o sospecha de infección que requieran legrado o histeroscopia urgentes.

4.3.2. Método instrumental/quirúrgico

Las mujeres serán atendidas para la realización de IVE instrumental/quirúrgica en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma (según criterios artículos 18 y 19 de la LO 2/2010, actualizada por la LO 1/2023).

Conoceremos si las mujeres deberán ser atendidas en régimen ambulatorio u hospitalario según los criterios quirúrgicos ASA (según el estado físico preoperatorio) y *Davis* (según los requerimientos de cuidados postoperatorios) (*Anexo 7*).

- **Régimen ambulatorio**
 - IVE de dentro de las primeras 14 semanas o menos y que no implique alto riesgo: teniendo en cuenta los niveles I y II de *Davis* y las categorías I y II de ASA.
 - IVE de más de 14 semanas o más o que implique alto riesgo: cuando el embarazo es superior a 14 semanas y/o el aborto provocado se realiza con loco-regional o local, con o sin sedación o anestesia general, y los cuidados posteriores son cortos, pero más prolongados y con personal más especializado que en el apartado anterior. Incluiría los procedimientos integrados en el nivel II y algunos del tipo III de la clasificación de *Davis* y categorías ASA I y II y en algunos casos hasta nivel III.
- **Régimen hospitalario**
 - Si está indicada la microcesárea o en el caso de categoría ASA III o más.

4.4. Métodos empleados para la IVE según semanas de gestación

4.4.1. IVE dentro de las primeras 14 semanas de gestación

- **Método farmacológico precoz (dentro de las primeras 9 semanas de gestación, 63 días²)**

De acuerdo con la evidencia científica actual la tasa de eficacia de la combinación de mifepristona y misoprostol se estima entre 94 y el 98%.

2 El tratamiento habitual para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) después de la novena semana de gestación es el instrumental/quirúrgico. Sin embargo, en los últimos años se ha acumulado experiencia clínica y se han publicado estudios y revisiones sobre el método farmacológico de la IVE en gestaciones posteriores a las nueve semanas, aunque la evidencia y la fuerza de las recomendaciones basadas en la misma es menor para este método en estas etapas.

Entre un 1-6% de casos se inicia el sangrado y se produce la expulsión del saco gestacional por efecto de la mifepristona. En la mayoría de casos, se produce la evacuación uterina entre las 3-6 horas después de la administración del misoprostol.

- **Método instrumental**

Se realiza mediante **aspiración** con cánulas específicas previa **dilatación cervical** que puede ser durante la intervención mecánicamente o previa con misoprostol y bajo control ecográfico. No se recomienda legrado instrumental, incluida la verificación con legra o cureta. Es una técnica de cirugía menor ambulatoria que debe ser realizada por personal médico especializado y formado para ello. La recuperación es rápida pudiendo abandonar el centro médico precozmente (habitualmente en tiempo de estancia es de 2-4 horas). La eficacia es de más de 95%, con una tasa muy pequeña de complicaciones importantes (menos de 0,1%).

4.4.2. IVE de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación

- **Método farmacológico tardío o inducción**

Consiste en la inducción de la expulsión del feto y las membranas generalmente con prostaglandinas y/o dilatadores osmóticos con o sin oxitocina. Se reduce el tiempo de inducción y se mejora la seguridad si se administra mifepristona entre 24 y 48 horas antes del comienzo de la inducción. La técnica se puede terminar con diversas maniobras de extracción manual o finalización instrumental.

- **Método instrumental**

Se recomienda dilatación y evacuación mediante el uso de pinzas de evacuación ovular, guiado mediante ecografía. Siendo la técnica de elección entre las 14 y las 22 semanas. Para la preparación del cuello uterino en este caso se puede utilizar medicación (mifepristona y misoprostol) o combinarlo con un dilatador osmótico. Una vez terminado se puede realizar una aspiración. Debe ser realizada por personal médico con capacitación especializada y avalada por su práctica habitual.

También se puede realizar dilatación y aspiración hasta la semana 16-17 si es por profesional experimentado, en caso contrario se recomienda no superar las 12-14 semanas.

- **Método quirúrgico**

La histerotomía o microcesárea se utiliza en los casos en los que no se puede realizar el aborto por vía vaginal, en este caso se aborda el contenido uterino a través de una incisión en la pared abdominal.

4.4.3. IVE de más de 22 semanas de gestación

- **Método farmacológico tardío o inducción**

Es la técnica de elección para este periodo. Consiste en la inducción de la expulsión del feto y las membranas generalmente con prostaglandinas y/o dilatadores osmóticos con o sin oxitocina.

- **Método quirúrgico**

Como se ha comentado el anterior apartado, se aborda el contenido uterino a través de una incisión en la pared abdominal.

4.5. Atención posterior a la IVE

4.5.1. Cuidados inmediatos tras la IVE

El tiempo de seguimiento clínico inmediatamente después del procedimiento de IVE depende de: las semanas de gestación, la técnica usada, la analgesia/anestesia elegida, el estado de salud física y/o emocional de la mujer y la aparición de complicaciones o no. Las especificidades de los diferentes cuidados inmediatos tras la IVE según las semanas de gestación y el método concreto que se haya utilizado, se encuentran recogidas en la segunda parte de esta Guía.

Inmediatamente después de la IVE se puede ofrecer un método anticonceptivo seguro (inicio de anticoncepción oral, o preferentemente uno de mayor seguridad, como la inserción de implante de progesterona).

4.5.2. Revisión post intervención de la IVE en el centro sanitario donde se haya realizado (revisión 10-15 días)

- Estado físico de la mujer: sangrado, involución uterina, fiebre y dolor.

- Realización de ecografía para comprobar ausencia/existencia de saco gestacional, restos deciduales o hematómetra. Valorar otros síntomas, como dolor, sangrado, o cualquier inquietud de la mujer.
- En el caso de encontrar restos deciduales, o hematómetras importantes o cualquier otro síntoma que lo justifique realizar una aspiración para resolverlo, explicando a la mujer el procedimiento.

Los restos deciduales o hematómetra suelen expulsarse espontáneamente en la primera menstruación. El tratamiento a seguir vendrá indicado en función de los signos clínicos o analíticos relevantes y los hallazgos ecográficos encontrados; y así se debe explicar a la mujer.

4.5.3. Continuidad de cuidados y seguimiento clínico tras la IVE en AP (revisión 15-21 días)

- Valorar la adaptación de la mujer al proceso, tanto desde el punto de vista físico como emocional.
- La atención y seguimiento en atención primaria debería ser realizada por la matrona o médico/a de familia, siendo recomendable que sea aquella/aquel profesional que haya atendido a la mujer en su solicitud inicial y/o que tenga una mejor relación de confianza con la mujer para facilitar la adherencia a la consulta y/o las medidas preventivas que deriven de esta intervención. Los aspectos a valorar serían:
- Estado físico de la mujer: involución uterina, loquios, fiebre y dolor.
- Valorar el estado emocional.
- Valorar la situación de pareja y/o apoyos para detectar la existencia de violencia de género y/o sexual.
- En función del caso, realizar cribado de depresión y de duelo patológico. Si es necesario, derivar a los servicios de salud mental según circuitos establecidos en cada área de salud.
- Asesoramiento contraceptivo. Informar sobre la importancia del buen uso de los métodos anticonceptivos, acompañarla en el proceso de toma de decisiones sobre el método más adecuado y facilitar la instauración precoz del método elegido, si no lo ha hecho ya con anterioridad en el momento inmediato tras la IVE. En el momento previo a la intervención se debe realizar un asesoramiento contraceptivo inicial. Los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) están especialmente indicados para situaciones

de mala adherencia a otros métodos y son los más efectivos en la prevención de embarazos no planificados. Puede ser una medida preventiva eficaz, ofrecer a la mujer la inserción de un método LARC compatible tras la intervención.

- Si se le ha insertado o prescrito un método anticonceptivo tras el IVE, en esta revisión se ha de valorar la adherencia y satisfacción con el mismo. La atención a la anticoncepción y a las situaciones de vulnerabilidad es esencial desde el aspecto preventivo.
- Actualización del programa de cribado de cáncer de cérvix.
- En los casos en el que exista sospecha o riesgo de ITS, y no se haya hecho antes, se solicitarán pruebas diagnósticas para detección de VIH, VHB, VHC, sífilis, clamidia, gonorrea, etc., previa información y consentimiento de la mujer. En caso de haber sido solicitadas, informar de resultados.
- El seguimiento de estas mujeres se considera una acción prioritaria en el ámbito de la salud reproductiva. Si la mujer no acude a esta cita programada, se contactará con ella y se valorará la necesidad de una nueva cita. Es necesario que los datos personales y de contacto estén actualizados en la Historia Clínica.

4.5.4. Acompañamiento

Esta guía recomienda realizar un acompañamiento de la esfera afectivo-emocional desde una perspectiva integral y contextualizada en el enfoque de género, prestando especial atención a aspectos como la intimidad y la sensibilización del personal que atiende el proceso de IVE.

El acompañamiento es responsabilidad del conjunto de profesionales del centro sanitario que integra el equipo que entra en contacto con la mujer a lo largo del todo el proceso. Es transversal y de su existencia y calidad va a depender la mejor o peor recuperación emocional post-aborto.

La mayoría de las mujeres que están embarazadas y no lo tenían previsto (o aun teniéndolo previsto) sufren algún cambio importante en sus vidas. Se encuentran en una situación de estrés emocional, vinculado a la decisión de continuar o interrumpir el embarazo, de intensidad variable dependiendo de diferentes elementos como: su red de apoyo, su edad, sus creencias, su nivel cultural, etc. Por ello, es preciso que, en este contexto tan diverso, el personal sanitario resulte un apoyo, contribuyendo a transitar el proceso desde la tranquilidad y la claridad.

Un buen acompañamiento tiene especial importancia en casos en los que la IVE es debida a un supuesto de incompatibilidad con la vida o ano-

malías graves en, normalmente, semanas de gestación más tardías. En estos casos, es importante ofrecer un acompañamiento individualizado en función de las necesidades de la mujer y su familia o pareja, ofreciendo tiempo y espacios de privacidad e intimidad, permitiendo la expresión de sentimientos y especialmente respetando sus decisiones. Valorar la necesidad de derivar a servicios de salud mental en caso de duelo complicado o sospecha de depresión post IVE.

En supuestos como este, en el momento del alta hospitalaria de enfermería, será importante proporcionar información sobre recursos para afrontar duelo por la muerte gestacional o perinatal, así como un teléfono de contacto para consultar dudas o solicitar ayuda psicológica.

Entre los factores de riesgo o predictores de un peor ajuste psicológico tras una IVE podemos encontrar:

- Sentir presión en la decisión del aborto.
- Falta de apoyo social y por parte de la pareja (atendiendo, además, a la violencia de género y/o sexual).
- Un estado más avanzado del embarazo.
- Antecedentes de patología mental o depresión postparto.
- Sentimientos de culpa y sintomatología traumática en las horas posteriores a la IVE.

4.5.5. Asesoramiento contraceptivo post-IVE

El asesoramiento anticonceptivo y la posibilidad de acceder a un método contraceptivo después de una IVE, es una práctica eficaz para prevenir la repetición de embarazos no planificados.

En general, e independientemente del método utilizado para la IVE, casi cualquier método anticonceptivo puede iniciarse inmediatamente tras la intervención. Se ha de tener en cuenta las preferencias de la mujer y los factores de riesgo o antecedentes patológicos que contraindiquen algún método.

Las opciones anticonceptivas son:

- **Métodos anticonceptivos reversibles de corta duración (SARCs):** los anticonceptivos hormonales combinados, anticonceptivos de progesterona sola y métodos de barrera pueden comenzar a utilizarse inmediatamente después de un aborto médico o instrumental de primer o segundo trimestre (excepto capuchón y diafragma que no son adecuados hasta pasadas 6 semanas de un aborto en el segundo trimestre). El anillo vaginal se debería iniciar a partir de sie-

te días después de la administración de misoprostol. Los métodos naturales de control de la fertilidad no son recomendables hasta recuperar la menstruación.

- **Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs):** hormonales (inyectable, implante subcutáneo, DIU-LNG) o no hormonales (DIU-Cu), son los métodos de elección para evitar nuevos embarazos no planificados. Pueden empezar a utilizarse inmediatamente después de un aborto instrumental o médico en el primer trimestre (CME 1, criterios médicos de elegibilidad: sin restricciones) o después de un aborto en el segundo trimestre (categoría CME 2, las ventajas generalmente superan los riesgos), pero no deben usarse después de un aborto séptico (CME 4).

Las guías internacionales sugieren la colocación del DIU en el momento en que se determina el éxito del procedimiento de la IVE (a través de una evaluación no basada únicamente en las imágenes ecográficas, sino en la presencia de signos y síntomas clínicos).

En la visita de revisión (15-21 días) se puede insertar DIU, salvo sospecha sólida de retención significativa de restos ovulares y/o de fallo del método (visualización ecográfica de saco gestacional).

En caso de persistencia de restos ovulares (que algunos profesionales toman en consideración a partir de los 15 mm de grosor endometrial, identificados ecográficamente), es recomendable esperar al término de la primera menstruación (en la que suelen evacuarse dichos restos ovulares) y/o a un nuevo control ecográfico a las 4-6 semanas.

5. Notificación y registro de la IVE

5.1. Notificación y Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Desde la entrada en vigor de la ley de despenalización parcial del aborto de 1985, según la Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo, la IVE está sometida a vigilancia epidemiológica. A partir de esta fecha, todas las IVE realizadas en centros sanitarios acreditados para su práctica, públicos o privados, deben ser notificadas al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de cada Comunidad Autónoma donde se encuentre ubicado el centro sanitario.

La notificación se realiza a través de un cuestionario aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de marzo de 2007, con los datos correspondientes a las variables modificadas por el Pleno de los representantes de las CC. AA., el 22 de noviembre de 2007, y con los correspondientes cambios obligados por la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

El Boletín de Notificación (*Anexo 5*) es siempre aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado). Cada modificación que se pretenda realizar en dicho boletín debe ser consensuada con todas las CC. AA., y aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial o sus órganos dependientes.

5.2. Boletín de Notificación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

El Boletín de Notificación se articula en torno a dos grandes grupos de variables: un primer grupo que recoge datos de la embarazada, donde se solicita información sociodemográfica como fecha y lugar de nacimiento, nacionalidad, nivel de instrucción, situación laboral, ingresos y paridad. Y un segundo grupo que recoge datos de la intervención, donde se solicita

información del lugar donde recibió la información inicial, edad gestacional, día de la intervención, motivo y procedimiento.

Dada la sensibilidad de estos datos, tanto la información referida a la embarazada como la del centro en el que se realiza la intervención, es considerada confidencial. Con el fin de preservar el anonimato de la interesada, en ningún caso figurarán su nombre ni los apellidos de la misma, asimismo los datos contenidos en el impreso de notificación no podrán ser hechos públicos de forma individualizada. Todas las personas que, en virtud de su trabajo, han de manejar esta información están sometidas a secreto estadístico además del profesional que, en su caso, corresponda.

5.3. Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

La obligatoriedad de la notificación recae sobre el personal facultativo responsable de la asistencia a la IVE del centro sanitario, quien debe cumplimentar y enviar al registro de su Comunidad Autónoma el correspondiente boletín o impreso de notificación en el momento del alta.

Una vez recibido el boletín de notificación en el Registro de la Comunidad Autónoma correspondiente, será esta quien deberá inscribir y registrar los datos en la aplicación *online* desarrollada por el Ministerio de Sanidad en el año 2011 en colaboración con las CC. AA.

Toda esta información (que constituye la base fundamental del sistema de información y vigilancia epidemiológica de las IVE en el Sistema Nacional de Salud) es recogida, codificada, tabulada y analizada con el propósito de apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia y de contribuir a la formulación de políticas públicas de salud (promoviendo que estas sean más equitativas, se orienten hacia la mejora de la accesibilidad de las prestaciones de la cartera común de servicios del SNS y aseguren la aplicación efectiva del derecho a la protección de la salud).

El Ministerio de Sanidad elabora y publica anualmente un informe que refleja el análisis de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) realizadas en España durante el año anterior de acuerdo con los datos presentados por las Comunidades Autónomas. La información que recoge este informe, denominado como: “Interrupción Voluntaria del Embarazo, datos definitivos correspondientes al año...”, permite describir las características del servicio que se presta, tanto en la red pública como en la privada, identificar las áreas con mayor demanda de IVE y obtener un conocimiento adecuado sobre las intervenciones realizadas en nuestro país que sirva de base

tanto a la planificación de los servicios asistenciales como a los programas de promoción de la salud e igualdad de la mujer.

En la actualidad, están publicados en la Web del Ministerio los informes completos correspondientes a los años 1988 a 2023, ambos inclusive. A dichos datos, se puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>

5.4. Codificaciones

Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)

Z33.2 - Aborto inducido (consulta para)

Clasificación Internacional de Enfermedades-10.^a Revisión (CIE-10-ES)

O04.80 - Aborto inducido complicado

O04.6 - afibrinogenemia

O04.88 - cistitis

O04.6 - coagulación intravascular

O04.81 - colapso circulatorio

O04.85 - complicación venosa NCOC

O04.7 - embolismo (aire) (líquido amniótico) (coágulo sanguíneo) (grasa) (pulmonar) (séptico) (jabón)

O04.89 - condición especificada NCOC

O04.84 - daño químico de órgano (-s) pélvico (-s)

O04.83 - desequilibrio electrolítico

O04.7 - embolismo (aire) (coágulo sanguíneo) (grasa) (jabón) (líquido amniótico) (piémico) (pulmonar) (séptico)

O04.5 - endometritis

O04.6 - hemólisis

O04.6 - hemorragia (tardía) (excesiva)

O04.5 - infección - tracto genital o pélvica

- O04.88 - tracto urinario

O04.82 - insuficiencia renal

O04.84 - laceración de órgano (-s) pélvico (-s)

O04.82 - necrosis tubular (renal)

O04.82 - oliguria

O04.5 - ooforitis

O04.5 - parametritis

O04.86 - paro cardíaco

O04.84 - perforación de órgano (-s) pélvico (-s)

O04.5 - peritonitis pélvica

- O04.5 - salpingitis o salpingooforitis
- O04.87 - sepsis
- O04.81 - shock
- O04.6 - síndrome de desfibrinación
- O04.83 - trastorno metabólico
- O04.82 - uremia
- O07.4 - Aborto intento (electivo) (fallido)
- O07.30 - Aborto fallido complicado por:
 - O07.1 - afibrinogenemia
 - O07.38 - cistitis
 - O07.1 - coagulación intravascular
 - O07.31 - colapso circulatorio
 - O07.35 - complicación venosa NCOC
 - O07.2 - embolismo (aire) (líquido amniótico) (coágulo sanguíneo) (grasa) (pulmonar) (séptico) (jabón)
 - O07.39 - condición especificada NCOC
 - O07.34 - daño químico de órgano (-s) pélvico (-s)
 - O07.33 - desequilibrio electrolítico
 - O07.2 - embolismo (aire) (coágulo sanguíneo) (grasa) (jabón) (líquido amniótico) (piémico) (pulmonar) (séptico)
 - O07.0 - endometritis
 - O07.1 - hemólisis
 - O07.1 - hemorragia (tardía) (excesiva) infección
 - O07.0 - tracto genital o pélvica
 - O07.38 - tracto urinario
 - O07.32 - insuficiencia renal
 - O07.34 - laceración de órgano (-s) pélvico (-s)
 - O07.32 - necrosis tubular (renal)
 - O07.32 - oliguria
 - O07.0 - ooforitis
 - O07.0 - parametritis
 - O07.36 - paro cardíaco
 - O07.34 - perforación de órgano (-s) pélvico (-s)
 - O07.0 - peritonitis pélvica
 - O07.0 - salpingitis o salpingooforitis
 - O07.37 - sepsis
 - O07.31 - shock
 - O07.1 - síndrome de desfibrinación
 - O07.33 - trastorno metabólico
 - O07.32 - uremia
- O08.0 - Sepsis después de aborto (episodio posterior)

- 3E0DXGC - Introducción en boca y faringe de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje externo (codificación utilizada en Aborto farmacológico hasta 9 semanas)
- 10A07ZZ - Aborto de productos de la concepción, abordaje orificio natural o artificial (codificación utilizada en Dilatación y aspiración y Dilatación y Evacuación)
- 10A07ZX - Aborto mediante inserción de abortivo (codificación utilizada en Inducción)
- 3E0E3TZ - Introducción en productos de la concepción de agente destructivo, abordaje percutáneo (codificación utilizada en Feticidio, abortos selectivos y reducciones embrionarias)

6. Prevención de embarazos no deseados: educación para la salud

La educación para la salud es un instrumento de la promoción de la salud y, por tanto, constituye una función importante del personal sanitario, social y docente. Desde el entorno sanitario puede realizarse desde atención primaria y hospitalaria en sus distintos ámbitos.

Estudios recientes indican que, a nivel mundial, la mitad de los embarazos que se producen no son deseados. La disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y eficaces está muy generalizada, sin embargo, se observa una falta de concienciación respecto a su utilización. El Informe IVE 2023 indica que en el 46,50% de las IVE, la mujer no utilizaba ningún anticonceptivo. Además, el 21,89% de las mujeres había tenido al menos una IVE anterior.

Las mujeres perimenopáusicas con cierta frecuencia infravaloran su potencial fertilidad y abandonan el uso de algún método anticonceptivo, siendo sexualmente activas. En esta etapa de la vida creen que ya no corren riesgo de quedarse embarazadas. Una de las consecuencias de no adoptar medidas anticonceptivas es que alrededor de un tercio de embarazos a estas edades no fue planificado.

El fallo de los métodos anticonceptivos y las circunstancias en las que se utilizan en la vida real son uno de los motivos principales a los que aluden las mujeres de todo el mundo como origen de un embarazo no deseado. En el Reino Unido, el British Pregnancy Advisory Service afirmó que, de las casi 60.000 mujeres que interrumpieron el embarazo en sus clínicas en 2016, más de la mitad recurre a, como mínimo, un tipo de método anticonceptivo.

Un estudio demuestra que los embarazos de quienes utilizan anticonceptivos representan prácticamente la mitad de todos los embarazos no deseados; de ellos, 9 de cada 10 podían achacarse a haberlos usado incorrectamente o de modo irregular, mientras que 1 de cada 10 correspondía a un fallo del método habiéndose empleado de la mejor forma posible. Es preciso aportar una mayor información y formación a las personas en la utilización de la anticoncepción.

6.1. Ideas clave educación sexual

La educación sexual debe promover actitudes positivas hacia una sexualidad responsable que conduzcan a una relación plena, además de contribuir a adoptar una postura activa a la hora de prevenir riesgos y dotarse de recursos, por parte de las personas que se inician en la experiencia sexual.

La educación integral en sexualidad (EIS) tiene un papel central en la preparación de la juventud para una vida segura y plena, evitando los riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, violencia de género y desigualdad que pueden afectar seriamente su bienestar.

Las evidencias demuestran que una EIS en la que se desarrollen actitudes, habilidades y conocimientos apoyados en valores positivos, incluidos el respeto por los derechos humanos, la igualdad y diversidad contribuye a relaciones seguras, saludables y positivas.

Los programas con enfoque de género son significativamente más eficaces para lograr resultados como la reducción de las tasas de embarazos no planificados o ITS. Además, mejoran la prevención y reducción de la violencia y discriminación de género en la pareja íntima, la autoeficacia y confianza con el desarrollo de relaciones más fuertes y saludables.

6.2. Factores a tener en cuenta para una adecuada educación para la salud sexual

En la salud sexual van a influir múltiples factores de salud, sociales y educacionales. Además, existen factores de vulnerabilidad que debemos tener en cuenta a la hora de trabajar la promoción y educación en salud sexual.

Vivir en el medio rural o en zonas de mayor vulnerabilidad de los núcleos urbanos dificultan el acceso a los servicios. La desigualdad de género, la pobreza, menor nivel de instrucción perjudican la capacidad de actuación de las mujeres y redundan en desinformación sobre la anticoncepción.

Las mujeres en situación de prostitución o trata se topan con obstáculos jurídicos y sociales a la hora de utilizar anticonceptivos, lo que se traduce en un gran número de embarazos no deseados. También la enfermedad mental y las adicciones pueden favorecer la marginalidad y dificultar el acceso a métodos anticonceptivos conllevando un mayor riesgo de embarazo.

La sexualidad de las personas con discapacidad está marcada por los prejuicios sociales. Uno de los esquemas más extendidos en la visión tradicional de la discapacidad se relaciona con la ausencia de sus necesidades sexuales. Privarlas de educación sexual es exponerlas a una mayor vulnerabi-

lidad. El riesgo de violencia sexual se multiplica por 10; además, puede que se las obligue a someterse a un aborto si se quedan embarazadas. También la enfermedad mental supone un factor de vulnerabilidad que dificulta el acceso a los métodos anticonceptivos y la educación sexual.

En ocasiones, las mujeres migrantes se encuentran con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de embarazos no deseados.

Además, se da la circunstancia de que todos estos colectivos de mayor vulnerabilidad son mujeres con mucho más riesgo de sufrir violencia de género y sexual, lo que es un factor añadido de riesgo para quedarse embarazada, y el embarazo será de riesgo.

6.3. Ámbitos sanitarios para la educación sexual

Los diferentes ámbitos en los que realizar intervenciones educativas sobre salud sexual para evitar el embarazo no deseado son a varios niveles:

Consulta individual

- En las actividades preventivas de la cartera de servicios del Equipo de Atención Primaria (matrona, enfermería, medicina familiar y comunitaria, pediatría, trabajo social) adaptadas a cada edad evolutiva, se debe realizar educación y promoción en salud sexual, sobre todo es clave la etapa de la adolescencia. Es importante abordar con ellos y ellas preguntas sobre su salud sexual y el uso de métodos anticonceptivos adecuados para evitar embarazos no deseados e ITS. Además, se debe trabajar con las chicas que ejercen su libertad sexual para no verse presionadas a realizar actos sexuales no deseados, pudiendo también elegir libremente el método anticonceptivo. Es importante hablar de la corresponsabilidad entre la pareja de los cuidados de la salud y la prevención, así como promocionar los buenos tratos y posicionarse contra la violencia de género. También será relevante la promoción del buen uso de las TIC debido al peso que estas tienen como fuente de información.
- En la información de métodos anticonceptivos es importante que la mujer opte por el método anticonceptivo que se adapte mejor a sus necesidades. Como ya se ha dicho, es muy frecuente el embara-

zo no deseado por un mal uso o por dejar un método debido a sus efectos secundarios, etc.

- Estas tareas preventivas y de promoción a la salud sexual también pueden ser abordadas en las consultas de ginecología, aprovechando las consultas por anticoncepción, problemas ginecológicos, consulta postnatal, post-IVE, etc.

Atención grupal en AP

Existen distintos ámbitos en los que trabajar la salud sexual:

- En grupos socioeducativos de mujeres, por ejemplo, es importante trabajar la salud sexual, la capacidad de decisión sobre anticoncepción y la prevención de la violencia de género.
- En grupos de preparación al embarazo, parto y puerperio: abordar la salud sexual en el embarazo y tras el parto y los métodos anticonceptivos más adecuados en cada etapa.
- En grupos de escuela de madres y padres: donde se darán pautas a las familias para educar en sexualidad a sus hijos e hijas según su edad evolutiva.
- En grupos de mujeres que sufren violencia de género en salud mental también será necesario abordarlo.
- En grupos de mujeres con discapacidad, migrantes o con enfermedad mental grave, adicciones, será importante trabajar la educación sexual adaptada a su vulnerabilidad.

Atención comunitaria

Existen muchos ámbitos comunitarios en los que realizar educación para la salud sexual:

- Educación sexual integral en centros educativos: más que actuaciones puntuales, deben basarse en programas con evidencia científica y con el número de sesiones mínimo y los contenidos estandarizados (Guías UNESCO 2018, mínimo 12 sesiones de 1.º a 4.º de la ESO).
- Intervenciones comunitarias con distintos colectivos o acciones informativas de sensibilización. Importante adaptarlas a la comunidad en la que está integrado el centro de salud y dirigidos a los distintos colectivos vulnerables.
 - Trabajar la sensibilización y colaboración con mediadoras interculturales, líderes y referentes comunitarias, como agentes clave para la prevención y el acceso a los recursos.

- Coordinación con las ONG especializadas que trabajan con población migrante y con las asociaciones de mujeres.
- Establecer Programas de Educación Sexual para los Centros de Apoyo a la Integración o Centros Ocupacionales de personas con discapacidad, centrándose en tres ejes complementarios de intervención: personas con discapacidad intelectual, familias y educadores.
- Desarrollar también Programas de Educación Sexual para los centros dedicados a la atención a menores, con especial énfasis en aquellos casos de mujeres jóvenes por su especial vulnerabilidad (violencia sexual).

7. Formación de profesionales de la salud

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 18 de octubre de 2010, contempla que la formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de salud sexual es una prioridad, pues son agentes indispensables para promover la salud sexual de una forma integral en la población.

En consonancia con ello, A finales de 2018, se aprueba el **“Plan Operativo 2019-2020 de la Estrategia de Salud Sexual”** en el marco de la ENSSR.

El Plan consta de cuatro Líneas Estratégicas: promoción de la salud sexual, atención sanitaria, formación, innovación investigación y buenas prácticas. Para desarrollar la formación de profesionales el Plan Operativo propone dos acciones específicas:

- Elaboración de criterios comunes de calidad para la formación en salud sexual, contenidos y metodologías educativas recomendables.
- Elaboración y oferta de un curso *online* sobre salud sexual para profesionales de Atención Primaria, desde el Ministerio de Sanidad y en consenso con las CC. AA. para favorecer la homogeneidad de conocimientos en todo el territorio.

Para el cumplimiento de estas medidas, en noviembre 2021 se aprueba la Guía de “Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud” (disponible en el siguiente enlace): https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion Primaria.pdf

8. Objeción de Conciencia

La Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, actualizada por la Ley Orgánica 1/2023 del mismo nombre, recoge en su artículo 19 bis, los aspectos básicos referidos a la objeción de conciencia en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y establece que:

1. Las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo podrán ejercer la objeción de conciencia, sin que el ejercicio de este derecho individual pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse con antelación y por escrito. La persona objetora podrá revocar la declaración de objeción en todo momento por los mismos medios por los que la otorgó.
2. El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. A estos efectos, los servicios públicos se organizarán siempre de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno a la interrupción voluntaria del embarazo. Asimismo, todo el personal sanitario dispensará siempre tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción del embarazo.

Asimismo, el artículo 19 ter de la mencionada Ley Orgánica 2/2010 se refiere explícitamente a los Registros de personas objetoras de conciencia.

En desarrollo y cumplimiento de lo estipulado en el artículo 19 ter, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó en diciembre de 2024, el *Protocolo específico para la creación del Registro de Personas Objetoras de Conciencia*³ que regula el registro de personas profesionales objetoras de conciencia para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

3 *Protocolo específico para la creación del Registro de Personas Objetoras de Conciencia* establecido en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/docs/Protocolo_Registro_Objetoires_IVE._Diciembre_2024.pdf

Dicho protocolo tiene como objetivo principal garantizar el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario, al mismo tiempo que se asegura el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en todo el territorio nacional.

El registro de personas profesionales sanitarias objetoras de conciencia se creará en cada comunidad autónoma y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y solo se utilizarán para la gestión de recursos humanos y para garantizar la prestación de la IVE, sin discriminación para ningún/a profesional. Los datos del registro no se compartirán entre comunidades autónomas y el acceso a ellos estará restringido al personal encargado de la gestión y organización de recursos humanos para la IVE y se garantizará la protección de datos de las personas profesionales objetoras de conciencia.

En dichos registros, solo se incluirá al personal sanitario que interviene directamente en la Interrupción Voluntaria del Embarazo: personal facultativo especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología y reanimación, medicina familiar y comunitaria, enfermería y matronas.

El protocolo aprobado por el CISNS (16 de diciembre de 2024) contempla la posibilidad de objeción de conciencia total o parcial a la IVE, según los supuestos previstos en la Ley Orgánica 2/2010:

- **Objeción total:** El profesional sanitario se opone a participar en cualquier tipo de interrupción voluntaria del embarazo, independientemente de las circunstancias.
- **Objeción parcial:** El profesional sanitario se opone a participar en la IVE en algunos de los supuestos contemplados en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo actualizada por la Ley Orgánica 1/2023 (artículos 14 y 15), es decir:
 - IVE a petición de la mujer dentro de las primeras 14 semanas de gestación.
 - IVE por causas médicas, hasta las 22 semanas de gestación, en caso de grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.
 - IVE por causas médicas, hasta las 22 semanas de gestación, en caso de riesgo de graves anomalías en el feto.
 - IVE por causas médicas, en caso de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto.

El protocolo establece que el registro de personas objetoras de conciencia debe incluir la modalidad a la que se objeta (total o parcial) y, en caso de objeción parcial, los supuestos específicos a los que objeta el personal sanitario.

9. Descripción de métodos según semanas de gestación

En los siguientes apartados se presenta una descripción de los diferentes métodos teniendo en cuenta las semanas de gestación. En cada uno de estos se expone: una descripción del método/procedimiento, sus características propias, y su seguimiento específico post-IVE.

9.1. IVE dentro de las primeras 14 semanas de gestación y que no implique alto riesgo

En esta etapa, podrán utilizarse los siguientes métodos de intervención:

- Método farmacológico precoz.
- Método instrumental (dilatación y aspiración).

Método Farmacológico Precoz (dentro de las primeras 9 semanas de gestación, 63 días)

Descripción de método/procedimiento

Se deben reforzar las informaciones básicas comunes al procedimiento farmacológico:

- En qué consiste este procedimiento y cómo se lleva a cabo.
- Que el tratamiento se basa en dos medicamentos, el primero de los cuáles será administrado en el centro sanitario y el segundo puede ser administrado en el mismo centro o entregado para su uso domiciliario.
- Ofrecer información sobre los pasos a seguir en ambos casos, siendo especialmente detallada durante la ingesta del segundo medicamento, y la consecuente expulsión del saco gestacional, se produzca en el domicilio.
- Que debe firmar un consentimiento informado expresamente relacionado con el procedimiento farmacológico (*Anexo I*).
- Informar sobre tiempos del proceso, dolor, sangrado u otras molestias y posibles complicaciones.

- Especial atención a las pautas sobre analgesia, detallando cuáles, cómo y cuándo.
- Cómo reconocer y actuar en caso de complicaciones o signos de alarma.
- Cómo identificar el éxito del procedimiento (finalización del embarazo).
- Cuándo reanudar actividades de la vida diaria, incluyendo las relaciones sexuales coitales.
- Opciones anticonceptivas y momento para iniciar el método elegido.
- Cuidados en el seguimiento postaborto y siguiente/s visita/s.
- Resolver cualquier duda que la mujer pueda plantear.

Usos del método farmacológico precoz

A continuación, se detalla de forma resumida y orientativa el procedimiento de consultas para el método farmacológico precoz:

	USO DOMICILIARIO	USO EN CENTRO SANITARIO
SEGUNDA VISITA (una vez decidido el método farmacológico. Pág. 32 de este documento)	1. Atender posibles nuevas dudas que la mujer desee consultar. 2. Realizar ecografía para confirmar embarazo intrauterino viable y datar la gestación (en caso de no haberse realizado en la primera visita). 3. Completar y actualizar la historia clínica. Si se solicitaron, revisar resultados analíticos. 4. Recoger firmado el <u>consentimiento informado del método farmacológico (Anexo 1)</u>. 5. Entregar la información escrita de la pauta farmacológica de la IVE, efectos secundarios esperables, tiempos y duración aproximada del proceso (Anexo 8). 6. Administrar el primer medicamento (200 mg de mifepristona) en la consulta para su ingestión por vía oral (deglución). 7. Entregar en la consulta el segundo medicamento (misoprostol) y la pauta analgésica para su uso en casa (<u>no hacer recetas</u>): • Misoprostol (800 µgr) para su autoadministración en un intervalo entre 24-48 después de la mifepristona, indicando por escrito la fecha exacta en la hoja informativa que se entrega a la mujer (Anexo 9). Se consensuará la vía de administración con la mujer (bucal o vaginal). • Medicación analgésica (pauta terapéutica): informar sobre el nivel de dolor que cabe esperar, paliando el miedo y la ansiedad que la situación conlleva. 8. Explicar signos y síntomas de alarma (pérdida de sangre de más de dos compresas ultra súper en una hora durante tres horas; dolor pélvico intenso que no cede con analgésicos; o, fiebre de más de 38°C que perdura más allá de dos horas después del uso del misoprostol). Si durante el proceso de una IVE farmacológica se presenta uno o más de los signos de alarma anteriormente citados, indicar a la mujer que deberá contactar con el centro sanitario o con el teléfono que se le especifique en la hoja informativa. 9. Atender dudas y cuestiones que pueda plantear la mujer sobre la pauta farmacológica. 10. Reforzar la información y asesoramiento anticonceptivo.	1. Atender posibles nuevas dudas que la mujer desee consultar. 2. Realizar ecografía para confirmar embarazo intrauterino viable y datar la gestación (en caso de no haberse realizado en la primera visita). 3. Completar y actualizar la historia clínica. Si se solicitaron, revisar resultados analíticos. 4. Recoger firmado el <u>consentimiento informado del método farmacológico (Anexo 1)</u>. 5. Entregar la información escrita de la pauta farmacológica de la IVE, efectos secundarios esperables, tiempos y duración aproximada del proceso (Anexo 8). 6. Administrar el primer medicamento (200 mg de mifepristona) en la consulta para su ingestión por vía oral (deglución). 7. Citar a la mujer 24-48 horas después de la toma de mifepristona para su administración en el centro sanitario.
	USO DOMICILIARIO (15-21 días tras la segunda visita)	USO EN CENTRO SANITARIO

TERCERA VISITA	1. Revisar información sobre cómo se ha realizado el proceso y preguntar sobre la presencia de sintomatología (metrorragia, dolor, fiebre, etc.). 2. Evaluar el estado anímico y ofrecer soporte emocional, si lo requiere. 3. Ecografía para confirmar el éxito del procedimiento. Se encontrará algunas de las siguientes situaciones: • Ausencia del saco gestacional: confirma el éxito del método. • Presencia del saco gestacional: supone el fallo de la interrupción. Es preciso informar a la mujer y valorar de manera consensuada con ella la opción de repetir el tratamiento farmacológico o de una interrupción instrumental. • La presencia de un endometrio >15 mm es sugestivo de retención de restos. Es importante valorar clínicamente a la mujer ya que la imagen ecográfica, de manera aislada, no indica necesariamente la realización de una aspiración o legrado posterior⁴. En la paciente asintomática o con sangrado muy escaso, el manejo expectante consigue la resolución espontánea en el 90% de los casos en 6 semanas. En estos casos se propondrá un nuevo control ecográfico en 4-6 semanas. 4. Incidir en la elección de un método anticonceptivo (si no se ha elegido antes) y, en su caso, valorar la inserción de LARC en esta tercera visita. 5. Redactar y entregar el informe asistencial o de alta. 6. Complimentar el Informe final y enviar al Registro de IVE de la DGS-PyES el boletín para la correspondiente notificación (<i>Anexo 5</i>).	Durante esta visita (realizada en el intervalo de 24-48 horas después de la ingesta del Mifepristona), se realiza la toma del segundo medicamento y el proceso de expulsión en el centro sanitario: 1. Se consensuará con la mujer la vía de administración del misoprostol (bucal o vaginal). 2. Se realiza la toma del segundo medicamento (misoprostol), junto con la administración de la pauta analgésica. • Informar sobre el nivel de dolor que cabe esperar, paliando el miedo y la ansiedad que la situación conlleva. 3. Se acompaña a la mujer en el proceso de expulsión (que durará unas horas, permaneciendo en el propio centro sanitario) y se controlan posibles signos y síntomas de alarma. 4. Establecer recomendaciones a la salida del centro sanitario. Explicar signos y síntomas de alarma que pudieran aparecer en los días siguientes, como sangrado o dolor excesivo, fiebre, etc. Si presenta uno o más de los signos de alarma anteriormente citados, indicar a la mujer que deberá contactar con el centro sanitario o con el teléfono que se le especifique en la hoja informativa. 5. Reforzar la información y asesoramiento anticonceptivo, instaurando el método indicado de manera inmediata cuando se considere oportuno. 6. Citar para la (cuarta) visita de revisión 15-21 días después.
CUARTA VISITA	USO DOMICILIARIO	USO EN CENTRO SANITARIO 1. Valorar los signos y síntomas que la mujer haya podido experimentar tras la tercera visita. Preguntar sobre la presencia de sintomatología (metrorragia, dolor, fiebre, etc.). 2. Evaluar el estado anímico y ofrecer soporte emocional, si lo requiere. 3. Ecografía para confirmar el éxito del procedimiento (ver lo referido en la tercera visita-uso domiciliario). 4. Incidir en la elección de un método anticonceptivo (si no se ha elegido antes) y, en su caso, valorar la inserción de LARC en esta cuarta visita. 5. Redactar y entregar el informe asistencial o de alta. 6. Complimentar el Informe final y enviar al Registro de IVE de la DGS-PyES el boletín para la correspondiente notificación (<i>Anexo 5</i>).

4 Nunca indicar actuaciones médicas o quirúrgicas basadas únicamente en las imágenes ecográficas, sino en la presencia de síntomas clínicos alarmantes como sangrado abundante y persistente, anemia o dolor relevante.

Características del método

Medicamentos utilizados en la IVE Farmacológica

Fármacos: mifepristona y misoprostol

De acuerdo con la evidencia científica más actual, el método que se ha mostrado más eficaz y seguro es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol).

Tanto la mifepristona como el misoprostol figuran en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, lo que significa que *“en el contexto de los sistemas de salud existentes deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para las personas y para la comunidad”*.

Mifepristona

La mifepristona es un compuesto con propiedades antiprogestagénicas y antiglucocorticoideas. Principalmente, actúa bloqueando los receptores de la progesterona, anulando la acción de esta hormona en la implantación del blastocito en el endometrio y, en consecuencia, la progresión del embarazo. Además, aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas y madura el cuello uterino.

Misoprostol

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Estimula la maduración cervical y las contracciones del útero por lo que causa la evacuación uterina.

Los estudios de uso de misoprostol como pauta única en la IVE de primer trimestre sugieren una efectividad más baja y un proceso de mayor duración que en el régimen combinado con mifepristona. El misoprostol muestra importantes ventajas en relación con las demás prostaglandinas, como son la estabilidad a temperatura ambiente, la seguridad y el bajo coste.

Vías de administración

Mifepristona

- Vía oral. Se ingieren las pastillas por deglución.

Misoprostol

- Vía bucal. Se introducen los 4 comprimidos (800 µg en total) en la cavidad bucal húmeda, manteniéndose en contacto con la mucosa bucal. Se colocan 2 comprimidos en cada mejilla o bien entre la encía y el labio inferior (no debajo de la lengua) hasta 30 minutos. Si pasado este tiempo los comprimidos no se han disuelto, es preciso ingerirlos por deglución.

- Vía vaginal. En este caso los comprimidos deben mojarse previamente con 2-3 gotas de agua o de suero salino para mejorar la absorción. Se introducen uno a uno en el fórnix vaginal (zona más profunda de la vagina). La mujer deberá permanecer tumbada y estirada durante los siguientes 30 minutos.

Las vías bucal y vaginal son las más utilizadas en la administración del misoprostol dados sus menores efectos secundarios.

Pauta terapéutica

De acuerdo con el conocimiento y la evidencia científica actual, se ha considerado como pauta más recomendable:

Pauta terapéutica recomendada para fármacos mifepristona y misoprostol.		
Edad Gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis de misoprostol
Hasta 9 semanas de gestación.	200 mg por vía oral.	En un intervalo entre uno o dos días (24-48 horas) después de la toma de mifepristona. 800 µg por vía bucal o vaginal.
Fuente: elaboración propia.		

Interacción con otros fármacos

Se han sugerido como motivos de fallo del método farmacológico la posible interacción de los medicamentos abortivos con otros que eventualmente pudiera estar usando la mujer, incrementando o disminuyendo sus efectos. Sobre la mifepristona, existen referencias acerca de su posible interacción con algunos antimicóticos (*ketoconazol* o *itraconazol*), antibióticos (*eritromicina* o *rifampicina*), corticoides (*dexametasona*) y anticonvulsivantes (*fenitoína*, *fenobarbital* o *carbamazepina*). Asimismo, en cuanto al misoprostol, se ha hablado de interacciones con el *acenocumarol* (anticoagulante). Sin embargo, no existen estudios concluyentes sobre estas posibles interacciones para ambos fármacos.

Dispensación de fármacos

Al dispensar la medicación establecida por esta Guía, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Solo debe administrarse la cantidad establecida para ambos medicamentos abortivos, informando de los pasos a seguir en caso de tener que repetirlos.
- La dispensación de la mifepristona debe realizarse en la consulta médica para facilitar su administración y el seguimiento de su pauta terapéutica.
- Los medicamentos que se entregan a la mujer deben estar correctamente identificados (descripción del principio activo, nombre,

cantidad, lote y caducidad) y deben ser entregados en un recipiente cerrado.

- En el uso domiciliario del misoprostol (caso más probable), este y los medicamentos analgésicos deben estar adecuadamente empaquetados (bolsa o caja) y acompañados de información e instrucciones precisas sobre la pauta terapéutica.
- Siempre que se considere oportuno, se contemplará la posibilidad de administrar el misoprostol en el centro sanitario, de manera presencial.

Eficacia

La combinación de mifepristona y misoprostol es un método muy eficaz y seguro para la interrupción del embarazo hasta las 9 semanas de gestación. Aunque se manejan distintos porcentajes, la tasa de eficacia en este periodo se estima entre 94 y 98%. Una revisión sistemática realizada en el año 2015, compuesta por 20 estudios con mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos entre los que se incluía la mifepristona seguida de misoprostol, mostró una tasa de eficacia general de 96,6%. Por éxito del procedimiento se entiende la expulsión completa del saco gestacional, es decir, que la mujer no requiere ningún otro tratamiento médico. Por fallo del método se entiende el aborto incompleto, que requiere una aspiración posterior (en torno al 4%) y el embarazo evolutivo (alrededor del 1%).

Las tasas de éxito dependen de diversos factores como son: la edad gestacional, la dosificación, las vías de administración, el intervalo entre el uso del primer y segundo medicamento, la experiencia de las y los profesionales sanitarios que atienden el proceso para determinar con precisión la finalización del embarazo, y/o el cumplimiento por parte de las mujeres de la última visita de confirmación.

Proceso de expulsión

Entre un 1-6% de casos se inicia el sangrado y se produce la expulsión del saco gestacional por efecto de la mifepristona. En la mayoría de casos, se produce la evacuación uterina entre las 3-6 horas después de la administración del misoprostol. En este tiempo se produce:

- Sangrado abundante, superior al de una menstruación habitual.
- Dolor abdominal por efecto de las prostaglandinas y el propio proceso abortivo. Existe una gran variabilidad respecto al dolor; este abarca desde un dolor muy ligero, que podría no precisar analgésicos, hasta dolor muy intenso en algún momento que sí puede requerir analgesia. El dolor más intenso aparece entre 2-4 horas después de la administración del misoprostol y tiene una duración

aproximada de 1 hora hasta que se produce la expulsión del saco gestacional.

- Diversos estudios refieren menos dolor en mujeres multíparas, de mayor edad y en abortos durante las primeras 7 semanas de gestación.

Efectos secundarios más comunes

La mifepristona no suele tener efectos secundarios. Puede provocar excepcionalmente: mareo, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, fatiga y taquicardia, y, en los pocos casos que provoca la expulsión, dolor y sangrado.

En muchos casos los efectos secundarios pueden tener un efecto inmediato (media hora después y hasta 1-4 horas tras la administración). En cualquier caso, durante las 4-6 horas posteriores a la administración del misoprostol podrán sucederse dichos efectos secundarios:

- En el 70% de los casos, el sangrado es superior al de la menstruación habitual. La hemorragia vaginal disminuye progresivamente durante las dos semanas posteriores al aborto.
- Dolor abdominal, por el mismo proceso abortivo y por el efecto de las prostaglandinas.
- En un 33% de casos, el dolor es como el de una menstruación; en un porcentaje superior, el dolor es intenso y tiene las características de una dismenorrea importante, y, excepcionalmente, el proceso es muy doloroso. Hay casos que se resuelven prácticamente sin dolor.
- Sintomatología gastrointestinal: diarrea, náuseas y vómitos.
- Escalofríos.
- Febrícula o fiebre (hasta 38°C durante las dos horas posteriores al tratamiento con misoprostol), de origen central, que se mantiene durante unas dos horas y no suele dar problemas. No es necesario ningún tratamiento, ya que desaparece espontáneamente.
- Exantema y prurito en plantas de los pies y palmas de las manos.

Pauta analgésica

Durante el proceso suele aparecer dolor, por lo que es necesario utilizar, de manera rutinaria, medicamentos analgésicos. Los recomendados en este documento son:

- Paracetamol. Analgésico utilizado para el tratamiento sintomático del dolor de cualquier etiología de intensidad moderada. No altera la síntesis de protrombina ni la agregación plaquetaria. En ningún caso se debe administrar ante una insuficiencia hepática y/o renal, ni superar los 4 g diarios.
- Codeína. Analgésico opiáceo, se suele utilizar para aliviar el dolor leve a moderado.

- **Diclofenaco.** Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) indicado para reducir inflamaciones y como analgésico. Ante patologías cardiovasculares se debe prestar especial atención a la hora de su administración.
- **Metamizol.** Es un derivado pirazolónico que actúa impidiendo la formación de prostaglandinas, ya que inhibe la enzima ciclooxigenasa. Es analgésico y antipirético, con un débil efecto antiinflamatorio. Está indicado en el tratamiento de dolor agudo.

Además de esta recomendación, cada servicio podrá valorar y adaptar la pauta que considere más adecuada.

La pauta analgésica recomendada es:

- Paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral. Administrar 30 minutos antes del misoprostol.
- Pauta de rescate a las 2-4 horas, si persiste el dolor intenso, con metamizol 2 g vía oral. Se recomienda una ampolla disuelta en agua u otra bebida dulcificada para enmascarar su sabor amargo.
- Si persiste el dolor, a las 6-8 horas, puede volver a tomar la pauta de paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.

Esta pauta nunca debe asociarse al ácido acetilsalicílico.

Posibles complicaciones

- **Hemorragia vaginal:**
El sangrado vaginal puede ser intenso. Excepcionalmente, puede ser necesaria la hemostasia quirúrgica (en un 0,36-0,71% de los casos) o la transfusión de sangre (en un 0,1-0,2% de los casos).
- **Infección:**
- La endometritis puede ser una complicación a considerar, aunque la frecuencia es baja: del 0,15% al 1,57%.
- Muy excepcionalmente, hay que tener presente una complicación grave como es el shock tóxico por Clostridium.

Contraindicaciones

Absolutamente contraindicado ante:

- Hipersensibilidad a mifepristona o misoprostol.
- Contraindicación previa para los fármacos oxitócicos.
- Sospecha o diagnóstico de gestación ectópica.
- Enfermedad trofoblástica.
- Porfiria hereditaria.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Asma grave que no se consigue controlar con tratamiento.
- Coagulopatías y otros trastornos hemorrágicos no etiquetados.

- Anemia grave: Hb < 9 g/l.
- Portadora de DIU, cuya extracción no ha sido posible.

No recomendable ante:

- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.
- Índice de masa corporal (IMC) < 18,5.

Especial atención a:

- Anemia no grave con valores de Hb < 9g/dl.
- Enfermedad cardiovascular establecida o riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Epilepsia o antecedentes de epilepsia.
- Lactancia materna. A dosis de 200 mg, los niveles de mifepristona en la leche materna son indetectables. Además, como su uso es de forma aislada, no requiere interrupción de la lactancia.

Se considera que el misoprostol es un fármaco compatible con la lactancia materna, ya que, aunque se excreta en la leche materna, su concentración es insignificante a las 5 horas de su administración. Para disminuir el riesgo del lactante, se aconseja administrar el misoprostol justo después de lactar y esperar 5 horas para volver a hacerlo.

No contraindicado en situaciones como:

- Disfunción tiroidea y diabetes insulina dependiente.
- Embarazo múltiple.
- Obesidad.
- Cesárea previa u otras intervenciones uterinas anteriores (en un embarazo muy incipiente).
- Tabaquismo.
- Malformaciones uterinas congénitas y adquiridas.
- Cirugía previa del cuello uterino.

Teratogenia

Son limitados los datos disponibles acerca del riesgo potencial de anomalías fetales en gestantes que fueron tratadas sin éxito en una interrupción médica del embarazo en el primer trimestre y decidieron continuar la gestación.

Hasta la fecha, de acuerdo con los datos disponibles acerca del efecto abortivo, no hay evidencia alguna de riesgo teratogénico de la mifepristona. No obstante, en el caso del misoprostol, se ha descrito la posibilidad de provocar malformaciones fetales.

En cualquier caso, es primordial asegurar que la interrupción del embarazo se produce una vez iniciado el tratamiento farmacológico.

Método Instrumental (dilatación y aspiración)

Descripción de método/procedimiento

Preoperatorio

Tras la valoración previa al procedimiento, que incluya una anamnesis detallada, atendiendo a:

- Historia social, según algunos criterios socioculturales como: edad, responsabilidad en los cuidados posteriores, comprensión de los mismos, teléfono, distancia al hospital, transporte, etc.
- Historia clínica médica, basada en: antecedentes médicos familiares y personales; enfermedades y/o medicación actual; cirugías anteriores; antecedentes de anestesia local u otro tipo de sedación; alergia a medicamentos; antecedentes gineco-obstétricos; antecedentes anticonceptivos, etc. No son necesarias pruebas complementarias específicas, excepto conocer el Rh.

Se deberá establecer la edad gestacional mediante ecografía (para conocer si es intrauterino y no patológico).

Si se detecta en la anamnesis alguna incidencia, el equipo médico indicará las pruebas complementarias a realizar previamente o los medicamentos necesarios.

En pacientes de riesgo, se realiza analítica que incluya grupo y Rh, hemograma y coagulación, serología VIH, HB y HC.

Se comprobará que:

- Se cumplen los requisitos legales.
- La mujer ha sido informada y ha firmado el/los consentimientos/s necesarios.
- Que en su historia clínica no aparece ninguna contraindicación para la técnica o la analgesia-anestesia elegida, como:
 - Ginecobstétricas: patologías o malformaciones cérvico-uterinas que impidan el acceso a la cavidad uterina.
 - Médicas: mujeres que no están incluidas en los criterios ASA I y II.

Instrumental necesario

Valvas vaginales y/o espéculos, pinzas de *Pozzi*, dilatadores metálicos o flexibles de diferentes tamaños, desde 4 mm hasta 14 mm, graduados de 0,5 o de 1 mm o progresivos. Cánulas de polietileno desechables o metálicas, que están calibradas desde 6 mm a 14 mm.

Unidad de aspiración eléctrica con pedal y mango de conexión.

Descripción de la técnica

Primero se realiza lavado y antisepsia correcta de manos. Como se realiza una intervención vía vaginal y se mantiene la integridad de la piel, solo es necesario realizar para la higiene y desinfección de las manos del personal sanitario, una descontaminación rutinaria, usando solución de base alcohólica o lavando las manos con agua y jabón no antiséptico.

No es necesaria la dilatación previa, se realiza con dilatación mecánica durante el procedimiento. Algunos profesionales la utilizan en determinadas circunstancias, como embarazos de más de 12 semanas, en las situaciones en las que la dilatación cervical pueda ser dificultosa, etc.

En caso de ser necesaria, la medicación previa utilizada más habitualmente es la analgesia con derivados AINES por diferentes vías (oral, iv e im), excepto en los casos de alergia. Algunos centros además añaden atropina, ansiolíticos, profilaxis antibiótica y en gestaciones de más de 12 semanas, uterotónicos.

No es necesario limpiar la vagina con antisépticos, la limpieza con una gasa es suficiente y puede estar humidificada con suero fisiológico para que no resulte molesto.

La reducción de la infección después de aspirar al vacío se logra usando instrumentos correctamente desinfectados o esterilizados, administrando antibióticos profilácticos, y usando la técnica de “sin tocar”. La técnica de no tocar significa que las piezas de los instrumentos que ingresan al útero no deberían tocar objetos o superficies que no sean estériles, como las paredes de la vagina, antes de introducirse.

Durante el procedimiento de aspiración, el personal que lo lleva a cabo:

- Agarra y toca solo la porción media de los dilatadores, evitando las puntas.
- La base de esta técnica es el reconocimiento que, aun con la aplicación de la solución antiséptica al cérvix, es imposible esterilizar la vagina.

Monitorización. Toma de tensión arterial, niveles de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca. Se realiza lectura de los mismos en un monitor. Se practica la intervención bajo visión ecográfica en tiempo real, esto mejora claramente los resultados de la técnica, excepcionalmente quedan restos.

Colocación de valvas y visualización de cuello uterino.

Se sujeta el cuello uterino con la pinza de *Pozzi*, con una tracción continua y controlada.

En la dilatación mecánica o instrumental utilizamos dilatadores metálicos o flexibles, se utilizan de menor a mayor o progresivos, hasta el número que corresponda con las semanas de gestación o una menor. En algunas

circunstancias la dilatación es dificultosa y se dilata por debajo de la edad gestacional en más de una semana o si por el contrario es fácil y el cuello lo permite, se puede dilatar en una semana más con lo que la aspiración será más rápida.

La aspiración se realiza con cánula rígida o flexible, se coloca en el manguito y se introduce en la cavidad uterina sin forzar y hasta fondo uterino, se conecta el aparato de vacío que actúa con presión negativa 600 y 700 milibares con el pedal y se inicia la aspiración con movimientos de dentro a fuera y rotatorios. Una vez aspirado la mayoría del contenido uterino, se retira la cánula quitando el vacío a través de la válvula del manguito y después se procede a revisar los ángulos con cánulas de igual o menor tamaño.

Recomendamos realizar la ecografía en tiempo real, realizándose por personal entrenado durante todo el tiempo que dura el procedimiento y por tanto con ella aseguramos no lesionar en la dilatación y comprobamos la vacuidad del útero. Al finalizar, recogemos imagen ecográfica con el útero vacío.

Se retira instrumental y se comprueba si sangra.

En algún momento del procedimiento, si no se ha realizado anteriormente por otro motivo y dentro del plazo efectivo según ficha técnica, se administra gammaglobulina anti D a las mujeres RH negativa. En el caso que la mujer rechace ese tratamiento firmará un documento de revocación.

Tratamiento del dolor. Se realiza con los medicamentos y técnicas que se describen a continuación o con combinación de varios procedimientos, que es lo más habitual:

- Derivados de los AINES, si no están contraindicados u otros analgésicos.
- Anestesia local. Si se realiza con anestesia local, Se coloca la anestesia local paracervical (2, 4 o 5 puntos), intracervical o de uterosacros y se espera de uno a tres minutos.
- Sedación consciente, superficial/moderada, con óxido nitroso inhalado, midazolam IV, o profunda con propofol iv o combinaciones de los mismos. La sedación consciente se puede combinar con la anestesia local, pero si se hace con sedación profunda no es necesario.
- Analgésicos posteriores a demanda.

Recuperación posterior. Controles y medicación

Tras el procedimiento de IVE la mujer permanece en el área de recuperación posterior o área de adaptación al medio (URPA). Se realiza control de constantes vitales, se toma la tensión arterial y el pulso, se realiza seguimiento del dolor, sangrado, alergias medicamentosas y control de recuperación de la sedo-analgesia. Según criterios de Aldrete/Chung (*Anexo 10*). El tiem-

po de observación después del procedimiento depende de la técnica usada, de la analgesia/anestesia elegida, de las semanas de gestación, del estado de salud y/o emocional de la usuaria y de si se han producido complicaciones o no. Pero suele oscilar entre 15 minutos y 2 horas.

Si en el postoperatorio inmediato se presenta dolor y no cede a los pocos minutos, podemos administrar paracetamol oral; si con esto no fuera suficiente se debe descartar alguna complicación y una vez descartada se puede administrar algún analgésico AINE im o iv. En los casos de vómitos persistentes se usa metoclopramida 10 mg im.

Después del tiempo habitual previsto según el tipo de intervención, una vez realizados los controles antes nombrados y comprobado que cumple los criterios de Aldrete/Chung, se le da alta restringida con los siguientes documentos e instrucciones:

- Receta con tratamiento médico antibiótico⁵, si no se ha administrado previamente. Este tratamiento debe cubrir las infecciones por clamidias trachomatis, las pautas más utilizadas son azitromicina 1 g monodosis o doxiciclina 100 mg cada 12 horas, durante 5 días; como alternativa, se puede prescribir eritromicina de 500 mg vía oral cada 8 horas durante 7 días. En caso de confirmación o sospecha de ITS, se prescribirá el tratamiento pertinente. Y metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 5 días ante sospecha de vaginosis bacteriana.
- Documento con las recomendaciones de cuidados después de la intervención y síntomas clave (se deberá consultar telefónicamente con el centro sanitario ante la aparición de dolor, sangrado y fiebre).
- Se recomienda ofrecer un teléfono de contacto 24 horas. Este seguimiento diferido puede ser programado o cuando la mujer presenta dudas o problemas. Se recomienda informar y/o recomendar y/o prescribir método anticonceptivo.

Características del método

Complicaciones del método instrumental

El aborto provocado es uno de los procedimientos más seguros de la práctica médica actual. Con una tasa de mortalidad menor de 1 por 100.000, las complicaciones que requieren hospitalización son de 0,7 por 1000 y las

⁵ En algunos casos, según semanas de gestación (siempre por encima de 14 semanas), paridad y comportamiento de la contractibilidad uterina posterior, se prescriben uterotónicos. Por encima de las 16 semanas se prescribe cabergolina 1 mg en dosis única para inhibir la producción de leche y analgésicos a demanda.

complicaciones menores de 8 por 1000. Las complicaciones aumentan con la edad gestacional, cuando concurren otras patologías y disminuyen con la experiencia del personal que lo practica. Paradójicamente, los abortos realizados en hospitales de la red pública presentan tasas más altas de complicaciones que los realizados en centros especializados ambulatorios, en parte porque asumen casos de más riesgo y edad gestacional más elevada y en parte por menor experiencia en aborto provocado (atienden menos casos).

Las complicaciones del aborto provocado se clasifican tradicionalmente en menores y mayores según la gravedad de la complicación y en inmediatas, tardías o diferidas, según el momento de la presentación de las mismas.

En caso de complicación que requiera cirugía y/o ingreso hospitalario se derivan a los hospitales de referencia.

Las complicaciones que ocurren en el momento del procedimiento o en el tiempo de observación o recuperación posterior se consideran inmediatas y el resto tardías o diferidas.

Las complicaciones menores pueden ser tanto inmediatas como tardías. Las más frecuentes son: desgarro cervical, adherencias cérvico-uterinas, perforación no complicada o reintervención (o evacuación uterina) no urgente (restos, hematómetra). Los desgarros uterinos, son poco frecuentes y se resuelven en la mayoría de los casos con una hemostasia por compresión y en raras ocasiones necesitan sutura.

Habitualmente las complicaciones mayores son inmediatas (no así la EIP): cirugía no prevista, transfusión y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Según la literatura médica consultada, las infecciones, hemorragias, hematómetras y retención de restos son las más comunes. Se encuentran con muy pocos casos de infecciones y hemorragias, siendo la hematómetra la complicación más frecuente, seguida con bastante diferencia por la retención de restos.

Las hematómetras se suelen presentar entre los 3 y 6 días tras la IVE, con dolor hipogástrico tipo menstrual y con sangrado escaso o sin él. A veces a las pocas horas de estos síntomas se expulsan los coágulos y suelen alarmar a la mujer, pero si se dejan evolucionar suelen ceder en pocas horas.

Las hematómetras por retención de coágulos en cavidad, así como la fiebre de 24-36 horas de evolución, más que como complicaciones se podrían clasificar como evolución desfavorable sin más.

Se puede recomendar ergotamina tabletas para facilitar la expulsión durante las 24 horas, asociada a paracetamol para facilitar las contracciones y que se expulsan totalmente y no queden de cuerpo extraño alargando el proceso fisiológico de expulsión.

Cuando no se expulsan, el dolor va en aumento por la distensión uterina. En estos casos suele ser necesaria la evacuación uterina, aunque a veces,

se pueden resolver con tratamiento médico. El dolor se puede controlar con un analgésico tipo AINES cada 8 horas y hioscina n-butil bromuro, metamilzol o paracetamol cada 8 horas alternándolos.

Las complicaciones asociadas a la reproducción posterior presentan cifras muy bajas en los países como el nuestro donde el aborto es legal y se realiza un buen tratamiento clínico del mismo.

Complicaciones diferidas

- **Retención de restos:** como complicación diferida es muy poco frecuente cuando se tiene un apoyo efectivo ecográfico durante la realización del procedimiento, confundándose en muchos casos con una hematómetra. El tratamiento de la misma es una nueva aspiración.
- **Embarazo evolutivo:** en la práctica sanitaria, debido al uso sistemático de la ecografía, esta complicación es prácticamente inexistente. Se realizaría una nueva aspiración.
- **Adherencias:** las adherencias también son poco frecuentes, ya que, con la aspiración es difícil realizar un raspado excesivo de la cavidad uterina, que provoque una posterior adherencia. Estas se suelen presentar como amenorrea posaborto. En cualquier caso, se puede intentar solucionar con la inserción de un DIU. Si esto no es suficiente la histeroscopia sería el siguiente paso.
- **Enfermedad pélvica inflamatoria:** esta complicación es casi inexistente. El tratamiento sería antibioterapia y si no responde se deriva al hospital de referencia.

Seguimiento post-IVE dentro de las 14 semanas de gestación y que no implique alto riesgo

Consulta de revisión post-IVE

Una revisión posterior se debe ofrecer a todas las mujeres independientemente del método de aborto y de las semanas de gestación hasta el momento del aborto.

Se debe realizar a partir de los 15-21 días después de la IVE.

En esta consulta se debe realizar una anamnesis de la evolución, valorando los siguientes síntomas:

- Dolor. Tipo e intensidad. Si se ha hecho necesario o no tomar algún tipo de analgésico.
- Sangrado. Tiempo, cantidad y características del sangrado.
- Fiebre. Si ha presentado o no este síntoma.

- Otros síntomas. Alteraciones del flujo, picor, náuseas, vómitos, escalofríos.

La mujer acude totalmente asintomática la mayoría de las veces y no es necesario realizar ningún tipo de tratamiento. Lo más habitual es que si aparece algún síntoma como dolor, sangrado o fiebre, que son los más frecuentes, se presenten entre el tercer y quinto día y la mujer sea atendida por “urgencia”.

Se realiza ecografía abdominal o transvaginal, según criterio médico y características de la mujer, en la que se valora que el útero esté vacío y contraído, endometrio lineal, anejos sin patologías y Douglas libre.

Cuando el aborto se ha realizado con medicamentos, se valora fundamentalmente la clínica y no la imagen ecográfica.

Valoramos también la situación emocional, en la mayoría de los casos la mujer está bien emocionalmente y no necesita atención especializada. Si fuera necesario se derivaría a los profesionales correspondientes.

Además, es un espacio para resolver preguntas, inquietudes, miedos o tabús relacionados con el aborto, como, por ejemplo, si podrá quedarse embarazada después del mismo, que es una de las dudas más frecuentes.

Consejo anticonceptivo

Según la OMS “después de un aborto todas las mujeres deben recibir información sobre métodos anticonceptivos”. Siguiendo este criterio se deben explicar las diferentes opciones anticonceptivas, según características de la usuaria, salud, nivel cultural, etc. y si es posible y ella lo desea, se le prescribe un método anticonceptivo o se le da cita para la inserción de algún otro método o se deriva a su centro de salud.

En otros casos la anticoncepción se ha instaurado en el mismo momento del aborto, por lo que se aprovechará para valorar la satisfacción de la mujer con el método y control del mismo.

9.2. IVE de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación o que implique alto riesgo

En esta etapa, podrán utilizarse los siguientes métodos de intervención:

- Método instrumental (dilatación y aspiración).
- Método instrumental (dilatación y evacuación).
- Método farmacológico tardío o inducción.
- Método quirúrgico.

Preoperatorio

Con independencia del método, previo a la intervención se realizará:

- Control analítico: si se considera que la mujer entra dentro de los criterios de ASA I y II, se realiza hemograma, estudio de coagulación, básicos y Rh. En caso de presentarse como ASA III, se valorará el caso por el equipo de anestesia y ginecología y se decidirán las pruebas complementarias necesarias a realizar, así como, la conveniencia de que la intervención se practique de forma ambulatoria o si es necesario derivarla a un hospital.
- Preparación cervical: en la mayoría de los casos, salvo algunas excepciones por indicación facultativa, de dilatación y aspiración, así como, de dilatación y evacuación, se realizará preparación cervical.
- Premedicación: en el caso de realizar inducción se hará en dos tiempos y se utilizará la medicación, según viene descrito en el apartado de “inducción”.

Se comprobará que:

- Se cumplen los requisitos legales.
- La mujer ha sido informada y ha firmado el/los consentimientos/necesarios.
- Que en su historia clínica no aparece ninguna contraindicación para la técnica o la analgesia-anestesia elegida, como:
 - Ginecobstétricas: patologías o malformaciones cérvico-uterinas que impidan el acceso a la cavidad uterina.
 - Médicas: mujeres que no están incluidas en los criterios ASA I, II y III (con restricciones).

Método Instrumental (dilatación y aspiración)

Ya descrito anteriormente en los supuestos referidos a *IVE dentro de las primeras 14 semanas y que no impliquen alto riesgo*. Su uso puede extenderse también hasta el periodo de 14 a 18 semanas de gestación.

Método Instrumental (dilatación y evacuación)

El método más utilizado a partir de las 18 semanas consiste en dilatación cervical y posterior evacuación mediante maniobras instrumentales. A continuación, se realiza una descripción completa de esta técnica instrumental.

Descripción de método/procedimiento

1. Colocación de espéculo y visualización del cérvix: se puede realizar limpieza vaginal, perineal, vulvar y cervical previa con soluciones antisépticas de uso quirúrgico, aunque no es imprescindible (se explica anteriormente). Esto queda sujeto a criterio facultativo.
2. Monitorización.
3. Canalización de una vía venosa: con catéter de vía periférica, con suero. El tipo de suero varía en función de la usuaria, aunque lo más frecuente es que se use glucosalino.
4. Medicación: basándose en las características, la evolución de la mujer y según criterios médicos, se pueden administrar diferentes fármacos, como atropina para evitar las consecuencias de las reacciones vagales y AINES como analgésico. En casos excepcionales y según criterio médico se administra antibioterapia intravenosa.
5. Sedación: para provocar sedación o anestesia general se administran según protocolo del o la anestesista, como propofol y/o alfen-tanilo.
6. Anestesia paracervical, intracervical o uterosacra: igual que la descrita anteriormente.
7. Pinza de cuello: se pinza el cuello con pinza de *Pozzi* o atraumática para poder traccionar y rectificar el útero, se controla con ecografía abdominal.
8. Dilatación cervical: mediante dilatadores semirrígidos o rígidos de diferentes diámetros y/o progresivo, según el criterio del/la facultativo/a que va a realizar la intervención. Por lo general el dilatador usado corresponde a un n.º menos (en mm) a las semanas de gestación y coincide con el n.º de cánula a usar. En algunos casos, el/la especialista a partir del n.º 10 usan dilatadores o cánulas dos o tres n.º por debajo de la correspondencia en semanas.
9. Evacuación del contenido uterino: se realiza mediante:
 - Aspiración con seguimiento ecográfico intraoperatorio, hasta evacuar totalmente el contenido del útero. Ya explicado anteriormente.
 - Extracción instrumental. Mediante el uso de pinzas de evacuación ovular especialmente diseñadas para este propósito, se procede a la evacuación uterina. Este procedimiento se realiza en todo momento bajo visión ecográfica y una vez terminado, se puede realizar una aspiración, hasta notar que la cavidad uterina este totalmente vacía.
10. Medicación intraoperatoria posterior: se administran uterotónicos por vía endovenosa y/o intramuscular. Se usa metilergometrina sola, oxitocina sola o combinadas en suero de perfusión en dosifi-

caciones variables según criterio médico. Por encima de 16 semanas generalmente se administra una perfusión de 20 a 40 UI de oxitocina por vía endovenosa, en un suero de 500 cc, a pasar en un periodo aproximado de 1 hora, aunque esto puede variar según criterio médico.

11. Ecografía abdominal o vaginal: la vía abdominal se usa durante todo el procedimiento y siempre al terminar la intervención como confirmación del éxito de la IVE, aunque en algunos casos será necesaria la vía vaginal. Se recomienda imprimir esta última ecografía y adjuntarla a su historia clínica.
12. Paso a la sala de observación postoperatoria o a una habitación.

Método Farmacológico Tardío o Inducción

Descripción de método/procedimiento

Consiste en la inducción de la expulsión del feto y las membranas con diversos fármacos, generalmente prostaglandinas (el más usado es el misoprostol) y/o dilatadores osmóticos con o sin oxitocina.

Se reduce el tiempo de inducción y se mejora la seguridad del método si se administra mifepristona entre 24 y 48 horas antes (preferiblemente 48 h) del comienzo de la inducción.

La técnica se puede completar con diversas maniobras de extracción manual o finalización instrumental.

Esta técnica es eficaz en cualquier momento del embarazo, aunque más larga que el aborto instrumental y con más impacto emocional sobre la usuaria, por lo que las técnicas instrumentales son las consensuadas internacionalmente, por tener menos efectos secundarios, menos complicaciones y preferidas por las mujeres.

Se realiza siempre con preparación cervical. Esta se lleva a cabo con dilatadores osmóticos naturales (laminaria), sintéticos o sustancias químicas (misoprostol), con las que se ablanda y se dilata el cérvix antes de la intervención. Esta preparación cervical se realiza preferentemente con misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual o rectal. La dosis y la elección de la vía de administración dependen de las semanas de gestación, de la paridad, del efecto que se quiera conseguir y del criterio facultativo, ya que cada vía presenta diferente farmacocinética y efectos colaterales más o menos molestos.

El misoprostol, si bien no está totalmente contraindicado en mujeres con cirugías uterinas previas, sobre todo cesáreas, se debe usar con precaución en estos casos. Es por esto que, ante situaciones de cirugía uterina previa, se usan bajas dosis de misoprostol y se complementa con dilatadores

osmóticos, ya que altas dosis podrían provocar rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz. Los dilatadores osmóticos pueden ser usados también como coadyuvante del misoprostol, sobre todo en nulíparas y en mujeres que no responden convenientemente al mismo.

En algunos casos puede prescribirse mifepristona 24-48 horas como preparación de rutina y en casos que se prevea una dilatación dificultosa. Lo más frecuente es que se use sistemáticamente a partir de las 16-18 semanas.

Se puede usar como premedicación, un ansiolítico la noche previa a la intervención y otro al levantarse el día de la cita y misoprostol que deberá introducirse en la vagina unas horas antes de la llegada a la clínica. La necesidad de utilizarlo o no (por las características de la mujer, el embarazo, medio de transporte, etc.), la dosis y el tiempo previo de la administración de misoprostol será variable, según criterio facultativo. También se le informará que debe mantener ayuno absoluto 8 horas antes de su ingreso.

La inducción se llevará a cabo en el centro con comprimidos vaginales de misoprostol en dosis e intervalos dependiendo de la respuesta individual de cada mujer. La pauta más habitual son 400 ó 600 µg cada 3 ó 4 horas hasta la expulsión. La vía vaginal se ha demostrado la más eficaz y con menos efectos colaterales, para la práctica de abortos farmacológicos tardíos y la preparación cervical para los abortos instrumentales.

En algunas ocasiones y a lo largo del proceso de inducción, se requerirá la realización de diferentes procedimientos, como amniorrhexis, sondaje vesical o administración de oxitocina vía endovenosa.

Durante el procedimiento se administrará una infusión endovenosa de 500 cc de suero glucosado alternando con glucosalino o fisiológico, cada 4-6 h, y se controlará el balance hídrico. Además, se realizarán controles de tensión arterial, pulso y temperatura según el requerimiento de cada usuaria.

En casos excepcionales y según criterio médico, se administra antibioterapia intravenosa.

El misoprostol presenta efectos indeseables como vómitos, diarrea y fiebre. Estos síntomas se tratarán dependiendo de su intensidad con fármacos específicos.

El aborto puede ocurrir completo con la expulsión del feto y la placenta. Si no ocurre así, se puede ayudar a ello con diferentes maniobras.

Si la placenta no sale inmediatamente se esperará unos minutos ayudando con una leve tracción del cordón. También se puede proceder a su extracción de forma instrumental. En caso de que el útero se relaje, se añadirá una perfusión de oxitocina en 500 cc de suero glucosado. No se debe de administrar metilergometrina maleato, mientras la placenta esté en el interior del útero.

Con control ecográfico transabdominal se asegura que el útero está vacío. En caso de retención de restos se procederá a la evacuación del contenido uterino se puede realizar mediante aspiración con seguimiento ecográfico o extracción instrumental mediante pinzas de evacuación ovular (en ocasiones se realiza posteriormente aspiración final).

Una vez que haya terminado este procedimiento, se revisará el estado del cérvix uterino y la vagina para descartar cualquier desgarro que requiera reparación quirúrgica ginecológica. Además, en la mayoría de los casos, tras la expulsión de la placenta se procede a aspiración decidual, para prevenir la retención de restos.

En los casos en que pasadas 12 ó 14 horas no ocurra la expulsión o cuando las condiciones del cérvix sean favorables y la situación de la paciente así lo requiera, se podrá proceder a realizar una finalización instrumental.

La inducción en estas semanas de gestación a veces puede tener una larga duración y en ocasiones con un dolor intenso y emocionalmente mal tolerado, por lo que además de analgesia farmacológica se debe ofrecer y facilitar analgesia regional.

Características del método

Medicación para la inducción

- Mifepristona: un comprimido 24-48 horas antes de la inducción (se la administrará en la consulta en caso necesario) y hace que el cuello uterino esté más blando y que el útero responda mejor al Misoprostol, que es el medicamento que se usa para provocar contracciones. Con todo ello, la Mifepristona consigue que la inducción sea más corta.
- Misoprostol: 400 ó 600 µg cada 3 ó 4 horas hasta la expulsión.

Se realizará control de la dinámica uterina (DU) para evitar la hiperestimulación del útero y, por tanto, su rotura, sobre todo en aquellos casos con antecedente de cesárea previa. Si se consiguen 2-3 contracciones cada 10 minutos, se retrasará la siguiente dosis de Misoprostol.

Tratamiento durante la inducción

- Control de constantes y dinámica uterina.
- Diazepam sl 5 mg al iniciar la inducción, que se puede repetir cada 12-24 h si el proceso se alarga.
- Analgesia farmacológica: Paracetamol 1 g/6 h ev alternando con Enantyum 50 mg/6 h ev. Si incrementa el dolor, se puede administrar Morfina sc 3 mg (máximo 2 dosis separadas 30 minutos).

- Ondansetron ev 4 mg si aparecen náuseas o vómitos y Loperamida 2 mg vo si aparece diarrea.
- En base al control del dolor o la duración del procedimiento, se debe facilitar a la mujer la opción de analgesia peridural.

Contraindicaciones

Ginecobstétricas:

Absolutas:

- Placenta oclusiva.
- Tumores previos a la presentación fetal que obstruyen la salida del feto a través del cérvix.
- Patología cervical oncológica.
- Alteración anatómica que dificulte la intervención.

Relativas:

- Cirugía previa uterina con entrada en cavidad endometrial, incluyendo casos con más de una cesárea anterior. Los casos de cesáreas anteriores se valorarán individualmente, según semanas de gestación, número de cesáreas, tiempo transcurrido desde la misma etc. Se excluirán mujeres con una sola cesárea, pero con signos ecográficos de mala cicatrización de la misma y mujeres con cuellos muy desfavorables sin partos vaginales previos.
- En medio ambulatorio, valorar también nulíparas de más de 40 años con cuellos desfavorables.

Médicas:

- Alteraciones de la coagulación. Contraindica la intervención si el TP y el TTPA presentan alteraciones de un 20% por encima del límite superior.
- Enfermedades cardiorrespiratorias descompensadas.
- Alergias conocidas a cualquiera de los medicamentos utilizados (se valorará la posibilidad de usar fármacos alternativos).
- Anemia (hemoglobina por debajo de 9 g/l).
- Para la administración de mifepristona se tendrán en cuenta las contraindicaciones absolutas de esta. Ya descritas en el apartado del aborto farmacológico precoz.

En este caso se podrá prescindir del uso de este fármaco y realizar la inducción con prostaglandinas o análogos exclusivamente.

Habrà que tener en cuenta también que los corticoides pueden disminuir el efecto de la mifepristona por lo que habrá que ajustar la dosis.

Tratamiento postaborto inmediato

Instaurar una infusión de oxitocina en 500 cc de suero glucosado después del final del aborto, o mantenerla, si ya estaba indicada. Administrar metilergo-

metrina maleato im o iv inmediatamente tras la expulsión de la placenta, o de los últimos restos y la realización de la aspiración.

En caso de hipotonía: en casos leves puede administrarse 10 UI de oxitócicos en bolo endovenoso y en casos severos se puede administrar PGF2 intramuscular uterino.

Método Quirúrgico (histerotomía o microcesárea)

Descripción de método/procedimiento

Su uso queda reservado para los casos en los que no se pueda realizar el aborto por vía vaginal por placenta previa oclusiva, antecedente de cirugía uterina que contraindique la inducción farmacológica, anomalías uterinas o fracaso de inducción, cuando no se pueda realizar finalización instrumental.

Se realiza un abordaje a la cavidad uterina a través de una incisión a través de la pared abdominal.

Seguimiento post-IVE de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación o que implique alto riesgo

Recuperación posterior. Controles y medicación

Se establecen las mismas pautas y recomendaciones explicadas en el supuesto anterior.

Complicaciones inmediatas

Las complicaciones inmediatas del primer trimestre son muy escasas y de producirse, se suelen resolver, una vez detectadas, en ese momento y sin consecuencias.

En el segundo trimestre, sobre todo por encima de las 18 semanas son algo más frecuentes.

Perforación no complicada. Se resuelve con antibióticos, uterotónicos, reposo, vigilancia del dolor y control hemodinámico. Si pasado un tiempo la mujer se encuentra bien hemodinámicamente y en la ecografía no se visualiza sangrado intrabdominal, hematomas alrededor del útero, y no se presenta dolor o este es leve, se puede dar de alta a la mujer, indicándole una revisión a los pocos días e instruyéndola sobre la toma de antibióticos, el reposo y los signos de alarma por los que ponerse en contacto con el centro sanitario. Las perforaciones **pueden ser difíciles de identificar**, por lo que cuando se sospecha, es más seguro proceder como si existiera una perforación hasta que esa posibilidad se excluya.

Existe **mayor probabilidad** de que ocurran perforaciones en las siguientes situaciones:

- Anteflexión o retroflexión uterina marcada.
- Estenosis del orificio cervical interno que requiere más fuerza para la dilatación.
- Anomalías uterinas.
- Evacuación uterina difícil y prolongada.

Perforación complicada. En este caso la usuaria debe ser derivada al hospital de referencia sobre todo si:

- Está hemodinámicamente inestable.
- Sangrado no controlado, tanto vaginal como intrabdominal.
- Se detecta un hematoma intrabdominal en expansión.
- Se detectan vísceras intraabdominales en la cavidad uterina, el cuello del útero, la vagina o los tubos de succión.

En estos casos y dependiendo del sangrado que este provoque, la situación suele ser de emergencia, por lo que se procederá a activar el plan de evacuación al hospital de referencia lo más rápido posible.

Estas se dan con más frecuencia en el aborto de segundo trimestre, en abortos instrumentales o con finalización instrumental.

Hemorragias:

- **Hemorragia preoperatoria:** debemos considerar como probable que se trate de un embarazo ectópico, cuya actuación consiste en la derivación a un centro de tercer nivel. Si se trata de un aborto espontáneo, el procedimiento sería la aspiración si fuese necesaria al presentarse un aborto incompleto.
- **Hemorragia intraoperatoria y posoperatoria inmediata:** cuando se presenta una hemorragia durante la intervención, el/la médico/a debe en primer lugar establecer medidas para identificar la etiología de la hemorragia y controlarla. Deben considerarse como causas probables que el procedimiento haya sido incompleto, desgarros cervicales, atonía, fibroleiomiomas, perforaciones, acretismo placentario o coagulopatía.

La ecografía nos informará de si la causa de la hemorragia es un procedimiento incompleto. En tal caso se podría volver a aspirar.

En caso de desgarros cervicales, se puede intentar la hemostasia por compresión con pinzas de anillo o realizando una sutura.

Cuando se sospecha la presencia de atonía es útil el masaje uterino y el uso de uterotónicos. Oxitocina iv más metilergometrina im y misoprostol 400 mg rectal o sublingual, así como, la prostaglandina F2 α o PGF2 α .

Cuando sospechemos una coagulopatía, acretismo placentario o perforación uterina realizaremos el protocolo de derivación.

Resumiendo, cuando una hemorragia excesiva es continua, deben tomarse las siguientes medidas:

- Vigilar y controlar la presión arterial, el pulso y el estado clínico.
- Iniciar restablecimiento del volumen.
- Usar uterotónicos. Oxitocina iv. más metilergometrina im y misoprostol 400 mg rectal o sublingual.
- Tratarla según su etiología y si no es posible derivar a la usuaria.

La usuaria debe trasladarse al hospital de referencia, cuando la hemorragia no responda a las medidas terapéuticas o cuando la usuaria esté hemodinámicamente inestable.

Otras complicaciones:

- Síncope vaso-vagal, que se trata con atropina 0,5 mg vía im o iv.
- Convulsiones, que se tratan con 10 mg de diazepam en solución y sueroterapia con glucosalino o vía rectal.
- Choque anafiláctico (infrecuente) que se trata con adrenalina en jeringa precargada, por vía subcutánea.
- Coagulación intravascular diseminada (CID) la cual se encuentra entre las complicaciones más graves. Puede aparecer cuando se produce embolia de líquido amniótico (en el transcurso de una inducción) o disrupción uterina. Esta última, poco conocida, consiste en un desgarro subperitoneal, generalmente en la zona ístmica, normalmente causada por la dilatación, que causa una hemorragia lenta y disecante, sin sangrado por canal cervical ni hemoperitoneo. La lentitud del sangrado permite que actúen los mecanismos compensadores y no se observan signos clínicos de hemorragia aguda hasta que el proceso se precipita a una coagulopatía de consumo. Afortunadamente es muy poco frecuente y se suele presentar en el postoperatorio, por lo que es muy importante su diagnóstico antes de dar de alta a la mujer.

Consulta de revisión post-IVE

Se establecen las mismas pautas y recomendaciones explicadas en el supuesto anterior.

Consejo anticonceptivo

Se establecen las mismas pautas y recomendaciones explicadas en el supuesto anterior.

9.3. IVE de más 22 semanas de gestación

En esta etapa, podrán utilizarse los siguientes métodos de intervención:

- Método farmacológico tardío o inducción.
- Método quirúrgico.

Previo a la finalización de la gestación, debe ofrecerse realizar feticidio por encima de las 22 semanas. Por encima de las 24 semanas el feticidio es obligatorio (corresponde al límite de la viabilidad fetal).

Este se puede realizar mediante inyección intraamniótica de digoxina, se puede realizar ambulatoriamente el día de la administración de mifepristona. Alternativamente se puede emplear cloruro potásico mediante cordocentesis o cardiocentesis, en gestaciones entre 22 y 24,6 semanas.

Se planteará en gestaciones por encima de las 20 semanas para evitar la expulsión o extracción de un feto vivo, en función también del peso fetal estimado, la causa de la interrupción y la vía de finalización (en las cesáreas, por ejemplo, es más probable que un feto de 20 semanas salga vivo que tras una inducción).

Se realizará en sala de partos, antes de la inducción con Misoprostol o justo antes de la cesárea, y tras la anestesia peridural o intradural.

Hay descritos en la literatura múltiples métodos diferentes para realizarlo, con diferentes fármacos, y mediante diferentes vías, todos ellos con seguridad para la gestante:

- Inyección intracardiaca (cardiocentesis):
 - Inyección de Fentanilo 0,5 ml (ampolla 0,05 mg/ml) seguido de KCl (solución 2 mEq/ml) de 1 en 1 ml hasta conseguir asistolia (aprox. 2-10 ml). Tiene un porcentaje de éxito del 100% y es de efecto inmediato.
 - Digoxina 1 mg: alternativa al KCl.
- Inyección intravenosa (cordocentesis): más difícil que la cardiocentesis. Se debe acceder a la V. umbilical:
 - Inyección de Lidocaína al 2% 5-10 ml.
- Inyección intramniótica (amniocentesis):
 - Digoxina 1 mg. Es un método muy sencillo pero que precisa ser realizado 1-2 días antes de la IVE porque no es de efecto inmediato y, además, tiene la mayor tasa de fallo.

Método Farmacológico Tardío o Inducción

Tras el feticidio, la inducción se realiza en sala de partos mediante la administración de medicación, generalmente vía vaginal, para provocar las con-

tracciones, que el cuello uterino se dilate y, finalmente, que se produzca la expulsión.

Cuando la mujer ingresa para una interrupción de la gestación mediante inducción, lo primero que se hace es poner la anestesia epidural para evitar que, en caso de que la expulsión se precipite, la embarazada pueda tener dolor. Una vez puesta la anestesia, se empieza la inducción.

Descripción de método/procedimiento

Ya descrito anteriormente en los supuestos referidos a *IVE de más 14 y hasta 22 semanas de gestación o que impliquen alto riesgo*.

Características del método

Medicación para la inducción

- Mifepristona: 24-48 horas antes de la inducción (se la administrará su médico en la consulta en caso necesario) y hace que el cuello uterino esté más blando y que el útero responda mejor al Misoprostol, que es el medicamento que se usa para provocar contracciones. Con todo ello, la Mifepristona consigue que la inducción sea más corta.
- Misoprostol:
 - Paciente SIN cesárea previa:
 - o 22-24+6s: 400 mcg/4 h (máx 6 dosis). Repetir mismo ciclo si no expulsa en 24 h.
 - o 25-28+6s: 200 mcg/4 h (máx 6 dosis). Pasar a ciclo de 400 mcg/4 h (máx 6 dosis) si no expulsa en 24 h.
 - o > 29s: 50 mcg/4 h (máx 6 dosis). Pasar a ciclo de 100 mcg/4 h (máx 6 dosis) si no expulsa en 24 h.
 - Paciente CON cesárea previa:
 - o 22-24+6s: 200 mcg/4 h (máx 6 dosis). Repetir mismo ciclo si no expulsa en 24h.
 - o 25-28+6s: 100 mcg/4 h (máx 6 dosis). Repetir mismo ciclo si no expulsa en 24 h.
 - o >29s: 25 mcg/4 h (máx 6 dosis). Repetir mismo ciclo de 100 mcg/4 h (máx 6 dosis) si no expulsa en 24 h.

Con cesárea anterior: como se observa, se debe reducir la dosis de Misoprostol a la mitad de la indicada, evitando el uso simultáneo de Misoprostol y Oxitocina.

- Dilatadores mecánicos: solo se utilizan cuando no es posible usar la Mifepristona. Una o dos dosis e inducción a las 8-10 h con Misoprostol (igual que pauta anterior) u Oxitocina en función del *Bishop*. Se realizará anestesia peridural antes de retirar la última dosis de dilatadores y de iniciar la inducción. Protocolo en desuso. Generalmente de rescate.

Se realizará control de la DU para evitar la hiperestimulación del útero y, por tanto, su rotura, sobre todo en aquellos casos con antecedente de cesárea previa. Si se consiguen 2-3 contracciones cada 10 minutos, se retrasará la siguiente dosis de Misoprostol.

Tratamiento durante la inducción

- Control de constantes y dinámica uterina.
- Diazepam sl 5 mg al iniciar la inducción, que se puede repetir cada 12-24 h si el proceso se alarga.
- Analgesia previa a la anestesia peridural: Paracetamol 1 gr/6 h ev alternando con Enantyum 50 mg/6 h ev. Si incrementa el dolor, se puede administrar Morfina sc 3 mg (máximo 2 dosis separadas 30 minutos).
- Ondansetron ev 4 mg si aparecen náuseas o vómitos y Loperamida 2 mg vo si aparece diarrea.

Contraindicaciones

Ginecobstétricas:

Absolutas:

- Placenta oclusiva.
- Tumores previos a la presentación fetal que obstruyen la salida del feto a través del cérvix.
- Patología cervical oncológica.
- Alteración anatómica que dificulte la intervención.

Relativas:

- Cirugía previa uterina con entrada en cavidad endometrial, incluyendo casos con más de una cesárea anterior. Los casos de cesáreas anteriores se valorarán individualmente, según semanas de gestación, número de cesáreas, tiempo transcurrido desde la misma etc. Se excluirán mujeres con una sola cesárea, pero con signos ecográficos de mala cicatrización de la misma y mujeres con cuellos muy desfavorables sin partos vaginales previos.
- Valorar también nulíparas de más de 40 años con cuellos desfavorables.

Médicas:

- Alteraciones de la coagulación. Contraindica la intervención si el TP y el TTPA presentan alteraciones de un 20% por encima del límite superior.
- Enfermedades cardiorrespiratorias descompensadas.
- Alergias conocidas a cualquiera de los medicamentos utilizados (se valorará la posibilidad de usar fármacos alternativos).
- Anemia (hemoglobina por debajo de 9 g/l).
- Para la administración de mifepristona se tendrán en cuenta las contraindicaciones absolutas de esta, ya descritas en el apartado del aborto farmacológico precoz.

En este caso se podrá prescindir del uso de este fármaco y realizar la inducción con prostaglandinas o análogos exclusivamente.

Habrà que tener en cuenta también que los corticoides pueden disminuir el efecto de la mifepristona por lo que habrá que ajustar la dosis.

Método Quirúrgico (Histerotomía o Microcesárea)

Descripción de método/procedimiento

En caso de no conseguir inducción farmacológica o estar esta contraindicada, se procederá a histerotomía (ver apartado método quirúrgico de más de 14 y hasta 22 semanas de gestación).

Nos debemos plantear la posibilidad de tener que realizar una cesàrea como método para interrumpir una gestación en aquellas situaciones en las que la inducción puede tener más riesgos que la propia cesàrea o cuando, por la razón que sea (malformación fetal, malformación uterina...) creamos que va a resultar imposible conseguir un parto vaginal. Es un tema controvertido sobre el que hay poca evidencia científica, por lo que se debe valorar cada caso individualmente.

Las situaciones más frecuentes en las que esto ocurre son:

- Placenta previa oclusiva total: el intento de parto vaginal puede ocasionar hemorragia materna severa.
- Dos o más cesàreas previas, u otro tipo de cirugía uterina: el riesgo de rotura uterina con una cesàrea previa es del 0,3% (sin cesàrea previa del 0,04%).
- Fallo de inducción: tras 24-36 h de inducción del parto, como último recurso.
- Malformación fetal que conlleva implícita una DPF (hidrocefalia severa, tumoración fetal gigante...).

Una vez que se ha producido la extracción del feto, puede ser necesario realizar una ecografía abdominal para comprobar que la placenta y la bolsa amniótica hayan salido íntegras. Si no es así, a veces es preciso realizar un legrado uterino en la misma sala de partos para acabar de extraer posibles restos.

Siempre se les ofrecerá a los progenitores la posibilidad de ver al feto y, si lo desean, de cogerlo y pasar con él el tiempo que crean necesario. Aunque es algo que se considera en general beneficioso desde el punto de vista psicológico, la decisión última de si desean hacerlo o no es de ellos.

Los progenitores también deberán decidir en este momento si desean o no que se realice estudio de autopsia al feto. Es recomendable realizarlo siempre que la causa de la interrupción de la gestación haya sido una patología fetal que todavía no tenga diagnóstico, con el objetivo sobre todo de asesorar a la pareja sobre futuras gestaciones.

Conducta tras la extracción del feto

- Profilaxis de la atonía uterina con Oxitocina 10 mUI im y masaje uterino bimanual.
- Realizar ecografía abdominal cuando existan dudas sobre la integridad de la placenta y las membranas ovulares, realizando legrado obstétrico en el caso de retención de restos o hemorragia excesiva.
- Ofrecer a los progenitores y a la familia la posibilidad de ver el feto, y ofrecerles apoyo psicológico.
- Remitir el feto y la placenta sin formol a AP junto al Kit correspondiente debidamente rellenado en función de las semanas de gestación, con la solicitud del estudio necrópsico y la autorización de traslado.
- Administrar Gammaglobulina anti-D a las pacientes Rh negativo al acabar el procedimiento.
- Inhibición de la lactancia con Cabergolina por encima de las 12 semanas de gestación.
- Alta precoz.
- Solicitar visita de Asesoramiento Reproductivo en 2-3 meses.

Características del método

Complicaciones

Una inducción de expulsivo del feto con estas semanas de gestación puede tener las mismas complicaciones que un parto convencional, aunque son poco frecuentes:

- Infección.
- Hemorragia.

- Retención de restos placentarios: significa que un trozo de placenta ha quedado retenido dentro del útero. Suele ir acompañada de sangrado después de la extracción fetal y normalmente se soluciona mediante legrado uterino.
- En muy raras ocasiones, puede ocurrir que no se consiga el parto a pesar de todas las medidas posibles y que sea necesario realizar una cesárea.

Seguimiento post-IVE de más de 22 semanas de gestación

Síntomas post-IVE

Los síntomas normales después de una inducción son:

- Molestias o dolor leve en la parte inferior del abdomen: durante algunos días. Si lo necesita, puede tomar algún tipo de analgésico (por ejemplo, Paracetamol 500-1000 mg cada 6-8 horas o Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas).
- Sangrado vaginal: de cantidad similar a una menstruación. Su duración es muy variable y depende en gran medida de las semanas de gestación en el momento de realizar la interrupción de embarazo (entre unos pocos días y 3-4 semanas).
- Náuseas o algún vómito en las primeras 24 horas.

Asesoramiento reproductivo

- Se realizará cuando la causa de la interrupción de la gestación haya sido una patología fetal, 2-3 meses después de la interrupción.
- Confirmación y/o filiación del defecto.
- Anatomía patológica y resultados de estudios genéticos (atendiendo a la posibilidad de revocación por parte de la mujer; *Anexo II*).
- Vinculación, es decir, establecer si el problema que ha ocurrido es hereditario o no, y si responde a algún agente embriotóxico conocido.
- Establecimiento del riesgo empírico de recurrencia.
- Prevención en próximas gestaciones:
- Primaria: ácido fólico, evitar teratógenos, métodos de reproducción asistida, etc.
- Secundaria: diagnóstico precoz (diagnóstico prenatal).

Consulta de revisión post-IVE

Se establecen las mismas pautas y recomendaciones explicadas en el supuesto anterior.

Consejo anticonceptivo

Se establecen las mismas pautas y recomendaciones explicadas en el supuesto anterior.

Bibliografía

1. ACAI. Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado. Disponible en: http://www.sogac.org/index_htm_files/10.pdf
2. Bednarek P.H., Creinin M.D., Reeves M.F., Cwiak C, Espey E, Jensen J.T.; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med.* 9 de junio de 2011;364(23):2208-17.
3. Chen, M. y Creinin, M.D. (2015). Mifepristone with Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5): 12.
4. Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 871-875.
5. Curtis K.M., Jatlaoui T.C., Tepper N.K., Zapata L.B., Horton L.G., Jamieson D.J., Whiteman M.K. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016 Jul 29;65(4):1-66.
6. Emakunde. Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud (1993).
7. Fiala, C. et al. Early medical abortion. A practical guide for healthcare professionals (2012). Disponible en: https://www.spdc.pt/files/publicacoes/Early_medical_abortion.PDF
8. FIAPAC. 10th Congress, Edinburgh (2012). Disponible en: <https://www.fiapac.org/en/program/1/general-information-edinburgh-2012/>
9. Fondo de Población de Naciones Unidas. Informe anual: “Visibilizar lo invisible: la necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales” (2022).
10. International Planned Parenthood Federation. First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures (2008). Disponible en: https://www.cur.ac.rw/mis/main/library/documents/book_file/digital-6825bf7c1d2e85.84136997.pdf
11. IPAS Ultrasound findings at follow-up-Ipas. Disponible en: <https://www.ipas.org/clinical-update/english/recommendations-for-abortion-before-13-weeks-gestation/medical-abortion/ultrasound-findings-at-follow-up/>
12. IPAS. (2019). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Páginas 72-75.
13. IPAS. Center of reproductive rights Health. Access, Rights. Aborto con medicamentos y autogestión del aborto: Preguntas frecuentes sobre salud y derechos humanos (2020). Disponible en: https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/SMA%20IPAS%20CRR%20FINAL%20for%20Distribution+rev_SPA.pdf
14. Lete, I., Coll, C., Serrano, I., Doval, J. L., & Carbonell, J. L. (2015). Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(9), 426-434. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n2/18%20REV_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf
15. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo.
16. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
17. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.

18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica.
19. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
20. Ley Orgánica 4/2022 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
21. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de Mujeres y hombres, respecto a la integración del principio de Igualdad en la política de salud.
22. Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 34(6), 278-282.
23. McEwing R.L., Anderson N.G., Meates J.B., Allen R.B., Phillipson G.T., Wells J.E. Sonographic appearances of the endometrium after termination of pregnancy in asymptomatic versus symptomatic women. *J Ultrasound Med*. 28 de mayo de 2009;(5):579-86.
24. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011).
25. Ministerio de Sanidad. Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Noviembre de 2021). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion Primaria.pdf
26. Ministerio de Sanidad. Interrupciones voluntarias del Embarazo. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>
27. Ministerio de Sanidad. Protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia establecido en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/docs/Protocolo_Registro_Objetoires_IVE._Diciembre_2024.pdf
28. NHS. Early medical abortion (EMA): Home administration. Sheffield Teaching Hospitals (NHS) (2012). Disponible en: <https://www.sth.nhs.uk/patients-visitor-information/patient-information-leaflets/view-all-by-specialty/?id=615>
29. Okusanya BO, Oduwale O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD001777. DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4 (consultado el 11 de septiembre de 2022).
30. Patil E, Bednarek PH. Immediate Intrauterine Device Insertion Following Surgical Abortion. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Diciembre 2015;42(4):583-91.
31. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
32. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de Julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
33. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo.
34. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la Calidad Asistencial de la prestación a la Interrupción Voluntaria del embarazo.
35. Reeves M.F., Fox M.C., Lohr P.A., Creinin M.D. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol*. Julio de 2009;34(1):104-9. doi: 10.1002/uog.6404. PMID: 19517.
36. Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001/2128 INI).

37. Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las Mujeres (2020/2215 INI).
38. SEGO-SEC. Guía para la Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) (2015). Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_IVE.pdf
39. Societat catalana de Ginecologia i Obstetricia. Guia de l'ecografia obstètrica del primer trimestre.
40. Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception*, 88(1), 153-9.
41. UNESCO, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia (2018).
42. Organización Mundial de la Salud (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>
43. Organización Mundial de la Salud (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and postabortion contraception. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177622/WHO_RHR_15.11a_eng.pdf?sequence=1
44. Organización Mundial de la Salud (2018). Medical management of abortion. Ginebra: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud (2022). Abortion care guideline. Ginebra: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
46. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro (2014).
47. Organización Mundial de la Salud. (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Ginebra: World Health Organization Press. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
48. Wolman I., Altman E., Faith G., Har-Toov J., Amster R., Gull I., Jaffa A.J. Combined clinical and ultrasonographic work-up for the diagnosis of retained products of conception. *Fertil Steril*. Septiembre de 2009;92(3):1162-1164.
49. ACAI. Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE (2019). Disponible en: <Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf> (acaive.com)
50. Rodríguez MA, Prats P, Fournier S, Ricart M, Echevarria M, Comas C y Serra B. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagn Prenat*. 2013; 24 (1):11-14.
51. Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (2022).
52. Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico. Ministerio de Sanidad (2023). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_IVE_Farmacologica_04-11-2022.pdf
53. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(4):410-424. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n4/14.pdf>
54. Procedimiento de atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Servicio cántabro de salud 2019. Cantabria. Disponible en: https://saludcantabria.es/index.php?page=IVE_P

58. Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs: actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona (2014). Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1517>
59. Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico: Generalitat Valenciana. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/337762/3024906/guia_clinica_para_la_ive_farmacologica_es.pdf/c7e9db4b-6802-c231-3cc0-c93bb78e2fb4?t=1676021592056
62. Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Principado de Asturias. Documento informativo sobre las condiciones, métodos, centros y trámites. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-el-principado-de-asturi-2>

Anexos

Anexo 1. Modelo de consentimiento informado IVE por método farmacológico

En cumplimiento con lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, sobre protección de datos Personales, y de conformidad a lo previsto en la normativa vigente sobre Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad.

Yo, _____, con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal⁶) declaro que:

He sido informada sobre la existencia de dos métodos diferentes para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, el método farmacológico y el instrumental. Habiendo escogido el método farmacológico, soy informada del procedimiento.

Objetivo del procedimiento

Finalizar un embarazo en curso, de acuerdo con las condiciones previstas en la normativa vigente sobre interrupción voluntaria del embarazo.

Descripción del procedimiento

Provoca la expulsión de los productos de la gestación mediante la administración de medicación.

La mayoría de las veces, se sigue la siguiente pauta:

- Mifepristona: 200 mg. 1 comprimido de 200 mg vía oral, dosis única.

⁶ En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

- Misoprostol: 800 µg. 4 comprimidos de 200 mcg vía bucal o vaginal, preferentemente, 24-48 horas después de la administración de mifepristona.

Efectos habituales

- Sangrado vaginal:
 - Puede ser abundante las primeras horas después de la aplicación del misoprostol.
 - Puede haber coágulos y restos de tejido gestacional, sobre todo por encima de las 7 semanas de gestación.
 - La pérdida de sangre/manchado puede durar algunas semanas.
- Dolor abdominal:
 - Es normal después de la toma de misoprostol, habitualmente a partir de las 2 h.
 - En la mayoría de casos el dolor es leve o moderado cuando se usa adecuadamente la pauta analgésica recomendada.
 - Suele mejorar después de la expulsión de los productos de la gestación.

Otros efectos

Frecuentes (no precisan tratamiento):

- Fiebre dentro de las 2 horas posteriores al uso de misoprostol.
- Molestias gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarrea.
- Cefalea, mareo, escalofríos, sofocos, erupción palmar o plantar.

Poco frecuentes:

- Anemia severa que requiera transfusión sanguínea.
- Infección uterina.

Este método puede fracasar entre un 2% y un 6% de los casos, manifestándose como embarazo que sigue en evolución (aproximadamente un 1%) o expulsión incompleta (entre el 2 y el 5%). En estos casos, o cuando de manera muy infrecuente (alrededor del 2%) se produce un sangrado muy abundante, el tratamiento suele consistir en aspiración o legrado evacuador de la cavidad uterina.

He sido informada sobre los riesgos que existen en toda actuación médica de forma general.

Recibida esta información, comprendo los riesgos y complicaciones que este procedimiento conlleva, así como el posible aumento de riesgos o complicaciones que pudieran surgir derivadas de mi situación personal de salud, tales como: _____

DECLARO

Que entiendo que una vez tomada la mifepristona ya se ha iniciado la IVE. **Me comprometo a finalizar el tratamiento después de la toma del misoprostol y a realizar los controles necesarios.**

Que he recibido información acerca de la posibilidad de malformaciones en el feto causadas por la medicación y de la importancia de asegurar la finalización del embarazo (si una vez realizada la toma no se procede a la IVE, se desconocen los riesgos de que se produzcan malformaciones y/o anomalías en el embarazo y en el feto).

Que comprendo los posibles efectos y riesgos, así como los signos de alarma por los que debo consultar en caso de que aparezcan.

Que comprendo que puedo revocar mi consentimiento para la intervención en cualquier momento y sin la necesidad de dar ninguna explicación, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas.

En estas condiciones, tomo libremente la decisión de realizar este tratamiento y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se lleve a cabo una **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO FARMACOLÓGICO**.

En _____, a _____ de _____ 202____

Firma del/la médico/a:

Firma de la paciente (o persona de apoyo/representante legal):

Revocación del consentimiento:

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de: **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO FARMACOLÓGICO**.

Firma de la paciente (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

Anexo 2. Modelo de consentimiento informado IVE por método instrumental

En cumplimiento con lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, sobre protección de datos Personales, y de conformidad a lo previsto en la normativa vigente sobre Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad.

Yo, _____, con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal⁷). declaro que:

He sido informada sobre la existencia de dos métodos diferentes para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, el método farmacológico y el instrumental. Habiendo escogido el método instrumental, soy informada del procedimiento.

Descripción del procedimiento

El método instrumental consiste en la evacuación uterina mediante dilatación-aspiración o evaluación instrumental:

- Esta intervención se puede realizar mediante anestesia local, sedación o general, según criterio médico y a elección de la paciente.
- Consiste en dilatar el cuello del útero y posteriormente extraer los componentes ovulares mediante cánulas de aspiración o diversos instrumentos específicos.
- A veces es necesario la administración de misoprostol antes de la intervención y/o dilatadores osmóticos para facilitar una dilatación sin problemas.

⁷ En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

Posibles complicaciones

Las complicaciones de la intervención son raras, aunque aumentan con las semanas de gestación. Podrían ser:

- Persistencia de restos o de coágulos. Se trata de la complicación más frecuente (0,3%) pero no grave, pudiéndose tratar con medicación o requerir evacuación uterina.
- En caso de embarazo incipiente, persistencia de embarazo que pudiera precisar otra IVE, más frecuente en embarazo precoz.
- Reacciones alérgicas a la medicación.
- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, uterinas, de las trompas, etc.).
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intro o postoperatorias).
- Adherencias en las paredes del útero que puede haber necesario un desbridamiento.
- Desgarro cervical o perforación del útero con peritonitis asociada o no, que pudiera requerir tratamiento quirúrgico (sutura, laparotomía, histerectomía, etc.).

En el caso de cirugía uterina previa (fundamentalmente cesáreas) algunas de estas complicaciones (dehiscencia de sutura, perforación, hemorragia, desgarros...) pueden ser algo más frecuentes.

Toda intervención, tanto por la propia técnica como por la situación de la paciente (diabetes, cardiopatías, edad avanzada, anemia severa, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. En su caso, podría presentar los siguientes riesgos adicionales (*solo si tiene riesgo adicional*): _____

Si en el curso de la intervención surgiera algún imprevisto, el personal médico puede variar la técnica programada.

DECLARO

Que comprendo dicha información, que puedo revocar mi consentimiento para la intervención en cualquier momento y sin la necesidad de dar ninguna explicación, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas.

En estas condiciones, tomo libremente la decisión de realizar esta intervención y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se lleve a cabo una **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO INSTRUMENTAL**.

En _____, a _____ de _____ 202____

Firma del/la médico/a:

Firma de la paciente (o persona de apoyo/representante legal):

Revocación del consentimiento:

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de: **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO INSTRUMENTAL**.

Firma de la paciente (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

Anexo 3. Modelo de consentimiento informado IVE por Inducción

En cumplimiento con lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, sobre protección de datos Personales, y de conformidad a lo previsto en la normativa vigente sobre Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad.

Yo, _____, con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal⁸). declaro que:

He sido informada sobre la existencia de dos métodos diferentes para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, el método farmacológico y el instrumental. Habiendo escogido el método farmacológico (inducción), soy informada del procedimiento.

Descripción del procedimiento

El método consiste en la aplicación de medicación por vía vaginal, intramuscular y/o intravenosa hasta la expulsión completa del feto y las membranas por vía vaginal.

Antes del comienzo de la inducción, el personal médico valora el caso individualmente e informará de posible la existencia de riesgos concretos de acuerdo con su estado de salud. Si así se le indica, se le proporcionará una medicación que tendrá que tomar el día anterior.

La duración del proceso oscila entre 4 y 24 h. aproximadamente. Si no finalizara en este plazo se podría indicar otro tipo de intervención o una nueva inducción tras un periodo de descanso.

Si en el curso de la intervención surgiera algún imprevisto, el equipo médico puede variar la técnica programada.

Toda intervención, tanto por la propia técnica como por la situación de la paciente (diabetes, cardiopatías, edad avanzada, anemia severa, obesidad, etc.) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente

8 En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. En su caso, podría presentar los siguientes riesgos adicionales (*solo si tiene riesgo adicional*): _____

Posibles complicaciones

Las complicaciones de la intervención, aunque poco frecuentes, podrían ser:

- Persistencia de restos que pudiera requerir una nueva aspiración.
- Adherencias en las paredes del útero que puede hacer necesario un desbridamiento.
- Reacciones alérgicas a la medicación.
- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, uterinas, de las trompas, etc.).
- Perforación del útero con peritonitis asociada o no.
- Hemorragia con la consiguiente transfusión.
- Microcesárea por fallo de la inducción.
- Histerectomía en caso de desgarro del útero u otra complicación que lo requiera.

Si en el curso de la intervención surgiera algún imprevisto, el equipo médico puede variar la técnica programada.

DECLARO

Que entiendo que una vez tomada la medicación se ha iniciado la IVE. **Me comprometo a finalizar el tratamiento y a realizar los controles necesarios.**

Que he recibido información acerca de la posibilidad de malformaciones en el feto causadas por la medicación y de la importancia de asegurar la finalización del embarazo (si una vez realizada la toma no se procede a la IVE, se desconocen los riesgos de que se produzcan malformaciones y/o anomalías en el embarazo y en el feto).

Que comprendo los posibles efectos y riesgos, así como los signos de alarma por los que debo consultar en caso de que aparezcan.

Que comprendo que **puedo revocar mi consentimiento para la intervención en cualquier momento y sin la necesidad de dar ninguna explicación**, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas.

En estas condiciones, tomo libremente la decisión de realizar este tratamiento y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se lleve a cabo una **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO FARMACOLÓGICO (INDUCCIÓN)**.

En _____, a _____ de _____ 202__

Firma del/la médico/a:

Firma de la paciente (o persona de apoyo/representante legal):

Revocación del consentimiento:

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de: **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO FARMACOLÓGICO (INDUCCIÓN)**.

Firma de la paciente (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

Anexo 4. Derivación a consulta de trabajo social

Situaciones de riesgo social a remitir para valoración, diagnóstico y apoyo sociosanitario:

- Conflicto familiar importante.
- Menores que deseen interrumpir su embarazo y no cuenten con el apoyo de sus tutores legales.
- Mujeres con personas dependientes a su cargo cuyo cuidado dificulte el aborto farmacológico en su propio hogar.
- Sospecha o confirmación de violencia de género.
- Sospecha o confirmación de trata de personas con fines de explotación sexual.
- Escasez o insuficiencia de apoyos sociales y/o familiares para el acompañamiento durante todo el proceso.
- Ausencia de vivienda o vivienda inadecuada que dificulte realizar el aborto farmacológico.
- Problemas de comprensión idiomática.
- Situación de dependencia (física, psicológica y/o sensorial) importante que condicione la autonomía para la realización del aborto farmacológico en su propio hogar.
- Situación laboral que dificulte las condiciones para realizar el aborto farmacológico en su propio hogar.
- Mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave y/o adicciones.
- Necesidad de apoyo y acompañamiento psicosocial para superar positivamente la IVE y prevenir futuros embarazos y/o situaciones de riesgo.

Se derivará a la mujer al Servicio de Trabajo Social Sanitario más próximo al Servicio que la esté atendiendo, ya sea en el ámbito de la atención primaria o la hospitalaria para realizar una valoración sociosanitaria de la situación y organizar un plan de intervención que permita realizar la interrupción voluntaria del embarazo en las mejores condiciones posibles, así como abordar el resto de problemas sociosanitarios detectados, dentro de un enfoque interdisciplinar e integral.

En el caso de detectar o sospechar la existencia de las situaciones de riesgo sociosanitario no urgentes remitir, con carácter preferente, al servicio de trabajo social sanitario de atención primaria para garantizar mejor la continuidad asistencial.

Anexo 5. Boletín de notificación IVE y definiciones



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY,
ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO
Y CONFIDENCIAL
R.D. 831/2010

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS
DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRÉADOS

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN
SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN
NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES
SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR
LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CÓDIGO DE CENTRO
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE ☐ SI ☐ NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO

CONVIVENCIA

PAÍS DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS?

SITUACIÓN LABORAL

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS

¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

¿DE QUÉ TIPO?

DIAS MES AÑO

LUGAR DE RESIDENCIA

RESIDE FUERA DE ESPAÑA

PROVINCIA

MUNICIPIO

CODIGO POSTAL

PAÍS DE RESIDENCIA

AÑO DE LLEGADA

DOBLE NAC.

1 ANAFABETASIN ESTUDIOS

2 PRIMERO GRADO

3 ESO Y EQUIVALENTES

4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES

5 ESCUELAS UNIVERSITARIASFACULTADES

6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS

7 NO CONSTA

1 PAREJA

2 FAMILIARES

3 OTROS INGRESOS

4 NO CONSTA

1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA

2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA

3 PENSIONISTA

4 ESTUDIANTE

5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO

6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO

7 OTRAS

8 NO CONSTA

1 N° DE MUJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD

2 N° DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL

3 FECHA DEL ÚLTIMO PARTO

4 FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO

1 NATURALES

2 BARRERA

3 MECÁNICOS

4 HORMONALES

5 MÉTODOS DEFINITIVOS

6 OTROS MÉTODOS

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?

SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO

MOTIVOS DE LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO

MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN

1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO

2 CENTRO SANITARIO PRIVADO

3 OTROS

1 TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO

2 AMIGOS/FAMILIARES

3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

4 INTERNET

5 NO CONSTA

1 A PETICIÓN DE LA MUJER

2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA

3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO

4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE

CAUSA

RIESGO PARA LA EMBARAZADA

RIESGO FETAL

1 DILATACIÓN Y EVALUACIÓN

2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN

3 MIFEPRISTONA

4 PROSTAGLANDINAS

5 OTROS MÉTODOS, ESPECIFICAR

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.

Fuente: Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2023. Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf

GUÍA COMÚN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) 105

Definiciones de la hoja de notificación:

DEFINICIONES

(1) OTRAS PERSONAS.

Si la mujer convive en pareja y además con otras personas, marcar exclusivamente la opción **EN PAREJA**.

(2) CON HIJOS.

Se refiere a los hijos que tiene la mujer a su cargo, sean o no biológicos.

(3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Se diferencian los siguientes Niveles de instrucción:

1. **Analfabeta/Sin estudios.**
 - No sabe leer ni escribir.
 - Enseñanza Primaria Incompleta.
2. **Primer grado (6º Educación primaria y equivalentes).**
 - Enseñanza Primaria completa: 6º EP, 6º EGB.
 - Incluye Certificado Oficial de Estudios Primarios.
3. **ESO y Equivalentes:**
 - Enseñanza Secundaria completa: ESO, BUP, FPI, 7º EGB, 8º EGB.
4. **Bachiller y Ciclos FP equivalentes:**
 - 2º Bachillerato, COU, FP de grado medio.
5. **Escuelas Universitarias/Facultades:**
 - Diplomaturas Universitarias.
 - FP de grado superior.
 - Primer ciclo en Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas técnicas Superiores.
 - Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas Técnicas Superiores o equivalentes o postgraduados.
6. **No clasificables por grados y no bien especificados.**

(4) TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. **Naturales**
 - Ogino
 - Temperatura basal
 - Coito interrumpido
 - Billings
2. **Barrera**
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino
 - Diafragma
 - Productos espermicidas
3. **Mecánicos**
 - Diu
4. **Hormonales**
 - Anticoncepción oral
 - Anticoncepción inyectable
 - Parches
 - Implantes subcutáneos
 - Anillos vaginales
 - Diu
5. **Métodos Definitivos**
 - Ligadura de trompas
 - Obstrucción tubárica

(5) FECHA DE LA INTERVENCIÓN.

Cuando el método empleado en la intervención sea el farmacológico, la fecha de intervención será la del inicio de la toma.

Fuente: *Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2023. Ministerio de Sanidad*: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/docs/IVE_2023.pdf

Anexo 6. Indicaciones para la IVE en centro especializado en patologías graves que contraindiquen el método farmacológico

Indicaciones clínicas
Sistema nervioso central
- Aneurisma vascular no tratado - Lesiones ocupantes del espacio
Enfermedad renal
Insuficiencia renal (creatinina sérica > 2,5 mg/dL)
Hipertensión
La tensión arterial (TA) no controlada
Patología endocrinológica
- Hipertiroidismo no controlado - Diabetes no controlada - Feocromocitoma
Patología cardíaca
- Enfermedades congénitas (enfermedad cianótica, dilatación ventricular derecha o izquierda, taquiarritmia incontrolada) - Enfermedad coronaria (historia de infarto de miocardio, angina en tratamiento) - Cardiomiopatía (dilatación, hipertrofia, historia de miocardiopatía periparto) - Cardiopatía valvular significativa, incluyendo estenosis aórtica grave, estenosis mitral moderada o grave e insuficiencia mitral o aortica graves con afectación del ventrículo izquierdo
Patología pulmonar
- Asma no controlada - Enfermedad pulmonar restrictiva - Hipertensión pulmonar
Patología reumatológica
Lupus
Patología gastrointestinal
- Enfermedad hepática grave - Varices esofágicas con historia de sangrado - Enfermedad inflamatoria intestinal activa incontrolada

Patología hematológica
• Anemia severa
• Enfermedad drepanocítica con antecedentes de crisis
• Púrpura Trombocitopénica Idiopática con trombocitopenia activa
• Trombofilia que requiere anticoagulación
Patología oncológica
• Asesoramiento sobre las opciones de tratamiento y el momento del aborto
• Los cánceres ginecológicos que afecten al útero
Trasplante de órganos
• Función renal significativamente alterada (creatinina > 2,5 mg/dL)
• Historia del rechazo reciente
• Órgano trasplantado con mal funcionamiento
Patología psiquiátrica
• Incapacidad para obtener el consentimiento informado
• Incapacidad para realizar el procedimiento de manera ambulatoria
Otras situaciones sociosanitarias
Por petición de la mujer
Situación sociosanitaria que impida la IVE farmacológica fuera del centro hospitalario ⁹
• Vivienda inadecuada o inexistente
• Exclusión social
• Adicciones
• Dependencia/discapacidad
• Insuficiente apoyo familiar y/o social
• Conflictos familiares graves y/o violencia de género

Elaboración propia a partir de: Society of family Planning. Clinical Guidelines: First-trimester abortion in women with medical conditions. Contraception. 2012; 86: 622-630.

9 Estas situaciones no contraindican necesariamente la IVE farmacológica en centro sanitario, únicamente en su uso domiciliario.

Anexo 7. Criterios de Davis y ASA

Anexo 7.1. Criterios de Davis, basados en el postoperatorio

- I. Intervenciones que se pueden practicar en una consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial postoperatorio.
- II. Son las que se pueden practicar con anestesia local, regional, general o sedación y que requieren unos cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados la analgesia, si se precisa, puede ser oral.
- III. Las que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.
- IV. Son las subsidiarias de cuidados muy especializados o críticos en su postoperatorio.

Anexo 7.2. Criterios Anestésicos de la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA)

- ASA I. Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.
- ASA II. Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada).
- ASA III. Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa que produce limitación funcional definida, en determinado grado (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo).
- ASA IV. Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria).
- ASA V. Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aun realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

Anexo 8. Modelo de información sobre IVE mediante método farmacológico

(Esta información complementa la que Vd. ha recibido de manera general sobre IVE)

¿Qué es el aborto con medicamentos?

Se trata de un procedimiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la interrupción de embarazos tempranos, siendo su elección una decisión personal y libre amparada en el marco legal vigente.

Es un método muy eficaz y seguro hasta las 9 semanas de gestión, estimándose su eficacia entre el 94 y el 98%. Por fallo del método se entiende el aborto incompleto que requiere una aspiración posterior (en torno al 5%) y el embarazo evolutivo (aproximadamente 1%).

Aunque no están completamente dilucidados los posibles efectos teratogénicos de estos dos medicamentos, una vez utilizados, especialmente tras el segundo medicamento, el proceso debe considerarse irreversible.

¿Cómo se realiza?

Mediante la administración de dos medicamentos que actúan sinérgicamente y que solo pueden administrarse por el servicio sanitario autorizado. Son:

- *Mifepristona*: Interrumpe el embarazo y favorece la acción del segundo medicamento. Es un comprimido que se administra en el centro sanitario de referencia en el momento de la visita.
- *Misoprostol*: Produce contracciones uterinas que darán lugar a la expulsión del saco gestacional. Son 4 comprimidos por vía bucal o por vía vaginal.

Otros medicamentos indispensables en este proceso son los analgésicos, que aliviarán el dolor. Las pautas le serán entregadas en la consulta en el momento oportuno.

Para el uso del segundo medicamento, en un intervalo de entre 24-48 h después del primero, existen dos opciones:

- Autoadministrado en el propio domicilio siguiendo las instrucciones recibidas en consulta.
- Administrado en el propio centro sanitario (ambulatoriamente o en hospital), acudiendo a la cita programada.

¿Cuántas visitas tengo que hacer?

Un mínimo de tres en uso domiciliario o cuatro en uso en centro sanitario. La **primera visita** es común, independientemente de que se elija el método farmacológico o el instrumental.

La **segunda visita**, una vez elegido el procedimiento con medicamentos, se hará unos días después de la primera, dependiendo de cada caso particular y de los requisitos legales. En esta se ingiere el primer medicamento y se reciben las indicaciones pertinentes.

La **tercera visita (en caso de uso domiciliario)** se hará 15-21 días después de la segunda.

La **tercera visita (en caso de administración del misoprostol en el centro sanitario)**, será con cita 24-48 horas después de la segunda para recibir dicho tratamiento, manteniéndose en el centro hasta unas horas después de la expulsión. En este caso, tendrá que realizar una **cuarta visita** 15-21 días después para control.

¿Qué notará mi cuerpo?

Aproximadamente 2-4 horas después del uso del misoprostol, se inicia dolor y contracciones seguidas de sangrado hasta culminar en la expulsión del saco gestacional (lo que generalmente ocurre 3-6 horas después del uso del misoprostol). Este sangrado suele ser más abundante que su menstruación habitual y se acompaña de coágulos y algunos restos sólidos. También el dolor suele ser mayor que el de sus menstruaciones habituales, dependiendo de las semanas de gestación y del correcto uso de las pautas analgésicas. Durante las primeras 24 horas el sangrado es abundante y posteriormente irá disminuyendo progresivamente, aunque puede persistir algunas semanas. También puede notar náuseas, vómitos, diarrea, febrícula o fiebre y enrojecimiento de palmas de manos y plantas de pies. Aparte del dolor y el sangrado, los demás síntomas suelen ceder sin necesidad de tratamiento, transcurridas unas horas.

Para hacer el proceso lo más confortable posible, en el caso del uso domiciliario del segundo medicamento es recomendable estar acompañada de alguna persona cercana que pudiera ayudarla en caso de incidencias. De igual modo, si el segundo medicamento se le administra en el centro sanitario será convenientemente acompañada. Para su tranquilidad, se le indicará algún teléfono de contacto y se le habrá informado qué hacer y dónde acudir en caso de duda o signos de alarma.

¿Qué complicaciones pueden surgir?

Las complicaciones como infección o hemorragia son escasas. Hay que estar alerta y consultar en caso de pérdida de sangre de más de 2-3 compresas grandes cada hora durante tres horas, dolor pélvico intenso que no cede pese al tratamiento analgésico, fiebre de más de 38°C cuando persista varias horas después del uso del Misoprostol o cualquier otra situación que la preocupe.

¿Qué pasa si no expulso el saco gestacional?

Si el segundo medicamento ha sido de uso domiciliario, en caso de no presentar sangrado 12-24 horas después, deberá contactar telefónicamente con el centro sanitario.

Como primera opción generalmente se procede a repetir el uso del segundo medicamento según protocolos, en la forma que las o los profesionales que la atienden consideren. Si no hay respuesta, se procederá a completar el procedimiento con aspiración del contenido uterino (método instrumental).

¿Y después del aborto?

- Fundamental realizar las visitas programadas de control.
- Mientras dure el sangrado y/o no haya realizado la visita de control, no utilice tampones ni copa menstrual, evite baños y no mantenga relaciones sexuales con penetración.
- Dado que la ovulación puede producirse de forma precoz es muy importante iniciar el método anticonceptivo elegido lo antes posible, tal como hayan acordado.
- La siguiente menstruación puede aparecer entre 30-40 días después de la expulsión, excepto si ha iniciado anticonceptivos hormonales que pudieran modificarla.

Muy importante cumplir todas las instrucciones recibidas y consultar cualquier duda que se presente

Anexo 9. Modelo de pauta domiciliaria de la IVE farmacológica precoz¹⁰

(para entregar a la mujer)

Por favor, lee detenidamente esta información, siga estrictamente las instrucciones y no tome medicamentos por su cuenta, sin haber consultado antes. Toda la medicación le será entregada en el centro sanitario debidamente señalizada.

MIFEPRISTONA: Fecha: _____ Hora: _____ En: _____

Este medicamento se toma en la propia consulta. Tras su uso debe hacer vida normal hasta el momento de utilizar el segundo medicamento ya que lo más frecuente es que no note nada.

Raramente se presenta sangrado vaginal. El o la profesional que la atiende le habrá informado de qué hacer en el caso de que el sangrado sea similar o mayor que el de una menstruación ante la posibilidad de que el aborto se hubiera adelantado.

En el caso, muy poco probable, de que vomitara dentro de las dos primeras horas posteriores a la ingesta de este medicamento, habría que repetirlo. Si el vómito fuera posterior a estas dos horas, no es necesario hacer nada.

MISOPROSTOL: Fecha: _____ Hora: _____ **En domicilio**

Muy importante: Media antes de usar misoprostol debe cumplir la pauta analgésica que le han indicado. La más común es:

Paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.

En caso de alergias o intolerancias, se le indicará la analgesia adecuada para Vd.

Las cuatro pastillas de misoprostol pueden usarse por vía bucal o vaginal.

Por vía bucal:

- Se colocan 2 pastillas en un lado de la boca/mejilla y 2 pastillas más en el otro lado, para que se vayan disolviendo con la saliva poco a poco, durante unos 30 minutos (tiene una textura similar al yeso).

¹⁰ Se procurará ofrecer toda la información a la mujer en varios idiomas en formatos redactados de forma comprensible.

- Si pasado este tiempo no se han disuelto, se pueden tragar con un poco de agua.
- En el caso, muy poco probable, de que vomitara dentro de la media hora posterior a la ingesta, habría que repetirlo. Si el vómito fuera posterior a la media hora, no es necesario hacer nada, ya que se habrá absorbido la medicación.



Por vía vaginal:

- Introducir los 4 comprimidos, de uno en uno, dos a cada lado del fondo de la vagina ligeramente humedecida.
- Mantener unos 30 minutos de reposo para que se disuelvan adecuadamente.
- Que quede algún resto en la vagina no es motivo de preocupación ya que la absorción ya se ha completado.

¿Qué sucede a continuación?

Entre 20-40 minutos después de este tratamiento puede comenzar el dolor, algo más fuerte que una menstruación habitual, que en las horas sucesivas se incrementará. Lo habitual es que el máximo dolor coincida con la expulsión del saco gestacional (entre 3 y 6 horas después del uso del misoprostol), acompañado de sangrado vaginal más abundante que una menstruación habitual. Para reducir ese dolor ya se le pautó tratamiento analgésico previo.

En el improbable caso de que en las 6 horas posteriores al uso de misoprostol no se produzca sangrado o que este sea muy escaso es necesario contactar con el centro sanitario.

Además, en las horas siguientes pueden aparecer otros síntomas, relativamente frecuentes, como por ejemplo náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, aumento de la temperatura corporal (hasta 38°C, que desaparece espontáneamente en aproximadamente 2 horas), y picor o enrojecimiento

de las palmas de las manos y de los pies (suele desaparecer a los 30 minutos). Todos ellos son pasajeros y no suelen precisar tratamiento.

Si el dolor no cede pasadas unas horas tras la expulsión del saco gestacional:

- Puede tomar metamizol 2 g por vía oral (una ampolla disuelta en agua) y/o.
- A las 6-8 horas, puede volver a tomar la pauta de paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.

¿Y en los días siguientes?

- Durante las primeras 24 h hay sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante.
- El 2.º y 3.º día el sangrado irá disminuyendo, aunque puede persistir hasta 15 días o más.
- Mientras dure el sangrado no utilizar tampones ni copa menstrual; evitar baños por inmersión y no mantener relaciones sexuales con penetración.
- Preste atención a las recomendaciones sobre el inicio de método anticonceptivo, ya que dependiendo del elegido podría iniciarse de manera inmediata.

¿En qué casos debo consultar o acudir a un centro sanitario?

- Fiebre superior a 38°C que se mantiene más de dos horas después del uso del misoprostol.
- Dolor pélvico intenso que no cede con la analgesia pautada.
- Sangrado muy abundante de más de 2-3 compresas grandes cada hora durante 3 horas.
- Cualquier situación fuera de lo informado como habitual que pueda preocuparla.

Es muy importante que acuda a la visita/as de control indicada/s.

En caso de duda o signos de alarma, contacte con (teléfono, email...).

Anexo 10. Test de Aldrete/Chung

1. Signos vitales	2 = Dentro del 20% del valor preoperatorio 1 = Entre 20-40% del valor preoperatorio 0 = Más o menos 40% del valor preoperatorio
2. Deambulación	2 = Marcha estable/no mareos 1 = Marcha con ayuda/mareo discreto 0 = Marcha No/mareo intenso
3. Náuseas, vómitos	2 = Mínimos 1 = Moderados 0 = Intensos
4. Dolor	2 = Mínimo 1 = Moderado 0 = Intenso
5. Hemorragia postquirúrgica	2 = Mínima 1 = Moderada 0 = Intensa

Anexo 11. Modelo de revocación de anatomía patológica y resultados de estudios genéticos

Yo, _____,
con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal¹¹).

DECLARO

Sobre anatomía patológica:

Que comprendo que, si la expulsión del feto y la placenta no se produce de forma espontánea, dichos restos no son aptos para la realización del estudio de anatomía patológica (necropsia fetal).

Que he recibido información acerca de que, si la IVE es realizada mediante las técnicas de dilatación y evacuación, por aspiración, o terminación instrumental, los restos fetales no son aptos para estudio de anatomía patológica (necropsia fetal).

Que he sido informada de que el personal sanitario no está autorizado a realizar ni solicitar ningún estudio tanto del feto como de la placenta.

Sobre resultados de estudios genéticos:

Que los resultados de esta prueba podrían revelar que yo y/o los miembros de mi familia tenemos una enfermedad hereditaria o una mayor probabilidad de ser afectados por una enfermedad genética. Comprendo que esta prueba puede mostrar relaciones biológicas no detectadas previamente, incluida la no paternidad.

Que he sido informada acerca de que los resultados de esta prueba pueden resultar inciertos con respecto a mi condición genética. Se sabe que algunas variantes genéticas generan enfermedades y otras son benignas. Además, hay una serie de variantes genéticas que son encontradas y que tienen un significado incierto.

11 En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

Que comprendo dicha información, que puedo revocar mi consentimiento¹² para la totalidad y/o para cualquiera las pruebas o análisis, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas.

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de todas las pruebas anteriormente citadas.

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de la prueba: _____.

Firma de la paciente (o de su persona de apoyo/representante legal):

Fecha:

12 De acuerdo a lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es