

PROTOSCOLOS SEGO/SEC



GUÍA PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Coordinador: Dr. José Ramón Serrano Navarro

Equipo de trabajo:

Dr. Eduardo López Arregui.
Dr. José María Mari Juan.
Dr. Modesto Rey Novoa.
Dr. José Gutiérrez Ales.
Dr. Roberto Lertxundi Barañano.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CONTEXTO JURÍDICO
3. EPIDEMIOLOGÍA
4. IVE QUIRÚRGICO
5. IVE FARMACOLÓGICO
6. CONTROL TRAS IVE
7. CONSEJO CONTRACEPTIVO TRAS IVE
8. IVE DE REPETICIÓN
9. ACCESIBILIDAD.INFORMACIÓN. CONFIDENCIALIDAD
10. APOYO EXTERNO
11. EDUCACIÓN SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO ESCOLAR
12. FORMACIÓN EN IVE DURANTE LA ETAPA MIR
13. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO LEGAL

a) LEY DE 1985

No era una legislación de IVE como tal, sino una ley de despenalización parcial en tres supuestos, siendo el supuesto más utilizado (> 90%) el grave riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada.

Ponía en riesgo e inseguridad jurídica a las mujeres y profesionales de la salud que intervienen en la IVE. La mujer está tutelada. Su derecho nunca es determinante.

b) IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

Reconoce el derecho de las mujeres al control de su sexualidad, en el contexto de la Salud Sexual y Reproductiva libre de discriminación y violencia.

c) Parlamento Europeo (Resolución 2128 del 2001)

Recomendaciones a los países miembros:

“Debe existir un acceso de las mujeres a los Servicios de Salud Reproductiva, Anticoncepción e Interrupción Voluntaria de la Gestación

d) Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (Resolución 1607 del 2008)

Reconocimiento del derecho de la mujer para recurrir o no al aborto como decisión de la propia interesada. Invita a los estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

e) LEY DE 2010

Aprobada por las Cortes Generales el 17 de Diciembre de 2009 y ratificada a finales de Febrero de 2010 en el Senado.

Publicada como Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En el B.O.E. el 4 de Marzo de 2010.

La Ley entra en vigor en el plazo de 4 meses a partir del día siguiente a su publicación en el B.O.E. el **5 de Julio de 2010**.

1.2. MARCO JURÍDICO

Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo

Título I: De la salud sexual y reproductiva

- Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva
- Medidas en el ámbito sanitario
- Medidas en el ámbito educativo

-Estrategia de salud sexual y reproductiva

Título II: De la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Real Decreto 825/2010 de desarrollo parcial de la Ley:

- Comité clínico del artículo 15.c)
- Información previa al consentimiento

Real Decreto 831/2010 de garantía de la calidad asistencial

- Garantías básicas de la prestación
- Acreditación de centros sanitarios

2. CONTEXTO JURÍDICO

2.1. LEY 2010

Es una ley garantista ya que la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo está incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el Departamento de Sanidad y Consumo, garantiza la financiación de la prestación a todas las mujeres con derecho a la asistencia sanitaria pública que cumplan las condiciones previstas en la Ley.

Art. 13: Requisitos comunes e información general:

- Practicado por médico especialista o bajo su dirección.
 - En centro sanitario público o privado acreditado.
 - Con consentimiento expreso y por escrito de la gestante, según la Ley 41/2002.
- Mujeres de 16 y 17 años: informado al menos uno de los representantes legales, salvo alegación de conflicto.

NOTA: La ley 26/2015 del 28 de Julio y publicada el 18/8/2015 modifica la Ley de Protección del menor e implica información obligada a los padres y precisa una decisión médica; se retira la Ley de 2002 y se retira la excepción del IVE de la Ley de 2010

-Recibirá información sobre:

- Distintos métodos de interrupción del embarazo
- Condiciones previstas en la Ley
- Centros acreditados a los que poder acudir
- Trámites para acceder a la prestación
- Condiciones para su cobertura por el servicio público de salud

Esta información podrá ser verbal, telefónica, medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web.

Art. 14: Interrupción a petición de la mujer

- Dentro de las primeras 14 semanas reales.
- Información previa a la gestante de forma confidencial.
- Plazo de al menos 3 días desde la información previa hasta realizar la IVE.

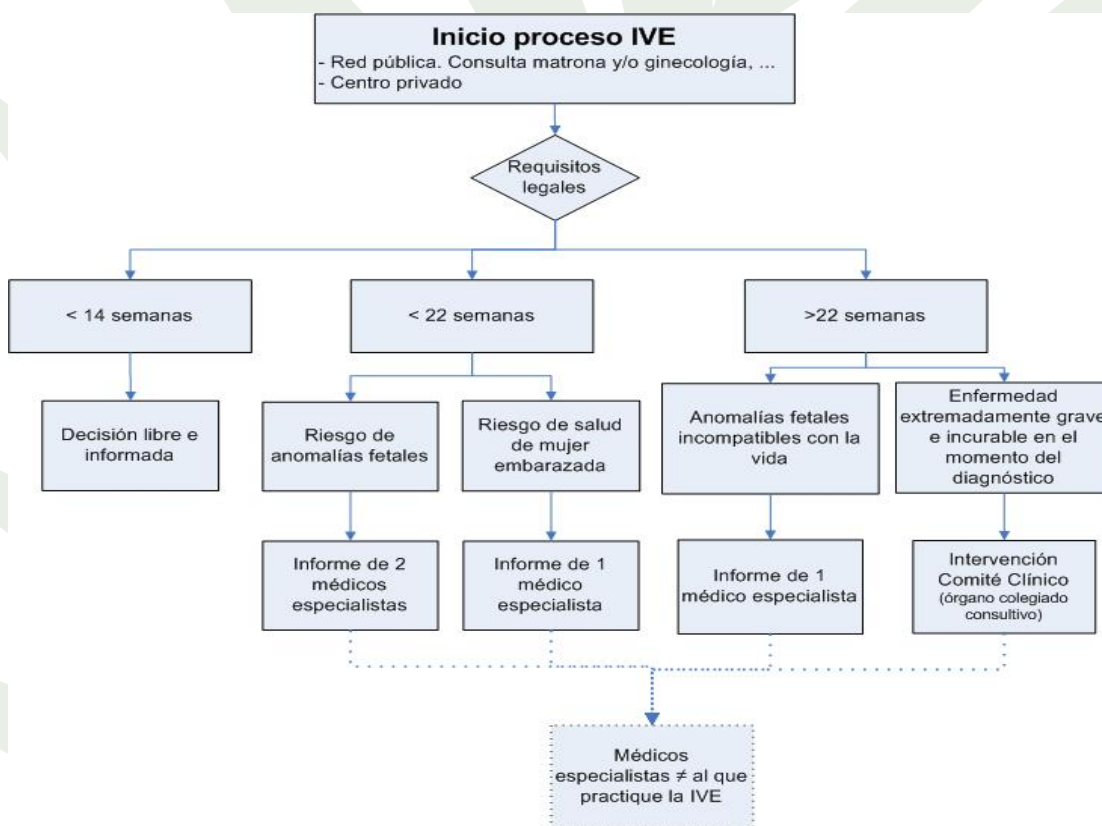
Art. 15: Interrupción por causas médicas, riesgo para la salud de la mujer o graves anomalías fetales entre las semanas 14 y 22 de gestación real.

Hasta la semana 22 (22+6) aunque siempre puede haber discusión:

- A) Por razón de la gestante: 1 médico especialista
- B) Por razón del feto: 2 médicos especialistas

Hasta el final del embarazo:

Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.



Nota: En algunos foros se interpreta que por encima de la 22 semana (22+6), sería necesario siempre la intervención del comité clínico.

Art. 16: Comité clínico

El comité clínico estará integrado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en obstetricia y ginecología o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.

En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes serán designados por las autoridades sanitarias competentes, por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

Las especificidades del funcionamiento del comité clínico se determinarán reglamentariamente.

La objeción de conciencia (Ley 2/2010, artículo 19)

Es un derecho fundamental, pueden reclamar este derecho los profesionales sanitarios "directamente implicados" en la práctica clínica de la IVE, pudiéndose reclamar el derecho para unos supuestos y no para otros. Se debe hacer constancia expresa y por escrito, y esta formulación del derecho debe tener carácter previo a la presentación de un supuesto real.

2.2 Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

Se suprime el apartado cuarto del artículo 13, que queda sin contenido.

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad (menores de 18 años) o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso:

- manifestación de la voluntad de la menor
- el consentimiento expreso de sus representantes legales.
- En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.
-

2.3. MARCO LEGISLATIVO

Las "leyes de plazo" si exceptuamos a la inglesa de 1967 está limitadas en general al primer trimestre, con excepciones: 18 semanas en Suecia y 24 semanas en Holanda.

Limitadas habitualmente por la viabilidad fetal (22 semanas aproximadamente), salvo excepciones muy controladas.

Se procuró armonizar una ley de plazos relativamente amplia para no forzar la Ley de indicaciones acompañante.

Fue desarrollada por el Ministerio de Igualdad recogió el planteamiento de los Partidos en la Subcomisión de Igualdad, las recomendaciones del Comité de Expertos y de asociaciones como FPF, SEC, SEGO, Organizaciones de mujeres, Asociaciones contra el aborto, ACAI, etc... y elabora un Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo que da a conocer a

los medios y al Consejo de Ministros, y continúa su trámite con un informe de la Fiscalía, del CGPJ y del Consejo de Estado y tuvo el apoyo de los Ministerios Presidencia, Sanidad y Justicia.

3. EPIDEMIOLOGÍA

1. IVEs y Centros notificados (Hasta 2013)

Tabla 1

Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional.

Año	Centros notificadores de I.V.E.	Total I.V.E.	Tasa por 1.000 mujeres
2014	191	94.796	10,46
2013	198	108.690	11,74
2012	189	113.419	12,12
2011	173	118.611	12,47
2010	146	113.031	11,49
2009	141	111.482	11,41
2008	137	115.812	11,78
2007	137	112.138	11,49
2006	135	101.592	10,62
2005	134	91.664	9,60

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1

2. Por grupo de edad

Tabla 2

Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional.

Año	19 y menos años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 - 39 años	40 y más años
2014	9,92	16,56	15,34	12,33	8,65	3,83
2013	12,23	19,43	16,84	13,42	9,22	3,92
2012	13,02	20,55	17,58	13,40	9,00	3,90
2011	13,68	21,37	17,75	13,40	9,26	3,87
2010	12,71	19,82	16,34	12,09	8,27	3,50
2009	12,74	20,08	16,02	11,63	8,05	3,36
2008	13,48	21,05	16,49	11,63	7,97	3,30
2007	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
2006	12,53	18,75	14,44	10,12	7,34	3,05
2005	11,48	16,83	12,60	9,07	6,48	2,87

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla2

3. Por Comunidad Autónoma

Tabla 3

Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional.

Comunidad Autónoma de residencia	año 2014	año 2013	año 2012	año 2011	año 2010	año 2009	año 2008	año 2007	año 2006	año 2005
Andalucía	10,62	11,91	13,08	13,09	11,73	11,31	11,29	11,22	10,46	9,99
Aragón	8,58	10,09	10,83	11,43	10,74	10,86	12,60	11,91	11,85	10,92
Asturias, Principado de	12,70	13,62	14,34	13,79	10,42	8,09	8,07	7,72	8,33	8,27
Baleares, Illes	12,26	13,06	13,01	15,00	13,82	13,22	14,13	14,91	14,00	12,57
Canarias	11,87	13,03	12,79	13,16	10,46	9,36	10,03	10,74	8,87	7,23
Cantabria	8,60	9,19	9,90	10,36	9,12	7,93	6,09	4,63	4,86	4,42
Castilla - La Mancha	8,00	8,97	9,60	9,92	9,18	8,18	8,54	8,20	6,71	6,65
Castilla y León	6,14	7,11	7,25	7,75	6,62	6,03	6,78	6,38	6,40	5,86
Cataluña	12,59	14,18	14,28	14,49	15,20	16,10	16,49	14,31	13,57	11,46
C. Valenciana	8,67	9,58	9,47	10,22	10,07	9,99	10,75	10,46	9,92	9,10
Extremadura	6,22	7,12	7,20	7,57	6,47	6,13	6,11	5,46	5,19	5,26
Galicia	6,78	6,78	7,01	7,76	6,46	5,81	3,53	4,51	4,40	4,43
Madrid, Comunidad de	12,58	14,62	14,90	15,14	14,77	14,49	15,79	16,00	14,18	12,81
Murcia, Región de	11,32	12,56	13,32	14,39	14,72	14,99	16,59	14,80	13,10	11,70
Navarra, Comunidad Foral de	7,53	7,82	8,94	8,64	6,92	5,54	6,13	5,65	5,31	5,21
País Vasco	8,88	9,97	10,04	10,34	8,26	7,25	7,02	6,84	5,99	5,42
La Rioja	6,19	6,78	8,23	8,62	7,95	7,86	9,22	8,64	8,25	8,22
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas	3,53	3,74	4,50	4,59	4,31	3,33	3,26	3,74	2,66	3,25
Total	10,46	11,74	12,12	12,47	11,49	11,41	11,78	11,49	10,62	9,60

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla3

4. Por semanas de gestación

Tabla 5

Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional.

Año	8 ó menos semanas (%)	9 -12 semanas (%)	13 - 16 semanas (%)	17 - 20 semanas (%)	21 ó más semanas (%)	No consta (%)
2014	70,18	19,20	6,25	2,87	1,50	0,00
2013	68,51	21,62	5,92	2,63	1,33	0,00
2012	68,10	22,15	5,87	2,61	1,27	0,00
2011	65,56	24,22	6,14	2,73	1,35	0,00
2010	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07
2009	63,17	25,31	6,30	3,56	1,64	0,02
2008	62,90	25,80	6,11	3,49	1,67	0,02
2007	62,84	25,31	6,20	3,69	1,93	0,04
2006	62,23	25,71	6,14	3,87	1,97	0,08
2005	62,09	25,84	5,98	4,05	1,98	0,07

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla5

5. Por motivo

Tabla 6

Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción. Total Nacional.

Año	A petición de la mujer (%)	Grave riesgo para vida o la salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable (%)	Varios motivos (%)
2014	88,90	7,15	3,61	0,32	0,01
2013	89,93	6,94	2,84	0,28	0,01
2012	91,34	5,62	2,76	0,27	0,01
2011	89,60	7,28	2,73	0,30	0,09

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla6

6. 2013 por edad

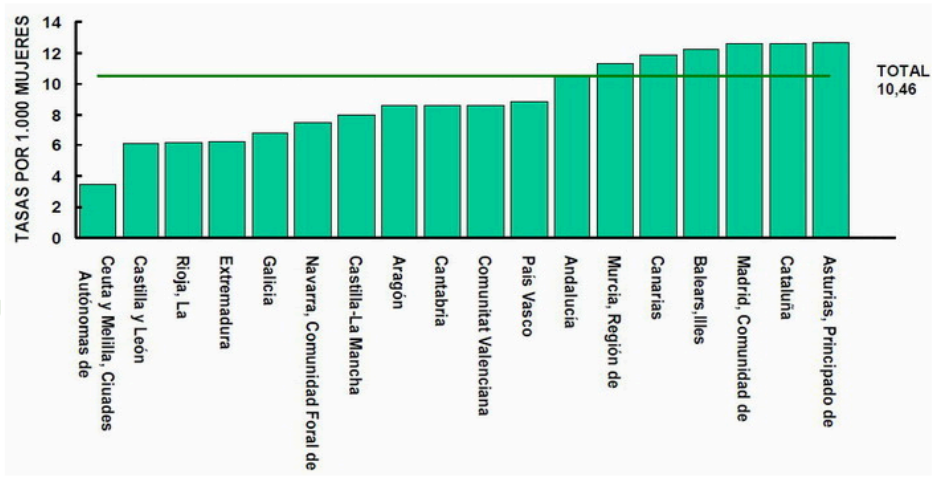
Tabla 9

I.V.E. Número según grupo de edad. 2014. Total Nacional.

	Edad (en años)								
	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
TOTAL I.V.E.	94.796	440	9.890	19.066	20.635	20.579	16.909	6.727	550

Figura 1

I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2014.



http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla9

4. IVE QUIRÚRGICO

4.1. PRIMER TRIMESTRE (Hasta 14 semanas)

INTRODUCCIÓN

Se trata de una técnica altamente eficaz (>95%) con una tasa muy pequeña de complicaciones importantes (<0.1%). Se realiza mediante aspiración con cánulas específicas previa dilatación cervical. Es una técnica de cirugía menor ambulatoria que debe ser realizada por médicos especializados y formados para ello, en centros públicos o privados autorizados. La recuperación es rápida pudiendo abandonar el centro médico precozmente (< 1 hora).

ES UNA TÉCNICA ALTAMENTE EFICAZ (>95%) CON UNA TASA MUY PEQUEÑA DE COMPLICACIONES IMPORTANTES (<0.1%)

PRIMERA VISITA

VALORACIÓN PSICO-SOCIAL:

1. Entrega documentación legal
2. Ámbito Psicológico
3. Ámbito social
4. Consejo contraceptivo
5. Adolescentes: Atender necesidades específicas (16 y 17 años, nueva legislación)

ECOGRAFÍA:

1. Confirmación de embarazo
2. Edad gestacional
3. Morfología uterina
4. Descartar patología ginecológica

CONSULTA GINECOLÓGICA:

1. Historia Clínica: Anamnesis detallada
2. Descripción procedimientos para la IVE hasta 14 semanas de gestación
3. Valoración tipo de anestesia y riesgo
4. Consejo contraceptivo

ANALÍTICA:

1. Grupo y Rh
2. Hemograma y pruebas de coagulación (casos determinados)
3. Prueba Ac VIH, Ac HB y Ac HC (pacientes de riesgo)

SEGUNDA VISITA

Últimas dudas, preguntas que la paciente quiera realizar.

SALA DE RECUPERACIÓN:

1. Cambio de ropa de calle por ropa adecuada para área quirúrgica
2. Entrega de documentación
 - Hoja explicativa para la toma medicamentos (profilaxis antibiótica y hemorrágica si se realiza)
 - Refuerzo del consejo contraceptivo (Valorar anticoncepción de larga duración "LARC" u otra alternativa de uso inmediato tras IVE)
3. Toma de constantes vitales
4. Medicación:
 - Diazepam 5 mg vía oral (solo si el procedimiento se realiza con anestesia local)
 - Preparación cervical con **400 µg misoprostol** vía vaginal, bucal (3 h antes intervención) o sublingual (2 h antes intervención). Se puede considerar la autoadministración del misoprostol por parte de las mujeres antes de acudir al centro
 - Sulfato de Atropina 0,5 mg IM (Si está indicado)
5. Valorar venoclisis y perfusión de suero en los siguientes casos:
 - Según edad gestacional
 - Antecedentes de multiparidad con hipermenorreas repetidas
 - Multípara o nulípara con útero miomatoso o mioma de gran tamaño
 - Aborto en curso
 - Embarazo múltiple
 - Criterio médico según patología asociada

QUIRÓFANO:

1. Exploración
 - Tacto vaginal bimanual
 - Desinfección externa
 - Colocación espéculo (se observa flujo vaginal)
 - Limpieza vaginal (estado del cérvix)
 - Desinfección vaginal
 2. Anestesia (si el procedimiento se realiza con anestesia local)
 - Lidocaína 1 %. Inyectar lentamente 2–5 ml a una profundidad de 1,5 - 3 cm.
 - Infiltración en los puntos 10, 2, 8, 4 (coincidiendo con la esfera del reloj).
 3. Intervención:
 - Colocar tenáculo sobre labio anterior o posterior del cuello
 - Dilatación del cuello uterino
 - Histerometría y ratificar posición del útero
 - Aspiración (por vacío eléctrico AVE): Se introduce sonda del mismo diámetro que el último dilatador y se inicia la aspiración con una presión negativa de 0.50 (0.40-0.60) atmósferas. Según criterio médico, se van utilizando sondas de tamaños inferiores
- Tabla 1**
- El repaso de las paredes de la cavidad uterina con legra fenestrada **NO SE RECOMIENDA** como procedimiento de rutina. Los siguientes signos indican cavidad uterina vacía:

- ✓ Aparece una espuma roja o rosada y no se ve pasar más tejido a través de la cánula.

- ✓ Sensación rugosa a medida que la cánula pasa por la superficie del útero evacuado.
- ✓ El útero se contrae alrededor de la cánula.
- ✓ La mujer siente que su dolor se intensifica, indicando que el útero se está contrayendo.

- Retirada pinza tenáculo
- Desinfección vaginal
- Retirada espéculo
- Confirmar cavidad uterina vacía: Ecografía o correcta inspección del tejido aspirado
- Conducción paciente a sala de recuperación
- ECOGRAFÍA: Intervenciones de menos de 14 semanas no precisan procedimiento guiado por ecografía salvo en casos complicados. No obstante el uso rutinario de la ecografía aumenta la seguridad del procedimiento, garantiza el aborto completo y puede obviar la inspección del tejido aspirado. Evita reintervenciones por persistencia de restos.

TAMAÑO UTERINO. SEMANAS DESDE LA FUM (fecha última menstruación)	TAMAÑO DE LA CÁNULA SUGERIDO (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

FUENTE: Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS 2014

- COBERTURA y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: se prescriben habitualmente antibióticos adecuados, salvo contraindicación. Cuando el caso lo aconseje se utilizarán profilácticamente antibióticos de amplio espectro previos a la intervención (24-48 horas) o intraoperatorios.

SALA DE RECUPERACIÓN:

1. Toma de constantes vitales
2. Control de una evolución adecuada
3. Constatar que la paciente se ha recuperado correctamente, y puede abandonar el centro
4. Administrar gammaglobulina anti-D si procede
5. Últimas instrucciones sobre medicación y pautas (Ver **Apartado 6.**)
 - No inmersión, ni duchas vaginales ni tampones ni relaciones coitales en 15 días
 - Consultar si temperatura mayor de 38,5°, sangrado importante, dolores que no ceden con analgesia, secreción vaginal con mal olor o alteraciones emocionales anormales

Informe de alta. Explicación y entrega por escrito de información sobre los cuidados en el postoperatorio y la medicación prescrita. Documentar los datos del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

TERCERA VISITA: Revisión a los 15 días de la intervención.

ECOGRAFÍA

1. Se realiza ecografía de control. Se comprueba cavidad uterina vacía.

CONSULTA GINECOLOGÍA:

1. Consejo contraceptivo, reforzar y toma de decisiones
2. Despistaje de pacientes susceptibles de terapia ginecológica, psicológica o sexual
3. Alta médica e informe final

4.2. SEGUNDO TRIMESTRE

La dilatación y evacuación a partir de las 14 semanas no difiere de las consideraciones descritas para el I trimestre, aunque interesa tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Se precisa la preparación del cuello uterino tal como se aconseja en el aborto farmacológico, mayor dilatación y cánulas de mayor tamaño (12 – 16 mm), incluso pinzas de Winter, Finks, Mac Clintock, Foster, ...

La preparación del cérvix resulta aquí sumamente importante para evitar complicaciones y su duración puede ser muy variable (2 horas – 2 días).

Es de gran utilidad realizar el procedimiento quirúrgico bajo control ecográfico, aunque no es imprescindible su uso.

Se puede realizar de forma ambulatoria con bloqueo paracervical, antiinflamatorios, sedación o incluso anestesia general (ésta última no es necesaria y puede incrementar los riesgos).

La duración no suele superar los treinta minutos, y el sangrado posterior es de mayor cuantía que durante el I trimestre.

Se precisa prescribir cabergolina para inhibición de la lactancia.

La IVE quirúrgica a partir del primer trimestre de embarazo, debe ser realizada por médicos con capacitación especializada y práctica habitual. Si se carece de la pericia y experiencia necesarias para mantener una destreza quirúrgica adecuada en el segundo trimestre, la interrupción farmacológica sería una alternativa más eficaz y segura.

5.- IVE FARMACOLÓGICO

5.1. HASTA LA SEMANA 9ª (HASTA 63 DÍAS DE GESTACIÓN)

INTRODUCCIÓN

Diferentes compuestos se han utilizado como método farmacológico en aborto provocado. Los fármacos más estudiados y utilizados en la interrupción médica del embarazo son: mifepristona, mifepristona más análogo de prostaglandina, misoprostol solo, methotrexate más misoprostol y tamoxifeno más misoprostol. De ellos, el **método que se ha mostrado más eficaz es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol)**. El método misoprostol solo es una buena alternativa cuando no está disponible la mifepristona.

En el primer trimestre, el régimen combinado de mifepristona y misoprostol producen un aborto completo sin necesidad de efectuar la evacuación por aspiración en más del 95% de los casos.

MIFEPRISTONA

La mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual produce el desprendimiento del embarazo. La mifepristona aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas (como el misoprostol) y madura el cuello uterino. No tiene una farmacocinética lineal. Después de una primera fase de distribución del fármaco se produce una eliminación lenta durante las primeras 72 horas que posteriormente se acelera. Se estima una vida media de 90 horas.

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. Muestra ventajas importantes sobre otras prostaglandinas por su estabilidad a temperatura ambiente, seguridad y bajo coste. Cabe destacar la posibilidad de administrarlo por diversas vías como la oral, bucal, sublingual y vaginal.

La vía de administración vaginal, oral y bucal son las más utilizadas en la actualidad. Presentan una biodisponibilidad y una eficacia similares, que se caracteriza por un pico máximo a los 30-40 minutos de su administración, con unos niveles de concentración plasmática no excesivamente altos que se mantienen estables durante 4 horas. Los efectos secundarios son ligeramente superiores por la vía bucal que por la vaginal

LA EVIDENCIA DISPONIBLE ESTABLECE QUE LA COMBINACIÓN DE MIFEPRISTONA + MISOPROSTOL PARA ABORTO FARMACOLÓGICO (AF) ES SEGURA Y EFICAZ PARA EMBARAZOS DE HASTA LOS 63 DIAS DE GESTACIÓN

Régimen de mifepristona y misoprostol para el aborto farmacológico hasta los 63 días de gestación		
Edad Gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía, intervalo misoprostol
Hasta 63 días	200 mg vía oral (OMS y RCOB) * Ó 600 mg vía oral (EMA Y HAS) **	Después de 24-48 una dosis de 800 µg por vía oral, vaginal, bucal o sublingual

* Organización Mundial de la Salud, Royal College of Obstetrics and Gynecology

** European Medicines Agency, Haute Autorité de Santé

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAMENTE CONTRAINDICADO

- Alergia o hipersensibilidad a MFP o MSP
- Embarazo no confirmado
- Gestación ectópica
- Insuficiencia suprarrenal
- Porfiria hereditaria
- Asma grave no controlado
- Terapia con corticoides

NO RECOMENDADO

- Alteraciones de la coagulación
- Anemia severa
- Fallo hepático
- Malnutrición
- Epilepsia no controlada
- Cesárea y otras cirugías uterinas previas

NO CONTRAINDICADO

- Lactancia materna
- Embarazo gemelar
- Obesidad
- Alteraciones tiroideas
- Portadora de DIU (Hay que extraerles el DIU)

CONTRAINDICACIÓN DEL “MÉTODO”

- Mujer que desea un proceso rápido de IVE
- Imposibilidad de seguimiento
- Incapacidad de entender las instrucciones

EFFECTOS ADVERSOS

Son poco frecuentes los efectos secundarios debido a mifepristona, ocasionalmente puede presentar: mareos, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga y taquicardia.

Con misoprostol se puede presentar: sintomatología gastrointestinal (diarrea, náuseas y vómitos), escalofríos, febrícula o fiebre hasta 38,5 ° C que no precisa tratamiento. Ocasionalmente exantema y prurito en plantas de los pies y palmas de las manos.

PROCESO DE EXPULSIÓN

En la mayoría de casos se produce la evacuación uterina entre las 4-6 horas después de la administración del misoprostol.

En este tiempo se producirá:

- 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 que abarca desde dolor muy ligero que no precisa analgésicos hasta dolor muy intenso en algún momento.
Diversos estudios refieren menos dolor en mujeres multíparas, de mayor edad y en abortos durante las primeras 7 semanas de gestación

COMPLICACIONES

La complicación más frecuente es la hemorragia, que muy rara vez precisa transfusión (< 0,5%), más excepcional es la infección, por lo que no se recomienda la profilaxis antibiótica.

TERATOGENIA

Son limitados los datos disponibles acerca del riesgo potencial de anomalías fetales en gestantes que fueron tratadas, sin éxito, en el primer trimestre para interrupción médica del embarazo y decidieron continuar la gestación. Hasta la fecha no hay evidencia alguna de riesgo teratogénico de la mifepristona; por lo tanto, si la mujer desea continuar con un embarazo expuesto, no es necesario insistir en finalizarlo. No obstante, debe informarse a la mujer de que, dado el riesgo desconocido de los fármacos abortivos para el feto, el seguimiento del embarazo debe ser minucioso.

No ocurre lo mismo con el misoprostol. Se han descrito defectos en los huesos temporal y frontal, en las extremidades, y Síndrome de Möbius. El mecanismo sugerido es que el aumento de la contractilidad uterina podría disminuir el flujo sanguíneo durante la etapa de organogénesis, si el fármaco es utilizado en el primer trimestre.

PRIMERA VISITA

1. Historia clínica
2. Ecografía: Confirmar embarazo y edad gestacional
3. Grupo sanguíneo y Rh, opcionalmente hemoglobina
4. Valorar cribado citológico y de ITS
5. Consejo contraceptivo
6. Informar sobre el uso de los fármacos y su posibles efectos adversos
7. Posibilidad de que pueda no ser eficaz, y precisar resolución quirúrgica
8. Consentimiento informado
9. Programar calendario de visitas

SEGUNDA VISITA (3 días después de primera)

1. Recoger C. I. debidamente cumplimentado
2. Garantizar que la paciente cumple los criterios para IVE farmacológica
3. Control de resultados: analítica, ecografía u otros solicitados
4. Asegurar compromiso de seguir el tratamiento y recordar información facilitada en la primera visita
5. Administración e ingesta de **mifepristona** delante de personal sanitario.
6. Gammaglobulina anti D a mujeres Rh negativo
7. Entrega de **misoprostol (800 µgr)** para su autoadministración 24-48 después y recordar información respecto a los efectos secundarios más frecuentes y evolución de proceso
8. Prescripción y entrega de pauta analgésica: iniciar 30 minutos antes del misoprostol
9. Posibilidad de iniciar Anticoncepción Hormonal tras expulsión
10. Analgesia (Ibuprofeno, tramadol,...), es importante explicar el dolor que cabe esperar, así como paliar el miedo y la ansiedad, teniendo en cuenta que está suficientemente documentado que el dolor es menor en mujeres de más edad, multíparas y en abortos de menos de 7 semanas de gestación

11. Informe asistencial

TERCERA VISITA (15 días después de la administración del misoprostol)

1. Ecografía para confirmar aborto completo (1% persiste embarazo)
2. La falta de sangrado, una HCG positiva en el tiempo o la persistencia de dolor obliga a descartar embarazo ectópico coincidente con gestación intrauterina
3. En caso de fallo del método, resolución quirúrgica, teniendo en cuenta:
En paciente asintomática, ni el sangrado prolongado, ni la presencia de imágenes ecográficas sugestivas de restos intrauterinos son una indicación para intervención quirúrgica
Los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero serán expulsados durante el sangrado subsiguiente
Sólo realizar evacuación quirúrgica uterina cuando la mujer lo solicita, por hemorragia intensa y/o prolongada, por sospecha de infección o por continuación de la gestación, si así lo decide la mujer
4. Existe la posibilidad de autocontrol por parte de la mujer con un test de β -HCG de baja sensibilidad en orina (Check Top®)

5.2. A PARTIR DE LAS 9 SEMANAS (63 días de gestación)

Para la inducción del aborto de más de 9 semanas y en el segundo trimestre, la aspiración y la dilatación y evacuación (D&E) son de eficacia superior a los métodos médicos de aborto. Sin embargo, para realizar este método de manera segura, **los médicos necesitan capacitación especializada y práctica constante.**

Donde no se disponga de médicos con la destreza y experiencia adecuadas, posiblemente sean más apropiados los métodos médicos.

LA IVE FARMACOLÓGICA (MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL) EN EL II TRIMESTRE ESTÁ EN RÁPIDO CRECIMIENTO POR SUS RESULTADOS ALTAMENTE SATISFACTORIOS

Para aquellos que no tienen la experiencia y carga de trabajo necesaria para mantener un nivel de pericia adecuada en el manejo de la dilatación y evacuación, el aborto médico en el segundo trimestre es la alternativa más eficaz y segura.

La valoración psico-social, ecografía, consulta ginecológica y analítica son similares a la IVE quirúrgica.

La administración del misoprostol se realizará en instalaciones sanitarias.

La mujer debe ser controlada cada 30 minutos desde el momento de la primera dosis de misoprostol, particularmente en relación con su necesidad de manejar el dolor.

El tiempo de expulsión y la finalización del aborto aumentan con la edad gestacional y con la nuliparidad.

Las mujeres permanecerán en dichas instalaciones hasta que se haya completado la expulsión del embarazo.

No se justifica hacer un legrado uterino de rutina.

Se recomienda profilaxis antibiótica.

PAUTAS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS	
9-13 semanas	13-24 semanas
MIFEPRISTONA 200 mg VÍA ORAL	
MISOPROSTOL (36-48 horas después de mifepristona) Inicio: 800 µgr preferentemente vía vaginal (no se recomienda la vía oral por encima de la 9 semana) Continuación (3 h): 400 µgr /3 h vía vaginal hasta 4 dosis	
	SI NO SE PRODUCE EL ABORTO: MIFEPRISTONA 200 mg vía oral: 3 h después de la última dosis de misoprostol. MISOPROSTOL: Comenzar nuevo ciclo 12 h después de la mifepristona

La dosis de misoprostol depende de la edad gestacional, el patrón contráctil, la situación del feto y las posibles contraindicaciones al uso de misoprostol (cicatriz previa).

En gestaciones mayores de 19 semanas, se deben valorar el manejo concomitante de otras técnicas para la expulsión del feto.

1. Control estricto de las constantes vitales
2. Venoclisis, sueroterapia
3. Valorar premedicación: Midazolam 2 – 3 mg via IV, atropina 0,5 mg IV
4. Posible la inserción de Dilapan-S® u otro sistema de dilatación
5. Uso de dosis mayores de misoprostol (600 µgr)
6. Amniorrexis
7. Oxitocina: 30 UI en 500 ml de suero fisiológico, a 8 gotas por minuto, aumentado 4 gotas cada media hora hasta u máximo de 28
8. Valoración estricta por el especialista durante la dilatación
9. Sondaje vesical
10. Valorar expulsión en quirófano, sedación y medidas de prevención de la atonía uterina
11. Analgesia pos-expulsión: Ibuprofeno 400 – 800 mg, Paracetamol 1 gr, tramadol 50 mg IV,...
12. Valorar hemograma y coagulación a las 2-4 horas
13. Control de diuresis y constantes e inicio de ingesta de líquidos
14. Inicio de la deambulaci3n
15. Informe de alta y cuidados pos-quirúrgicos
16. Prescribir cabergolina para inhibici3n de la lactancia

6.- CONTROL TRAS IVE

6.1. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la administración de gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas tras IVE a toda mujer Rh negativo
2. Durante la observación pos-quirúrgica inmediata hay que brindar a la mujer confort y apoyo, supervisando su recuperación.
3. Administrar instrucciones claras y sencillas de forma oral y escrita sobre los cuidados tras IVE y cómo reconocer potenciales complicaciones antes de abandonar el centro: abstención relaciones coitales, baños o tampones, disponibilidad de anticoncepción, centro de referencia si precisa
4. Síntomas de alarma son la hemorragia excesiva, fiebre que dura más de un día, empeoramiento del dolor pélvico o signos de continuación del embarazo
5. Si se trata de un IVE fallido se debe ofrecer solución definitiva

6.2. CONTROL POS-IVE

No son necesarias las visitas de seguimiento tras un aborto quirúrgico o médico exento de complicaciones, aunque es recomendable un control en 15 – 30 días para:

1. Valoración psico-social y clínico del proceso
2. Control ecográfico de la cavidad uterina
3. Refuerzo en el consejo contraceptivo
4. En su caso, resultado de informe anatomopatológico
5. En su caso, asesoramiento genético
6. Informe final

En aborto farmacológico (< 63 días), se puede suministrar a la paciente un check top para control de resolución del IVE.

7.- CONSEJO CONTRACEPTIVO TRAS IVE

En general e independientemente de si el manejo del IVE es médico o quirúrgico, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta el perfil de la usuaria o sus limitaciones por la categoría en su indicación.

A CORTO PLAZO

1. HORMONAL: PÍLDORA, PARCHE, ANILLO VAGINAL
2. NATURAL: CONTROL DE LA FERTILIDAD

A LARGO PLAZO (LARC)

1. HORMONAL: INYECTABLE, IMPLANTE SUBCUTÁNEO, DIU-LNG
2. NO HORMONAL: DIU-CU

DEFINITIVO: LIGADURA, ESSURE® Y VASECTOMIA

Tanto el DIU-Cu como el DIU-LNG, como lo otros **LARCs** son una excelente elección en mujeres tras IVE, ya que disminuye la tasa de repetición de IVE, sin olvidar aconsejar el uso del **doblo método** para evitar ITS.

Hay mayor tasa de expulsiones en inserciones tras IVE del II trimestre; no así en las inserciones realizadas en IVE de I trimestre

No usar diafragma, capuchón cervical o preservativo hasta al menos dos semanas tras la IVE.

Los métodos de control de la fertilidad no son recomendables hasta recuperar la menstruación y tienen alta tasa de fallos.

La anticoncepción de **urgencia** siempre es una opción cuando se precise.

Utilizando el sistema de CATEGORIAS DE LA OMS; AHC, POP, DMPA/NET-EN/IMP, DIU-Cu, DIU-LNG son categoría 1 tras IVE del primer trimestre, también lo son en el II trimestre, salvo los DIUs que son categoría 2.

La única categoría 4 (contraindicación absoluta) sería, evidentemente, tras un aborto séptico.

8.- IVE DE REPETICIÓN

Para prevenir los abortos de repetición se precisa un buen consejo contraceptivo y por lo tanto contemplar el ámbito familiar, social, económico, cultural, educacional... de la mujer en su asesoramiento.

Hay suficiente evidencia para afirmar que, los **LARCs** (DIU, Implante, inyectable) son el método de elección para evitar nuevos embarazos no deseados. La inserción inmediatamente tras practicar el IVE es el momento idóneo para iniciar la anticoncepción eficaz.

El consejo contraceptivo y la posibilidad de acceder a un LARC inmediatamente una vez realizada la IVE es factor importante para prevenir la repetición de embarazos no deseados y de IVE.

Las administraciones que financian la IVE deberían también facilitar y aconsejar pautas de anticoncepción eficaz.

9.- ACCESIBILIDAD. INFORMACIÓN. CONFIDENCIALIDAD

9.1. ACCESIBILIDAD

Es parte de las prestaciones básicas a la mujer. Por lo tanto debe ser libre y gratuito para todas las mujeres con cobertura por el del sistema nacional de salud.

La gestión y accesibilidad lo organizan las diferentes consejerías de salud de cada comunidad, habitualmente desde la atención primaria.

Los profesionales que realizan la IVE deben tener una actitud facilitadora y flexible para el acceso de las mujeres a este proceso.

9.2. INFORMACIÓN

Debe ser objetiva, científica, con empatía y absoluta confidencialidad, respondiendo a cualquier inquietud de la mujer e informando de todas las opciones disponibles.

Sobre la IVE se debe evitar mitos como el dolor, la fertilidad posterior, hemorragias, aportando la evidencia científica disponible.

Informar de la semana de gestación, y de los diferentes procedimientos que hay, con sus ventajas e inconvenientes, riesgos, efectos secundarios más frecuentes y de su evolución.

9.3. CONFIDENCIALIDAD: TOMA DE DECISIÓN VOLUNTARIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La mujer está en una situación tremendamente sensible e intenta tomar una decisión sobre su embarazo no buscado, por lo tanto precisa respeto y comprensión, información clara y concisa adaptada a su nivel de entendimiento, para que en su caso pueda otorgar su consentimiento informado libremente.

Los profesionales sanitarios deben de estar capacitados para respaldar esta toma de decisión voluntaria y basada en información veraz. También han de saber valorar situaciones en que la mujer puede estar presionada en contra de su voluntad para poder remitirla a asesoramiento adicional en los servicios sociales.

10.- APOYO EXTERNO

La evidencia disponible muestra que una mujer que sufre un embarazo no deseado y se somete a una IVE tiene escaso riesgo de padecer secuelas psicológicas, el mismo riesgo que aquellas mujeres que deciden proseguir con el embarazo.

La mujer que en el pasado haya sufrido problemas de salud mental debería ser informada de que existe la probabilidad, a largo plazo, de sufrir problemas psicológicos debidos a la interrupción voluntaria del embarazo.

El apoyo de la pareja y/o familia ayuda a la recuperación. La adecuada comunicación con los profesionales de la salud disminuyen las potenciales dificultades psicológicas. Si hay signos de depresión o problemas psiquiátricos, la intervención de un profesional, psicólogo o psiquiatra, puede ser necesaria. Estos casos no son frecuentes, y pueden minimizarse con asesoramiento adecuado.

Podemos encontrar mujeres en complicadas situaciones sociales, económicas y familiares que puede beneficiarse de la intervención de los servicios sociales de la comunidad.

Debemos mostrar especial sensibilidad para detectar mujeres en situación de vulnerabilidad debido a abusos sexuales, violencia de género y violencia doméstica, proporcionando la orientación adecuada hacia servicios de soporte oportunos. El índice de violencia doméstica es mayor en mujeres que sufren IVE de repetición.

11.- EDUCACIÓN SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL CURRÍCULO ESCOLAR

Si el embarazo no deseado (END) es “una consecuencia negativa” de una práctica sexual concreta y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un procedimiento, el último, que permite garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción en estas circunstancias, estaremos de acuerdo que la **prevención primaria** de los END es, probablemente, el camino más exitoso para disminuir las IVE, y que esta prevención primaria es la **educación sexual**, diferente y más amplia que la educación para la salud a la que engloba.

La **sexualidad** es el modo en que cada persona **vive** su condición sexuada, producto de una peculiar y concreta identidad (cómo vivo mi condición de hombre o mujer) y orientación (hacia los hombres o mujeres) sexuales, y el modo en que cada persona (sexuada) se **expresa** en relación a si misma y a las demás personas sexuadas.

Así, la educación sexual no la entenderemos como la educación de los genitales (reducción de la sexualidad a órganos genitales) o del “coito” (práctica heterosexual reproductora), ni tampoco puede reducirse a hablar de problemas de “salud”: a hablar sólo de salud sexual. La **educación sexual** es aquella que se ocupa de los procesos **por los cuales las personas interaccionamos con las demás y con nosotras mismas desde una identidad y orientación sexuales.**

En esas interacciones entran en juego aspectos relacionados con lo físico, lo emocional y lo social, así como dimensiones que van desde la reproducción, lo lúdico y lo relacional. En definitiva, **la educación sexual** pretende que, partiendo de la **diferencia sexual como valor**, nos conozcamos, entendamos y convivamos.

La **educación para la salud sexual y reproductiva** estaría más centrada en facilitar conocimiento, información y recursos/habilidades sobre prácticas sexuales saludables evitando los comportamientos de

riesgo que pueden acarrear consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva, fundamentalmente ITS y END. Como decíamos, es una parte de la educación sexual, importante pero no suficiente, en la prevención de los END y por tanto en la disminución de las IVE.

En nuestro país la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo articula su Título I en cuatro capítulos, destacando:

1. La referencia, en su artículo primero, al **desarrollo de la educación afectivo sexual y reproductiva en el sistema educativo** como uno de los objetivos de las políticas públicas.
2. En el artículo tercero, la necesidad de implementar medidas en el **ámbito educativo: incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo que permita la adquisición de valores de igualdad, corresponsabilidad entre los sexos y el reconocimiento de la diversidad sexual.**

Entendemos, por tanto, que es obligación de los responsables educativos tomar medidas que garanticen la educación sexual a lo largo (información longitudinal) de la formación de los alumnos/as en su currículo escolar. No creemos que se trate de una asignatura más dentro de un nivel u otro de enseñanza (información transversal). La educación sexual ha de permeabilizar a los alumnos/as a lo largo de todo el proceso educativo, adaptada en cada momento a la edad del alumno/a.

Aclarada la diferencia entre educación para la salud y educación sexual (siendo la primera, como decíamos, una parte de la segunda), centraremos nuestra propuesta en los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva (educación para la salud) que creemos deben formar parte de los contenidos educativos que todo alumno/a debiera conocer y entender al final de su trayectoria escolar preuniversitaria y que podemos concretar en:

1. Fisiología de la sexualidad y la reproducción
2. Métodos anticonceptivos
 - a. Fundamentos y uso de los diferentes métodos
 - b. Beneficios añadidos de la anticoncepción
 - c. Uso erróneo de anticonceptivos y mitos
 - d. Anticoncepción de urgencia
3. Prevención de ITS
4. Embarazo no deseado: epidemiología en España
5. Interrupción voluntaria del embarazo
 - a. Situación legal vigente
 - b. ¿Dónde y cuándo acudir?

Junto con estos contenidos la **educación sexual** debe contribuir, además y sobre todo, al desarrollo de **valores**: igualdad de derechos, corresponsabilidad, respeto y aceptación de las diferencias en su sentido más amplio y **actitudes** de comprensión y estudio de la sexualidad, que permitan el desarrollo de una sexualidad integradora y gratificante para las personas, lo que sin duda tendrá el mayor impacto en las prácticas preventivas de salud.

12.- FORMACIÓN EN IVE DURANTE LA ETAPA MIR

En el BOE 129 del 28/5/2009 en su sección III punto 5, se publica el mapa de competencias de la especialidad: conocimientos.

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/obstetricoGinecologico.pdf>

En el punto 5.2. Menciona los aspectos bioéticos relacionados con la IVE:

“Aspectos bioéticos de la anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”

En el punto 5.3. Plantea conocimientos sobre la legislación actual:

“Legislación relacionada con la anticoncepción, la contracepción de emergencia y la IVE”

En el punto 6.1. Incide en la Bioética aplicada:

Y propone aplicar los principios de la bioética a las decisiones en zona de incertidumbre, con especial atención a: “Anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”

En ninguno de los puntos del apartado de Habilidades se menciona el tratamiento ya sea médico o quirúrgico de la IVE, dentro de un extenso listado de procedimientos; por lo que se crea un vacío que debería corregirse, pues con fecha de esta publicación se aplicaba la ley de IVE de 1985 y se practicaban IVEs en el I y II trimestre.

Esperamos que con la publicación de esta **Guía para la IVE** se complete una pequeña parte de la formación en la especialidad y sensibilice a los MIR de la necesidad de tener una formación completa al menos en sus habilidades más básicas.

13.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). *Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado*. Gijón. 2010. <http://www.acaive.com/pdf/Guia-ACAI-Protocolo-de-atencion-y-funcionamiento-para-la-IVE.pdf>

Dehlendorf C, Brahmi D, Engel D, Grumbach K, Joffe C, Gold M. A descriptive analysis of abortion training in medicine residency programs. *Fam Med* 2007;39(6):399-403

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs*. Barcelona. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. 2014. http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxius/protocol_def_63.pdf.

Elizabeth G. Raymond, Caitlin Shannon, Mark A. Weaver, Beverly Winikoff. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2013 Jan;87(1):26-37.

Exelgyn Advisory Board. 2015. www.exelgyn.com

Fiala C, Cameron S, Bombas TA, Gemzell-Danielsson K, Parachini M, Shojai R, Sitruk-Ware R. *Early medical abortion. A Practical Guide for Healthcare Professionals*. París. Editions de Santé. 2012.

http://www.gynmed.at/sites/default/files/earlymedicalabortion_1.93.pdf

Gemzell-Danielsson K. An update on medical abortion. Ponencia presentada en el 33 Congreso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) 17-20 de junio 2015, Bilbao.

http://www.sego.es/Content/microsites/Congreso2015/ponencias/viernes/a3/kristina_gemzell.pdf.

Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jul;126 Suppl 1:S52-5. Hern W. M. *Abortion Practice*, Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1984

Ipas. *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos*. 2ª ed. Chapel Hill, Carolina del Norte. K. L. Turner (Ed.).

2014. <http://www.ipas.org/es-MX/Recursos/Ipas%20Publications/Gua-de-estudio-sobre-el-aborto-con-medicamentos-segunda-edicion.aspx>.

Langston AM, Joslin-Roher SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*. 2014 Feb;89(2):103-8.

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, de 12 de julio de 1985. 166: 22041. <http://www.boe.es/boe/dias/1985/07/12/pdfs/A22041-22041.pdf>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, de 4 de marzo de 2010. 55: 21001-21014.

<https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>

Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3:CD005217.

Ministerio de Salud Pública. República Oriental de Uruguay. *Guía Técnica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Montevideo. 2012.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos correspondientes al año 2013*. Madrid. 2015.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2013.pdf.

Organización Mundial de la Salud. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Montevideo. Ediciones de la OMS. 2014. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/.

Prine L, Lesnewski R, Bregman R. Integrating medical abortion into a residency practice. *Fam Med* 2003;35(7):469-71

Rose SB, Garrett SM, Stanley J. Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception*. 2015 Jul;92(1):17-25.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women. Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. Londres. 2011. www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/.

Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. *Protocolo de actuación. Aborto inducido*. Las Palmas de Gran Canaria. Dirección General de Programas Asistenciales. 2012.

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>.

Tietze C, Dawson D. *Induced abortion: A factbook*. Reports on Population/Family Planning, nº 14. New York: Population Council; 1973.

14.- OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en materia de aborto

La ley Orgánica 2/2010 ⁽¹⁾ de Salud Sexual, Reproductiva e IVE, admite en su artículo 19.2 “el derecho a la objeción de conciencia como una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en la realización de la IVE, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito”

Se regula, de esta manera el derecho a la objeción planteado por la Resolución nº 1763 (2010) ⁽²⁾ del Consejo de Europa que exige garantizar el derecho, sin menoscabo del acceso a la prestación sanitaria del aborto en los términos legalmente establecidos.

Coincide, asimismo, con el artículo 32.2 del Código Deontológico ⁽³⁾ de la Organización Médica Colegial de España (2011), en el que se señala expresamente, que “ no es admisible la objeción de conciencia colectiva o institucional”.

El debate actual tiene dos dimensiones, que continuarán confrontadas en los próximos años:

-Los derechos de las mujeres a la prestación, prevalecen sobre los derechos del profesional. Fiala C. ⁽⁴⁾, Rowlands S. ⁽⁵⁾, Lertxundi R. ⁽⁶⁾

-La objeción como obstáculo para el acceso de las mujeres a sus derechos. Dresser R ⁽⁷⁾, Chawkin W. ⁽⁸⁾

Una corriente más radical, que va aumentando su presencia, es la que rechaza el derecho a la objeción médica en materia de aborto, como ocurre en Islandia, Suecia y Finlandia, entendiéndose, que en la práctica, es simplemente un obstáculo para las mujeres. Fiala.C., Arthur J. ⁽⁹⁾

Es un debate contemporáneo, relativamente reciente que con toda seguridad, continuará desarrollándose y ofreciendo nuevos puntos de vista.

1-B.O.E. 4 de marzo 2010

2-Resolucion nº 1763 del Consejo de Europa

3-Codigo Deontologico OMCE. Julio 2011

4-Fiala C. “Dishonourable disobedience”. *Woman-Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics* 2014;1: 12-23

5- 6.-Rowlands S. and Lertxundi R. *European Journal of contraception and reproductive Health Care* 2014; 19 (Suppl) , 35-36

7-Dresser R. “Professionals, Conformity and Conscience. *Hastings Cent. Rep.* 2005; 35: 9-10.

8-Chawkin W. et alt. “Conscientious objection and refusal to provide reproductive health care : a White Paper examining prevalence, health consequences and policy responses. *Int. J Gynecology and Obst.* 2013. December;123 Suppl 3: 41-56.

9-Fiala C, et alt. “C.O. is an ethical refusal to treat. *EJCRHC* 2014; Supp 1, 34-35