

Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico

COORDINACIÓN:

- Sonia Alcover Giménez. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Luís Mitjans Lafont. Dirección General de Salud Pública.
- Palmira Muñoz Muñoz. Unitat d'Igualtat.

GRUPO DE TRABAJO REDACTOR:

- Reyes Balanzá Chancosa. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr Peset.
- Nieves Grau Martínez. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- M^a José del Val Pardo. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Aurora López Maside. Dirección General de Salud Pública.
- José M^a Marí Juan. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Xirivella-Alaquàs.
- Blanca Naveira Vidal. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Benetuser.
- Ezequiel Pérez Campos. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital de Requena.
- Inma Parra Ribes. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Sueca.

REVISIÓN:

- Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva (SVCSR)
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana (SOGCV)

Edita: Generalitat . Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública

©de la presente edición: Generalitat, 2017

© de los textos: las y los autores

1^a edición. Edición *online*



Índice

- 1. Introducción.**
- 2. Descripción de los fármacos.**
- 3. Pauta terapéutica.**
 - 3.1 Dispensación de los fármacos.
 - 3.2 Interacción con otros fármacos.
 - 3.3 Contraindicaciones.
 - 3.4 Método farmacológico no es adecuado cuando.
 - 3.5 Eficacia.
 - 3.6 Efectos adversos.
 - 3.7 Proceso de expulsión.
 - 3.8 Complicaciones.
 - 3.9 Teratogenia.
- 4. Manejo clínico.**
 - 4.1 Primera visita.
 - 4.2 Segunda visita a los tres días.
 - 4.3 Tercera visita. 15 días después de la administración del misoprostol.
 - 4.4 Urgencias.
 - 4.5 Codificación en la Historia Clínica.
- 5. Notificación al Registro de la IVE.**
- 6. IVE de repetición.**
- 7. Apoyo psicosocial.**
- 8. Regulación de la objeción de conciencia.**

Bibliografía consultada.

Anexos.

- Anexo I: Consentimiento expreso.
- Anexo II: Consentimiento informado.
- Anexo III: Revocación Consentimiento Informado.
- Anexo IV: Elementos para una libre elección de método para la IVE.
- Anexo V: Tratamiento domiciliario para la IVE farmacológica.
- Anexo VI: Consejos para después de una IVE farmacológica.
- Anexo VII: Informe asistencial.
- Anexo VIII: Boletín para la notificación de la IVE.



1. Introducción.

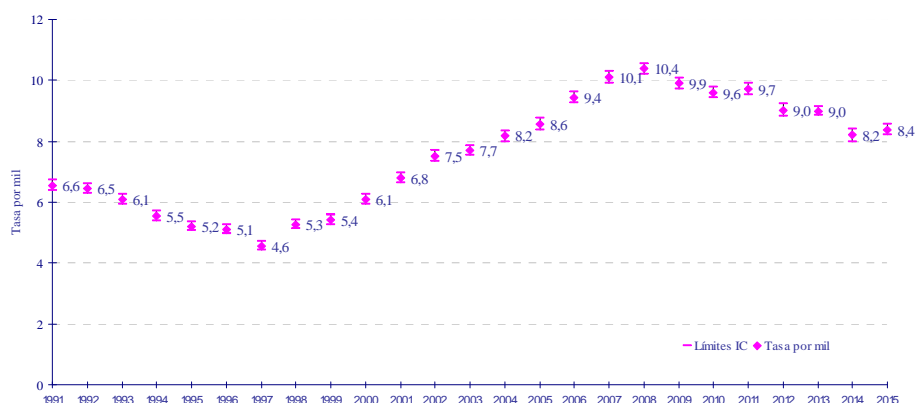
La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana 2017-2021 en su Línea 3 promueve la “Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos” y, en cuanto a la IVE, propone en el objetivo específico 4 “mejorar la cobertura de la prestación de la IVE dentro de la red asistencial pública”.

Actualmente, en la Comunitat Valenciana (CV), la prestación para la IVE se realiza mediante el sistema de contratación de servicios que se ha considerado más adecuado en cada momento, conciertos o pago directo por prestación de servicio.

La *Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* en su artículo 12, exige que se garantice el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación”.

La tasa de IVE en 2015 en la CV fue de 8,4 por mil mujeres de 15 a 44 años.

Evolución de la tasa de IVE en mujeres de 15 a 44 años. CV. 1990 - 2015



Fuente: Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública



Según los datos de 2015, de los 8.138 abortos realizados a mujeres residentes en la CV, 6.424 (78,9%) son abortos realizados hasta la novena semana de gestación, y el 56,2% se realizaron antes de las siete semanas. A estas mujeres se les podría haber ofertado el método farmacológico.

IVE realizadas según semanas de gestación y tipo de centro. Año 2015

Semanas de gestación	Centros públicos		Centros privados		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
≤7 semanas	1	0,6	4.571	57,4	4.572	56,2
8-9 semanas	1	0,6	1.851	23,2	1.852	22,8
10-14 semanas	31	18,3	1.293	16,2	1.324	16,3
15-21 semanas	92	54,4	198	2,5	290	3,6
≥ 22 semanas	44	26,0	56	0,7	100	1,2
Total	169	100,0	7.969	100,0	8.138	100,0

Fuente: Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo de la Comunitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública

La IVE farmacológica dentro de las primeras nueve semanas de gestación (ECO de embrión tamaño de hasta 18 mm) es un método eficaz y seguro, siendo una alternativa válida a la IVE quirúrgica en este periodo.

Sin embargo el 98% de las IVE que se realizan en la CV se realizan en centros privados, manteniendo, de este modo, al sistema sanitario público ajeno a la resolución de un problema de salud que afecta directamente a los derechos fundamentales de las mujeres (derechos sobre su salud sexual y reproductiva).

La IVE es uno de los procesos de cirugía menor ambulatoria más frecuente que se realiza a las mujeres en edad fértil y susceptible de convertirse en un proceso farmacológico con las ventajas que de ello podría derivarse.

2. Descripción de los fármacos.

Los fármacos más estudiados y utilizados en la interrupción médica del embarazo y sus diferentes combinaciones 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 produce un aborto completo sin necesidad de efectuar la evacuación por aspiración en más del 95% de los casos.

❖ **Mifepristona:**

La mifepristona es un compuesto con propiedades antiprogestágenas y antigluco corticoideas. Bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo que produce el desprendimiento del saco gestacional. Además, aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas 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.

3. Pauta terapéutica.

3.1 Dispensación de los fármacos:

A la hora de dispensar la medicación que establece esta Guía para la IVE farmacológica, deben de ser tenidos en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Sólo debe de administrarse la cantidad establecida para cada medicamento.
- ✓ Toda la medicación debe de ser entregada en un recipiente cerrado, bolsa o caja.
- ✓ Las unidades de cada medicamento deben estar identificadas con:
 - descripción del principio activo, nombre y cantidad.
 - lote.
 - caducidad



En el año 1988 comenzó a utilizarse la mifepristona para abortos. Inicialmente se utilizaron 600 mg de mifepristona vía oral seguidos de una prostaglandina (sulprostona, gemeprost y posteriormente misoprostol).

Actualmente, la evidencia científica disponible confirma que 200 mg de mifepristona son tan eficaces como 600 mg para la obtención de abortos médicos hasta 63 días de gestación. Así lo recogen guías de aborto seguro como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (RCOG). Recientemente, la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizado el uso de 200 mg de mifepristona para abortos farmacológicos hasta 63 días de gestación. La Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Haute Autorité de Santé (HAS) todavía mantienen el régimen de 600 mg de mifepristona oral y 400 µg de misoprostol oral.

Respecto a la dosis, vía e intervalo de administración del misoprostol, existe evidencia de calidad que demuestra que el intervalo 24-48 horas a dosis de 800 µg, después de la ingesta de mifepristona, es el más eficaz. La vía bucal y vaginal son las más utilizadas por sus menores efectos secundarios. La vía bucal es la más propuesta en los protocolos actualizados por considerarse menos invasiva y menos afectada por alteraciones de la microbiota vaginal, no obstante, la vía vaginal es una buena alternativa.

PAUTA TERAPÉUTICA RECOMENDADA		
Edad Gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, vía, intervalo misoprostol
Hasta 63 días (feto < 18 mm)	200 mg vía oral	Después de 24-48 horas, una dosis de 800 µg bucal (alternativamente puede usarse la vía vaginal)

3.2 Interacción con otros fármacos.

❖ Mifepristona:

No se dispone de estudios específicos de interacciones, pero, según el tipo de metabolismo del fármaco, se puede considerar que si se asocia a ketoconazol, itraconazol, eritromicina o zumo de pomelo, pueden aumentar los niveles séricos, y si se asocia a la hierba de San Juan, rifampicina, dexametasona o algún anticonvulsivante como la fenitoína, el fenobarbital y la carbamazepina, pueden disminuir los niveles séricos.

❖ Misoprostol:

Puede ser inhibido por el efecto del acenocumarol. Asociado a antiácidos como el magnesio, puede favorecer la aparición de diarrea y aumentar la intensidad de las mismas.



3.3 Contraindicaciones.

❖ *Absolutamente contraindicado:*

- Alergia o hipersensibilidad a mifepristona y/o misoprostol
- Embarazo no confirmado
- Gestación ectópica
- Insuficiencia suprarrenal
- Porfiria hereditaria
- Asma grave no controlado

❖ *No recomendado para tratamiento ambulatorio:*

- Alteraciones de la coagulación y tratamiento anticoagulante.
- Anemia severa: Hb < 9,5.
- Corticoterapia prolongada.
- Fallo hepático.
- Malnutrición.
- Epilepsia no controlada.
- Cesárea y otras cirugías uterinas recientes (< 6 meses).
- Lactancia materna: Los dos fármacos pueden pasar a la leche materna:

✓ Los estudios que han investigado los efectos endocrinos de la mifepristona en el feto han encontrado mayores niveles de hormona adrenocorticotrópica y de cortisol. Las repercusiones clínicas de esas alteraciones son inciertas.

✓ En la leche materna también ingresan pequeñas cantidades de misoprostol al poco tiempo de la administración, pero se desconocen los posibles efectos en el lactante. Como los niveles de misoprostol disminuyen rápidamente, se ha recomendado que, en caso de administración oral, el misoprostol se ingiera inmediatamente después de una toma, y que la siguiente toma se dé al lactante a las **cuatro horas**. Si la administración es por vía bucal o vaginal, los niveles de misoprostol se mantienen elevados durante más tiempo y es preferible retomar el amamantamiento más de 6 horas después.

❖ *No contraindicado:*

- Embarazo múltiple.
- Obesidad (Recomendado en obesidad mórbida).
- Tabaquismo.
- Alteraciones tiroideas o diabetes insulino dependiente controladas.
- Malformaciones uterinas congénitas o adquiridas.
- Cirugía previa del cuello uterino.
- Portadora de DIU (extraer previamente el DIU).
- VIH.



❖ *Indicaciones para la realización de la IVE en el MEDIO HOSPITALARIO. Se muestran en la siguiente tabla:*

INDICACIONES PARA REALIZAR LA IVE EN EL MEDIO HOSPITALARIO

<p>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma vascular no tratado • Lesiones ocupantes del espacio
<p>ENFERMEDAD RENAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia renal (creatinina sérica > 2,5 mg / dL)
<p>HIPERTENSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La PA no controlada (presión arterial sistólica > 160 o diastólica Presión >105)
<p>PATOLOGÍA ENDOCRINOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo no controlado • Diabetes no controlada • Feocromocitoma
<p>PATOLOGÍA CARDIACA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • Enfermedad valvular (gradiente pico AS \geq 60 mmHg, área de la válvula MSB 1,5 cm², MR o AR con dilatación del VI)
<p>PATOLOGÍA PULMONAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma no controlada • Enfermedad pulmonar restrictiva • Hipertensión pulmonar
<p>PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lupus
<p>PATOLOGÍA GASTRO INTESTINAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hepática grave • Varices esofágicas con historia de sangrado • Enfermedad inflamatoria intestinal incontrolada
<p>PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia severa • Enfermedad drepanocítica con antecedentes de crisis • Púrpura de trombocitopenia idiopática con trombocitopenia activa • Trombofilia que requiere anticoagulación
<p>PATOLOGÍA ONCOLOGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre las opciones de tratamiento y el momento del aborto • Los cánceres ginecológicos que afecten al útero
<p>TRANSPLANTE DE ÓRGANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función renal significativamente alterada (creatinina > 2,5 mg / dL) • Historia del rechazo reciente • Órgano transplantado con mal funcionamiento
<p>PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para obtener el consentimiento informado • Incapacidad para tolerar un procedimiento ambulatorio • Historia del intento de suicidio

Fuente, traducción de: Society Of family Planning. Clinical Guidelines: First-trimester abortion in women with medical conditions. Contraception. 2012; 86: 622-630. Tabla 1.



3.4 Método farmacológico no es adecuado cuando.

- Mujer que desea un proceso rápido o en la que el procedimiento quirúrgico esté indicado.
- Imposibilidad de realizar el seguimiento.
- Incapacidad para entender las instrucciones.

3.5 Eficacia.

Existe evidencia de calidad basada en ensayos clínicos aleatorizados que ha demostrado la eficacia y seguridad del aborto farmacológico con mifepristona y misoprostol hasta las 9 semanas (63 días) de gestación.

La combinación de ambos fármacos obtiene una tasa de aborto completo del 89,7% al 95,2 %. La tasa de aborto incompleto se sitúa en torno al 4,8 % y la tasa de embarazos que siguen su evolución entre el 1,1 %-1,5 % en gestaciones de hasta 63 días.

3.6 Efectos adversos.

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

El misoprostol 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 que tampoco requieren tratamiento.

3.7 Proceso de expulsión.

En 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 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 que sí puede requerir analgesia.
- Diversos estudios refieren menos dolor en mujeres multíparas, de mayor edad y en abortos durante las primeras 7 semanas de gestación.

3.8 Complicaciones.

La complicación más frecuente es una hemorragia más intensa que una menstruación y que muy rara vez precisa transfusión (< 0,5%). Más excepcional es la infección (0,5-0,06 %), por lo que no se recomienda la profilaxis antibiótica rutinaria.



3.9 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 Möebius. 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.

4. Manejo clínico.

4.1 Primera visita.

❖ Consulta enfermería:

1. Elaborar anamnesis.
2. Petición analítica (Hemograma, grupo sanguíneo y Rh, coagulación).
3. Informar sobre el uso de los fármacos y sus posibles efectos adversos.
4. Informar sobre la posibilidad de que el método no sea eficaz y precise resolución quirúrgica.
5. Entregar el Consentimiento Informado y resto documentación legal (según LO 2/2010).
6. Asesoramiento anticonceptivo: explicar métodos y conveniencia de instauración inmediata incluyendo los métodos reversibles de larga duración.
7. Explicar y programar calendario de visitas.

❖ Consulta médica:

1. Ecografía: Confirmar embarazo y edad gestacional.
2. Confirmar decisión de realizar IVE.
3. Completar y valorar la historia clínica así como descartar contraindicaciones y casos no indicados o no recomendados para el método farmacológico ambulatorio.
4. Valorar cribado cáncer de cérvix y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), según protocolo.
5. Derivar para IVE quirúrgica cuando no esté indicada la farmacológica o a solicitud de la mujer.
6. Valorar derivar casos cuando proceda para atención psicosexual y social.



4.2 Segunda visita a los tres días.

❖ Consulta médica:

1. Recoger Consentimiento Informado y resto de documentación legal debidamente cumplimentada.
2. Confirmar que la paciente no presenta contraindicaciones para la IVE farmacológica.
3. Control de resultados: analítica, ecografía u otros solicitados.
4. Reforzar cumplimiento terapéutico: recordar toda la información facilitada en la primera visita.
5. Administración e ingesta de mifepristona (200 mg) delante de personal sanitario. Advertir que en un 1% -6 % de casos puede comenzar el sangrado y producirse la expulsión del saco gestacional en las horas siguientes.
6. Entrega de misoprostol (800 µgr) para su autoadministración 24-48 después de la mifepristona y recordar información respecto a los efectos secundarios más frecuentes y evolución de proceso.
7. Informar sobre el nivel de dolor que cabe esperar, así como paliar el miedo y la ansiedad.
8. Prescripción y entrega de pauta analgésica, así como otra medicación que se requiera: iniciar 30-40 minutos antes del misoprostol: Ibuprofeno 600 mg oral. Si el dolor es intenso se puede alternar con paracetamol 650 mg oral cada 4 horas.
9. Valorar posibilidad de iniciar anticoncepción tras expulsión del saco gestacional.
 - Se puede comenzar con AHC el mismo día que se administra el misoprostol.
 - Conviene esperar el inicio de la anticoncepción con sólo gestágenos a que se haya confirmado la evacuación uterina.
10. La inserción de DIU, implante, inyectable o derivación para la esterilización tubárica se pueden realizar después de confirmar la finalización del embarazo
11. Valorar la posibilidad de autocontrol por parte de la mujer con un test de β -HCG de baja sensibilidad en orina.
12. Entrega del informe asistencial (Anexo-VII).

❖ Consulta enfermería:

1. Administrar Gammaglobulina anti D a mujeres Rh negativo.
2. Repaso de todo el procedimiento y entrega de documento "Tratamiento en domicilio", (Anexo V.)



4.3 Tercera visita. 15 días después de la administración del misoprostol.

❖ **Consulta médica:**

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, derivación para 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 instrumental uterina por hemorragia intensa y/o prolongada, por sospecha de infección o por continuación de la gestación.
 - Iniciar anticoncepción precoz. Si es una IVE de repetición priorizar la conveniencia de iniciar Métodos Reversibles de Larga Duración (LARC). Se puede entregar en esta visita el consentimiento informado para proceder a la inserción en la 3ª visita.
4. Complimentar y enviar al Registro de IVE de la DGSP el boletín para la notificación de la IVE (anexo VIII).

4.4 Urgencias.

❖ **Signos de alarma:**

1. Sangrado intenso, (más de 2 compresas Súper Plus por hora durante 3 horas).
2. Dolor pélvico intenso que no cede con analgésicos.
3. Fiebre superior a 38,5º C persistente. Durante las dos primeras horas después de la administración del misoprostol puede aparecer fiebre de origen central que desaparece espontáneamente y no requiere tratamiento.

Si durante el proceso de una IVE farmacológica se presenta uno o más de los signos de alarma anteriormente citados, indicar a la paciente que deberá contactar con el centro sanitario que se le especifique, (Anexo VI).

4.5 Codificación en la historia clínica

La codificación de la IVE en la historia clínica se realizará según la **CIE 10-ES**, cuando dicha clasificación se encuentre implementada en los sistemas de información corporativos. Mientras tanto serán de uso los códigos **CIE9-MC**.



A continuación se expresan los códigos a usar tanto en **CIE 10ES**, como en **CIE-9MC**.

El código que se utilizará para ello en **CIE 10ES** será **Z33.2**: Contacto para interrupción voluntaria del embarazo. En **CIE-9MC 635.92**.

En el caso de existir complicaciones se codificará en **CIE 10ES** con códigos de la categoría: **004**: Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo, y en **CIE9-MC** con códigos de la categoría y subcategoría **635.0** a **635.8**.

Si tras la IVE farmacológica se produce la retención de los productos de la concepción, lo que indicaría que el aborto no fue completo se codificará en **CIE 10ES**, con los códigos de la categoría **007**: Intento fallido de interrupción del embarazo. Y en **CIE-9MC** con los códigos de la categoría **638**.

5. Notificación al Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Todas las IVE realizadas por los centros públicos y privados acreditados y ubicados en la CV, deben ser notificadas al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Dirección General de Salud Pública, según el **boletín de notificación del Anexo VIII**. Dicho boletín no recoge ningún dato de identificación de la mujer.

La información recogida en este registro forma parte del **Registro de IVE del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** al que se envían los datos.

6. IVE de repetición.

Hay suficiente evidencia para afirmar que, los métodos reversibles de larga duración, DIU, Implante, inyectable, conocidos por sus siglas en inglés, LARC son los métodos de elección para evitar nuevos embarazos no deseados. **El momento idóneo para iniciar la anticoncepción eficaz es tras practicar la IVE.**

El consejo/asesoramiento anticonceptivo y la posibilidad de acceder a un LARC después de una IVE por método farmacológico, es una práctica eficaz para prevenir la repetición de embarazos no deseados. A tal fin, en estos casos, se citará a la mujer en el CSSR al día siguiente de la IVE farmacológica. **Si se comprueba la expulsión completa del saco gestacional se debe priorizar el inicio de un método LARC: implante o inyectable.** En el caso del DIU se aconseja esperar hasta la siguiente menstruación para garantizar la ausencia de restos ovulares en la cavidad uterina.

7. Apoyo psicosexual y social.

El apoyo de la pareja y/o familia ayuda a la recuperación. La adecuada comunicación con las y los profesionales de la salud disminuye las potenciales dificultades psicológicas. Estos casos, aun no siendo frecuentes, pueden minimizarse con asesoramiento pre y post aborto,



pudiendo derivar a la mujer en cualquier momento del proceso a especialistas en sexología del equipo. Se debe evitar hacer valoraciones morales.

Igualmente, podemos encontrar mujeres en complicadas situaciones sociales, económicas y familiares que pueden 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 especializados para las mujeres.

El riesgo de sufrir violencia de género es mayor en mujeres que se someten a una IVE repetidamente, de tal manera que es importante realizar detección precoz a través del SIVIO.

8. Regulación de la objeción de conciencia.

El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, viene regulado en el **artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010**, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, quedando establecido en los siguientes términos:

“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.

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 anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”.



Bibliografía consultada.

- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado. Gijón. 2010. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
<http://www.acaive.com/pdf/Guia-ACAI-Protocolo-de-atencion-y-funcionamiento-para-la-IVE.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.
- 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. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
http://www.gynmed.at/sites/default/files/publications/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. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
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; 126Suppl 1:S52-5. Hern W. M. *Abortion Practice*, Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1984
- Generalitat de Catalunya. 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. Barcelona. 2014. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxiu/protocol_def_63.pdf
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Orden 15/2010, de 17 de noviembre de desarrollo del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Direcció General de Salut Pública. Informe sobre Interrupciones Voluntarias de Embarazo en la Comunidad Valenciana 2015 (datos provisionales). Consultado el 6 de julio de 2017. Disponible en:
http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/INFORME_IVE_2015.pdf.



- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Departamento Valencia-Hospital General. Protocolo para la IVE por método farmacológico (hasta 63 días de gestación). 2016.
- Ipas. Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos. 2ª ed. Chapel Hill, Carolina del Norte. K. L. Turner (Ed.). 2014. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
<http://www.ipas.org/es-MX/Resources/Ipas%20Publications/Gua-de-estudio-sobre-el-aborto-con-medicamentos-segunda-edicin.aspx>.
- Kathleen A. Rooney, Ashleigh E. Denny, Melody Y. Hou, Mitchell D. Creinin. LARC utilization based on type of medical abortion follow-up at an academic center. *Contraception*. 2015; Jun 91: 403–405.
- Kevin SundeOppegaard, Erik Qvigstad, Christian Fiala, OskariHeikinheimo, Lina Benson, Kristina Gemzell-Danielsson. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015; 385: 698-704.
- 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 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. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
<https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos correspondientes al año 2014. Madrid. 2016. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo. Ediciones de la OMS. 2014. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/.
- Patricia A Lohr, Mary Fjerstad, UpekaDeSilva, Richard Lyus. Abortion. *Clinical review*. *BMJ*. 2014 Jan; 348:7553-7560.
- 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-basedClinicalGuidelineNumber 7. Londres. 2011. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en:



www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/.

- Sarah J. Betstadta, David K. Turokb, Nathalie Kappc, Kui-Tzu Fengd, Lynn Borgattad. Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*. 2011; 83: 517–521.
- Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Protocolo de actuación. Aborto inducido. Las Palmas de Gran Canaria. Dirección General de Programas Asistenciales. 2012. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>.
- Sociedad Española de Contracepción. Protocolos SEGO/SEC. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo. 2016. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_IVE.pdf
- Society Of family Planning. Clinical Guidelines: Firts-trimester abortion in women with medical conditions. *Contraception*. 2012; 86: 622-630. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en: [http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(12\)00811-6/pdf](http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(12)00811-6/pdf)
- Society Of family Planning. Clinical Guidelines: Medical management of firts-trimester abortion. *Contraception*. 2014; 89: 148-161. {Consultado el 19 de diciembre de 2016}. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0010782414000262/1-s2.0-S0010782414000262-main.pdf?_tid=50351d44-4635-11e7-92c1-00000aacb360&acdnat=1496258225_6f46f16e0be5aaa97db6aebc5438b3b9



Anexos.

Anexo I: Consentimiento expreso para la IVE.

Anexo II: Consentimiento informado para la IVE.

Anexo III: Revocación Consentimiento Informado.

Anexo IV: Elementos para una libre elección de método para la IVE.

Anexo V: Tratamiento domiciliario para la IVE farmacológica.

Anexo VI: Consejos para después de una IVE farmacológica.

Anexo VII: Informe asistencial.

Anexo VIII: Boletín para la notificación de la IVE.



CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA LA IVE

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en sus artículos 13 y 14, establece los requisitos comunes y las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer.

Artículo 13. *Requisitos comunes.*

Primero.– Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.– Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.– Que se realice con el **consentimiento expreso** y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.”

QUIEN FIRMA, con Nº de SIP: _____, **SOLICITA** acogerse a la Ley 2/2010, y dar mi **CONSENTIMIENTO EXPRESO** para que me sea practicada una interrupción voluntaria del embarazo, reconociendo que la naturaleza y efecto del procedimiento a que seré sometida me ha sido convenientemente descrito.

También consiento en que me sean practicadas otras medidas terapéuticas, si estas fueran necesarias, durante el curso de la interrupción del embarazo y que se administre anestesia local o general si se precisara la evacuación uterina por método instrumental.

Firma de la paciente o representante legal:

Fecha:

Hora:

Los datos recogidos figuran en un fichero informatizado propiedad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, que no serán en ningún caso divulgados ni cedidos a terceros, salvo orden judicial expresa, de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO

En cumplimiento con lo establecido en la L.O.P.D 15/1999, sobre protección de datos Personales, y de conformidad a lo previsto en la L.O. 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad.

QUIEN FIRMA, con Nº de SIP: _____

DECLARO:

Que he sido informada sobre la existencia de dos métodos diferentes para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, farmacológico y quirúrgico.

El Método Farmacológico: se puede utilizar para embarazos de hasta 63 días (9 semanas):

- Consiste en la toma de uno o varios comprimidos de mifepristona por vía oral. En las 24 horas que siguen a esa toma, se puede iniciar el sangrado que en un 3% de los casos produce la evacuación uterina. El sangrado, habitualmente persiste hasta la visita de control.
- Entre las 24-48 horas se administran cuatro comprimidos de prostaglandinas vía bucal o vaginal.
- Aproximadamente a los 15 días de la primera visita se debe realizar un control y comprobar que la expulsión de los componentes ovulares ha sido completa.

Este método puede fracasar entre un 2% y 8% de los casos, manifestándose como embarazo que sigue en evolución (menos del 2%), expulsión incompleta (entre el 2 y el 5%) y sangrado muy abundante (alrededor del 2%). En estos casos el tratamiento consiste en la aplicación del método quirúrgico de aspiración uterina.

Los efectos secundarios de esta medicación pueden ser:

- Sangrados de baja intensidad tras la expulsión (hasta 10-15 días) que puede ser abundante en el 5% de los casos;
- Contracciones uterinas dolorosas que precisan analgesia;
- Pueden aparecer algunos de estos efectos secundarios: náuseas, vómitos, diarreas y menos frecuentemente erupciones cutáneas, bajadas de tensión, sofocos, vértigos, escalofríos, fiebre.

He sido informada sobre las consecuencias psicológicas y sociales que, siendo estadísticamente poco frecuentes, pueden presentarse (depresión post aborto así como alteración del deseo sexual, etc.).

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También he sido informada sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo, así como de la existencia de medidas sociales y de orientación familiar que puedan ayudarme, y también de las exigencias y requisitos que son



exigibles para el supuesto legal bajo el que se realiza el aborto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones y recibiendo **copia** de este documento:

El Método Quirúrgico: evacuación uterina mediante legrado-aspiración:

- Consiste en dilatar el cuello del útero y posteriormente extraer los componentes ovulares mediante cánulas de aspiración. En alguna rara ocasión puede ser necesario legrar la cavidad mediante legra roma.
- A veces, unas horas antes de la intervención, es necesario utilizar una medicación administrada por vía vaginal para facilitar la dilatación del cuello uterino.
- Esta intervención se puede realizar mediante Anestesia Local o General (sedación), según criterio médico o elección de la paciente.

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por la situación de cada 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, así como un excepcional porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención, aunque **extremadamente raras**, pueden ser:

- Persistencia de restos que pudiera requerir una nueva aspiración,
- Infecciones con posibles evolución febril (urinarias, uterinas, de las trompas, etc.)
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatorias)
- Perforación del útero, peritonitis.
- Persistencia del embarazo que pudiera precisar nueva aspiración uterina.

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

CONSIENTO

Se me practique la **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**, para lo cual elijo el método:

.....

En.....a.....de.....201.....

Firma del/la Médico/a

Firma de la paciente y/o representante legal



Anexo III**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Dña:

Y /o D/Dña.:

En calidad de representante legal,

REVOCO el consentimiento prestado en fecha:

Y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a..... de..... de 201.....

Firma del/la médico/a

Firma de la paciente/Representante legal



Anexo IV

ELEMENTOS PARA UNA LIBRE ELECCIÓN DE MÉTODO PARA LA IVE

FUENTE: Traducción de "Elements per una lliure elecció de mètode d'IVE". Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

	IVE FARMACOLÓGICO	IVE ASPIRACIÓN
TIEMPO DE REALIZACIÓN	Hasta 9 semanas	De 6 a 14 semanas
CÓMO SE HACE	Con dos medicamentos para detener embarazo y para su expulsión	Se dilata el cuello del útero y se aspira su contenido con una cánula conectada a un aspirador
EFICACIA	95-98,5 % de los casos	99 % de los casos
NÚMERO DE VISITAS	3 visitas	3 visitas
LUGAR DE EXPULSIÓN	Fuera de un centro sanitario	En un centro sanitario
MOMENTO EXPULSIÓN	Habitualmente entre 4-6 horas después segundo medicamento	Cuando se hace la aspiración
DURACIÓN EXPULSIÓN	Varía entre 1-4 horas	Unos 10-15 minutos
DOLOR	Dolor de regla sobre todo durante la expulsión El dolor suele ser tolerable	Dolor de regla durante la aspiración si no se aplica sedación
SANGRADO	Durante la expulsión (2-4 horas) sangrado abundante con coágulos, después sangrado moderado leve hasta 20 días	Normalmente sangrado escaso durante 1-8 días
¿Y SI FALLA?	Hay que hacer una aspiración	Hay que hacer una aspiración
¿Y LA FERTILIDAD POSTERIOR?	No se altera si no hay complicaciones	No se altera si no hay complicaciones
¿ES SEGURO?	Las complicaciones son poco frecuentes y similares a las de la aspiración. Pueden haber más hemorragias	Las complicaciones son poco frecuentes y similares a las del farmacológico. Pueden haber más infecciones y lesiones del útero



	IVE FARMACOLÓGICO	IVE ASPIRACIÓN
VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> -Más aceptado por algunas mujeres -Más privacidad, autocontrol y autonomía -Más natural (como una regla fuerte) -Se puede hacer antes de las 6 semanas y hasta las 9 semanas -No se manipula el útero -No hay riesgo de lesión del útero -Menos riesgo de infección 	<ul style="list-style-type: none"> -Más aceptado por algunas mujeres -Se hace en un centro sanitario -Es rápido (10-15 minutos) -Se puede hacer hasta las 14 semanas -Certeza de cuándo se acaba el embarazo -Menos sangrado
DESVENTAJAS	<ul style="list-style-type: none"> -Es más lento -Incertidumbre sobre la terminación del embarazo -Más cantidad y duración del sangrado -Más duración del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> -Hay manipulación del útero -Más riesgo de lesión del útero -Más riesgo de infección -Menos privacidad, autocontrol y autonomía
EFFECTOS SECUNDARIOS	<ul style="list-style-type: none"> -Náuseas y/o vómitos frecuentes -Diarrea poco frecuente -Sangrado abundante -Infección uterina excepcionalmente -Anemia grave poco frecuente 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas y/o vómitos frecuentes -Diarrea poco frecuente -Infección uterina poco frecuente -Anemia grave excepcionalmente



Anexo V

TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA IVE FARMACOLÓGICA

Por favor, lee detenidamente la información

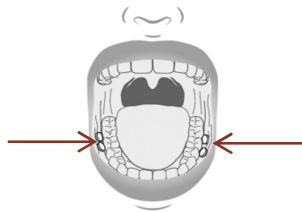
Mifepristona: Fecha:..... Hora: En:

Después de tomar el comprimido de mifepristona debes hacer vida completamente normal durante las siguientes 48 horas. Lo más frecuente es que no se produzca ningún sangrado, pero en un 1% - 6% de casos existe un sangrado como una regla o mayor, a continuación se produce la expulsión del saco gestacional.

Si tuvieras dolor en algún momento puedes tomar cualquier analgésico que no contenga Ácido Acetil Salicílico (Aspirina®).

Misoprostol: Fecha: En el Domicilio

1. A primera hora de la mañana (8-9 horas) desayunas y te tomas, 1 cápsula de Ibuprofeno 600 mg.
2. Cuando haya pasado media hora (30 minutos) te colocas 2 pastillas de misoprostol en un lado de la boca y 2 pastillas más en el otro lado como se muestra en el dibujo. Transcurridos 30 minutos las puedes tragar con un poco de agua.



3. Tras la administración del misoprostol pueden aparecer los siguientes efectos: náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, aumento de la temperatura corporal y, por supuesto, sangrado. Todos ellos son pasajeros y no precisan tratamiento con fármacos.
Entre 20-40 minutos después de ponerte las pastillas en la boca puede comenzar el dolor.
4. Si el dolor es intenso debes tomar 1 comprimido de paracetamol 650 mg y alternar con ibuprofeno de 600 mg cada 4 horas y en caso de alergia tomará el fármaco que se le indique.

La expulsión del saco gestacional se produce habitualmente (98 % de casos) entre las 4-6 horas después de la toma del misoprostol. Durante este proceso puedes tener un sangrado fuerte (el doble que una regla). Esto no debe alarmarte, es normal.

Fecha:.....Hora:En:

Volver el día y la hora indicada, para comprobar que el aborto se ha producido correctamente y completar el asesoramiento anticonceptivo.



Anexo VI

CONSEJOS PARA DESPUÉS DE UNA IVE FARMACOLÓGICA

Lee detenidamente estas instrucciones y si tienes alguna duda consúltanos

1. Durante los días posteriores al aborto farmacológico es normal un sangrado mayor que una regla, incluso que se expulsen coágulos. ESTO ES NORMAL Y NO DEBES PREOCUPARTE. Llámanos si el sangrado es superior a 2 compresas grandes (Súper Plus) por hora durante 3 horas.
2. Recuerda que a los 15-20 días después del aborto tienes cita para una revisión y comprobar que todo está bien.
3. Hasta que pases la revisión de los 15-20 días puedes hacer vida normal siguiendo estos consejos higiénico-sanitarios:
 - ✓ Puedes ducharte y lavarte la cabeza, pero no bañarte.
 - ✓ Utilizarás compresas, no tampones.
 - ✓ No mantendrás relaciones sexuales con penetración vaginal.
 - ✓ No debes hacer deporte ni ejercicios violentos.
4. La siguiente regla la tendrás entre 30 y 40 días después del aborto (excepto si usas anticonceptivos hormonales). Si pasados **60 días** no has tenido la regla llámanos.
5. Si crees tener fiebre compruébalo con un termómetro.
6. En caso de dolor como el de la regla puedes tomar cualquier analgésico que NO contenga Ácido Acetil Salicílico.
7. Contacta con nosotros en los siguientes casos:
 - ✓ Fiebre (más de 38,5º C) que dura más de 2-3 horas después de las pastillas que te has puesto en la boca
 - ✓ Sangrado mayor de 2 compresas grandes (Súper Plus) por hora durante 3 horas.
 - ✓ Dolor uterino intenso que no cede con analgésicos

Existe una posibilidad del 1 % de que el método falle y prosiga el embarazo, en cuyo caso habría riesgo de **graves malformaciones fetales**. Por ello la revisión de los 15-20 días después del aborto es de gran importancia.

CONTACTO:

Teléfono:

Fuera del horario de atención, acude al servicio de urgencias de tu hospital de referencia. Si por algún motivo tienes que acudir a urgencias recuerda llevar contigo la hoja de **INFORME ASISTENCIAL** que te hemos entregado.



INFORME ASISTENCIAL
IVE FARMACOLÓGICA (HASTA 63 DÍAS)
(En el Hospital sería el Informe de Alta)

APELLIDOS:..... NOMBRE: EDAD:
 DOMICILIO: POBLACIÓN:
 SIP:Centro.....
 GESTACIÓN DE: semanas, días. OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES: G P C A EE Alergias: AQ: AP: AF: Medicación actual:..... Coagulación:	FUR: Hemorragias: Hábitos tóxicos: IMC: T/A: Otros:
--	--

ANALÍTICA PREVIA AL TRATAMIENTO:	
Grupo: Rh:	Plaquetas:
Hematíes:	T de Protrombina:
Hto:	IQ:
Hb:	Fibrinógeno:

INICIO DEL TRATAMIENTO:	
<input checked="" type="checkbox"/> Mifepristona (200 mg) Día:/...../..... Hora: En:	
<input checked="" type="checkbox"/> Misoprostol (800 µg bucal) Día:/...../..... Hora: En su domicilio	

PAUTA ANALGÉSICA:
<input checked="" type="checkbox"/> Ibuprofeno 600 mg + paracetamol 650 mg alternos cada 4 horas a partir de administración de prostaglandinas (misoprostol).
<input checked="" type="checkbox"/> Otros

GAMMAGLOBULINA ANTI D (si procede): Día: /..... / Hora:
--

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Previsión inicio:

REVISIÓN DE CONTROL: Día: Hora: Centro:
<input checked="" type="checkbox"/> Ecografía: nº.....
<input checked="" type="checkbox"/> Sangrado:
<input checked="" type="checkbox"/> Alta:
<input checked="" type="checkbox"/> Nueva visita de control: Día: Hora: Centro:.....

Fdo.: Dra./Dr.



Anexo VIII: Boletín para la notificación de la IVE



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD,
SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

NOTIFICACIÓ DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

D'ACORD AMB LA LLEI ESTE IMPRES
ES ANÒNIM I CONFIDENCIAL.
DE ACUERDO CON LA LEY ESTE IMPRESO
ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.
REAL DECRETO 821/2010 (BOE de 26 de junio 2010)
REAL DECRETO 821/2010 (BOE de 26 de junio 2010)

ABANS D'OMPLIR ESTE QÜESTIONARI, PER FAVOR LLIJA LES DEFINICIONS AL DORS.
ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO.
ESCRIBA EN MAJÚSCULES, AMB BOLLÍGRAF I SOBRE UNA SUPERFÍCIE DURA.
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS, CON BOLÍGRAFO Y SOBRE UNA SUPERFICIE DURA.
NO ESCRIBA EN ELS ESPAIS OMBREJATS.
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRREADOS.

LES DADES CONTINGIDES EN ESTE BUTLLETÍ NO ES PODEN FER
PÚBLIQUES DE FORMA INDIVIDUALITZADA EN CAP CAS.
SERÁN UTILITZADES AMB FINALITATS SANITÀRIES I ESTADÍSTIQUES.
LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS
PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO.
SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS.

NÚMERO DE REGISTRE INTERNI / NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO L'ASSIGNA EL CENTRE SANITARI
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO

CODI DEL CENTRE
CÓDIGO DEL CENTRO
IVE financada públicament
IVE financiada públicamente

A. DADES DE L'EMBARASSADA - DATOS DE LA EMBARAZADA

DATA DE NAIKEMENT / FECHA DE NACIMIENTO DIA / DÍA MES ANY / AÑO		INGRESSOS ECONÒMICS / INGRESOS ECONÓMICOS TÉ INGRESSOS ECONÒMICS PROPIS ¿Tiene ingresos económicos propios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CONVIVÈNCIA / CONVIVENCIA 1 A SOLES SOLA 3 AMB PARES O FAMILIARS CON PADRES O FAMILIARES 1 AMB FILLS (R) CON HIJOS 2 EN PARELLA EN PAREJA 4 ALTRES (R) OTRAS 2 SENSE FILLS SIN HIJOS		PROCEDÈNCIA DELS INGRESSOS PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS 1 PARELLA A REJA 2 FAMILIARS FAMILIARES 3 ALTRES INGRESSOS OTROS INGRESOS	
LLOC DE RESIDÈNCIA / LUGAR DE RESIDENCIA PROVÍNCIA MUNICIPI CODI POSTAL PAÍS DE RESIDÈNCIA ESTRANGER PAÍS DE RESIDENCIA EXTRANJERO PAÍS DE NAIXEMENT PAÍS DE NACIMIENTO ANY D'ARRIBADA AÑO DE LLEGADA NACIONALITAT NACIONALIDAD DOBLE NACIONALITAT DOBLE NACIONALIDAD		SITUACIÓ LABORAL / SITUACIÓN LABORAL 1 TREBALLADORA PER COMPTE PROPÍ TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA 5 DESOCUPADA O SENSE OCUPACIÓ DESEMPLEADA O SIN EMPLEO 2 TREBALLADORA PER COMPTE D'ALTRI TRABAJADORA POR CUENTA AJENA 6 TREBALL DOMÈSTIC NO REMUNERAT TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO 3 PENSIONISTA 7 ALTRES OTRAS 4 ESTUDIANT ESTUDIANTE	
NIVELL D'INSTRUCCIÓ / NIVEL DE INSTRUCCIÓN (R) 1 ANALFABETA O SENSE ESTUDIS ANALFABETA O SIN ESTUDIOS 4 BACHILLERAT I CICLES DE FP EQUIVALENTS BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES PRIMER GRAU (6ª PRIMÀRIA I EQUIVALENTS) 5 ESCOLES UNIVERSITÀRIES I FACULTATS ESCUELAS UNIVERSITARIAS Y FACULTADES (6ª PRIMÀRIA I EQUIVALENTS) 6 NO CLASSIFICABLES PER GRAUS O NO BEN ESPECIFICATS NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BEN ESPECIFICADOS 3 ESO I EQUIVALENTS 4 ESO Y EQUIVALENTES		NOMBRE DE FILLS QUE VIUEN EN L'ACTUALITAT NÚMERO DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD DATA DE L'ÚLTIM PART FECHA DEL ÚLTIMO PARTO NOMBRE D'AVORDEMENTS VOLUNTARIS ANTERIORS A L'ACTUAL N° DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL DATA DE L'ÚLTIM AVORDEMENT VOLUNTARI FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO	
UTILITZA HABITUALMENT MÈTODES ANTICONCEPTIUS? ¿UTILIZA HABITUALMENT MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DE QUIN TIPIUS? (R) ¿DE QUÉ TIPO? 1 NATURALS NATURALES 3 MECÀNICS MECÁNICOS 5 ALTRES MÈTODES OTROS MÉTODOS 2 BARRERA BARRERA 4 HORMONALS HORMONALES	

B. DADES DE LA INTERVENCIÓ - DATOS DE LA INTERVENCIÓN

ON ES VA INFORMAR PER PRIMA VEIGADA DE LA POSSIBILITAT D'INTERROMPRE ESTE EMBARÀS? ¿DÓNDE SE INFORMA POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTUR ESTE EMBARAZO?		1 CENTRE SANITARI PÚBLIC CENTRO SANITARIO PÚBLICO ALTRES OTROS 3 TELÈFON TELÉFONO 5 MITJANS DE COMUNICACIÓ MEDIOS DE COMUNICACIÓN 2 CENTRE SANITARI PRIVAT CENTRO SANITARIO PRIVADO 4 AMICS AMIGOS 6 INTERNET	
SETMANES DE GESTACIÓ EN EL MOMENT DE LA INTERVENCIÓ, ESTIMADES PEL METGE SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, ESTIMADAS POR EL MÉDICO		DATA DE LA INTERVENCIÓ (R) FECHA DE LA INTERVENCIÓN DIA / DÍA MES ANY / AÑO	
MOTIUS DE LA INTERRUPCIÓ DE L'EMBARÀS MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO 1 A PETICIÓ DE LA DONA A PETICIÓN DE LA MUJER 2 RISC GREU PER A LA VIDA O LA SALUT DE L'EMBARASSADA GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA 3 RISC DE GREUS ANOMALIES EN EL FETUS RIESGO DE GRAVES ANOMALIAS EN EL FETO 4 ANOMALIES FETALS EXTREMADAMENT GREUS I INCOMPATIBLES O INCOMPATIBLES AMB LA VIDA ANOMALIAS FETALES EXTREMADAMENTE GRAVES E INCOMPATIBLES O INCOMPATIBLES CON LA VIDA		CAUSES DE RISC PER A L'EMBARASSADA CAUSAS DE RIESGO PARA LA EMBARAZADA CAUSES DE RISC FETAL CAUSAS DE RIESGO FETAL	
MÈTODE EMPRAT EN LA INTERVENCIÓ MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN MÈTODE QUIRÚRGIC MÉTODO QUIRÚRGICO 1 DILATACIÓ I EVACUACIÓ DILATACIÓN Y EVACUACIÓN 2 DILATACIÓ I ASPIRACIÓ DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN 3 MIFEPRISTONA 4 PROSTAGLANDINES PROSTAGLANDINAS ALTRES MÈTODES, ESPECIFIQUEU OTROS MÉTODOS, ESPECIFICAD		NOTA: LES OPCIONS NO SÓN EXCLUSIVES ENTRE SI, SE'N POT MARCAR MÉS D'UNA. NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SI, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.	

EXEMPLAR PER A LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA
EJEMPLAR PARA LA CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Epidemiologia / Epidemiología
Setembre 2016 / Septiembre 2016

DEFINICIONS

⁽¹⁾ ALTRES PERSONES

Si la dona conviu en parella i a més amb altres persones, marcar exclusivament l'opció en parella.

⁽²⁾ AMB FILLS

Es referix als fills que té la dona al seu càrrec, siguin o no biològics.

⁽³⁾ NIVELL D'INSTRUCCIÓ

Es diferencien els següents Nivells d'instrucció:

1. Analfabeta/Sense estudis:
 - No sap llegir ni escriure.
 - Ensenyança Primària incompleta.
2. Primer grau (6é Educació primària i equivalents):
 - Ensenyança Primària completa: 6é EP, 6é EGB.
 - Inclou Certificat Oficial d'Estudis Primaris.
3. ESO i Equivalents:
 - Ensenyança Secundària completa: ESO, BUP, FPI, 7é i 8é EGB.
4. Batxiller i Cicles FP equivalents:
 - 2n Batxillerat, COU, FP de grau mitjà.
5. Escoles Universitàries/Facultats:
 - Diplomatures Universitàries.
 - FP de grau superior.
 - Primer cicle en Facultats Universitàries, Col·legis Universitaris i Escoles Tècniques Superiors.
 - Facultats Universitàries, Col·legis Universitaris i Escoles Tècniques Superiors, equivalents o postgraduats.
6. No classificables per grau i no ben especificats.

⁽⁴⁾ TIPUS DE MÈTODES ANTICONCEPTIUS

1. Naturals:
 - Ogino
 - Temperatura basal
 - Coit interromput
 - Billings
2. Barrera:
 - Preservatiu masculí
 - Preservatiu femení
 - Diafragma
 - Productes espermicides
3. Mecànics:
 - DIU
4. Hormonals:
 - Anticoncepció oral
 - Anticoncepció injectable
 - Pegats
 - Implants subcutanis
 - Anells vaginals
 - DIU
5. Altres mètodes

⁽⁵⁾ DATA DE LA INTERVENCIÓ

Quan el mètode utilitzat en la intervenció siga el farmacològic, la data d'intervenció serà la de l'inici de la presa.

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 y 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. Otros métodos

⁽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.

