

Guia clínica per a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) pel mètode farmacològic

COORDINACIÓ:

- Sonia Alcover Giménez. Direcció General d'Assistència Sanitària.
- Luís Mitjans Lafont. Direcció General de Salut Pública.
- Palmira Muñoz Muñoz. Unitat d'Igualtat.

GRUP DE TREBALL REDACTOR:

- Reyes Balanzá Chancosa. Servei de Ginecologia i Obstetrícia Hospital Dr. Peset.
- Nieves Grau Martínez. Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris.
- M. José del Val Pardo. Direcció General d'Assistència Sanitària.
- Aurora López Maside. Direcció General de Salut Pública.
- José M. Marí Juan. Centre de Salut Sexual i Reproductiva de Xirivella-Alaquàs.
- Blanca Naveira Vidal. Centre de Salut Sexual i Reproductiva de Benetússer.
- Ezequiel Pérez Campos. Servei de Ginecologia i Obstetrícia Hospital de Requena.
- Inma Parra Ribes. Centre de Salut Sexual i Reproductiva de Sueca.

REVISIÓ:

- Societat Valenciana de Contracepció i Salut Reproductiva (SVCSR)
- Societat d'Obstetrícia i Ginecologia de la Comunitat Valenciana (SOGCV)

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

© d'aquesta edició: Generalitat, 2017

© dels textos: autors i autores

1a edició. Edició en línia



Índex:

- 1. Introducció**
- 2. Descripció dels fàrmacs**
- 3. Pauta terapèutica**
 - 3.1 Dispensació dels fàrmacs
 - 3.2 Interacció amb altres fàrmacs
 - 3.3 Contraindicacions
 - 3.4 Mètode farmacològic no és adequat quan
 - 3.5 Eficàcia
 - 3.6 Efectes adversos
 - 3.7 Procés d'expulsió
 - 3.8 Complicacions
 - 3.9 Teratogènia
- 4. Maneig clínic**
 - 4.1 Primera visita
 - 4.2 Segona visita als tres dies
 - 4.3 Tercera visita. 15 dies després de l'administració del misoprostol
 - 4.4 Urgències
 - 4.5 Codificació en la història clínica
- 5. Notificació al Registre de la IVE**
- 6. IVE de repetició**
- 7. Suport psicosocial**
- 8. Regulació de l'objecció de consciència**

Bibliografia consultada

Annexos

- Annex I: Consentiment exprés
- Annex II: Consentiment informat
- Annex III: Revocació del consentiment informat
- Annex IV: Elements per a una elecció lliure de mètode per a la IVE
- Annex V: Tractament domiciliari per a la IVE farmacològica
- Annex VI: Consells per a després d'una IVE farmacològica
- Annex VII: Informe assistencial
- Annex VIII: Butlletí per a la notificació de la IVE



1. Introducció

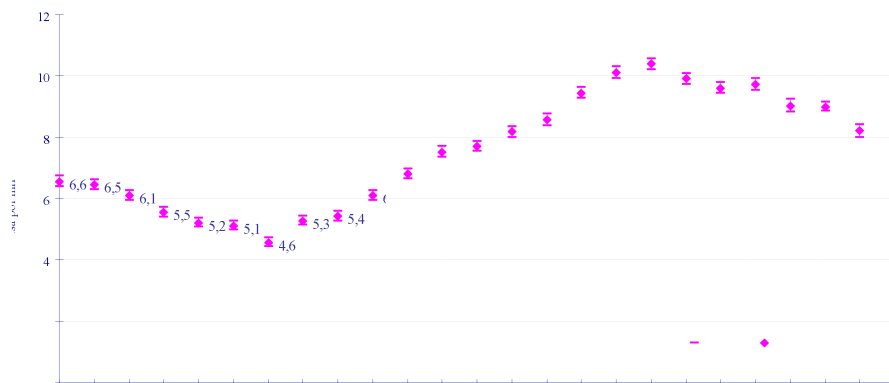
L'Estratègia de salut sexual i reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021, en la línia 3, promou l'“equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, i garantir els drets sexuals i reproductius” i, quant a la IVE, proposa en l'objectiu específic 4 “millorar la cobertura de la prestació de la IVE dins de la xarxa assistencial pública”.

Actualment, a la Comunitat Valenciana (CV), la prestació per a la IVE es fa mitjançant el sistema de contractació de serveis que s'ha considerat més adequat en cada moment: concerts o pagament directe per prestació de servei.

La Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, en l'article 12, preveu: “Es garanteix l'accés a la interrupció voluntària de l'embaràs en les condicions que es determinen en aquesta llei. Aquestes condicions s'han d'interpretar en la manera més favorable per a la protecció i eficàcia dels drets fonamentals de la dona que sol·licita la intervenció, en particular, el seu dret al lliure desenvolupament de la personalitat, a la vida, a la integritat física i moral, a la intimitat, a la llibertat ideològica i a la no-discriminació”.

La taxa d'IVE en 2015 a la CV va ser de 8,4 per 1.000 dones de 15 a 44 anys.

Evolució de la taxa d'IVE en dones de 15 a 44 anys. CV. 1990 - 2015



Font: Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs de la Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública

Segons les dades de 2015, dels 8.138 avortaments fets a dones residents a la CV, 6.424 (78,9 %) són avortaments realitzats fins a la novena setmana de gestació, i el 56,2 % es van dur a terme abans de les set setmanes. A aquestes dones se'ls podria haver oferit el mètode farmacològic.

IVE fetes segons les setmanes de gestació i el tipus de centre. Any 2015

Setmanes de gestació	Centres públics		Centres privats		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
≤7 setmanes	1	0,6	4.571	57,4	4.572	56,2
8-9 setmanes	1	0,6	1.851	23,2	1.852	22,8
10-14 setmanes	31	18,3	1.293	16,2	1.324	16,3
15-21 setmanes	92	54,4	198	2,5	290	3,6
≥ 22 setmanes	44	26,0	56	0,7	100	1,2
Total	169	100,0	7.969	100,0	8.138	100,0

Font: Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs de la Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública

La IVE farmacològica dins de les primeres nou setmanes de gestació (ECO d'embrió mida de fins a 18 mm) és un mètode eficaç i segur, i és una alternativa vàlida a la IVE quirúrgica en aquest període.

No obstant això, el 98 % de les IVE que es fan a la CV es duen a terme en centres privats, i d'aquesta manera, el sistema sanitari públic es manté alié a la resolució d'un problema de salut que afecta directament els drets fonamentals de les dones (drets sobre la seua salut sexual i reproductiva).

La IVE és un dels processos de cirurgia menor ambulatoria més freqüent que es fa a les dones en edat fèrtil i és susceptible de convertir-se en un procés farmacològic amb els avantatges que això podria tindre.

2. Descripció dels fàrmacs

Els fàrmacs més estudiats i utilitzats en la interrupció mèdica de l'embaràs i les seues diferents combinacions són: mifepristona, mifepristona més anàleg de prostaglandina, misoprostol sol, metotrexat més misoprostol i tamoxifé més misoprostol. D'aquests, el **mètode que s'ha mostrat més eficaç és la combinació de mifepristona i anàleg de prostaglandina (fonamentalment misoprostol)**. El mètode misoprostol sol és una bona alternativa quan no està disponible la mifepristona.

En el primer trimestre, el règim combinat de mifepristona i misoprostol produeix un avortament complet sense necessitat d'efectuar l'evacuació per aspiració en més del 95 % dels casos.

❖ Mifepristona:

La mifepristona és un compost amb propietats antiprogestagèniques i antiglicocorticoides. Bloqueja l'acció de la progesterona en l'úter, fet que produeix el despreniment del sac gestacional. A més, augmenta la sensibilitat uterina a les prostaglandines i madura el coll



uterí. No té una farmacocinètica lineal. Després d'una primera fase de distribució del fàrmac es produeix una eliminació lenta durant les primeres 72 hores que posteriorment s'accelera. S'estima una vida mitjana de 90 hores.

❖ **Misoprostol:**

El misoprostol és un anàleg de la prostaglandina E1. Estimula la maduració cervical i les contraccions de l'úter i a causa d'això provoca l'evacuació uterina. Mostra avantatges importants sobre altres prostaglandines per la seua estabilitat a temperatura ambient, seguretat i cost baix. Cal destacar la possibilitat d'administrar-lo per diverses vies com ara oral, bucal, sublingual i vaginal.

Les vies d'administració vaginal, oral i bucal són les més utilitzades en l'actualitat. Presenten una biodisponibilitat i una eficàcia similars que es caracteritzen per un cim màxim als 30-40 minuts de la seua administració, amb uns nivells de concentració plasmàtica no excessivament alts que es mantenen estables durant 4 hores. Els efectes secundaris són lleugerament superiors per la via bucal que per la vaginal.

3. Pauta terapèutica

3.1 Dispensació dels fàrmacs

A l'hora de dispensar la medicació que estableix aquesta guia per a la IVE farmacològica, cal tindre en compte els punts següents:

- ✓ Només ha d'administrar-se la quantitat establida per a cada medicament.
- ✓ Tota la medicació ha de ser lliurada en un recipient tancat, bossa o caixa.
- ✓ Les unitats de cada medicament han d'estar identificades amb:
 - descripció del principi o actiu, nom i quantitat
 - lot
 - caducitat

L'any 1988 va començar a utilitzar-se la mifepristona per a avortaments. Inicialment es van utilitzar 600 mg de mifepristona via oral seguits d'una prostaglandina (sulprostona, gemeprost i posteriorment misoprostol).

Actualment, l'evidència científica disponible confirma que 200 mg de mifepristona són tan eficaços com 600 mg per a l'obtenció d'avortaments mèdics fins a 63 dies de gestació. Així ho recullen les guies d'avortament segur com la de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i el Royal College of Obstetrician and Gynaecologist (RCOG). Recentment, la Food and Drug Administration (FDA) ha autoritzat l'ús de 200 mg de mifepristona per a avortaments farmacològics fins a 63 dies de gestació. L'Agència Europea del Medicament (AEM) i la Haute Autorité de Santé (HAS) encara mantenen el règim de 600 mg de mifepristona oral i 400 µg de misoprostol oral.

Respecte a la dosi, via i interval d'administració del misoprostol, hi ha evidència de qualitat que demostra que l'interval 24-48 hores a dosis de 800 µg, després de la ingesta de mifepristona, és el més eficaç. La via bucal i vaginal són les més utilitzades perquè tenen



menys efectes secundaris. La via bucal és la més proposada en els protocols actualitzats perquè es considera menys invasiva i menys afectada per alteracions de la microbiota vaginal. No obstant això, la via vaginal és una bona alternativa.

PAUTA TERAPÈUTICA RECOMANADA		
Edat gestacional	Dosi de mifepristona	Dosi, via, interval misoprostol
Fins a 63 dies (fetus < 18 mm)	200 mg via oral	Després de 24-48 hores, una dosi de 800 µg bucal (alternativament es pot usar la via vaginal)

3.2 Interacció amb altres fàrmacs

❖ **Mifepristona:**

No es disposen d'estudis específics d'interaccions, però, segons el tipus de metabolisme del fàrmac, es pot considerar que si s'associa a ketoconazole, itraconazole, eritromicina o suc de pomelo, poden augmentar els nivells sèrics, i si s'associa a l'herba de Sant Joan, rifampicina, dexametasona o algun anticonvulsant como la fenitoïna, el fenobarbital i la carbamazepina, poden disminuir els nivells sèrics.

❖ **Misoprostol:**

Pot ser inhibit per l'efecte de l'acenocumarol. Associat a antiàcids com el magnesi, pot afavorir l'aparició de diarrea i augmentar la intensitat d'aquesta.

3.3 Contraindicacions

❖ **Absolutament contraindicat:**

- Al·lèrgia o hipersensibilitat a mifepristona i/o misoprostol
- Embaràs no confirmat
- Gestació ectòpica
- Insuficiència suprarenal
- Porfíria hereditària
- Asma greu no controlada

❖ **No recomanat per a tractament ambulatori:**

- Alteracions de la coagulació i tractament anticoagulant
- Anèmia severa: Hb < 9,5
- Corticoteràpia perllongada
- Fallada hepàtica
- Malnutrició
- Epilèpsia no controlada
- Cesària i altres cirurgies uterines recents (< 6 mesos)
- Lactància materna: Els dos fàrmacs poden passar a la llet materna:

- ✓ Els estudis que han investigat els efectes endocrins de la mifepristona en el fetus han trobat nivells més alts d'hormona adrenocorticotròpica i de cortisol. Les repercussions clíniques d'aquestes alteracions són incertes.



- ✓ En la llet materna també ingressen petites quantitats de misoprostol al poc de temps de l'administració, però es desconeixen els possibles efectes en el lactant. Com que els nivells de misoprostol disminueixen ràpidament, s'ha recomanat que, en cas d'administració oral, el misoprostol s'ingerisca immediatament després d'una presa, i que la següent presa es done al lactant a les **quatre hores**. Si l'administració és per via bucal o vaginal, els nivells de misoprostol es mantenen elevats durant més temps i és preferible reprendre l'alletament més de 6 hores després.

❖ *No contraindicat:*

- Embaràs múltiple
- Obesitat (recomanat en obesitat mòrbida)
- Tabaquisme
- Alteracions tiroïdals o diabetis insulíndependent controlades
- Malformacions uterines congènites o adquirides
- Cirurgia prèvia del coll uterí
- Portadora de DIU (cal extraure prèviament el DIU)
- VIH

❖ *Indicacions per a la realització de la IVE al **MEDI HOSPITALARI**. Es mostren en la taula següent:*

INDICACIONS PER A FER LA IVE AL MEDI HOSPITALARI

SISTEMA NERVIÓS CENTRAL: <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma vascular no tractat • Lesions ocupants de l'espai
MALALTIA RENAL: <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiència renal (creatinina sèrica > 2,5 mg / dl)
HIPERTENSIÓ: <ul style="list-style-type: none"> • La PA no controlada (pressió arterial sistòlica > 160 o diastòlica pressió > 105)
PATOLOGIA ENDOCRINOLÒGICA: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroïdisme no controlat • Diabetis no controlada • Feocromocitoma
PATOLOGIA CARDÍACA: <ul style="list-style-type: none"> • Malalties congènites (malaltia cianòtica, dilatació ventricular dreta o esquerra, taquiarrítmia incontrolada) • Malaltia coronària (història d'infart de miocardi, angina en tractament) • Cardiomiopatia (dilatació, hipertrofia, història de miocardiopatia peripart) • Malaltia valvular (gradient cim AS ≥ 60 mmHg, àrea de la vàlvula MSB 1,5 cm², MR o AR amb dilatació del VI)
PATOLOGIA PULMONAR: <ul style="list-style-type: none"> • Asma no controlada • Malaltia pulmonar restrictiva • Hipertensió pulmonar
PATOLOGIA REUMATOLÒGICA: <ul style="list-style-type: none"> • Lupus
PATOLOGIA GASTROINTESTINAL: <ul style="list-style-type: none"> • Malaltia hepàtica greu • Varius esofàgiques amb història de sagnat • Malaltia inflamatòria intestinal incontrolada
PATOLOGIA HEMATOLÒGICA: <ul style="list-style-type: none"> • Anèmia severa • Malaltia drepanocítica amb antecedents de crisis • Púrpura de trombocitopènia idiopàtica amb trombocitopènia activa



<ul style="list-style-type: none"> • Trombofilia que requereix anticoagulació
PATOLOGIA ONCOLÒGICA: <ul style="list-style-type: none"> • Assessorament sobre les opcions de tractament i el moment de l'avortament • Els càncers ginecològics que afecten l'úter
TRASPLANTAMENT D'ÒRGANS: <ul style="list-style-type: none"> • Funció renal significativament alterada (creatinina > 2,5 mg / dl) • Història del rebuig recent • Òrgan trasplantat amb mal funcionament
PATOLOGIA PSIQUIÀTRICA: <ul style="list-style-type: none"> • Incapacitat per a obtenir el consentiment informat • Incapacitat per a tolerar un procediment ambulatori • Història d'intent de suïcidi

Font, traducció de: Society of Family Planning. Clinical Guidelines: *Firts-trimester abortion in women with medical conditions. Contraception.* 2012; 86: 622-630. Taula 1.

3.4 Mètode farmacològic no és adequat quan

- Dona que desitja un procés ràpid o que el procediment quirúrgic estiga indicat per a ella.
- Impossibilitat de fer-ne el seguiment.
- Incapacitat per a entendre'n les instruccions.

3.5 Eficàcia

Hi ha evidència de qualitat basada en assajos clínics aleatoritzats que ha demostrat l'eficàcia i seguretat de l'avortament farmacològic amb mifepristona i misoprostol fins a les 9 setmanes (63 dies) de gestació.

La combinació dels dos fàrmacs obté una taxa d'avortament complet del 89,7 % al 95,2 %. La taxa d'avortament incomplet se situa al voltant del 4,8 % i la taxa d'embarassos que segueixen la seua evolució, entre l'1,1 %-1,5 % en gestacions de fins a 63 dies.

3.6 Efectes adversos

Els efectes secundaris a causa de mifepristona són poc freqüents. Ocasionalment pot presentar: marejos, nàusees, vòmits, diarrea, fatiga i taquicàrdia.

El misoprostol pot presentar: simptomatologia gastrointestinal (diarrea, nàusees i vòmits), calfreds, febrícula o febre fins a 38,5 °C que no precisa tractament. Ocasionalment, exantema i pruija en les plantes dels peus i les palmes de les mans que tampoc requereixen tractament.

3.7 Procés d'expulsió

En un 1-6 % de casos s'inicia el sagnat i es produeix l'expulsió del sac gestacional per efecte de la mifepristona. En la majoria de casos es produeix l'evacuació uterina entre les 4-6 hores després de l'administració del misoprostol.

En aquest temps es produirà:

- Sagnat abundant, superior al d'una menstruació habitual.



- Dolor abdominal per efecte de les prostaglandines i el mateix procés abortiu. Hi ha una gran variabilitat respecte al dolor, que abasta des de dolor molt lleuger que no necessita analgèsics, fins a dolor molt intens en algun moment que sí pot requerir analgèsia.
- Diversos estudis refereixen menys dolor en dones múltiples, de més edat i en avortaments durant les primeres 7 setmanes de gestació.

3.8 Complicacions

La complicació més freqüent és una hemorràgia més intensa que una menstruació i que molt rares vegades requereix transfusió (< 0,5 %). Més excepcional és la infecció (0,5-0,06 %), per la qual cosa no es recomana la profilaxi antibiòtica rutinària.

3.9 Teratogènia

Són limitades les dades disponibles sobre el risc potencial d'anomalies fetals en gestants que van ser tractades sense èxit en el primer trimestre per a interrupció mèdica de l'embaràs i van decidir continuar la gestació. Fins hui, no hi ha cap evidència de risc teratogènic de la mifepristona. Per tant, si la dona desitja continuar amb un embaràs exposat, no cal insistir a finalitzar-lo. No obstant això, s'ha d'informar la dona que, a causa del risc desconegut dels fàrmacs abortius per al fetus, el seguiment de l'embaràs ha de ser minuciós.

No ocorre el mateix amb el misoprostol. S'han descrit defectes en els ossos temporal i frontal, en les extremitats i síndrome de Möibius. El mecanisme suggerit és que l'augment de la contractilitat uterina podria disminuir el flux sanguini durant l'etapa d'organogènesi, si el fàrmac és utilitzat en el primer trimestre.

4. Maneig clínic

4.1 Primera visita

❖ Consulta infermeria:

1. Elaborar anamnesi.
2. Petició analítica (hemograma, grup sanguini i Rh, coagulació).
3. Informar sobre l'ús dels fàrmacs i els possibles efectes adversos.
4. Informar sobre la possibilitat que el mètode no siga eficaç i requerisca resolució quirúrgica.
5. Lliurar el consentiment informat i la resta de documentació legal (segons LO 2/2010).
6. Assessorament anticonceptiu: explicar els mètodes i la conveniència d'instauració immediata, mètodes reversibles de llarga durada inclosos.
7. Explicar i programar calendari de visites.

❖ Consulta mèdica:

1. Ecografia: confirmar embaràs i edat gestacional.
2. Confirmar decisió de fer IVE.



3. Completar i valorar la història clínica així com descartar contraindicacions i casos no indicats o no recomanats per al mètode farmacològic ambulatori.
4. Valorar cribatge de càncer de cèrvix i d'infeccions de transmissió sexual (ITS), segons protocol.
5. Derivar per a IVE quirúrgica quan no estiga indicada la farmacològica o si la dona ho sol·licita.
6. Valorar la derivació de casos quan calga per a atenció psicosexual i social.

4.2 Segona visita als tres dies

❖ Consulta mèdica:

1. Recollir el consentiment informat i la resta de documentació legal emplenada degudament.
2. Confirmar que la pacient no presenta contraindicacions per a la IVE farmacològica.
3. Control de resultats: analítica, ecografia o altres sol·licitats.
4. Reforçar compliment terapèutic: recordar tota la informació facilitada en la primera visita.
5. Administració i ingesta de mifepristona (200 mg) davant de personal sanitari. Advertir que en un 1 %-6 % de casos pot començar el sagnat i produir-se l'expulsió del sac gestacional en les hores següents.
6. Lliurament de misoprostol (800 µg) per a l'autoadministració 24-48 després de la mifepristona i recordar informació respecte als efectes secundaris més freqüents i evolució de procés.
7. Informar sobre el nivell de dolor que cal esperar, així com pal·liar la por i l'ansietat.
8. Prescripció i lliurament de la pauta analgèsica, així com altra medicació que se'n requereix: iniciar 30-40 minuts abans del misoprostol: ibuprofén 600 mg oral. Si el dolor és intens, es pot alternar amb paracetamol 650 mg oral cada 4 hores.
9. Valorar possibilitat d'iniciar anticoncepció després d'expulsió del sac gestacional.
 - Es pot començar amb AHC el mateix dia que s'administra el misoprostol.
 - Convé esperar l'inici de l'anticoncepció amb només gestàgens a la confirmació de l'evacuació uterina.
10. La inserció de DIU, implant, injectable o derivació per a l'esterilització tubàrica es poden fer després de confirmar la finalització de l'embaràs
11. Valorar la possibilitat d'autocontrol per part de la dona amb un test de β-HCG de baixa sensibilitat en orina.
12. Lliurament de l'informe assistencial (annex-VII).

❖ Consulta infermeria:

1. Administrar gammaglobulina anti D a dones Rh negatiu.
2. Repàs de tot el procediment i lliurament de document "Tractament en domicili" (annex V).



4.3 Tercera visita. 15 dies després de l'administració del misoprostol

❖ Consulta mèdica:

1. Ecografia per a confirmar l'avortament complet (1 % persisteix embaràs).
2. La falta de sagnat, una HCG positiva en el temps o la persistència de dolor obliga a descartar embaràs ectòpic coincident amb gestació intrauterina.
3. En cas de fallada del mètode, derivació per a resolució quirúrgica, tenint en compte:
 - En pacient asimptomàtica, ni el sagnat perllongat, ni la presència d'imatges ecogràfiques suggestives de restes intrauterines són una indicació per a intervenció quirúrgica.
 - Els productes de la concepció que encara queden en l'úter seran expulsats durant el sagnat subsegüent.
 - Només cal realitzar l'evacuació instrumental uterina per hemorràgia intensa i/o perllongada, si hi ha sospita d'infecció o per continuació de la gestació.
 - Iniciar anticoncepció precoç. Si és una IVE de repetició prioritzar la conveniència d'iniciar mètodes reversibles de llarga durada (LARC). Es pot lliurar en aquesta visita el consentiment informat per a procedir a la inserció en la 3a visita.
4. Emplenar i enviar al registre d'IVE de la DGSP el butlletí per a la notificació de la IVE (annex VIII).

4.4 Urgències

❖ Signes d'alarma:

1. Sagnat intens (més de 2 compreses súper plus per hora durant 3 hores).
2. Dolor pelvià intens que no cedeix amb analgèsics.
3. Febre superior a 38,5 °C persistent. Durant les dues primeres hores després de l'administració del misoprostol pot aparèixer febre d'origen central que desapareix espontàniament i no requereix tractament.

Si durant el procés d'una IVE farmacològica es presenta un o més dels signes d'alarma esmentats anteriorment, cal indicar a la pacient que haurà de contactar amb el centre sanitari que se li especifique (annex VI).

4.5 Codificació en la història clínica

La codificació de la IVE en la història clínica es farà segons la **CIE 10-ES**, quan aquesta classificació es trobe implementada en els sistemes d'informació corporatius. Mentre, s'han d'usar els codis **CIE9-MC**.

A continuació, s'expressen els codis que s'han d'usar tant en **CIE 10ES**, com en **CIE-9MC**. El codi que s'utilitzarà per a això en **CIE 10ES** serà **Z33.2**: Contacte per a interrupció voluntària de l'embaràs. En **CIE-9MC 635.92**.

En el cas d'haver-hi complicacions s'ha de codificar en **CIE 10ES** amb codis de la categoria: **004**: Complicacions després d'interrupció (induïda) de l'embaràs, i en **CIE9-MC** amb codis de la categoria i subcategoria **635.0** a **635.8**.



Si després de la IVE farmacològica es produeix la retenció dels productes de la concepció, la qual cosa indicaria que l'avortament no va ser complet, es codificarà en **CIE 10ES**, amb els codis de la categoria **007**: Intent fallit d'interrupció de l'embaràs. I en **CIE-9MC** amb els codis de la categoria **638**.

5. Notificació al Registre de la Interrupció Voluntària de l'Embaràs

Totes les IVE realitzades pels centres públics i privats acreditats i situats a la CV han de ser notificades al Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs en la Direcció General de Salut Pública, segons el **butlletí de notificació de l'annex VIII**. Aquest butlletí no recull cap dada d'identificació de la dona.

La informació recollida en aquest registre forma part del **Registre d'IVE del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat** al qual s'envien les dades.

6. IVE de repetició

Hi ha suficient evidència per a afirmar que els mètodes reversibles de llarga durada: DIU, implant, injectable, coneguts per les sigles en anglés LARC, són els mètodes d'elecció per a evitar nous embarassos no desitjats. **El moment idoni per a iniciar l'anticoncepció eficaç és després de practicar la IVE.**

El consell/assessorament anticonceptiu i la possibilitat d'accedir a un LARC després d'una IVE per mètode farmacològic és una pràctica eficaç per a previndre la repetició d'embarassos no desitjats. A aquest fi, en aquests casos se citarà la dona al CSSR l'endemà de la IVE farmacològica. **Si es comprova l'expulsió completa del sac gestacional s'ha de prioritzar l'inici d'un mètode LARC: implant o injectable.** En el cas del DIU s'aconsella esperar fins a la menstruació següent per a garantir l'absència de restes ovulars en la cavitat uterina.

7. Suport psicosexual i social

El suport de la parella i/o família ajuda a la recuperació. La comunicació adequada amb el personal professional de la salut disminueix les dificultats psicològiques potencials. Aquests casos, tot i que no són freqüents, es poden minimitzar amb assessorament preavortament i postavortament, i així es pot derivar la dona en qualsevol moment del procés a especialistes en sexologia de l'equip. S'ha d'evitar fer valoracions morals.

Igualment, podem trobar dones en situacions socials, econòmiques i familiars complicades que es poden beneficiar de la intervenció dels serveis socials de la comunitat.

Hem de mostrar especial sensibilitat per a detectar dones en situació de vulnerabilitat a causa d'abusos sexuals, violència de gènere i violència domèstica, i cal proporcionar l'orientació adequada cap a serveis especialitzats per a les dones.



El risc de patir violència de gènere és més alt en dones que se sotmeten a una IVE repetidament, de tal manera que és important fer detecció precoç a través del SIVIO.

8. Regulació de l'objecció de consciència

L'exercici del dret a l'objecció de consciència ve regulat en l'**article 19 de la Llei orgànica 2/2010**, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, i queda establert en els termes següents:

“Els professionals sanitaris directament implicats en la interrupció voluntària de l'embaràs tenen el dret d'exercir l'objecció de consciència sense que l'accés i la qualitat assistencial de la prestació puguin resultar menyscabades per l'exercici de l'objecció de consciència.

El rebuig o la negativa a realitzar la intervenció d'interrupció de l'embaràs per raons de consciència és una decisió sempre individual del personal sanitari directament implicat en la realització de la interrupció voluntària de l'embaràs, que s'ha de manifestar anticipadament i per escrit. En tot cas els professionals sanitaris han de dispensar tractament i atenció mèdica adequats a les dones que ho necessiten abans i després d'haver-se sotmés a una intervenció d'interrupció de l'embaràs.”



Bibliografia consultada

- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). *Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado*. Gijón. 2010. {Consultat el 19 de desembre 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 T.A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Shojai R., Sitruk-Ware R. *Early medical abortion. A Practical Guide for Healthcare Professionals*. París. Editions de Santé. 2012. {Consultat el 19 de desembre de 2016}. Disponible en:
<http://www.gynmed.at/sites/default/files/publications/earlymedicalabortion_1.93.pdf>
- Gemzell-Danielson K. *An update on medical abortion*. Ponència presentada en el 33 Congrés de la Societat Espanyola de Ginecologia y Obstetricia (SEGO) 17-20 de juny 2015, Bilbao. {Consultat el 19 de desembre 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. {Consultat el 19 de desembre de 2016}. Disponible en:
<http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documentos/arxius/protocol_def_63.pdf>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Ordre 15/2010, de 17 de novembre, de desenvolupament del Reial decret 1015/2009, de 19 de juny, pel qual es regula la disponibilitat de medicaments en situacions especials.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Direcció General de Salut Pública. *Informe sobre Interrupcions Voluntàries d'Embaràs a la Comunitat Valenciana 2015* (dades provisionals). Consultat el 6 de juliol 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. Departament València-Hospital General. *Protocol per a la IVE per mètode farmacològic* (fins a 63 dies de gestació). 2016.



- Ipas. *Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos*. 2a ed. Chapel Hill, Carolina del Norte. K. L. Turner (Ed.). 2014. {Consultat el 19 de desembre de 2016}. Disponible en:
<<http://www.ipas.org/es-MX/Recursos/Ipas%20Publicacions/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.
- Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Butlletí Oficial de l'Estat, de 4 de març de 2010. 55: 21001-21014. {Consultat el 19 de desembre de 2016}. Disponible en:
<<https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>>
- Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat d'Espanya. *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos correspondientes al año 2014*. Madrid. 2016. {Consultat el 19 de desembre de 2016}. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf>
- Organització Mundial de la Salut. *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Montevideo. Ediciones de la OMS. 2014. {Consultat el 19 de desembre 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. {Consultat el 19 de desembre 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.



- Servei Canari de Salut. Govern de Canàries. *Protocolo de actuación. Aborto inducido*. Las Palmas de Gran Canaria. Dirección General de Programas Asistenciales. 2012. {Consultat el 19 de desembre 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. {Consultat el 19 de desembre 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. {Consultat el 19 de desembre 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. {Consultat el 19 de desembre 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>



Annexos

Annex I: Consentiment exprés per a la IVE

Annex II: Consentiment informat per a la IVE

Annex III: Revocació consentiment informat

Annex IV: Elements per a una lliure elecció de mètode per a la IVE

Annex V: Tractament domiciliari per a la IVE farmacològica

Annex VI: Consells per a després d'una IVE farmacològica

Annex VII: Informe assistencial

Annex VIII: Butlletí per a la notificació de la IVE



CONSENTIMENT EXPRÉS PER A LA IVE

La Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, en els articles 13 i 14, estableix els requisits comuns i les condicions per a la interrupció voluntària de l'embaràs a petició de la dona.

Article 13. *Requisits comuns*

Primer. Que la practique un metge especialista o sota la seua direcció.

Segon. Que es porte a terme en un centre sanitari públic o privat acreditat.

Tercer. Que es realitze amb **el consentiment exprés** i per escrit de la dona embarassada o, si s'escau, del representant legal, de conformitat amb el que estableix la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Es pot prescindir del consentiment exprés en el supòsit que preveu l'article 9.2.b de la Llei esmentada.

Article 14. *Interrupció de l'embaràs a petició de la dona*

Es pot interrompre l'embaràs dins de les primeres catorze setmanes de gestació a petició de l'embarassada, sempre que concórreguen els requisits següents:

a) Que s'haja informat la dona embarassada sobre els drets, prestacions i ajudes públiques de suport a la maternitat, en els termes que estableixen els apartats 2 i 4 de l'article 17 d'aquesta llei.

b) Que haja transcorregut un termini d'almenys tres dies des de la informació esmentada en el paràgraf anterior i la realització de la intervenció.

QUI SIGNA, amb núm. de SIP: _____, **SOL·LICITE** acollir-me a la Llei 2/2010, i donar **el meu CONSENTIMENT EXPRÉS** perquè em siga practicada una interrupció voluntària de l'embaràs i reconec que la naturalesa i efecte del procediment al qual seré sotmesa m'ha sigut descrit convenientment.

També consentisc que em siguen practicades altres mesures terapèutiques, si aquestes són necessàries, durant el curs de la interrupció de l'embaràs i que s'administre anestèsia local o general si cal l'evacuació uterina per mètode instrumental.

Signatura de la pacient o representant legal:

Data:

Hora:

Les dades recollides figuren en un fitxer informatitzat propietat de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, que no seran en cap cas divulgades ni cedides a tercers, llevat d'ordre judicial expressa, d'acord amb la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades.



CONSENTIMENT INFORMAT PER A INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA D'EMBARÀS

En compliment amb el que estableix la LOPD 15/1999, sobre protecció de dades personals, i de conformitat al que preveu la Llei orgànica 2/2010, de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs, les seues dades personals seran tractades garantint el seu dret a la intimitat i confidencialitat.

QUI SIGNA, amb núm. de SIP: _____

DECLARE:

Que he sigut informada sobre l'existència de dos mètodes diferents para la realització de la interrupció voluntària de l'embaràs, farmacològic i quirúrgic.

El mètode farmacològic: es pot utilitzar per a embarassos de fins a 63 dies (9 setmanes):

- Consisteix en la presa d'un o diversos comprimits de mifepristona per via oral. En les 24 hores que segueixen a aquesta presa, es pot iniciar el sagnat que en un 3 % dels casos produeix l'evacuació uterina. El sagnat, habitualment, persisteix fins a la visita de control.
- Entre les 24-48 hores s'administren quatre comprimits de prostaglandines via bucal o vaginal.
- Aproximadament als 15 dies de la primera visita s'ha de fer un control i comprovar que l'expulsió dels components ovulars ha sigut completa.

Aquest mètode pot fracassar entre un 2 % i 8 % dels casos, i es manifesta com a embaràs que segueix en evolució (menys del 2 %), expulsió incompleta (entre el 2 % i el 5 %) i sagnat molt abundant (al voltant del 2 %). En aquests casos el tractament consisteix en l'aplicació del mètode quirúrgic d'aspiració uterina.

Els efectes secundaris d'aquesta medicació poden ser:

- Sagnats de baixa intensitat després de l'expulsió (fins a 10-15 dies) que pot ser abundant en el 5 % dels casos.
- Contraccions uterines doloroses que requerisquen analgèsia.
- Poden aparèixer alguns d'aquests efectes secundaris: nàusees, vòmits, diarrees i menys freqüentment erupcions cutànies, baixades de tensió, acalorades, vertígens, calfreds, febre.

He sigut informada sobre les conseqüències psicològiques i socials que, tot i que són estadísticament poc freqüents, es poden presentar (depressió postavortament, així com alteració del desig sexual, etc.).

He comprés les explicacions, que m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill. El personal facultatiu que m'ha atés m'ha permés fer totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que els he plantejat. També he sigut informada sobre les conseqüències mèdiques, psicològiques i socials de la prossecució de l'embaràs, així com de l'existència de mesures socials i d'orientació familiar que puguen ajudar-me, i també de les exigències i requisits que són exigibles per al supòsit legal amb el qual es fa l'avortament. Per això, manifeste que estic satisfeta amb la informació rebuda i que



comprenc l'abast i els riscos del tractament. En aquestes condicions i amb la recepció de la **còpia** d'aquest document:

El mètode quirúrgic: evacuació uterina mitjançant raspament per aspiració:

- Consisteix a dilatar el coll de l'úter i posteriorment extraure els components ovulars mitjançant cànules d'aspiració. En alguna rara ocasió pot ser necessari raspar la cavitat mitjançant un raspador rom.
- De vegades, unes hores abans de la intervenció, és necessari utilitzar una medicació administrada per via vaginal per a facilitar la dilatació del coll uterí.
- Aquesta intervenció es pot fer mitjançant anestèsia local o general (sedació), segons criteri mèdic o elecció de la pacient.

Qualsevol intervenció quirúrgica, tant a causa de la tècnica mateixa com de la situació de cada pacient (diabetis, cardiopaties, edat avançada, anèmia severa, obesitat, etc.), porta implícites una sèrie de complicacions comunes i potencialment serioses, que podrien requerir tractaments complementaris, tant mèdics com quirúrgics, així com un excepcional percentatge de mortalitat.

Les complicacions de la intervenció, encara que **extremadament rares**, poden ser:

- Persistència de restes que poden requerir una nova aspiració.
- Infeccions amb possible evolució febril (urinàries, uterines, de les trompes, etc.).
- Hemorràgies amb possible necessitat de transfusió (intraoperatòria o postoperatòria).
- Perforació de l'úter, peritonitis.
- Persistència de l'embaràs que pot precisar una nova aspiració uterina.

Si en el curs de la intervenció sorgira cap imprevist, l'equip mèdic pot variar la tècnica programada.

CONSENTISC

Se'm practique la **INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS**, per a això elegisc el mètode:

A.....a.....de201.....

Signatura del metge/essa

Signatura de la pacient i/o representant legal



REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Sra.:

I /o Sr./Sra.: _____, en qualitat de representant legal,

REVOQUE el consentiment prestat en data:

I no desitge continuar el tractament, que done per finalitzat amb aquesta data.

A..... a..... de..... de 201.....

Signatura del metge/essa

Signatura de la pacient/representant legal



Annex IV

ELEMENTS PER A UNA LLIURE ELECCIÓ DE MÈTODE PER A LA IVE

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

	IVE FARMACOLÒGIC	IVE ASPIRACIÓ
TEMPS DE REALITZACIÓ	Fins a 9 setmanes	De 6 a 14 setmanes
COM ES FA	Amb dos medicaments per a detindre l'embaràs i per a la seua expulsió	Es dilata el coll de l'úter i se n'aspira el contingut amb una cànula connectada a un aspirador
EFICÀCIA	95-98,5 % dels casos	99 % dels casos
NOMBRE DE VISITES	3 visites	3 visites
LLOC D'EXPULSIÓ	Fora d'un centre sanitari	En un centre sanitari
MOMENT D'EXPULSIÓ	Habitualment entre 4-6 hores després del segon medicament	Quan es fa l'aspiració
DURADA D'EXPULSIÓ	Varia entre 1-4 hores	Uns 10-15 minuts
DOLOR	Dolor de regla sobretot durant l'expulsió El dolor sol ser tolerable	Dolor de regla durant l'aspiració si no s'aplica sedació
SAGNAT	Durant l'expulsió (2-4 hores), sagnat abundant amb coàguls; després, sagnat moderat-lleu fins a 20 dies	Normalment sagnat escàs durant 1-8 dies
I SI FALLA?	Cal fer una aspiració	Cal fer una aspiració
I LA FERTILITAT POSTERIOR?	No s'altera si no hi ha complicacions	No s'altera si no hi ha complicacions
ÉS SEGUR?	Les complicacions són poc freqüents i similars a les de l'aspiració. Poden haver-hi més hemorràgies	Les complicacions són poc freqüents i similars a les del farmacològic. Poden haver-hi més infeccions i lesions de l'úter



	IVE FARMACOLÒGIC	IVE ASPIRACIÓ
AVANTATGES	<ul style="list-style-type: none"> - Més acceptat per algunes dones - Més privadesa, autocontrol i autonomia - Més natural (com una regla forta) - Es pot fer abans de les 6 setmanes i fins a les 9 setmanes - No es manipula l'úter - No hi ha risc de lesió de l'úter - Menys risc d'infecció 	<ul style="list-style-type: none"> - Més acceptat per algunes dones - Es fa en un centre sanitari - És ràpid (10-15 minuts) - Es pot fer fins a les 14 setmanes - Certesa de quan s'acaba l'embaràs - Menys sagnat
DESAVANTATGES	<ul style="list-style-type: none"> - És més lent - Incertesa sobre l'acabament de l'embaràs - Més quantitat i durada del sagnat - Més durada del dolor 	<ul style="list-style-type: none"> - Hi ha manipulació de l'úter - Més risc de lesió de l'úter - Més risc d'infecció - Menys privadesa, autocontrol i autonomia
EFFECTES SECUNDARIS	<ul style="list-style-type: none"> - Nàusees i/o vòmits freqüents - Diarrea poc freqüent - Sagnat abundant - Infecció uterina excepcionalment - Anèmia greu poc freqüent 	<ul style="list-style-type: none"> - Nàusees i/o vòmits freqüents - Diarrea poc freqüent - Infecció uterina poc freqüent - Anèmia greu excepcionalment



Annex V

TRACTAMENT DOMICILIARI DE LA IVE FARMACOLÒGICA

Per favor, llig la informació detingudament

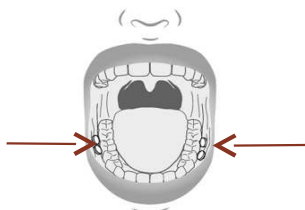
Mifepristona: Data:..... Hora: En:

Després de prendre el comprimit de mifepristona has de fer vida completament normal durant les 48 hores següents. El més freqüent és que no es produïska cap sagnat, però en un 1 %-6 % de casos hi ha un sagnat com una regla o més gran. A continuació es produeix l'expulsió del sac gestacional.

Si tens dolor en algun moment, pots prendre qualsevol analgèsic que no continga àcid acetil salicílic (Aspirina®).

Misoprostol: Data: Al domicili

1. A primera hora del matí (8-9 hores) desdejunes i et prens 1 càpsula d'ibuprofén 600 mg.
2. Quan haja passat mitja hora (30 minuts), et col·loques 2 pastilles de misoprostol en un costat de la boca i 2 pastilles més a l'altre costat, tal com es mostra en el dibuix. Transcorreguts 30 minuts, les pots engolir amb un poc d'aigua.



3. Després de l'administració del misoprostol poden aparéixer els efectes següents: nàusees, vòmits, diarrea, calfreds, augment de la temperatura corporal i, per descomptat, sagnat. Tots són passatgers i no precisen tractament amb fàrmacs. Entre 20-40 minuts després de posar-te les pastilles a la boca pot començar el dolor.
4. Si el dolor és intens has de prendre 1 comprimit de paracetamol 650 mg i alternar amb ibuprofén de 600 mg cada 4 hores, i en cas d'al·lèrgia prendràs el fàrmac que se t'indique.

L'expulsió del sac gestacional es produeix habitualment (98 % de casos) entre les 4-6 hores després de la presa del misoprostol. Durant aquest procés pots tenir un sagnat fort (el doble que una regla). Això no ha d'alarmar-te, és normal.

Data:..... **Hora:** **A:**

Torna el dia i l'hora indicats per a comprovar que l'avortament s'ha produït correctament i completar l'assessorament anticonceptiu.



CONSELLS PER A DESPRÉS D'UNA IVE FARMACOLÒGICA

Llig aquestes instruccions detingudament i si tens cap dubte, consulta'ns

1. Durant els dies posteriors a l'avortament farmacològic és normal un sagnat més abundant que una regla, fins i tot que s'expulsen coàguls. **AIXÒ ÉS NORMAL I NO HAS DE PREOCUPAR-TE.** Telefona'ns si el sagnat és superior a 2 compreses grans (súper plus) per hora durant 3 hores.
2. Recorda que als 15-20 dies després de l'avortament tens cita per a una revisió i comprovar que tot està bé.
3. Fins que passes la revisió dels 15-20 dies pots fer vida normal seguint aquests consells higienicosanitaris:
 - ✓ Pots dutxar-te i llavar-te el cap, però no banyar-te.
 - ✓ Utilitzaràs compreses, no tampons.
 - ✓ No mantindràs relacions sexuals amb penetració vaginal.
 - ✓ No has de fer esport ni exercicis violents.
4. La regla següent la tindràs entre 30 i 40 dies després de l'avortament (llevat de si uses anticonceptius hormonal). Si quan passen **60 dies** no has tingut la regla, telefonan'ns.
5. Si creus que tens febre, comprova-ho amb un termòmetre.
6. En cas de dolor com el de la regla pots prendre qualsevol analgèsic que **NO** continga àcid acetil salicílic.
7. Contacta amb nosaltres en els casos següents:
 - ✓ Febre (més de 38,5 °C) que dura més de 2-3 hores després de les pastilles que t'has posat a la boca.
 - ✓ Sagnat més abundant a 2 compreses grans (súper plus) per hora durant 3 hores.
 - ✓ Dolor uterí intens que no cedeix amb analgèsics.

Hi ha una possibilitat de l'1 % que el mètode falle i continue l'embaràs. En aquest cas hi hauria risc de **greus malformacions fetals**. Per això, la revisió dels 15-20 dies després de l'avortament és molt important.

CONTACTE:

Telèfon:

Fora de l'horari d'atenció, acudeix al servei d'urgències del teu hospital de referència.

Si per algun motiu has d'acudir a urgències, recorda portar el full d'**INFORME ASSISTENCIAL** que t'hem lliurat.



INFORME ASSISTENCIAL
IVE FARMACOLÒGICA (FINS A 63 DIES)
(A l'hospital seria l'informe d'alta)

COGNOMS:..... NOM: EDAT:
 DOMICILI: POBLACIÓ:
 SIP:Centre.....
 GESTACIÓ DE: setmanes, dies. OBSERVACIONS:

ANTECEDENTS: G P C A EE

Al·lèrgies:	FUR:
AQ:	Hemorràgies:
AP:	Hàbits tòxics:
AF:	IMC:
Medicació actual:.....	T/A:
Coagulació:	Altres:

ANALÍTICA PRÈVIA AL TRACTAMENT:

Grup: Rh:	Plaquetes:
Hematies:	T de Protrombina:
Hto:	IQ:
Hb:	Fibrinogen:

INICI DEL TRACTAMENT:

- ✓ Mifepristona (200 mg) Dia:/...../..... Hora: A:
- ✓ Misoprostol (800 µg bucal) Dia:/...../..... Hora: Al domicili

PAUTA ANALGÈSICA:

- ✓ Ibuprofén 600 mg + paracetamol 650 mg alterns cada 4 hores a partir d'administració de prostaglandines (misoprostol).
- ✓ Altres

GAMMAGLOBULINA ANTI D (si s'escau): Dia: /..... / Hora:

MÈTODE ANTICONCEPTIU: Previsió inici:

REVISIÓ DE CONTROL: Dia: Hora: Centre:

- ✓ Ecografia: núm.
- ✓ Sangnat:
- ✓ Alta:
- ✓ Nova visita de control: Dia: Hora: Centre:.....

Signatura: Dra./Dr.



Annex VIII: Butlletí per a la notificació de la IVE



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

STATO AM LA LIU ESTE INBEE
ES ANÓNIM I CONFIDENCIAL
DE ACORDO CON LA LEY ESTE INBEE
ES ANÓNIM I CONFIDENCIAL
REAL DECRETO 21/2010 (BOE de 19 de mayo 2010)
REAL DECRETO 21/2010 (BOE de 19 de mayo 2010)

ABANS D'OMPLIR ESTE QUESTIONARI, PER FAVOR LLIUA LES DEFINICIIONS AL DORS.
ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE QUESTIONARIO LEANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO.
ESCRIBA EN MAJUSCULES, AMB BOLDRA I SOBRE UNA SUPERFICIE DURA.
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS, CON BOLDRAFO Y SOBRE UNA SUPERFICIE DURA.
NO ESCRIBA EN BLS ESPACS OMBREJATS.
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS.

LES DADES CONTINGUES EN ESTE BUTLLETÍ NO ES PODEN FER
PUBLICS DE FORMA INDIVIDUALITZADA EN CAP CAS.
SERAN UTILITZADES AMB FINALITATS SANITÀRIES I ESTADÍSTIQUES.
LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BUTLLETIN NO PODRAN SER HECHOS
PUBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGUN CASO.
SERAN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS.

NÚMERO DE REGISTRE INTERM / NÚMERO DE REGISTRO INTERM
ESTE NÚMERO L'ASSIGNA EL CENTRE SANITARI
ESTE NÚMERO SERA EL QUE ASIGNA 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 NÀIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO DIA / DIA MES ANY / AÑO		INGRESSOS ECONÒMICS / INGRESOS ECONÓMICOS TÈ INGRESSOS ECONÒMICS PROPIS TENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIS	
CONVIVÈNCIA / CONVIVENCIA 1 A SOLS 2 EN PARELLA EN PAREJA 3 AMB PARES O FAMILIARS CON PADRES O FAMILIARES 4 ALTRES 5 AMB FILLS 6 SENSE FILLS SIN HIJOS		PROCEDÈNCIA DELS INGRESSOS PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS 1 PARELLA PAREJA 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 NÀIXEMENT PAÍS DE NACIMIENTO ANY D'ARRIBADA AÑO DE LLEGADA NACIONALITAT NACIONALIDAD DOBLE NACIONALITAT DOBLE NACIONALIDAD		SITUACIÓ LABORAL / SITUACIÓN LABORAL 1 TREBALLADORA PER COMTE PROPÍ 2 TREBALLADORA PER COMTE D'ALTRE 3 PENSIONISTA 4 ESTUDIANT 5 DESOCCUPADA O SENSE OCUPACIÓ 6 TREBALL DOMÈSTIC NO REBUTEMERAT 7 ALTRES 8 ESTUDIANT	
NIVELL D'INSTRUCIÓ / NIVEL DE INSTRUCCIÓN 1 ANÀLFABETA O SENSE ESTUDIS 2 1a PRIMÀRIA I EQUIVALENTS 3 2a PRIMÀRIA I EQUIVALENTS 4 3a PRIMÀRIA I EQUIVALENTS 5 ESCOLES UNIVERSTÀRIES I FACULTATS 6 NO CLASSIFICABLES PER GRÀUS 7 NO BEN ESPECIFICATS 8 BACHILLERAT I CICLES DE FP EQUIVALENTS 9 ESCUELAS UNIVERSTARIAS Y FACULTADES 10 NO CLASIFICABLES POR GRADOS 11 NO BEN ESPECIFICADOS		HOMBRE DE FILLS QUE VIUEN EN L'ACTUALITAT NUMERO DE HIJOS QUE VIUEN EN LA ACTUALIDAD MÓNRE D'ABORTAMENTS VOLUNTARIS ANTERIORS A L'ACTUAL AÑ DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES A LA ACTUAL	
		UTILITZA HABITUALMENT MÈTODES ANTICONCEPTIUS ¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? DE QUIN TIPUS / DE QUÉ TIPO: 1 NATURALS 2 MECÀNICS 3 ALTRES MÈTODES 4 BARRERA 5 HORMONALS 6 OTROS MÉTODOS	

B. DADES DE LA INTERVENCIÓ - DATOS DE LA INTERVENCIÓN

ON ES VA INFORMAR PER PRIMERA VEGADA DE LA POSSIBILITAT D'INTERROMPRE ESTE EMBARÀS ¿DONDE SE INFORMÓ POR PRIMERA VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?	1 CENTRE SANITARI PÚBLIC CENTRO SANITARIO PÚBLICO 2 CENTRE SANITARI PRIVAT CENTRO SANITARIO PRIVADO	ALTRES OTROS 3 TELÈFON TELÉFONO 4 AMCS AMIGOS 5 MITJANS DE COMUNICACIÓ MEDIOS DE COMUNICACIÓN 6 INTERNET
SETMANES DE GESTACIÓ EN EL MOMENT DE LA INTERVENCIÓ, ESTIMADES PEL MÈTGE SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, ESTIMADAS POR EL MÉDICO	DATA DE LA INTERVENCIÓ FECHA DE LA INTERVENCIÓN	DIA / DIA MES ANY / AÑO
MOTIU 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 ANOMALÍAS EN EL FETO 4 ANOMALIES FETALS EXTREMADAMENT GREUS / INCURABLES O INCOMPATIBLES AMB LA VIDA ANOMALÍAS FETALES EXTREMADAMENTE GRAVES E INCURABLES O INCOMPATIBLES CON LA VIDA	CAUSES DE RISC PER A L'EMBARASSADA CAUSAS DE RIESGO PARA LA EMBARAZADA
MÈTODE EMPRAT EN LA INTERVENCIÓ MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	MÈTODE QUIRURGIC MÉTODO QUIRÚRGICO MÈTODE FARMACOLÒGIC MÉTODO FARMACOLÓGICO ALTRES MÈTODES, ESPECIFIQUEU OTROS MÉTODOS, ESPECIFIQUE	1 DILATACIÓ I EVACUACIÓ DILATACIÓN Y EVACUACIÓN 2 DILATACIÓ I ASPIRACIÓ DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN 3 MFERRISTONA 4 PROSTAGLANDINES PROSTAGLANDINAS 5
NOTA: LES OPCIONS NO SÓN EXCLUSIVES ENTRE SI, SENS POT MARCAR MÉS D'UNA. NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUSIVAS ENTRE SI, POR LO QUE PODRAN MARCARSE MÁS DE UNA.		CAUSES DE RISC FETAL CAUSAS DE RIESGO FETAL

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

Epistemologia / Epidemiologia
Setembre 2018 / Septiembre 2018



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 espermaticides
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.

