ACAI

Asociación
de clínicas acreditadas
para la interrupción
del embarazo

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. **IVE.**

Abril 2019

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. **IVE.**

ACAI
Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo
www.acaive.com

En los años 70 más de 100.000 españolas interrumpían su embarazo de forma clandestina, mientras otras, las que se lo podían permitir, salían de nuestro país para abortar.

Como consecuencia de esta situación, entre 200 y 400 mujeres morían en España y otras tantas se veían afectadas por la morbilidad derivada de una interrupción insegura.

Algunos/as profesionales del ámbito médico y sanitario reaccionaron ante esta intolerable realidad y empezaron a realizar abortos clandestinos para salvar la vida de las mujeres, arriesgándose a ser detenidos/as, como de hecho ocurrió en no pocas ocasiones.

Años más tarde, como consecuencia de la movilización social, política y feminista, se aprueba en nuestro país la Ley de Aborto de 1985. Una ley ambigua, insegura jurídicamente, pero que proporcionó un marco legal bajo cuyo paraguas un grupo de mujeres y hombres siguieron realizando abortos provocados o tomaron el testigo a aquellos/as profesionales.

Pese a que el peso ideológico del conservadurismo moral ha ralentizado cualquier avance en los derechos de las mujeres y siempre ha sido una amenaza, estos/as profesionales decidieron aprovechar la posibilidad que abría la ley al despenalizar el aborto en tres supuestos: violación, patología fetal y salud; para amparar bajo un un concepto amplio de salud[1] las interrupciones del embarazo que las españolas realizaron desde ese momento y hasta el año 2010.

Y así, poco a poco se consiguió ofrecer a las mujeres españolas un aborto seguro y de calidad dentro de los parámetros legales, si bien habría que esperar a la aprobación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo en el año 2010 para que la gratuidad, la equidad y la facilidad de acceso fuesen una realidad en más del 90% de los casos.

En paralelo a esta situación y durante más de treinta años, mientras los/as profesionales de las clínicas privadas (hoy centros concertados) se formaban e investigaban a propósito del recurso al aborto, la mayoría de los/as profesionales de la sanidad pública permanecían estancados/as en el conocimiento de esta

1 Interpretada por la OMS no solo como la ausencia de enfermedades, sino como el bienestar físico, psíquico y social.

prestación, o bien la relacionaban con sus conocimientos obstétricos, cuando el aborto tiene características y técnicas propias.
Hoy por hoy, la sanidad pública no contempla la formación de los/as profesionales en el recurso al aborto, no se incluye en el currículum de los/as médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales...ni en la especialidad de ginecología. Tampoco existen las muy "necesarias" unidades públicas especializadas en Aborto Provocado.

En el momento en que la actual Ley inició su trámite ministerial y parlamentario, la mayor parte de los/as profesionales especializados/as en aborto provocado llevaban 21 años formando parte de ACAI (Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE). Una plataforma desde la que pudimos realizar contribuciones a la nueva norma y no solo, también difundimos nuestras aportaciones en distintos ámbitos científicos, profesionales; contribuyendo a la consolidación del aborto como derecho desde la agenda política y pública.

Esta asociación de profesionales es una asociación estatal sin ánimo de lucro que funciona como una red solidaria en 19 ciudades y 11 comunidades autónomas. Una entidad que buscó y busca dar a conocer el trabajo de un amplio sector de profesionales del ámbito de la salud sexual, reproductiva e integral de las mujeres, pero sobre todo intenta aunar esfuerzos para conseguir el máximo nivel de calidad en la atención de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

Esa experiencia a la que aludimos, ese esfuerzo consolidado en el tiempo, ha tomado forma en este "Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE". Un trabajo que reúne el conocimiento científico disponible y la experiencia clínica acumulada por los/as profesionales en más de 30 años de actividad.

Este protocolo es un paso hacia adelante, una estrategia de mejora continua en nuestra práctica clínica, orientada a ayudarnos a utilizar el mejor conocimiento disponible, a reducir la variabilidad no deseada en nuestras actuaciones y a dotarnos de herramientas que nos permitan conocer nuestros resultados. De esta forma, podremos mejorar aquellos aspectos que consideremos necesarios y afianzar aquellas prácticas que muestren un mejor funcionamiento.

A lo largo de este trabajo, podrán observar que la metodología utilizada ha consistido en un análisis en profundidad de la práctica de aborto en los diferentes centros de ACAI. Práctica que viene avalada por distintas publicaciones internacionales y por las evidencias científicas disponibles en esta materia. Con todo ello, hemos obtenido unos protocolos respaldados por la práctica clínica del aborto provocado en España durante más de 30 años y contrastados con la bibliografía científica internacional.
El propósito que en los años 70 guio a los/as profesionales: facilitar un aborto seguro a las mujeres españolas; nos sigue moviendo a nosotros/as. Bajo el amparo y el cumplimiento de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo del año 2010, queremos seguir garantizando la calidad y la seguridad a las mujeres, que su derecho sea accesible y sin coste alguno. Queremos que la mujer ejerza no solo el derecho a interrumpir o no su gestación sino el método, farmacológico o instrumental que mejor se adecue a sus circunstancias médicas, personales o íntimas.

Con estos objetivos hemos elaborado este protocolo y con ese propósito que esperamos sea común y compartido, lo ponemos a su disposición.

Francisca García
Presidenta ACAI

Eva Rodríguez
Vicepresidenta ACAI

ACAI
Asociación
de Clínicas Acreditadas
para la Interrupción
del Embarazo

Equipo de trabajo

DRA. FRANCISCA GARCÍA GALLEGO.

Presidenta de ACAI.

Médica, feminista, dedicada a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y a la práctica sanitaria de la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde 1990.

Directora médica de Clínicas Ginealmería y Ginegranada desde el año 2002.

Militante del Movimiento Feminista desde el año 1979.

DRA. EVA RODRÍGUEZ ARMARIO.

Feminista, médica y militante en la defensa de los derechos Sexuales y Reproductivos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Trabaja en la Clínica Ginesur de Sevilla desde hace treinta años practicando IVE, entre otras tareas relacionadas con la salud de la Mujer.

Miembro de ACAI desde su fundación; ha sido Presidenta, Vicepresidenta y vocal en la FIAPAC de esta asociación

Eva Rodríguez viene participando en congresos, investigaciones y tareas de divulgación en su campo durante toda su trayectoria profesional.

DR. ALBERTO STOLZEMBURG RAMOS.

Licenciado en Medicina por la Universidad de Rostock/ Alemania.

Doctor en Medicina por la Universidad de Friburgo.

Especialista en Ginecología y Obstetricia por el Colegio Oficial de Médicos de Berlín.

Desde 1989 director médico de Ginecenter, clínica ginecológica en Málaga acreditada para la IVE.

Socio fundador de ACAI en 1997 y actual vocal en Andalucía.

Desde 2010 miembro de la JD de FIAPAC.

INDICE

1

INTRODUCCIÓN
página 11

2

DEFINICIÓN
página 13

3

DURACIÓN DEL EMBARAZO Y MANERA DE CALCULARLO. TÉCNICAS
página 14

4

CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL. MEDICIÓN DE LA GESTACIÓN
página 15

5

TÉCNICAS DE ABORTO PROVOCADO (AP) O IVE
página 16

5.1. ABORTO INSTRUMENTAL
página 18

5.1.1. Dilatación cervical
página 18

5.1.2. Dilatación y Aspiración
página 19

5.1.3. Dilatación y Evacuación
página 20

5.2. ABORTO QUIRÚRGICO
página 22

5.3. ABORTO FARMACOLÓGICO
página 22

5.3.1. Aborto farmacológico precoz
página 23

5.3.2. Aborto farmacológico tardío. Inducción farmacológica.
página 24

6

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS MUJERES EN LOS DISTINTOS REGIMENES EN LOS QUE SE PRACTICA EL AP, EN LOS CENTROS ACREDITADOS
página 26

6.1 RÉGIMEN AMBULATORIO HASTA LAS 14 SEMANAS DE EMBARAZO Y QUE NO IMPLIQUE ALTO RIESGO
página 26

6.2 RÉGIMEN AMBULATORIO HASTA LA SEMANA 14 O MÁS DE EMBARAZO Y/O QUE IMPLIQUE ALTO RIESGO
página 27

6.3 RÉGIMEN HOSPITALARIO
página 27

7

TRATAMIENTO DEL DOLOR
página 29

8

PREVENCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN RHESUS
página 30

9

ACOMPAÑAMIENTO
página 31

10

CIRCUITO DE ATENCIÓN
página 33

10.1 PROCESO 1: PREVIO AL PROCEDIMIENTO DE IVE
página 34

10.1.1 Subproceso Solicitud de cita
página 34

10.1.2 Subproceso Acogida-Recepción. Historia Clínica.
página 35

10.1.3 Subproceso Historia Clínica. Inclusión en uno de los regímenes en que se practica la IVE. Consentimientos.
página 44

10.2 PROCESO 2: TRATAMIENTO. PROCEDIMIENTOS DE IVE.
página 47

10.2.1 Subproceso Preoperatorio
página 47

10.2.2 Subproceso Técnicas de IVE.
página 48

10.2.2.1 Hasta las 14 semanas y que no implique alto riesgo.
página 48

Dilatación y Aspiración
página 48

10.2.2.2 Hasta las 9 semanas y que no implique alto riesgo
página 51

Dilatación y Aspiración
página 51

Aborto farmacológico precoz
página 51

10.2.2.3 Más de 14 semanas y/o que implique alto riesgo
página 54

Aborto instrumental
página 54

Dilatación y Aspiración
página 54

Dilatación y Evacuación
página 54

Aborto farmacológico tardío. Inducción farmacológica.
página 58

10.2.3 Subproceso Recuperación posterior. Controles y Medicación
página 62

10.2.4 Subproceso Complicaciones
página 63

10.3 PROCESO 3: ATENCIÓN POSTERIOR A LA IVE
página 68

10.3.1 Subproceso Seguimiento posterior a la IVE.
página 68

10.3.2 Subproceso Consulta de revisión posterior a la IVE.
página 71

ANEXOS

página 74

BIBLIOGRAFÍA

página 100

ACAI
Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo
www.acaive.com

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

1

INTRODUCCIÓN

La Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE (ACAI) es la única organización que, hasta el momento, agrupa y representa a la mayoría de los/las profesionales que realizan abortos en España.

Entre sus principales objetivos destaca la promoción de la calidad y la excelencia en la prestación sanitaria del aborto y la atención a la salud sexual y reproductiva en general, teniendo como base el mejor conocimiento científico disponible y la experiencia clínica acumulada por los/las profesionales en más de 30 años de actividad.

En 2010, ACAI publicó una primera guía titulada “Requisitos básicos para la atención sanitaria en el aborto provocado”, con la intención de consensuar unos protocolos sanitarios de actuación para esta práctica, algo que hasta ese momento no había abordado ninguna sociedad científica o profesional en España.

Ahora nos proponemos dar un paso más iniciando una estrategia de mejora continua en nuestra práctica clínica, orientada a ayudarnos a utilizar el mejor conocimiento disponible, a reducir la variabilidad no deseada en nuestras actuaciones y a dotarnos de herramientas que nos permitan conocer nuestros resultados. De esta forma, podremos proponernos mejorar aquellos aspectos que consideremos necesarios y afianzar aquellas prácticas que muestren un mejor funcionamiento.

Disponemos de mucha experiencia, por tanto, podemos generar conocimiento científico propio, dado que muchos de nuestros procesos no son objeto de interés científico para otros ámbitos.

Por otro lado, como sociedad científica, el hecho de disponer de protocolos bien diseñados, basados en la mejor evidencia disponible y consensuada entre profesionales, nos aportará seguridad y avalará nuestras actuaciones clínicas.

La metodología utilizada ha consistido en un análisis en profundidad de la práctica de aborto en los diferentes centros de ACAI, comparándola con publicaciones internacionales y las evidencias científicas disponibles en esta materia. Con todo ello, hemos obtenido unos protocolos avalados por la práctica clínica del aborto provocado en España durante más de 30 años y contrastados con la bibliografía científica internacional.

No obstante, quisiéramos dejar claro que estas líneas de actuación son líneas generales que deben ser adaptadas a las particularidades propias de cada territorio autonómico, por lo que no siempre serán coincidentes en todos y cada uno de los aspectos contemplados.

Nuestro objetivo principal es garantizar el cumplimiento de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo en el ámbito de la IVE, a través de la mejora continua de los servicios ofertados.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

2

DEFINICIÓN

Podríamos decir que un aborto provocado (AP), interrupción voluntaria del embarazo (IVE), interrupción legal del embarazo (ILE) etc. se define como: “La terminación intencionada de un embarazo cumpliendo la legislación vigente”.

Para ello existen diversos métodos quirúrgicos, instrumentales o farmacológicos que se usan aisladamente o combinados, en función de varios parámetros.

El más determinante es la edad gestacional, pero existen otros como la paridad, patologías o anomalías ginecológicas u obstétricas, patologías generales concomitantes etc. Siempre que sea posible habrá que tener en cuenta también las preferencias de las usuarias en cuanto a la posible elección de la técnica a emplear.

Existen casos de embarazo múltiple en los que la intención no es terminar el embarazo, sino la práctica de un aborto selectivo de uno o varios fetos, pero con continuidad de la gestación.

3

DURACIÓN DEL EMBARAZO Y MANERA DE CALCULARLO. TÉCNICAS.

El tiempo de embarazo puede ser calculado de diferentes maneras:

Semanas de amenorrea:
Semanas transcurridas desde el primer día de la última regla, contadas en semanas y días.

Edad gestacional:
Tiempo transcurrido en una gestante desde el primer día de la última regla. Según la OMS, la primera semana es la semana 0 completa (1).

Semanas de gestación:
Semanas transcurridas desde que finaliza la nidación.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

4

CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL. MEDICIÓN DE LA GESTACIÓN.

El cálculo de la edad gestacional por fecha de última regla es en muchos casos impreciso por diversos motivos, los ciclos menstruales son diversos, no se recuerda la fecha exacta de la última menstruación, etc. Existe consenso internacional, en que la mejor estimación se realiza por biometría embrionaria o fetal, concretamente por medición ecográfica, existiendo una serie de medidas que nos las indican.

En gestaciones precoces, se utiliza la medida del saco gestacional, que para confirmar gestación intrauterina es necesario al menos apreciar el doble anillo decidual del saco o la presencia del saco vitelino. El botón embrionario aparece entre la 5ª y la 6ª semana de amenorrea.

Después de estas semanas se usa la distancia craneocaudal (CRL) hasta las 12-14 semanas. A partir de las 12 semanas se usa preferentemente el diámetro biparietal (DBP), aunque se puede usar complementariamente otras medidas como la circunferencia cefálica (CC), la longitud del fémur (LF), la longitud del húmero (LH) y el diámetro abdominal (DA). Para medir el diámetro biparietal (DBP), se visualiza el eco medio (a nivel del septum pelucidum) y los dos ecos de los ventrículos laterales y se mide desde fuera de la calota en la parte más próxima al transductor ecográfico hasta la parte interna de la misma, en la más alejada del transductor.

5

TÉCNICAS DE ABORTO PROVOCADO (AP) O IVE.

Las técnicas de aborto se pueden clasificar en:

- **Aborto instrumental y quirúrgico**
- **Aborto farmacológico**
- **Combinado**

Tradicionalmente las técnicas se han clasificado por la edad gestacional en aborto de primer, segundo y tercer trimestre de gestación. Esta clasificación determina en gran medida las técnicas a utilizar, la necesidad de un mayor grado de dilatación cervical, la necesidad de mayor nivel de analgesia

o anestesia para el control del dolor, un mayor riesgo de complicaciones etc. Requiriendo, en consecuencia, diferenciados recursos humanos, instalaciones y equipamientos.

Las técnicas que se describen a continuación en muchos casos se solapan según la edad gestacional y la clasificación del riesgo, y se emplean una u otra en función de la experiencia del personal que las practica, los centros donde se realizan y las preferencias de la usuaria según tabla 1.

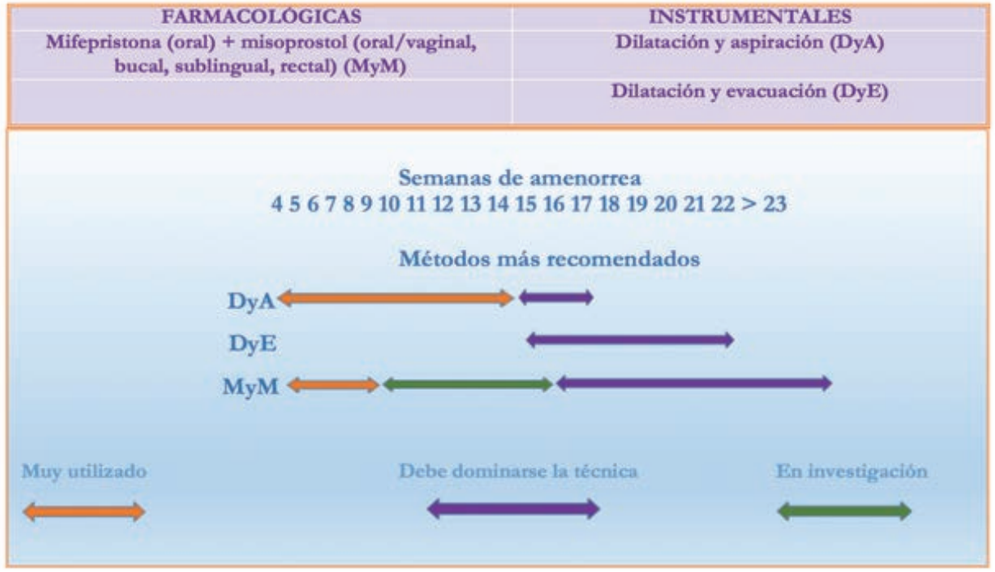


TABLA I TÉCNICAS DE ABORTO PROVOCADO.
Utilización en relación a semanas de amenorrea

En España, el aborto provocado se viene realizando casi exclusivamente en los centros acreditados y concertados, por lo que hasta ahora su práctica en la sanidad pública ha venido siendo marginal. Aunque en un principio pudiera parecer que las técnicas para el

manejo del aborto espontáneo (que sí son practicadas en los centros hospitalarios de la red pública con frecuencia) no difieren mucho de las de aborto provocado, en la práctica no es así.
El aborto provocado en todo el mundo tiene unas características propias, tanto técnicas como legales, emocionales y de acompañamiento que no podemos obviar.
Las técnicas que se describen a continuación se utilizan en España en los centros especializados de IVE y están basadas en guías de práctica clínica, avaladas por especialistas en aborto provocado de todo el mundo.

5.1

ABORTO INSTRUMENTAL

El aborto instrumental, que comúnmente se puede encontrar citado como quirúrgico, consiste básicamente en realizar una evacuación de la cavidad uterina por vía vaginal previa dilatación del cuello uterino. La evacuación se puede realizar por aspiración con cánula, legra o pinzas quirúrgicas o combinación de estos instrumentos. La dilatación se puede realizar mecánica, químicamente o combinación de ambas. Para realizar estas técnicas se puede emplear analgesia, anestesia local, locoregional, sedación y anestesia general.

Las técnicas y la combinación de las mismas deben elegirse en función de la edad gestacional, los antecedentes ginecoobstétricos de las usuarias, las características del embarazo a interrumpir, del nivel de especialización del centro y de la pericia y conocimientos del personal.
En cumplimiento con la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica*, se deben tener en cuenta siempre que sea posible, las preferencias de las usuarias.

5.1.1 Dilatación cervical

Antes de realizar alguna de estas

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

técnicas instrumentales es necesario dilatar el cérvix. En la mayoría de los casos, generalmente hasta las 12-14 semanas, se realiza en el momento de la intervención con dilatadores mecánicos. En otras ocasiones es necesario hacerlo previamente con sustancias químicas (Misoprostol) o con dilatadores osmóticos naturales (Laminaria) o sintéticos (Dilapan®), con las que se ablanda y dilata el cuello uterino antes de la intervención.
Esta preparación cervical se realiza preferentemente con misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual o rectal. La dosis y la elección de la vía de administración dependen de las semanas de gestación, de la paridad, del efecto que se quiera conseguir y del criterio facultativo, ya que cada vía presenta diferente farmacocinética y efectos colaterales más o menos molestos. Los dilatadores osmóticos pueden ser usados también como coadyuvante del misoprostol, sobre todo en nulíparas y en mujeres que no responden convenientemente al mismo.
Para utilizar misoprostol es necesario que las usuarias reciban la información necesaria y firmen el consentimiento informado.

5.1.2 Dilatación y Aspiración

Se trata de la técnica más extendida en el mundo para la realización de abortos en el primer trimestre, sobre todo, teniendo en cuenta que estos suponen el 90 % de todos los abortos que se realizan. Es una técnica que practicada por personal entrenado e instrumental adecuado, dura entre 5 Y 10 minutos, se realiza de forma ambulatoria y casi sin complicaciones.
En comparación con el legrado convencional, la aspiración presenta menos complicaciones (7,8), menos dolor y es más rápida. (Recomendación evidencia A en protocolo de la SEGO).
Se realiza dilatando el cuello uterino como ya se ha explicado, y provocando una evacuación completa del útero mediante cánula de aspiración con un sistema de vacío.
Esta técnica se utiliza habitualmente desde la confirmación de la gestación intrauterina hasta las 16-17 semanas de embarazo, si se realiza por personal experimentado. Si no es así, se recomienda no superar las 12- 14 semanas (1,6).
La monitorización ecográfica intraoperatoria es una práctica estandarizada en España en todas las clínicas especializadas, lo que permite visualizar la evolución de la intervención, detectar posibles complicaciones durante el procedimiento, en especial la perforación tanto en la dilatación como en la aspiración, y confirmar finalmente la vacuidad de la cavidad uterina.
Por esta misma razón, las complicaciones son raras y mucho menos

frecuentes que en donde no se practica la visualización ecográfica. Complicaciones como los abortos frustrados (1.3 por 1000, incluso en gestación muy precoz) (9), los abortos incompletos (restos) y desgarros uterinos.

Tras la intervención, la mujer puede abandonar el centro tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales, generalmente en menos de una hora (1). Normalmente ese mismo día o al día siguiente puede incorporarse a su vida cotidiana y en los días posteriores solo tendrá un sangrado intermitente, generalmente menor o igual que una menstruación. Esta puede ser puntualmente mayor o con coágulos dentro de los 3-6 días posteriores durante unas horas (expulsión de la hematometra fisiológica) y a veces acompañarse de dolor leve controlable con analgésicos tipo AINES o paracetamol, o cualquier medicamento que la mujer use habitualmente para tratar la dismenorrea, menos AAS.

5.1.3 Dilatación y Evacuación

Se recomienda su uso a partir de las 12-14 semanas, aunque por personal experimentado, tal como ocurre en los centros especializados de nuestro país, se practica habitualmente en gestaciones mayores de 16-17 semanas y hasta las 22 semanas completas. En manos experimentadas, hasta las 22 semanas, es la técnica de elección en comparación con los métodos farmacológicos, y muy usada en los centros especializados en España, si bien algunas clínicas usan la inducción a partir de las 17-19 semanas. Según revisión bibliográfica de la OMS, que tenía como objetivo comparar la eficacia, los efectos secundarios, los eventos adversos, la aceptación de los métodos instrumentales y los métodos farmacológicos de aborto provocado en el segundo trimestre de embarazo, esta concluye: "Para la inducción del aborto en el segundo trimestre, la dilatación y evacuación es superior a los métodos farmacológicos de aborto. Sin embargo, para realizar este método de manera segura, los/las médicos/as necesitan capacitación especializada y práctica constante" (10). Esta técnica presenta menos efectos secundarios (11) y adversos (12,45). Además de la seguridad, es una técnica mucho mejor aceptada psicológica y emocionalmente por las mujeres, ya que es más rápida, no requiere hospitalización, poco o nada dolorosa (al practicarse con sedación) y no queda recuerdo del momento del aborto (13), con incorporación a la vida cotidiana similar a la dilatación y aspiración.

Se trata de una técnica similar a la aspiración, aunque la evacuación uterina se realiza mediante diversas maniobras instrumentales con pinzas especiales para la extracción ovular. Esta técnica también se usa cuando pasadas varias horas de inducción, no se ha producido la expulsión y el cuello es favorable. En este último caso la técnica se denomina finalización instrumental (FI).

En cualquier caso, se trata también de una intervención ambulatoria que permite a la mujer incorporarse a su vida normal al día siguiente, con unos síntomas en los días posteriores parecidos a los antes descritos en la DyA.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

5.2

ABORTO QUIRÚRGICO

Histerotomía o microcesárea

En el caso de no poder realizar el aborto por vía vaginal esta es la técnica de elección. Se trata de abordar el contenido uterino haciendo una incisión en el útero a través de la pared abdominal. Los motivos más frecuentes son:

placenta previa oclusiva, cirugía uterina previa que contraindique inducción farmacológica, anomalías uterinas o por fracaso de la inducción, siempre que no se pueda realizar la evacuación instrumental.

5.3

ABORTO FARMACOLÓGICO

Se llaman abortos farmacológicos los que se practican con el uso combinado de distintos medicamentos para conseguir con ellos la evacuación uterina completa. Cuando fracasan estos métodos y la evacuación no es completa, se deben terminar, siempre que sea posible, con evacuaciones instrumentales.

Uno de los problemas de no utilizar las técnicas instrumentales, sobre todo las de segundo trimestre, es que, en caso de fracaso de la inducción farmacológica, se practiquen técnicas quirúrgicas (histerotomía o histerectomía) o que la inducción se alargue más tiempo del recomendado, pudiéndose aumentar, consecuentemente, la morbilidad y producir un mayor impacto negativo personal y emocional sobre la usuaria. (21 y 23). En el primer trimestre también es necesario a veces terminar o completar el aborto farmacológico con aspiración, esto ocurre en la práctica entre el 2 y el 8 % de los casos

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

según diversos autores, por lo que en los sitios donde se practican abortos farmacológicos se debe disponer de la posibilidad de realizar la aspiración (1). De hecho, la legislación española no prevé autorizaciones administrativas de centros solo para realizar abortos farmacológicos.

5.3.1 Aborto farmacológico precoz

Se utiliza en embarazos hasta 9 semanas. Consiste en la administración de mifepristona vía oral junto con misoprostol sublingual, vaginal, bucal u oral, provocando el desprendimiento y expulsión del saco gestacional y por tanto el aborto (14).

En España el misoprostol lo utilizan las mujeres en su domicilio en la mayoría de los casos, como así ocurre en la mayor parte de los países de nuestro entorno (16,17). En cualquier caso, es recomendable ofrecer la realización del proceso completo en la clínica, para atender necesidades de la mujer derivadas muchas veces de sus circunstancias personales (viven con sus padres, no tienen quien las acompañe, no lo quieren compartir con su pareja, miedo a utilizar los medicamentos sin apoyo sanitario, etc.).

En la mayoría de las clínicas utilizan el siguiente protocolo, aunque con ligeras variaciones:

En la primera cita se explica exhaustivamente el proceso y se procede a la toma por vía oral de mifepristona un comprimido, 200 mg.

A continuación, se dan por escrito instrucciones sobre lo esperable y se proporciona la medicación para los días posteriores. Se indica asimismo la vía y la dosis de misoprostol que se debe usar en el domicilio o en la clínica, según deseo de la usuaria o indicación médica, entre 24 y 48 horas posteriores. La vía de administración más indicada por la farmacocinética del fármaco es la vaginal o la bucal y la dosis 800 mg. Se le proporciona un teléfono de contacto de 24 horas.

Se da cita a partir de los 15 días siguientes. Se le explica que esta cita es obligatoria, ya que es importante comprobar el éxito del proceso, es decir, el aborto completo.

La experiencia diaria, así como, distintos estudios e investigaciones nos muestran que el aborto farmacológico aporta a algunas mujeres mayor sensación de control sobre el procedimiento, ya que lo pueden realizar en la intimidad de su casa y evitar el quirófano, sin embargo, para otras el aborto instrumental supone la seguridad y comodidad de realizarlo en solo unas horas y de manera más eficiente (casi 100% de efectividad), con menos dolor y sangrado.

Por otra parte, en la técnica farmaco-

lógica se registra un mayor porcentaje de aborto incompleto, más dolor y un sangrado más abundante que en el método instrumental (21), así como, una nada despreciable asociación de efectos indeseables (52%), como vómitos, diarrea, escalofríos y reacciones cutáneas entre los más frecuentes.

5.3.2 Aborto farmacológico tardío. Inducción farmacológica.

Consiste en inducir la expulsión del feto y los anejos con diversos medicamentos, generalmente miso-prostol y/o dilatadores osmóticos con o sin oxitocina y la analgesia necesaria. Se reduce el tiempo de inducción y se mejora la seguridad del método si se administra mifepristona entre 24 y 48 horas (preferiblemente 48h) antes del comienzo de la inducción.

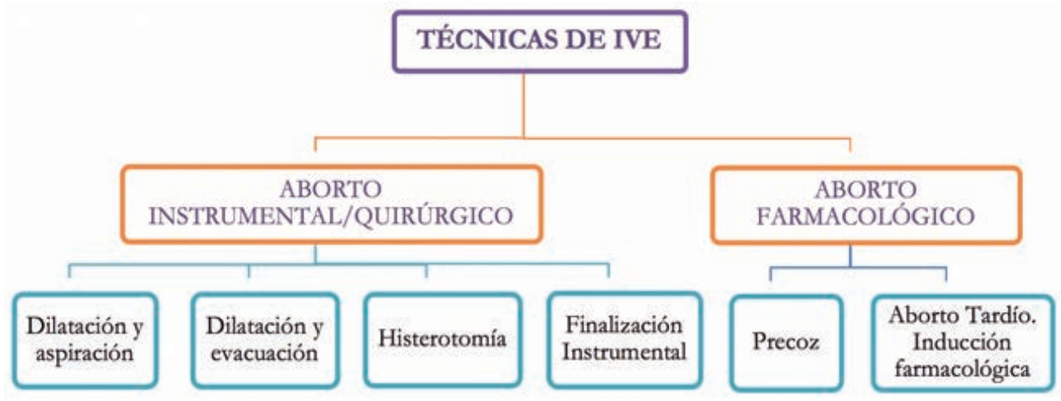
La técnica se puede completar con diversas maniobras de extracción manual o instrumental, lo que es aconsejable en el momento que las circunstancias lo permitan para acortar el tiempo de dedicación y el impacto psíquico sobre la mujer, disminuir riesgos, como la infección y la atonía. Es lo que se denomina finalización instrumental (FI), para lo que se debe tener experiencia en DyE.

Este proceso se puede llevar a cabo con anestesia epidural y/o con analgesia con opiáceos (iv). En el momento de la expulsión, o en caso de realizar una finalización instrumental, se podrá utilizar además sedación o anestesia general, siempre que las condiciones de la mujer lo permitan, para mayor confort, así como para evitar que tenga conciencia de ese momento que suele ser física y emocionalmente doloroso con importante impacto psíquico.

Si por alguna razón no se puede practicar el aborto instrumental, continuamos la inducción hasta 24 horas, si en este tiempo no se ha producido la expulsión o esta no es inminente, se considera fracaso de inducción y se deriva a un centro de ingreso puesto que se considera que el procedimiento ha rebasado su concepto de ambulatoriedad, se inicia un nuevo ciclo de inducción o se realiza microcesárea por fracaso de inducción.

En los casos en los que se solicita anatomía patológica (necropsia fetal) para el diagnóstico definitivo de una anomalía fetal, cumpliendo con nuestro deber de informar de las distintas alternativas terapéuticas o técnicas disponibles, explicaremos la imposibilidad de realizar dicha necropsia o ciertos estudios a embriones o fetos con las técnicas de DyA y DyE, o, si es preciso, una finalización instrumental. La mujer una vez informada se decidirá por una u otra técnica y si opta

por una diferente de la inducción farmacológica firmará la revocación de la realización de necropsia (Anexo 1). Hay que tener en cuenta que la mayoría de estas mujeres están pasando un momento muy difícil en su vida, cuando están interrumpiendo un embarazo inicialmente deseado. Una vez tomada la decisión, el deseo manifestado por estas mujeres es que la intervención sea lo más rápido y lo menos consciente posible. Estas particularidades manifestadas por la usuaria se cumplen en mayor medida mediante la DyA, la DyE y la FI, que, mediante la inducción, por lo que muchas mujeres optan por ellas y rechazan la posibilidad de realización de necropsia fetal, siempre que estas técnicas estén indicadas. Los /as profesionales, siempre que sea posible, intentarán ayudar en esta toma de decisión, teniendo en cuenta las condiciones personales de la usuaria y la importancia de la información que la necropsia pueda aportar para su futuro.



Técnicas de IVE

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

6

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS MUJERES, EN LOS DISTINTOS REGÍMENES EN LOS QUE SE PRACTICA EL AP, EN LOS CENTROS ACREDITADOS

La mayoría de las IVE en España se realizan en régimen ambulatorio, ya sean en centros públicos o concertados. Estos centros atendiendo a su infraestructura y al personal de que disponen se acreditan en dos grupos diferentes: hasta 14 semanas y que no implique alto riesgo, o de 14 semanas o más y/o que implique alto riesgo. Algo más del 10% se realiza en centros hospitalarios. Las intervenciones ambulatorias se rigen por unos criterios de inclusión de mujeres según las semanas de embarazo, los cuidados posteriores necesarios y el estado de salud de la persona que se va a intervenir. En el caso del aborto farmacológico, además de las semanas de embarazo, hay que tener en cuenta que no exista ninguna contraindicación para su uso. Según esto los clasificamos en tres grupos o regímenes.

6.1 Régimen ambulatorio hasta la semana 14 de embarazo y que no implique alto riesgo

En este régimen se incluyen los abortos realizados por dilatación y aspiración de 14 semanas o menos, en los cuales los cuidados inmediatos, posteriores a la intervención, son mínimos, puesto que la mujer es remitida a su domicilio tras un periodo de observación de 15 a 30 minutos en la sala de adaptación al medio (URPA II). Previamente se ha contralado que la pérdida hemática vaginal es normal, que el dolor ha remitido, que no ha aparecido ninguna reacción adversa a los medicamentos utilizados, que las constantes vitales son normales y que los efectos de la sedo-analgesia han desaparecido. Incluye los procedimientos integrados en el nivel I y algunos del nivel II de la clasificación de Davis (Anexo 2). También a mujeres sanas o con enfermedades asociadas moderadas: diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada etc. Según los criterios de la sociedad norteamericana de anestesiología ASA (Anexo 3), estarían incluidas las categorizadas en los niveles ASA I y II.

Incluye también el aborto farmacológico precoz, dónde habrá que tener en cuenta que la gestación no supere las 9 semanas, sea intrauterina, no patológica, y no esté contraindicado este método.

6.2 Régimen ambulatorio hasta la semana 14 o más de embarazo y/o que implique alto riesgo

Cuando el embarazo es mayor de 14 semanas y los cuidados posteriores son cortos, pero más prolongados que en las técnicas de aspiración hasta 14 semanas. Se realizan por aspiración, DyE o inducción con o sin FI. En cuanto a la salud de la mujer, incluiría los procedimientos integrados en el nivel II y algunos del nivel III de la clasificación de Davis (cuidados postoperatorios). Son mujeres categorizadas ASA I y II y en algunos casos hasta III, por su patología concomitante (ciertas patologías compensadas). Se incluyen técnicas de control del dolor como anestesia loco-regional o local, sedación, anestesia general, analgesia iv o epidural y combinaciones de las mismas.

6.3 Régimen hospitalario

Se incluyen las IVE realizadas con técnicas quirúrgicas, como la histerotomía o las inducciones en las que la mujer pernocta en el hospital más de una noche. También en aquellos casos de mujeres incluidas en categoría ASA III (no todos los casos, por lo general patologías descompensadas) o superior.

7

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Todas las técnicas de IVE provocan cierto grado de dolor. El dolor es un síntoma subjetivo y su percepción varía considerablemente de unas personas a otras, así como, la sensación emocional que lo acompaña. El miedo a lo desconocido, el estrés, la tristeza y otras emociones que están presentes comúnmente en las mujeres que se someten a un aborto, pueden alterar la percepción del mismo.

El manejo del dolor es un aspecto esencial en la atención del aborto. El control efectivo del dolor y de la ansiedad tiene beneficios fisiológicos y psicológicos importantes y produce una mayor satisfacción de la mujer.

La elección del método de control del dolor debe estar guiada principalmente por las consideraciones de preferencia y seguridad de la mujer (24,34). Es probable que el asesoramiento y el tratamiento comprensivo con las mujeres reduzcan sus temores y percepciones de dolor (33). Una vez asesorada, la mujer debe elegir la técnica que desee (ley 41/2002 de autonomía del paciente), en función de la disponibilidad de la misma y siempre que no existan patologías o motivos que la contraindiquen.

También depende de las semanas de gestación o de la técnica a emplear (se explicarán en cada técnica concreta).

Tipos de Anestesia

Tratamiento del dolor:

- Analgésicos por vía oral, iv o im.
- Anestesia local paracervical, intracervical o de uterosacros.
- Sedación consciente y anestesia general. Se suele utilizar: óxido nitroso inhalado (Kalinox®), fármacos iv como el midazolam, propofol, derivados mórficos o combinaciones de los mismos.
- Anestesia locoregional.

8

PREVENCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN RHESUS

Desde hace años se recomienda que todas las mujeres con factor Rh negativo reciban inmunización pasiva con inmunoglobulina anti Rh dentro de las 72 horas posteriores al aborto; sin embargo, aún no existe evidencia concluyente acerca de la necesidad de esta medida después de un aborto inducido de forma temprana, hasta las 9 semanas aproximadamente. (36).

En abortos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo, el riesgo teórico de sensibilización Rh con un aborto médico es muy bajo (37). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-D no se considera un requisito (1).

Aun así y pese a la evidencia, en nuestro medio se realiza la determinación de factor RH a todas las mujeres y administramos gammaglobulina a todas aquellas que tienen Rh negativo.

La OMS recomienda que, si se dispone de inmonoglobulina Anti-Rh, es conveniente su administración a las mujeres con factor Rh negativo. Cuando el aborto es farmacológico, o bien se administra el día que tome la mifepristona o posteriormente con el misoprostol. (7,38)

Si a la mujer se le ha realizado una inmunización previa a la IVE, por la práctica de una técnica invasiva (biopsia corial, amniocentesis, etc) no es necesario una nueva administración de la misma.

Es posible reducir la dosis de inmunoglobulina Anti-Rh de 300 µg (dosis administrada después de un parto a término) a 50 µg (250 UI) en los embarazos con menos de 12 semanas de gestación. Y en el segundo trimestre se pueden usar dosis de entre 75 y 150 µg (375 UI y 750 UI), respectivamente, según las semanas de gestación.

9

ACOMPAÑAMIENTO

El acompañamiento es un elemento imprescindible en el proceso de AP, es transversal y debe ser realizado por todo el equipo, ya que de su existencia y calidad va a depender la mejor o peor recuperación emocional post-aborto (29,30,31,32,40,41,43).

"Las mujeres que intentan resolver el problema de un embarazo no deseado pueden sentirse en una posición de vulnerabilidad. Necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Por tanto, los/as profesionales de salud deben ser un apoyo para la mujer y brindarle información de tal modo que pueda entenderla y recordarla, y pueda así tomar la decisión de abortar o no, dentro de lo permitido por ley, libre de inducción, coerción o discriminación". OMS

El acompañamiento lo realizan todos/as los/as profesionales que integran los equipos en los centros, y que entran en contacto con la mujer antes, durante y después del acto principal que es el aborto provocado (30).

La mayoría de mujeres que están embarazadas y no lo tenían previsto o aun teniéndolo previsto sufren algún cambio importante en sus vidas, se encuentran en una situación de estrés emocional, vinculado a la decisión de continuar o interrumpir el embarazo, de intensidad variable dependiendo de diferentes elementos: del querer y no poder, de sus creencias, del apoyo en su entorno a su decisión, de su edad, de su nivel cultural etc. (42). Y en este contexto tan diverso, que debemos tener siempre presente, el apoyo a su decisión les ayuda a abordar el paso con más tranquilidad y con las ideas más claras. En algunos casos se aconseja diferir la decisión.
Especial importancia tiene un buen acompañamiento en casos en los que el aborto es debido a una violación (casuística muy pequeña) o a una anomalía fetal grave, así como, en las menores que no pueden contar con el apoyo familiar (36).

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

10

CIRCUITO DE ATENCIÓN

Circuito de Atención en el procedimiento de IVE

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

10.1

PROCESO 1: PREVIO AL PROCEDIMIENTO DE IVE

10.1.1 SUBPROCESO SOLICITUD DE CITA

Contacto directo.

La usuaria acude directamente al centro. En ocasiones las mujeres o alguien de su entorno acuden directamente a solicitar cita o a informarse sobre la posibilidad de realizar la intervención, así como, sobre los procedimientos, la legislación vigente, etc. En estos casos suelen ser atendidas en primera instancia por el personal de recepción. Cuando estas circunstancias se producen, lo primero que ha de hacerse es recabar información sobre las semanas de gestación probables establecidas por su médico/a o por su fecha de última regla (FUR). Si tiene dudas y es la mujer la que ha acudido al centro, se le propone realizarle una ecografía. Al tiempo, se aprovecha este primer contacto para preguntar también acerca de las razones de su solicitud de aborto: por libre decisión en las primeras 14 semanas, por patología materna hasta las 22 semanas o por patología o alteración fetal.

1. Si no ha realizado la consulta previa preceptiva en otro centro autorizado, se le propone realizarla en la clínica. Esta se detalla en el apartado “requisitos legales”.
2. Si la usuaria procede de un centro público de salud y ya ha sido previamente informada, se comprueba la fecha registrada en el documento de derivación de IVE, para darle la cita en el plazo de al menos tres días posteriores a dicha fecha tal como marca la ley, siempre y cuando, la solicitud de IVE se realice por la vía del artículo 14: libre decisión.

Además de lo anterior se le informa también:

a) Del procedimiento, horarios y días de trabajo.
b) De las condiciones en las que debe acudir, acorde con el procedimiento: ayuno, acompañamiento etc.
c) De la documentación que debe aportar:

Documentación obligatoria:

- Deberá acudir a la clínica a la hora citada, provista del DNI o pasaporte, o cualquier documento identificativo de las mismas. Las usuarias derivadas por el sistema público de salud traerán además documento de derivación de IVE y/o tarjeta sanitaria (según CCAA).
- Excepcionalmente, y siempre que no haya duda alguna sobre su mayoría de edad, en lo relativo a inmigrantes “sin papeles” se aceptará como documento identificativo el documento de derivación del Sistema Público de Salud.
- Las menores de 18 años deben venir acompañadas por el padre, madre o tutor/a legal con el DNI y el libro de familia o documento que acredite la tutoría legal.

Documentación recomendada:

- Aportar informe médico si existiera alguna enfermedad relevante o alergias, RH.

Contacto telefónico

Si llama derivada por el Sistema Público de Salud, la mujer será informada de lo anteriormente expuesto y se concierta la cita para IVE.
Si llama de forma privada y es su primer contacto para IVE, se le proporciona la información requerida y si procede, la mujer será citada en la clínica.
En cualquier caso, si la mujer únicamente solicita información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes, a las que efectivamente se les realice la IVE, serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo. No se le solicitarán sus datos personales para ser codificados hasta que tenga decidida su intervención o, en su caso, se le realicen las primeras pruebas (art. 21, LO 2/2010).

10.1.2 SUBPROCESO ACOGIDA- RECEPCIÓN. APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA.

Requisitos legales previos.

La mujer que acude a un centro concertado puede venir remitida por un centro público, privado o venir

directamente por iniciativa propia. Si bien cada comunidad autónoma puede presentar peculiaridades propias y distintos protocolos y canales diferenciados de derivación, en general, lo pasos que se siguen en los distintos territorios son los que a continuación exponemos.

A. Si es remitida por un centro público:

Deben haberle entregado:

a. Folleto técnico-informativo, confeccionado y editado por la Administración y que debe contener:

1. Información sobre los distintos métodos de interrupción de embarazo.
2. Requisitos previstos en la Ley.
3. Centros públicos y acreditados/concertados a los que puede dirigirse.
4. Trámite para acceder a la prestación.
5. Condiciones para su cobertura por el Servicio Público de Salud.

b. Sobre de Ayudas a la maternidad, confeccionado y editado por la Administración. Está identificado con el texto "Información sobre la IVE. Artículo 14 de la Ley orgánica 2/2010",
Debe contener:

1. Ayudas públicas disponibles para embarazadas.
2. Cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
3. Derechos laborales vinculados al embarazo y maternidad.
4. Prestaciones y ayudas públicas para cuidado y atención de hijos/as.
5. Beneficio fiscal e información sobre ayudas al nacimiento.
6. Centros de información sobre anticoncepción y sexo seguro.
7. Centros donde recibir asesoramiento antes y después de la IVE.

c. Sobre "Derechos y prestaciones de personas Discapacitadas", confeccionado y editado por la Administración. Este sobre se entregará en los supuestos de IVE antes de las veintidós semanas por graves anomalías en el feto.

d. Impreso de derivación a un centro público o concertado y acreditado para la práctica de IVE. Se trata de un documento elaborado por la administración sanitaria de la comunidad autónoma que puede ser denominado: "Hoja de derivación para interrupción voluntaria de embarazo desde los centros sanitarios", u otras denominaciones análogas. En este impreso consta la fecha de entrega de la documentación según artículo 17. LO 2/2010.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

Se debe verificar que la mujer ha recibido y entendido la documentación que se le ha entregado. Se comprueba a través del documento de derivación la fecha de recepción de información y que se han cumplido los plazos y condiciones establecidas por la ley. Estos plazos deben ser cumplidos en caso de que la usuaria se acoja al artículo 14 de la ley, en caso de concurrir circunstancias para acogerse al artículo 15, no será necesario el periodo de 3 días de reflexión.

B. Acude directamente a nuestros centros:

- Se le facilitará toda la información prevista en el apartado anterior. Si lo desea se le informará verbalmente sobre el contenido de los sobres y aclararán y/o ampliarán los extremos que no comprenda.
- Los sobres solo pueden ser confeccionados por la Administración, por lo que nos limitaremos a entregar los que nos faciliten sin añadir dato alguno.
- Se le informará que tiene derecho a la cobertura por parte del Sistema Nacional de Salud de esta prestación sanitaria, en la forma que se indica en la documentación del sobre de información general técnica.
- La usuaria firmará el recibo de entrega de la documentación indicando en el mismo la fecha y señalando que deben transcurrir tres días desde que se le da la información hasta que se le pueda realizar la IVE (Anexo 5 y 6).
- No se le solicitarán ni codificarán sus datos personales hasta que tenga decidida su intervención o, en su caso, se le realicen las primeras pruebas.
- Se realizarán el resto de los trámites en función del tipo de IVE, según art. 14 y 15 de la LO 2/2010.

Requerimientos legales necesarios según tipo IVE.

1. Solicitud de IVE a petición de la mujer: *Articulo 14 de la LO 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Hasta las 14 semanas de gestación incluida, el único requerimiento es haber recibido la información prevista por la ley antes enumerada y cumplir el "plazo de reflexión" de tres días.
2. Solicitud de IVE por causas médicas. Art. 15 de la LO 2/2010.

- Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada (Art.15.a). Se puede practicar la IVE cuando exista un grave riesgo para la salud o vida de la embarazada, siempre y cuando haya constancia previa mediante dictamen emitido

por un médico/a especialista distinto al que practique o dirija la IVE, acompañado de pruebas diagnósticas en las que funde el dictamen (Art.7 RD 831/2010). En caso de riesgo vital para la gestante podrá prescindirse de dicho informe.

- Riesgo de graves anomalías en el feto (Art.15.b). Se puede practicar la IVE, cuando exista riesgo de graves anomalías en el feto y de ello quede constancia en dictamen previo emitido por dos médicos/as especialistas distintos/as al que practique o dirija la IVE, acompañado de pruebas diagnósticas en las que funde el dictamen (Art.7 RD 831/2010). En este supuesto la mujer deberá recibir además un sobre con información sobre derechos y prestaciones de personas discapacitadas.
- Art. 15.c. Sin plazos cuando:

  A) Presente el feto anomalías incompatibles con la vida. El diagnóstico de anomalías fetales incompatibles con la vida debe constar en un informe previo emitido por un/a médico/a especialista distinto/a al que practica la intervención, acompañado de pruebas diagnósticas en las que funde el dictamen (Art.7 RD 831/2010).

  B) Se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y así lo confirme un comité clínico.

En todos los casos anteriormente nombrados, las usuarias aportan los informes que tengan de sus especialistas habituales y si fuera posible el dictamen de ellos/as. En este caso, nuestros/as médicos/as revisan la idoneidad de dicha información. En el caso de no aportarlos, en algunas circunstancias podemos emitirlos las clínicas, siempre que se cumplan los requisitos legales "emitido por dos médicos/as especialistas distintos/as al que practique o dirija la IVE".

Requerimientos legales según la edad o circunstancias especiales de la mujer.

Menores de edad.

Se hará todo conforme a lo anteriormente indicado, con la salvedad de que el consentimiento informado deberá suscribirlo, además de la menor, un/a representante legal de la misma. Serán informados/as tanto la menor como sus representantes de todo el proceso de la IVE, riesgos y consecuencias. Dentro de este grupo de edad, distinguiremos a las menores de 12 años en la que no se necesita el consentimiento de la menor, sólo el de sus representantes legales. Este apartado junto con las actuaciones en caso de consentimiento sexual en menores de 16 años se desarrolla más extensamente en el siguiente cuadro.

OBLIGACIONES DE LA CLÍNICA EN RELACIÓN AL DERECHO DE INFORMACIÓN DE LAS PACIENTES IVE Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN FUNCIÓN DE LA EDAD.

EDAD	Sub-grupos	Se debe Informar a la paciente.		Se necesita consentimiento paciente.		Se necesita consentimiento representante legal.		Se necesita Autorización Judicial		Información Ministerio Fiscal		Suficiente el criterio de la paciente para impedir IVE	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
De cualquier edad.	Con imposibilidad física o psíquica de comprender alcance intervención.		XXX		XXX	XXX[i]			XXX	XXX			XXX
Menor de 12 años.			XXX		XXX	XXX			XXX	XXX			XXX
De 12 a 16 años.	Viven acompañadas de adulto o internadas en Centros.	XXX		XXX		XXX			XXX	XXX[ii]		XXX[iii]	
	Viven solas (no hay representante legal ni guardador de hecho).	XXX		XXX				XXX		XXX[iv]			XXX
	Inmigrante; vive sola, ejerce prostitución.	XXX		XXX				XXX		XXX[v]			XXX
De 16 y 17 años.	Convive con padres, tutores o Centro Público de menores.	XXX		XXX		XXX[vi]			XXX		XXX	XXX	
	Convive con un progenitor (divorcio y separación)[vii].	XXX		XXX		XXX			XXX		XXX	XXX	
	Vive independiente de padres o representante legal	XXX		XXX			XXX		XXX		XXX	XXX	
	Vive independiente y convive con pareja de hecho.	XXX		XXX			XXX		XXX		XXX	XXX	
	Vive independiente, convive con pareja de hecho y tiene hijos anteriores.	XXX		XXX			XXX		XXX		XXX	XXX	
	Emancipada tanto por voluntad progenitores o por resolución judicial.	XXX		XXX			XXX		XXX		XXX	XXX	
	Casada.	XXX		XXX			XXX		XXX		XXX	XXX	
	Vive con familia extensa o guardadores de hecho[viii].	XXX		XXX		XXX[ix]			XXX		XXX	XXX	
Mayor de 18 años.	Con resolución judicial de tutela, curatela, etc...	XXX		XXX[x]		XXX			XXX[xi]		XXX		XXX

[i] En ausencia del representante legal, la persona que conviva con ella y le atienda.
[ii] No siempre hay que informar al Fiscal; hay supuestos que no hay que hacerlo; consultar guía notificaciones a Fiscal.
[iii] Si la menor no consiente, es necesario obtener autorización Judicial.
[iv] La menor está en situación de desamparo, por lo que debe intervenir Fiscalía y, en su caso Protección de menores.
[v] Ídem nota anterior.
[vi] Siempre que no nos manifiesten la oposición a la IVE de uno de los progenitores, es suficiente que firme el consentimiento informado uno de los dos. Si hay desacuerdo expreso entre el padre y la madre, no hay más opción que acudir al Juzgado.
[vii] Es suficiente con el consentimiento del progenitor que tenga asignada la custodia.
[viii] Chicas de familias desestructuradas que viven con abuelas/tías/hermanos/as mayores ...
[ix] Ante la ausencia de representantes legales (padres en prisión, hospitalizaciones, psiquiátricos, desaparecidos, etc...) firmará el consentimiento la persona que la atienda y conviva con la paciente.
[x] Sin consentimiento de la paciente es necesario resolución judicial autorizando la IVE.
[xi] No se necesita autorización judicial si la paciente presta su conformidad a la IVE; en caso contrario es necesaria.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

Mujeres extranjeras.

Para ellas contamos con documentos en varios idiomas. Si la mujer no sabe español y habla un idioma del que no tenemos consentimiento escrito, se usarán, allá donde sea accesible, los servicios de teletraducción de los distintos sistemas autonómicos de salud. Si está acompañada de alguna persona que actúa como traductora y toda vez que ha sido explicado el consentimiento, esa persona firmará también en el documento especificando que ha realizado una labor como traductora de la mujer afectada.

Mujeres analfabetas o con discapacidad visual.

Se les explicará verbalmente toda la información y firmará un/a testigo de este hecho.

Mujeres con discapacidad auditiva.

Si viene acompañada con alguien que ejerza de intérprete, esta persona firmará también el consentimiento.

Mujeres con discapacidad psíquica.

En líneas generales podemos decir que sin capacidad manifiesta de comprender la información que se le facilita, se aplicarán los mismos requerimientos que para las menores de 12 años. Siempre que no aporte sentencia en la que se limitan sus capacidades legales, el consentimiento lo debe otorgar ella, y adaptaremos las explicaciones a su grado de comprensión.

Otra casuística.

Si el aborto no fuera posible, por no cumplir los requisitos legales, se le explicarán a la mujer, si ella lo desea, posibles alternativas; abordando su caso cuando se den las circunstancias requeridas por la ley.

Procedimiento a seguir en la protección de datos personales.

La ley exige en la practica sanitaria de AP un especial cuidado en relación a la protección de la intimidad y confidencialidad de los datos personales de la mujer. En este sentido los centros acreditados están obligados a cumplir con la ley en esta materia. Por otra parte, los/as profesionales son conscientes de que manejan información especialmente sensible sobre la que la mujer quiere mantener su intimidad, entre otras razones por el estigma asociado al aborto.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como del Reglamento (de la UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de abril de 2016, relativo a las personas

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos ("RGPD"). Además del cumplimiento específico de custodia y protección de datos referidos a la IVE que exige la LO 2/2010 y el RD 825/2010 de 25/06/2010, se tendrán en cuenta los siguientes pasos:

1. La clínica dispondrá de un sistema que archiva los datos personales de las mujeres y emite un código para poder acceder a los mismos; es decir, el programa permitiría a cualquiera introducir datos y generar códigos nuevos, pero no acceder a los datos archivados, excepto personal autorizado mediante contraseña. En el caso de las mujeres derivadas por el sistema público de salud, se puede utilizar el código de derivación, si existe. Ya que ello ayuda a la trazabilidad del proceso.

2. El código deberá ser utilizado, en sustitución de los datos de la mujer, en todo documento, físico o virtual, que se genere en la clínica. Las mujeres serán identificadas en todo el proceso por este código en lugar de por nombre y apellidos.

3. Entiende la Ley por datos identificativos de la usuaria, los siguientes:

- Nombre y apellidos.
- Domicilio.
- Número de teléfono, dirección de correo electrónico.
- DNI o equivalente (pasaporte, tarjeta de residencia...).
- Cualquier otro que revele su identidad física o genética.

4. No se podrán usar los datos de la usuaria para ninguna actividad comercial o promocional. La mujer tiene derecho a la cancelación y/o modificación de sus datos personales,

pero ese derecho está condicionado y/o limitado por la obligación de la clínica de conservar cinco años la historia clínica. Esta información se hace constar en el documento de consentimiento informado que firma la usuaria y se le explicará verbalmente si ella lo desea, así como, se le aclararán las dudas que pueda tener al respecto.

5. La solicitud por parte de la mujer de acceder a su historia o de obtener copias de la misma, siempre deberá realizarse por escrito y acompañando fotocopia del DNI o documento que la identifique, debiendo dejar tal solicitud, así como, la copia del DNI y el recibo de haber atendido la solicitud de acceso, en la propia historia, dentro del sobre precintado. El centro deberá entregar la documentación solicitada en un plazo de 15 días (según marca la ley). En caso de que se realice la solicitud a través de representante legal, además del DNI o pasaporte del titular de la historia médica, debe adjuntarse el DNI o pasaporte del representante y documento acreditativo de dicha representación. También podrán acceder a la historia clínica un/a representante legal o apoderado/a, debidamente acreditado/a y en caso de fallecimiento, por persona vinculada a ella por razones familiares o de hecho (art. 18 de la Ley 41/2002).

Caso de recibir la solicitud de la mujer por correo/burofax, al que deberá acompañar copia de su DNI o documento que la identifique, se le remitirá la misma, mediante correo certificado con acuse de recibo, a la dirección postal que figure en el DNI o, en su caso, a la que figure en los archivos de la clínica.

6. Con los datos personales de la mujer se genera un archivo codificado donde consta el código asignado.

7. En el exterior del archivo en el que se guarde la historia clínica no aparecerá ningún dato personal de la mujer.

8. En un archivo aparte se guardarán todos los documentos relacionados con la mujer, en los que figure cualquier dato personal de esta.

9. Salvo solicitud expresa y escrita de la mujer, familiares en caso de fallecimiento o requerimiento judicial, NADIE, excepto el personal autorizado del centro concertado, tendrá acceso a la totalidad de la historia clínica.

10. Si hay que facilitar información a otro centro médico que este atendiendo a la mujer, se le proporcionará solamente la necesaria para que pueda ser atendida de forma adecuada y previa solicitud escrita (fax, e-mail, etc.)

Procedimiento a seguir en cuanto a garantizar el derecho a la información.

Las clínicas tienen establecido un protocolo interno por el que se garantiza a las mujeres la información respecto a las pruebas diagnósticas, tratamiento y procedimientos médicos y/o instrumentales que se les vaya a realizar. Cada caso es valorado por el equipo multidisciplinar.

Asimismo, se le informará también cuando exista una imposibilidad por parte de la clínica de atender su demanda, dándole información de otros centros, si existieran, donde sea posible satisfacerla.

El personal que atienda a la mujer en la primera entrevista le informará del circuito a seguir, del tiempo necesario en cada fase del proceso, de las cuestiones técnicas, legales, de sus derechos, obligaciones, así como, de los posibles imprevistos que puedan surgir.

En las consultas médicas y de enfermería se informará a la mujer de los diferentes procedimientos de IVE y de las alternativas para el tratamiento del dolor, firmando la usuaria el documento de consentimiento informado. En el caso de menores de 18 años o mujeres bajo custodia, sus representantes legales, padre y/o madre, personas que ostenten la patria potestad o las personas tutoras, según proceda recibirán información y firmarán conjuntamente dicho documento, la mujer y su representante legal.

Apertura de historial clínico. Datos personales

Cuando la mujer acude bien a solicitar cita o el día de la misma, se registran una serie de datos que se recogen y archivan siguiendo los criterios antes descritos.

En caso de ser usuaria anterior, se modifica la edad y se comprueba que los datos de contacto no han cambiado.

Una vez generada la historia clínica completa, se obtienen tres archivos diferentes:

1. El codificado, donde constan los datos personales de la mujer.
2. Todos los documentos generados, cuya única identificación sea el código.
3. Todos los documentos relacionados con la mujer que contengan datos identificativos de la misma. Se consideran datos identificativos: nombre, apellidos, domicilio, n.º de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, DNI o equivalentes o cualquier otro que revele su identidad física o genética.

Estos archivos se guardarán por separado. Todos ellos pueden estar bien en papel, bien informatizados o en ambos formatos.

En cualquier caso, independiente-

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

mente de la forma de archivo, ninguna carpeta, sobre, archivador, etc., que contenga datos codificados tendrá ninguna identificación personal que no sea el código.

10.1.3 SUBPROCESO
HISTORIA CLÍNICA. INCLUSIÓN EN UNO DE LOS REGÍMENES EN QUE SE PRACTICA IVE. CONSENTIMIENTOS.

Historia clínica completa.
Historia social.

Para valoración de criterios sociocul-turales se recaba: edad, responsa-bilidad en los cuidados posteriores, comprensión de los mismos, teléfono, distancia al hospital, transporte, etc., algunos de ellos son requisitos necesarios en regímenes ambulatorios.
Se informa del procedimiento, del circuito de tratamiento y del tiempo aproximado de estancia en el centro, se resuelven las dudas sobre dicho tratamiento y otros interrogantes que pueda plantear la usuaria.
Se cumplimenta el formulario con los datos sociales y epidemiológicos de la mujer, facilitado por el Ministerio de Sanidad, cuya copia será remitida al organismo correspondiente, al objeto de efectuar el correspondiente control estadístico.

Historia clínica médica.

A. Se recogen **datos** sobre:
- Antecedentes médicos familiares y personales.
- Enfermedades y/o medicación actual.
- Cirugía anterior.
- Antecedentes de anestesia local u otro tipo de sedación o anestesia.
- Alergia a medicamentos.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Antecedentes anticonceptivos.
- Rh, en caso de no saberlo se le realiza.

B. Para valorar criterios del procedimiento:

. Se realiza **ecografía** para comprobar que la gestación es intrauterina, no molar, y determinar las semanas de gestación.

. Al mismo tiempo se realiza **exploración** gineco-obstétrica, para descartar patologías o anomalías del tracto genital, que impidan realizar la técnica elegida (miomas, malformaciones del tracto genito-urinario, etc.).

Con esta información conoceremos si las mujeres son subsidiarias de ser atendidas bien en régimen:

- **Ambulatorio en centros de hasta 14 semanas y que no implique alto riesgo**, teniendo en cuenta los criterios quirúrgicos de Davis (I y II) y si son mujeres sanas o con enfermedades asociadas moderadas: diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada etc. Según los criterios de la sociedad norteamericana de anestesiología ASA, estarían incluidas las categorizadas en los niveles ASA I y II, siempre que estén embarazadas de catorce semanas o menos.
- **Ambulatorio en centros de hasta 14 semanas o más y/o que implique alto riesgo,** que es el régimen que se adopta cuando el embarazo es superior a 14 semanas, y los cuidados posteriores son cortos, pero más prolongados y con personal más especializado que en el apartado anterior. Incluiría los procedimientos integrados en el nivel II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis (cuidados postoperatorios). Y son mujeres categorizadas ASA I y II y en algunos casos hasta nivel III.
- **Hospitalario,** si está indicada la microcesárea o mujeres categorizadas ASA III (según los casos) o más.
- En el caso de que la opción sea el **método farmacológico** precoz, habrá que tener en cuenta que la gestación no supere las 9 semanas de embarazo y no esté contraindicado.

Para los regímenes ambulatorios, habrá que tener en cuenta criterios socioculturales, edad, vivienda, teléfono, transporte, comprensión de los cuidados post-operatorios, etc.
Con todos estos datos se informa a la mujer sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo indicándole las ventajas, los inconvenientes y los riesgos de cada uno para que esta información le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Así mismo se le informa de las consecuencias de la prosecución del embarazo. La información debe ser comprensible y adecuada a sus necesidades.

Una vez informada, verbalmente y por escrito, se le ofrecerá ampliar la información o responder a cualquier duda que plantee sobre el particular, tras lo cual se le recabará su consentimiento que deberá prestar por escrito suscribiendo **el correspondiente documento de "consentimiento informado", acorde con el método y con la anestesia o sedación elegidas, según los modelos que se acompañan en los anexos**.
Los consentimientos informados se suscribirán de acuerdo a la edad y situación físico/ mental de la mujer.

Toda vez que se reúnen todos los requisitos médicos, documentales y administrativos, se conduce a la mujer al área de intervención si la

elección es el aborto instrumental. En el caso de que la elección sea el método farmacológico, el/la médico/a inicia el tratamiento. En el caso de una intervención en dos tiempos, se realiza la primera consulta y se cita para la segunda.

Si por alguna circunstancia no fuera posible realizar el aborto en el centro en el que se le ha atendido, se le dará información sobre las posibles alternativas y si lo desea se ayudará a la mujer a concertar una cita con el centro correspondiente. Si la clínica está capacitada para atenderla, pero no es posible el día de la cita (no se ve el embarazo, etc.), se concertará una nueva.

10.2

PROCESO 2: TRATAMIENTO. PROCEDIMIENTOS DE IVE.

10.2. 1 SUBPROCESO PREOPERATORIOS.

Hasta 14 semanas y que no implique alto riesgo.

Hasta 14 semanas sin que implique alto riesgo, no son necesarias pruebas complementarias específicas, excepto conocer el Rh, pero se comprobará que se ha realizado historia médica completa para descartar patologías, alergias, etc.

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

No obstante, se comprobará que:

- Se cumplen los requisitos legales.
- La mujer ha sido informada y ha firmado el/los consentimientos/s necesarios.
- Que en su historia clínica no aparece ninguna contraindicación para la técnica elegida.

Más de 14 semanas y/o que implique alto riesgo...

Previo a la intervención se realizará:

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

según viene descrito en el apartado de "inducción".

Asimismo, se comprobará que:

- Se cumplen los requisitos legales.
- La mujer ha sido informada y ha firmado el/los consentimientos/s necesarios.
- Que en su historia clínica no aparece ninguna contraindicación para la técnica o la analgesia-anestesia elegida.

10.2.2 SUBPROCESO TÉCNICAS DE IVE.
10.2.2.1 Hasta las 14 semanas y que no implique alto riesgo.
Dilatación y Aspiración.

1. Contraindicaciones.

A. Ginecosbtétricas:

• Patologías o malformaciones cérvico-uterinas que impidan el acceso a la cavidad uterina.

B. Médicas:
• Mujeres que no están incluidas en los criterios ASA I Y II.

2. Instrumental necesario.

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

3. Descripción de la técnica.

Primero se realiza lavado y antisepsia correcta de manos. En nuestra práctica, como realizamos una intervención por vía vaginal y se mantiene la integridad de la piel, solo es necesario realizar para la higiene y desinfección de las manos del personal sanitario, una descontaminación rutinaria, usando solución de base alcohólica o lavando las manos con agua y jabón no antiséptico.
Los/as médicos/as que realizan la intervención utilizan guantes estériles y el resto del personal sanitario guantes no estériles que se cambian con cada usuaria.
La preparación cervical farmacológica (misoprostol) o mecánica (dilatadores osmóticos) previa de rutina no es imprescindible. Algunos profesionales la utilizan en determinadas circunstancias, como embarazos de más de 12 semanas, en las situaciones en las que la dilatación cervical pueda ser dificultosa, etc.
La medicación previa utilizada más habitualmente es la analgesia con derivados AINES, excepto en los casos de alergia, por diferentes vías (oral, iv e im). Algunos centros además añaden atropina, ansiolíticos, profilaxis antibiótica y en gestaciones de más de 12 semanas, uterotónicos.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

No es necesario limpiar la vagina con antisépticos, la limpieza con una gasa es suficiente y puede estar humidificada con suero fisiológico para que no resulte molesto.
La reducción de la infección después de aspirar al vacío se logra usando instrumentos correctamente desinfectados o esterilizados, administrando antibióticos profilácticos, y usando la técnica de "sin tocar" (1,36). La técnica de no tocar significa que las piezas de los instrumentos que ingresan al útero no deberían tocar objetos o superficies que no sean estériles, como las paredes de la vagina, antes de introducirse.

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

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

Monitorización. Toma de tensión arterial, niveles de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca. Se realiza lectura de los mismos en un monitor. Se practica la intervención bajo visión ecográfica en tiempo real.
Colocación de valvas y visualización de cuello uterino. Se sujeta el cuello uterino con la pinza de pozzi, con una tracción continua y controlada. Se coloca la anestesia local paracervical (2, 4 ó 5 puntos), intracervical o de uterosacros y se espera de uno a tres minutos.

En la dilatación mecánica o instrumental utilizamos dilatadores metálicos o flexibles, se utilizan de menor a mayor o progresivos, hasta el número que corresponda con las semanas de gestación o una menor. En algunas circunstancias la dilatación es dificultosa y se dilata por debajo de la edad gestacional en más de una semana o si por el contrario es fácil y el cuello lo permite, se puede dilatar en una semana más con lo que la aspiración será más rápida.

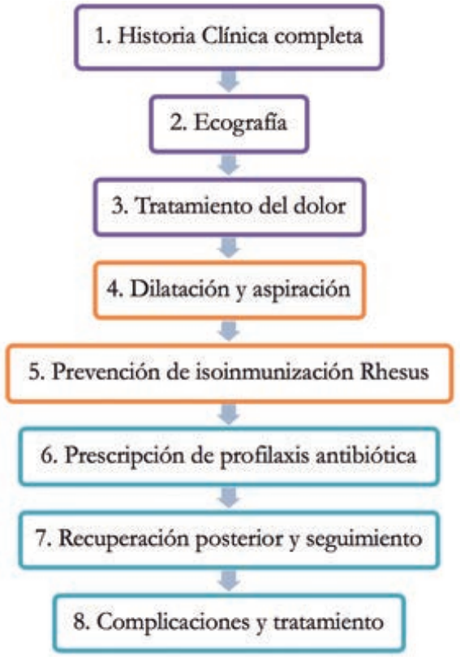
La aspiración se realiza con cánula rígida o flexible, se coloca en el manguito y se introduce en la cavidad uterina sin forzar y hasta fondo uterino, se conecta el aparato de vacío que actúa con presión negativa 600 y 700 milibares con el pedal y se inicia la aspiración con movimientos de dentro a fuera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

La ecografía se utiliza durante todo el tiempo que dura el procedimiento y por tanto con ella aseguramos no lesionar en la dilatación y comprobamos

la vacuidad del útero. Al finalizar, recogemos imagen ecográfica con el útero vacío.
Se retira instrumental y se comprueba si sangra.

En algún momento del procedimiento, si no se ha realizado anteriormente por otro motivo y dentro del plazo efectivo según ficha técnica, se administra gammaglobulina anti D a las mujeres RH negativo. En el caso que la mujer rechace ese tratamiento firmará un documento de revocación.
Tratamiento del dolor. Se realiza con los medicamentos y técnicas que se describen a continuación o con combinación de varios procedimientos que es lo más habitual:

- Derivados de los AINES, si no están contraindicados.
- Anestesia local.
- Sedación consciente, superficial/moderada y anestesia general. Con óxido nitroso inhalado, (Kalinox®), midazolam iv, propofol iv o combinaciones de los mismos.
- Analgésicos posteriores a demanda.



Manejo clínico del Aborto Instrumental. Técnica de Dilatación y Aspiración

10.2.2.2 Hasta las 9 semanas y que no implique alto riesgo.

Dilatación y Aspiración.
Descrita en el apartado anterior

Aborto farmacológico precoz.

PRIMERA VISITA

Al tratarse de un procedimiento con medicamentos, se debe valorar si la mujer presenta alguna de las contraindicaciones absolutas o relativas para el uso de ambos fármacos. A continuación, se describen tanto las contraindicaciones absolutas como relativas:

Contraindicaciones absolutas:

1. Hipersensibilidad a la mifepristona y/o misoprostol.
2. Sospecha o diagnóstico de embarazo extrauterino.
3. Embarazo molar.
4. Porfiria hereditaria.
5. Insuficiencia suprarrenal crónica.
6. Asma grave, que no se consigue controlar con tratamiento.
7. Coagulopatías y trastornos hemorrágicos.
8. Portadora de DIU porque no fue posible su extracción.
9. Anemia grave. Hemoglobina menor de 9 g/l.

Y se valorarán individualmente las contraindicaciones relativas:

1. Anemia con Hemoglobina mayor de 9 g/l, si el sangrado es importante.
2. Enfermedad cardiovascular establecida o riesgo de ella.
3. Tratamiento de larga duración con corticoides.
4. Epilepsia o antecedentes de epilepsia.
5. Lactancia materna. Ambos fármacos pueden pasar a la leche materna y los efectos son inciertos por lo que conviene evitarlos.
6. Capacidad de comprensión del procedimiento y posibilidades de estar acompañada y a menos de media hora de un centro sanitario y con capacidad de traslado al mismo.
7. Se realiza ecografía para confirmar que el embarazo es de 9 semanas o menos, que es intrauterino y no molar.

Dosis y vías de administración:
En la mayoría de las clínicas utilizan el siguiente protocolo, aunque con ligeras variaciones:

En la primera cita se explica exhaustivamente el proceso y se procede a la toma por vía oral de un comprimido de mifepristona (200mg), aunque no es incorrecto administrar 600mg (publicaciones en internet

avaladas por la casa farmacéutica), la experiencia demuestra que con 200mg se consigue el efecto adecuado y se reduce la medicación (15,16).

A continuación, se dan por escrito instrucciones sobre lo esperable: sangrado, dolor, efectos secundarios de los medicamentos...y se le proporciona la medicación para los días posteriores si la segunda parte del tratamiento la va a realizar en su domicilio (17).
Se indica asimismo la vía y la dosis de misoprostol. La vía de administración más habitual es la vaginal o la bucal.
Esta parte del tratamiento la realizará entre las 24 y 48 horas posteriores a la toma de mifepristona, en la clínica o en su domicilio según deseos de la mujer o por indicación médica.
La dosis varía según los profesionales, pero la más ampliamente utilizada es la de 800 µg.

Se le instruye sobre las posibles causas de alarma y de nuestra disponibilidad para atenderla telefónicamente (o en la clínica si fuera necesario) durante todo el proceso.

Se le entrega receta de la medicación complementaria, como analgésico tipo AINES, más un opiáceo suave (tramadol o codeína con o sin paracetamol) o cualquier otro analgésico si a estos presenta alergia, antieméticos etc.
Todo esto queda reflejado en un documento que se le entrega a la mujer, así como, un teléfono de contacto de 24 horas.

Si la mujer es Rh negativo, se administra la vacuna Anti-D.

Para finalizar, se le cita para una próxima consulta. Habitualmente dicha cita será a partir de los 15 días. Se le explica que esta cita es obligatoria ya que es importante comprobar el éxito del proceso, es decir el aborto completo.

SEGUNDA O TERCERA VISITA

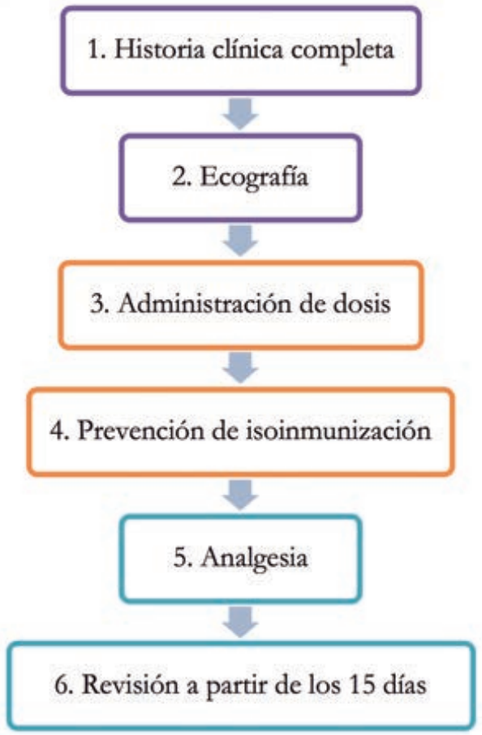
Según la mujer haya utilizado el misoprostol en su casa (2ª visita) o en la clínica (3ª visita). Se realiza a partir de los 15 días.

La revisión en este caso es obligatoria por el índice de fracaso de este método, según la OMS oscila entre el 2% y el 5%. Según estudio ACAI, puede llegar al 8%. Considerando fracaso del método cuando se tiene que aspirar.
En ella se recogen los síntomas acaecidos y actuales, así como, efectos secundarios y se realiza ecografía.

Comprobamos que el útero está vacío y contraído. En muchas ocasiones, ecográficamente en esta cita, no se aprecia un endometrio lineal, pero se considera que una imagen mixta intrauterina de no más de 15 mm. es normal y se puede dejar evolucionar hasta la expulsión completa en la siguiente menstruación. Si la mujer sigue sangrando y se observan restos en cavidad, se realiza, siguiendo criterios médicos y la propia voluntad de la mujer, una aspiración o se le administra una nueva dosis de misoprostol, 400 mg. Si la segunda opción es la elegida se le cita de nuevo en el centro.

Durante todo el proceso si se presentan complicaciones como sangrado intenso y/o dolor que no cede con analgésicos, se realiza aspiración.

Se le prescribe método anticonceptivo si no se realizó en la primera visita.



Manejo clínico del Aborto Farmacológico Precoz

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

10.2.2.3 Más de 14 semanas y/o que implique alto riesgo.

Aborto Instrumental.

Dilatación y Aspiración

Ya descrito

Dilatación y Evacuación

Contraindicaciones

A. Ginecosbtétricas:

• Patologías o malformaciones cérvico-uterinas que impidan el acceso a la cavidad uterina.

B. Médicas:

• Mujeres no incluidas en los criterios ASA I, II y III (con restricciones).

Preparación cervical

En ambos casos se realiza siempre con preparación cervical. Esta se lleva a cabo con dilatadores osmóticos naturales (laminaria) o sintéticos (Dilapan®) o sustancias químicas (misoprostol), con las que se ablanda y se dilata el cérvix antes de la intervención. Esta preparación cervical se realiza preferentemente con misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual o rectal. La dosis y la elección de la vía de administración dependen de las semanas de gestación, de la paridad, del efecto que se quiera conseguir y del criterio facultativo, ya que cada vía presenta diferente farmacocinética y efectos colaterales más o menos molestos. El misoprostol, si bien no está totalmente contraindicado en mujeres con cirugías uterinas previas, sobre todo cesáreas, se debe usar con precaución en estos casos. Es por esto que, ante situaciones de cirugía uterina previa, se usan bajas dosis de misoprostol y se complementa con dilatadores osmóticos, ya que altas dosis podrían provocar rotura uterina o dehiscencia de la cicatriz (38). Los dilatadores osmóticos pueden ser usados también como coadyuvante del misoprostol, sobre todo en nulíparas y en mujeres que no responden convenientemente al mismo.

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

Intervención

1. Colocación de espéculo y visualización del cérvix. Se puede realizar limpieza vaginal, perineal, vulvar y cervical previa con soluciones antisépticas de uso quirúrgico, aunque no es imprescindible (se explica anteriormente). Esto queda sujeto a criterio facultativo.

2. Monitorización.

3. Canalización de una vía venosa. Con catéter de vía periférica, con suero. El tipo de suero varía en función de la usuaria, aunque lo más frecuente es que se use glucosalino.

4. Medicación. Basándose en las características, la evolución de la mujer y según criterios médicos, se pueden administrar diferentes fármacos, como atropina para evitar las consecuencias de las reacciones vagales y AINES como analgésico. En casos excepcionales y según criterio médico se administra antibioterapia intravenosa.

5. Sedación. Para la sedación o para la anestesia general se administran según protocolo del o la anestesista, compuestos como propofol y/o alfentanilo. La anestesia se puede complementar con mascarilla facial y un sistema de vaivén con circuito semiabierto, administrándose una mezcla gaseosa de oxígeno/óxido nitroso en una proporción de un 50%.

6. Anestesia paracervical. Intracervical o uterosacra: igual que la descrita anteriormente.

7. Pinza de cuello. Se pinza el cuello con pinza de pozzi o atraumática para poder traccionar y rectificar el útero, se controla con ecografía abdominal. Para realizar extracción instrumental se usa una técnica modificada en la que se deprime el periné para poder traccionar el útero y situar el orifico cervical externo a nivel del introito. Separando las paredes de la vagina con una valva. Luego se pinza el labio posterior del cérvix con una pinza atraumática y se tracciona caudalmente hasta situar el orificio cervical externo a nivel del introito y se le mantiene en esta posición con unas pesas que ejercen fuerza sobre la pinza atraumática.

8. Dilatación cervical. Mediante dilatadores semirrígidos o rígidos de diferentes diámetros y/o progresivo, según el criterio del/la facultativo/a que va a realizar la intervención. Por lo general el dilatador usado corresponde a un n.º menos (en mm) a las semanas de gestación y coincide con el n.º de cánula a usar. Algunos/as especialistas a partir del n.º 10 usan dilatadores o cánulas dos o tres números por debajo de la correspondencia en semanas, si por el contrario, el cuello lo permite, se puede dilatar

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

en una semana más con lo que la aspiración será más rápida.

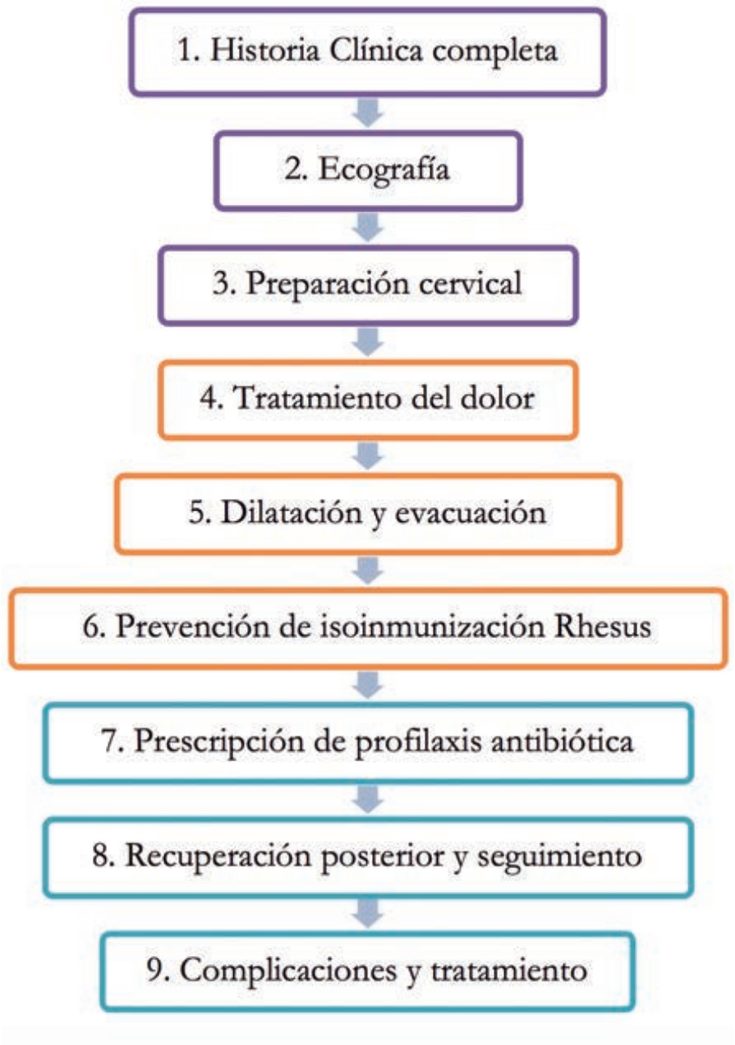
9. Evacuación del contenido uterino. Se realiza mediante:
   - Aspiración con seguimiento ecográfico intraoperatorio, hasta evacuar totalmente el contenido del útero. Ya explicado anteriormente.
   - Extracción instrumental. Mediante el uso de pinzas de evacuación ovular especialmente diseñadas para este propósito, se procede a la evacuación uterina. Este procedimiento se realiza en todo momento bajo visión ecográfica y una vez terminado, se puede realizar una aspiración hasta notar que la cavidad uterina esté totalmente vacía.

10. Medicación intraoperatoria posterior. Se administran uterotónicos por vía endovenosa y/o intramuscular. Se usa methilergometrina sola, oxitocina sola o combinadas en suero de perfusión en dosificaciones variables según criterio médico. Por encima de 16 semanas generalmente se administra una perfusión de 20 a 40 UI de oxitocina por vía endovenosa, en un suero glucosado o glucosalino de 500 cc, a pasar en un periodo aproximado de 1 hora, aunque esto puede variar según criterio médico.

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

12. Paso a la sala de observación postoperatoria o a una habitación.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.



Manejo clínico del Aborto Instrumental. Técnica de Dilatación y Evacuación.

Aborto farmacológico tardío. Inducción farmacológica.

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

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

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

Esta técnica es eficaz en cualquier momento del embarazo, aunque más larga que el aborto instrumental y con más impacto emocional sobre la usuaria, por lo que las técnicas instrumentales son las consensuadas internacionalmente, por tener menos efectos secundarios, menos complicaciones y preferidas por las mujeres. Algunos profesionales usan la inducción en embarazos de 18 a 22 semanas, dependiendo de la práctica en técnicas instrumentales del profesional que practica la intervención.

El uso de esta técnica presenta algunas contraindicaciones:

A. Ginecosbtétricas:

Absolutas:

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

Relativas:

- Cirugía previa uterina con entrada en cavidad endometrial, incluyendo casos con más de una cesárea anterior (38). Los casos de cesáreas anteriores se valorarán individualmente, según semanas de gestación, número de cesáreas, tiempo transcurrido desde la misma etc. Se excluirán mujeres con una sola cesárea, pero con signos ecográficos de mala cicatrización de la misma y mujeres con cuellos muy desfavorables sin partos vaginales previos.
- Valorar también nulíparas de más de 40 años con cuellos desfavorables.

B. Médicas:

- Alteraciones de la coagulación. Contraindica la intervención si el TP y el TTPA presentan alteraciones de un 20 % por encima del límite superior.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

- Enfermedades cardiorrespiratorias descompensadas.
- Alergias conocidas a cualquiera de los medicamentos utilizados (se valorará la posibilidad de usar fármacos alternativos).
- Anemia (hemoglobina por debajo de 9 g/l).
- Para la administración de mifepristona se tendrán en cuenta las contraindicaciones absolutas de esta. Ya descritas en el apartado del aborto farmacológico precoz. En este caso se podrá prescindir del uso de este fármaco y realizar la inducción con prostaglandinas o análogos exclusivamente. Habrá que tener en cuenta también que los corticoides pueden disminuir el efecto de la mifepristona por lo que habrá que ajustar la dosis.

Una vez realizada la historia clínica y si procede el aborto, por regla general se administrará a la usuaria un comprimido de mifepristona 24 a 48 horas antes de la inducción, aunque en algunos casos por criterio facultativo se prescindirá de ella.

Se puede usar como premedicación, un ansiolítico la noche previa a la intervención y otro al levantarse el día de la cita y misoprostol que deberá introducirse en la vagina unas horas antes de la llegada a la clínica. La necesidad de utilizarlo o no (por las características de la mujer, el embarazo, medio de transporte, etc.), la dosis y el tiempo previo de la administración de misoprostol será variable, según criterio facultativo. También se le informará que debe mantener ayuno absoluto 6 horas antes de su ingreso.

La inducción se llevará a cabo en el centro con comprimidos vaginales de misoprostol en dosis e intervalos dependiendo de la respuesta individual de cada mujer. La pauta más habitual son 400 ó 600 µg cada 3 ó 4 horas hasta la expulsión. La vía vaginal se ha demostrado la más eficaz y con menos efectos colaterales para la práctica de abortos farmacológicos tardíos y la preparación cervical para los abortos instrumentales. (1,2,3,4,5).

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

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

En casos excepcionales y según criterio

médico, se administra antibioterapia intravenosa.

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

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

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

Con control ecográfico transabdominal se asegura que el útero está vacío. En caso de retención de restos se procederá a su evacuación instrumental o por aspiración.

Una vez que haya terminado este procedimiento, se revisará el estado del cérvix uterino y la vagina para descartar cualquier desgarro que requiera reparación quirúrgica ginecológica.

Además, en la mayoría de los casos, tras la expulsión de la placenta se procede a aspiración decidual para prevenir la retención de restos.

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

Tratamiento postaborto inmediato:

Instaurar una infusión de oxitocina en 500 cc de suero glucosado después del final del aborto, o mantenerla, si ya estaba indicada. Administrar metilergometrina maleato im o iv inmediatamente tras la expulsión de la placenta o de los últimos restos y la realización de la aspiración.

En caso de hipotonía se puede usar, en casos leves, 10 UI de oxitócicos en bolo

endovenoso y en casos severos PGF2 alfa (Hemabate®) intramuscular uterino o 400 mg de Misoprostol via rectal.

Manejo clínico del Aborto Farmacológico Tardío. Inducción Farmacológica.

10.2.3 SUBPROCESO RECUPERACIÓN POSTERIOR. CONTROLES Y MEDICACIÓN

Tras el procedimiento de IVE la mujer permanece en el área de recuperación posterior o área de adaptación al medio (URPA). Se realiza control de constantes vitales, se toma la tensión arterial y el pulso, se realiza seguimiento del dolor, sangrado, alergias medicamentosas y control de recuperación de la sedo-analgesia, según criterios de Chung-Alderete (Anexo 8). El tiempo de observación después del procedimiento depende de la técnica usada, de la analgesia/anestesia elegida, de las semanas de gestación, del estado de salud y/o emocional de la usuaria y de si se han producido complicaciones o no, pero suele oscilar entre 15 minutos y 2 horas.

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

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

1. Receta con tratamiento médico antibiótico, si no se ha administrado previamente. Este tratamiento debe cubrir las infecciones por clamidias trachomatis, las pautas más utilizadas son azitromicina 1gr monodosis o doxiciclina 100 mg cada 12 horas, durante 5 días y si es alérgica a estos medicamentos, se le prescribe pantomicina de 500 mg vía oral cada 8 horas durante 7 días. En caso de confirmación o sospecha de ITS, se prescribirá el tratamiento pertinente. Y metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 5 días si se sospecha vaginosis bacteriana (44).

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

3. Documento con las recomendaciones de cuidados después de la intervención y síntomas clave: dolor, sangrado y fiebre a consultar telefónicamente a la clínica si aparecen.

4. Teléfono de contacto 24 horas. Este seguimiento diferido puede ser programado o cuando la mujer presenta dudas o problemas. Se recomienda informar y/o recomendar y/o prescribir método anticonceptivo.

10.2.4 SUBPROCESO COMPLICACIONES

Complicaciones del método instrumental

El aborto provocado es uno de los procedimientos más seguros de la práctica médica actual. Con una tasa de mortalidad menor de 1 por 100.000, las complicaciones que requieren hospitalización son de 0,7 por 1000 (25). Las complicaciones aumentan con la edad gestacional, cuando concurren otras patologías y disminuyen con la experiencia del personal que lo practica. Paradójicamente, los abortos realizados en hospitales presentan tasas más altas de complicaciones que los realizados en centros especializados ambulatorios, en parte porque asumen casos de más riesgo y edad gestacional más elevada y en parte por menor experiencia en aborto provocado (atienden menos casos) (25,27).

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

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

Las complicaciones que ocurren en el momento del procedimiento o en el tiempo de observación o recuperación posterior son inmediatas y las otras tardías o diferidas. Habitualmente las complicaciones mayores son inmediatas (no así la EPI) y las menores pueden ser tanto inmediatas como tardías.

Las **complicaciones menores** más frecuentes son: reintervención o evacuación uterina por presistencia de restos y hematometra, desgarro cervical, adherencias cérvico-uterinas y perforación uterina no complicada, **las mayores**: cirugía no prevista, transfusión sanguínea y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Según la literatura médica consultada las infecciones, hemorragias, hematometras y retención de restos son las más comunes (26,35). En la experiencia profesional de los centros acreditados se encuentran muy pocos casos de infecciones. También se dan pocos casos de hemorragias, siendo la hematometra la complicación

más frecuente, seguida con bastante diferencia por la retención de restos.

Las hematometras por retención de coágulos en cavidad, así como la fiebre de 24-36 horas de evolución, más que como complicaciones se podrían clasificar como evolución desfavorable sin más. Las hematometras se suelen presentar entre los 3 y 6 días tras la IVE, con dolor hipogástrico tipo menstrual y con sangrado escaso o sin él. A veces a las pocas horas de estos síntomas se expulsan coágulos que pueden alarmar a la mujer, pero si se dejan evolucionar suelen ceder en pocas horas. Se puede recomendar ergotamina tabletas o misoprostol, durante 24 horas, para facilitar las contracciones y que se expulsen totalmente y no queden de cuerpo extraño alargando el proceso fisiológico de expulsión. Se asocian analgésicos para mitigar el dolor.

Cuando no se expulsan, el dolor va en aumento por la distensión uterina. En estos casos suele ser necesaria la evacuación uterina, aunque a veces, se pueden resolver con tratamiento médico. El dolor se puede controlar con un analgésico tipo AINES cada 8 horas y hioscina n-butil bromuro, metamizol o paracetamol cada 8 horas alternándolos.

Las complicaciones asociadas a la reproducción posterior, presentan cifras muy bajas en los países como el nuestro dónde el aborto es legal y se realiza un buen tratamiento clínico del mismo (28).

Complicaciones inmediatas.

Las complicaciones inmediatas del primer trimestre en nuestra experiencia son muy escasas y de producirse, se suelen resolver una vez detectadas en ese momento y sin consecuencias. En el segundo trimestre sobre todo por encima de las 18 semanas son algo más frecuentes (22).

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

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

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

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

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

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

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

Los desgarros uterinos son poco frecuentes y se resuelven en la mayoría de los casos con una hemostasia por compresión y en raras ocasiones necesitan sutura.

Hemorragias

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

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

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

Cuando se sospecha la presencia de atonía es útil el masaje uterino y el uso de uterotónicos. Oxitocina iv más metilergometrina im y misoprostol 400 mg rectal o sublingual, así como, la prostaglandina PGF" ∞ (Hemabate®).

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

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

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

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

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

Otras complicaciones:

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

Complicaciones diferidas

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

Complicaciones del método farmacológico precoz

Muchas de las complicaciones, al igual que en el aborto instrumental, más que complicaciones se corresponden con síntomas habituales en un proceso de aborto por este procedimiento, como son: sangrado mayor que la menstruación y dolor.

Excepcionalmente puede aparecer endometritis o un sangrado tan profuso que necesite transfusión sanguínea. Se han publicado algunos casos en el mundo de muerte posaborto farmacológico por sepsis por clostridum.

Otras complicaciones que suponen entre un 2 a un 5% según la OMS y hasta un 8% según ACAI son: embarazo evolutivo, persistencia de restos o hemorragia que obligan a una evacuación instrumental.

Otros síntomas son efectos secundarios de la medicación utilizada, como son: náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, aumento de la temperatura e hipotensión arterial.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

10.3

PROCESO 3: ATENCIÓN POSTERIOR A LA IVE

10.3.1 SUBPROCESO SEGUIMIENTO POST-IVE

Instrumental y Farmacológico.

La mujer recibe las instrucciones a seguir en su domicilio para el periodo posterior a la intervención. No obstante, se pueden plantear dudas, situaciones que sean vividas como una situación de urgencia o que, aunque ocasionales, sean realmente una urgencia; para lo cual disponemos de un servicio telefónico las 24 horas.

A continuación, describimos las situaciones más frecuentes que pueden presentarse tras una IVE y que representan las consultas más habituales, manifestadas a través de nuestras líneas telefónicas. Se describen también las pautas de actuación en cada una de ellas:

• Dolor:

El personal sanitario formula una serie de preguntas a la mujer para valorar características e intensidad del dolor. Se deber averiguar si el dolor, independientemente de la intensidad, se parece al de una menstruación. En ese caso se tranquilizará a la mujer explicándole (aunque ya se le habrá explicado en la charla final el día de la intervención) que, tras el aborto, el útero realiza contracciones que si tienen la suficiente intensidad se denominan entuertos. Si bien son incomodas, no son peligrosas y se pueden tratar con el analgésico que utilice habitualmente para sus molestias menstruales, iniciándolo en ese momento e instaurando una pauta durante 24 horas con una periodicidad establecida según la farmacocinética del medicamento (ibuprofeno 600 mg cada 6 u 8 horas y si tiene menstruaciones dolorosas el analgésico que ella utilice).

Un dolor típico es “una especie de calambre” en las piernas en las mujeres que están con ergóticos. En ese caso se suprimen estos, explicando que se prescriben como prevención del sangrado excesivo, pero que no son imprescindibles, por lo que si su pérdida hemática es normal estos se pueden suprimir.

Otro dolor posible es el epigastrálgico, por mala tolerancia gástrica a los antibióticos, en este caso se suprimen explicando que son preventivos y no imprescindibles, si se considera necesario se prescribe un protector gástrico. En el caso de que el dolor sea distinto al menstrual se debe ponderar (si es posible telefónicamente) su procedencia, pero si ello no es posible, se le debe indicar que acuda a la clínica y si su domicilio está lejos, se envía de urgencia al hospital más próximo que tenga consulta de ginecología, por si hay una relación causal con el procedimiento de IVE.

• Sangrado:

Es lógico que las mujeres después de un aborto provocado presenten pérdidas intermitentemente durante unos días, principalmente en los primeros 15 días, pero mientras estas sean iguales o inferiores a una menstruación, se considera normal. En ocasiones estas pérdidas son en forma de coágulos, si estos coágulos son de color negro y en forma de salvas que duran unas pocas horas o incluso una sola vez, podemos considerar que es normal, se trata de la expulsión de una hematometra. No obstante, es algo que angustia a las mujeres y a sus familiares, pues va acompañado normalmente de dolor y sangre roja, que, aunque por cantidad no alarmaría a un/a profesional, puede suscitar preocupación a la usuaria.

En estos casos se debe tranquilizar a la mujer o a quien consulte, anticipándose en la descripción de lo que sucede al interlocutor, pues ello tranquiliza mucho. Se le explica el proceso de expulsión y el por que de una hematometra, se suele recomendar un comprimido cada 8 horas de metilergometrina (Methergin), durante tres días. Se le indica que vuelva a contactar si no cede en una o dos horas, o si es más abundante cada vez. Además, se le avisa de que los ergóticos pueden producir un dolor tipo menstrual, por ello se le asocia un analgésico tipo AINES, y que pueden expulsar más coágulos, indicándole que éste es precisamente el objetivo de la medicación, vaciar el útero totalmente.

Si la comunicación con la mujer es dificultosa por incapacidad de transmisión idiomática o cultural, ante la duda o si no logramos tranquilizarla, remitiremos a la usuaria a la clínica para explorarla personalmente en nuestras dependencias.

Si el sangrado es vivo y superior a una menstruación hay que preguntar desde cuando está así, indicar tratamiento como en el caso anterior y valorar si cede. Si no cede, es conveniente remitir a la usuaria a la clínica o al hospital con departamento de ginecología más cercano, si es posible de tercer nivel, puesto que los sangrados importantes diferidos son muy escasos, pero, cuando se dan, son realmente peligrosos pues puede tratarse de un acretismo placentario o una atonía tardía.

Los restos pueden dar una pérdida superior a una menstruación, pero normalmente, aunque llamativos, son de escasa entidad.

• Fiebre:

Está descrito el "síndrome du 3eme-5eme jour post avortament", es decir el síndrome post aborto del 3º y 5º día en el que se produce una fiebre típica de hasta 38.5 – 39 º C., que no dura más de 24-36 horas con sangrado, que es producto de la reabsorción de pirexinas y detritus. Este es un síndrome totalmente fisiológico y si la fiebre no dura más de 24-36 horas no debe de realizarse ningún tipo de tratamiento, ya que cede espontáneamente. Normalmente solo hay que tranquilizar a la usuaria o a quien consulte y prescribir un antipirético que no sea ácido acetilsalicílico o un derivado por su carácter antiagregante plaquetario. Lo mejor es paracetamol en dosis de 1.000 mg cada 6 u 8 horas durante 24 horas, se le indica a la paciente que suprima el antipirético a las 24 horas y que si entonces persiste la fiebre se vuelva a poner en contacto con el centro, especificando que ya ha tomado 24 horas de antipiréticos. De persistir la fiebre, se deberá citar en la clínica o derivar a la mujer al hospital ginecológico más cercano a su domicilio. Siempre preferimos que venga al centro sanitario.

• Vómitos:

Pueden deberse al embarazo (preguntar si vomitaba antes del AP), en ese caso, se prescribirá doxilamina succinato / piridoxina hidrocloruro (Cariban®) o metoclopramida unos días.

Si los vómitos están asociados al inicio de la medicación prescrita, que deje el tratamiento y a las 24 horas que empiece de cero y si sigue vomitando de manera repetitiva abandonarlo o asociar un protector gástrico.

• Mastodinia:

Explicar a la mujer que se trata de un proceso fisiológico, recomendar paciencia, comprimir ligeramente las mamas con un sujetador que las sostenga bien, durante un día o dos y un analgésico, tipo AINES. Si presenta galactorrea se puede indicar cabergolina 1 mg en dosis única. Recomendar que no se estimule los pezones ya que aumentaría la secreción.

El seguimiento posterior en el aborto farmacológico viene descrito en el apartado de aborto farmacológico precoz (Técnicas de IVE).

10.3.2 SUBPROCESO CONSULTA DE REVISIÓN POST IVE

Revisión que le ofrecemos a todas las mujeres, pero que indicamos obligatoria cuando la mujer realiza un aborto con medicamentos, por el mayor índice de fracasos de este procedimiento, (según la OMS oscilan entre el 2% y el 5%), cuando el embarazo es incipiente o cuando por otra circunstancia se considera conveniente.

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

En esta consulta se debe realizar:

Anamnesis de la evolución, valorando los siguientes síntomas:

- Dolor. Tipo e intensidad. Si se ha hecho necesario o no tomar algún tipo de analgésico.
- Sangrado. Tiempo, cantidad y características del sangrado.
- Fiebre. Si ha presentado o no este síntoma.
- Otros síntomas. Alteraciones del flujo, picor, náuseas, vómitos, escalofríos.

La mujer acude totalmente asinto-

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

mática la mayoría de las veces y no es necesario realizar ningún tipo de tratamiento. Lo más habitual es que si aparece algún síntoma como dolor, sangrado o fiebre, que son los más frecuentes, se presenten entre el tercer y quinto día y la mujer sea atendida por "urgencia" en nuestras clínicas.

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

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

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

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

Consejo anticonceptivo

Según la OMS "después de un aborto todas las mujeres deben recibir información sobre métodos anticonceptivos". Siguiendo este criterio explicamos las diferentes opciones anticonceptivas, según características de la usuaria, salud, nivel cultural, etc. y si es posible y ella lo desea, se le prescribe un método anticonceptivo o se le da cita para la inserción de algún otro método o se deriva a su centro de salud. En otros casos la anticoncepción se ha instaurado en el mismo momento del aborto, por lo que aprovechamos para valorar la satisfacción con el método y control del mismo.

ANEXOS

ACAI
Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo

www.acaive.com

Anexo 1
REVOCACIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

REVOCACIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

La paciente identificada con el código .....de ..... años edad

Declara:

Que el Dr. /Dra. .....

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

Si el aborto es realizado mediante la técnica de dilatación y evacuación, por aspiración, o terminación instrumental, los restos fetales no son aptos para estudio de anatomía patológica (necropsia fetal).

Le informamos que nosotros/as no estamos autorizados/as a realizar ni solicitar ningún estudio tanto del feto como de la placenta.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el/la facultativo/a que me ha entendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por lo tanto, firmo este documento revocando el estudio de anatomía patológica solicitada anteriormente.

Lugar..... de..... de 20.....

Fdo. Medico/a Fdo. La Paciente o representante legal

Anexo 2
CRITERIOS DE DAVIS, BASADOS EN EL POSTOPERATORIO.

I. Intervenciones que se pueden practicar en una consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial postoperatorio.

II. Son las que se pueden practicar con anestesia local, regional, general o sedación y que requieren unos cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si se precisa, puede ser oral.

III. Las que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.

IV. Son las subsidiarias de cuidados muy especializados o críticos en su postoperatorio.

Anexo 3
CRITERIOS ANESTÉSICOS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE ANESTESISTAS (ASA).

ASA I: Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.

ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada,).

ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo).

ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria).

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aun realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

Anexo 4
DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y NIVELES DE SEDACIÓN/ANESTESIA (ASA).

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)

ESPECTRO CONTINUO DE LOS NIVELES DE PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN - ASA
DEFINICIÓN DE ANESTESIA GENERAL Y NIVELES DE SEDOANALGESIA[C]

Comité de Origen: Manejo de Calidad y Administración Departamental
(Aprobado por la Cámara de Delegados de la ASA el 27 de octubre de 2004 y modificado el 21 de octubre de 2009)

	Sedación Mínima / ansiolisis	*Sedoanalgesia moderada / "sedación consciente"*	*Sedoanalgesia profunda*	*Anestesia general*
Capacidad de respuesta	Respuesta normal a estímulos verbales	Respuesta deliberada** a estímulos verbales o táctiles	Respuesta deliberada** ante estímulos repetidos o dolorosos	El paciente no despierta aun con estímulos dolorosos
Vía aérea	No afectada	No se requiere intervenir	Se podría requerir una intervención	Frecuentemente se requiere una intervención
Ventilación espontánea	No afectada	Adecuada	Podría ser inadecuada	Frecuentemente es inadecuada
Función cardiovascular	No afectada	Por lo general se conserva	Por lo general se conserva	Podría encontrarse disminuida

** El reflejo de flexión o retirada ante un estímulo doloroso NO se considera una respuesta voluntaria.

Anexo 5
INFORMACIÓN PREVIA Y RECIBO DE SOBRE INFORMATIVO EN EL SUPUESTO DE LIBRE DECISIÓN DE LA MUJER.

A doña/código: _____, en adelante la INTERESADA, **SE LE INFORMA** por personal de _____SL. (en adelante la CLÍNICA), con domicilio social en _____, CIF. Núm._____ **QUE:**

1º. – La CLINICA cumple con lo establecido en la legislación vigente en materia de ***Protección de Datos***[2] y con lo ordenado al respecto por la LO 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2º.- Así, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad, por lo que no figurarán en ningún documento de los generados por la CLÍNICA donde en una aplicación al efecto, en fichero secreto y confidencial, quedarán incorporados sus datos, relacionados con el código indicado en el presente escrito, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de la relación de prestación de servicios sanitarios que mantendrá con la CLÍNICA. Cuando el servicio prestado así lo exija, sus datos podrán ser cedidos a un laboratorio externo para la realización de los análisis necesarios.

3º. Sus datos serán cancelados, aunque usted no nos lo solicite, transcurridos cinco años desde la fecha de su alta.

4º. Le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición de los mismos, enviado un correo electrónico a la dirección EMAIL_DPD, personalmente o por correo ordinario a la dirección arriba indicada, dirigido a la atención del Delegado de Protección de Datos. Para cursar dicha solicitud deberá aportar en todo caso copia de su DNI, pasaporte, tarjeta de residencia o similar.

5º. En cualquier caso, jamás la CLÍNICA cederá o facilitará a ninguna empresa, persona o Administración sus datos personales, salvo en los supuestos previstos por la Ley, ni los utilizará para envíos de material publicitario y/o promocional.

6º. Caso de interesar cualquier copia de todo o parte de su historia clínica, deberá hacerlo personalmente o por representante con poder suficiente al efecto, en el domicilio indicado en el apartado anterior, solicitándolo por escrito adjuntando copia de DNI, pasaporte, tarjeta de residencia o similar. No facilitaremos información telefónica sobre su historio o su intervención ni incluso a usted.

Una vez leído lo anterior por la INTERESADA, le ha sido explicado verbalmente el contenido del presente escrito, declarando la INTERESADA **que ha comprendido** la información que le ha sido facilitada.

Asimismo, en **este acto se le entrega a la INTERESADA**, un sobre conteniendo:

[X] Información varía y amplia, sobre los requisitos legales para la interrupción de embarazo.

[2] ***Protección de Datos***

- *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*
- *Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.*
- *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.*

- [X] Información médica, social y sanitaria sobre las consecuencias de la continuidad del embarazo y de la interrupción del mismo.
- [X] Formas de interrupción y riesgos.
- [X] Información sobre trámites para el acceso al IVE a través del Sistema de Salud Pública.
- [X] Información sobre protección de madres, ayudas públicas a las mismas, incentivos, ayudas y derechos, fiscales, sociales y laborales a la maternidad.
- [X] Información sobre centros de anticoncepción y sexo seguro.
- [X] Información de centros de asesoramiento de embarazadas y madres
- [ ] Información escrita sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a las personas con discapacidad.
- [ ] Información sobre red de organizaciones sociales de asistencia social a personas con discapacidad.

Finalmente, se le indica, que cualquier aclaración y/o ampliación de la información que se le entrega en este acto, tiene derecho a que le sea prestada en forma verbal, ofreciéndose en este acto la CLINICA, a través del personal de la misma, a aclarar o ampliar verbalmente y en forma comprensible dicha información.

Y para que así conste, firma el presente en _____a __ de _____ de 2___.

Como quiera que la INTERESADA

	No sabe leer.
	No entiende el idioma español.

Antes de firmar el presente impreso, el mismo le ha sido leído y/o traducido por, nombre ....., con domicilio en ....., calle ....., núm..... y con DNI/NIF/NIE núm.....

Y para que así conste, firma el presente en la misma fecha y lugar anteriormente indicado.

Fdo.: _____

Como quiera que la INTERESADA es menor de 16 años de edad, a los efectos de completar la capacidad de obrar de la misma, su (padre/madre/tutor/representante legal) don/doña ....., mayor de edad, con domicilio en ....., calle ....., núm..... y con DNI/NIF/NIE núm....., firma el presente, en la misma fecha y lugar anteriormente indicada.

Fdo.: _____

Anexo 6
INFORMACIÓN PREVIA Y RECIBO DE SOBRE INFORMATIVO EN EL SUPUESTO DE DISCAPACIDAD.

A doña/código: _____, en adelante la INTERESADA, **SE LE INFORMA** por personal de _____SL. (en adelante la CLÍNICA), con domicilio social en _____, CIF. Núm._____ **QUE:**

1º. – La CLINICA cumple con lo establecido en la legislación vigente en materia de ***Protección de Datos***[3] y con lo ordenado al respecto por la LO 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

2º.- Así, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad, por lo que no figurarán en ningún documento de los generados por la CLÍNICA donde en una aplicación al efecto, en fichero secreto y confidencial, quedarán incorporados sus datos, relacionados con el código indicado en el presente escrito, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de la relación de prestación de servicios sanitarios que mantendrá con la CLÍNICA. Cuando el servicio prestado así lo exija, sus datos podrán ser cedidos a un laboratorio externo para la realización de los análisis necesarios.

3º. Sus datos serán cancelados, aunque usted no nos lo solicite, transcurridos cinco años desde la fecha de su alta.

4º. Le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición de los mismos, enviado un correo electrónico a la dirección EMAIL_DPD, personalmente o por correo ordinario a la dirección arriba indicada, dirigido a la atención del Delegado de Protección de Datos. Para cursar dicha solicitud deberá aportar en todo caso copia de su DNI, pasaporte, tarjeta de residencia o similar.

5º. En cualquier caso, jamás la CLÍNICA cederá o facilitará a ninguna empresa, persona o Administración sus datos personales, salvo en los supuestos previstos por la Ley, ni los utilizará para envíos de material publicitario y/o promocional.

6º. Caso de interesar cualquier copia de todo o parte de su historia clínica, deberá hacerlo personalmente o por representante con poder suficiente al efecto, en el domicilio indicado en el apartado anterior, solicitándolo por escrito adjuntando copia de DNI, pasaporte, tarjeta de residencia o similar. No facilitaremos información telefónica sobre su historio o su intervención ni incluso a usted.

Una vez leído lo anterior por la INTERESADA, le ha sido explicado verbalmente el contenido del presente escrito, declarando la INTERESADA **que ha comprendido** la información que le ha sido facilitada.

Asimismo, en **este acto se le entrega a la INTERESADA**, un sobre conteniendo:

- [X] Información varía y amplia, sobre los requisitos legales para la interrupción de embarazo.

[3] ***Protección de Datos***

- *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*
- *Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.*
- *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.*

- [X] Información médica, social y sanitaria sobre las consecuencias de la continuidad del embarazo y de la interrupción del mismo.
- [X] Formas de interrupción y riesgos.
- [X] Información sobre trámites para el acceso al IVE a través del Sistema de Salud Pública.
- [ ] Información sobre protección de madres, ayudas públicas a las mismas, incentivos, ayudas y derechos, fiscales, sociales y laborales a la maternidad.
- [X] Información sobre centros de anticoncepción y sexo seguro.
- [ ] Información de centros de asesoramiento de embarazadas y madres
- [X] Información escrita sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a las personas con discapacidad.
- [X] Información sobre red de organizaciones sociales de asistencia social a personas con discapacidad.

Finalmente, se le indica, que cualquier aclaración y/o ampliación de la información que se le entrega en este acto, tiene derecho a que le sea prestada en forma verbal, ofreciéndose en este acto la CLINICA, a través del personal de la misma, a aclarar o ampliar verbalmente y en forma comprensible dicha información.

Y para que así conste, firma el presente en _____a __ de _____ de 2___.

Como quiera que la INTERESADA

	No sabe leer.
	No entiende el idioma español.

Antes de firmar el presente impreso, el mismo le ha sido leído y/o traducido por, nombre ....., con domicilio en ....., calle ....., núm..... y con DNI/NIF/NIE núm.....

Y para que así conste, firma el presente en la misma fecha y lugar anteriormente indicado.

Fdo.: _____

Como quiera que la INTERESADA es menor de 16 años de edad, a los efectos de completar la capacidad de obrar de la misma, su (padre/madre/tutor/representante legal) don/doña ....., mayor de edad, con domicilio en ....., calle ....., núm..... y con DNI/NIF/NIE núm....., firma el presente, en la misma fecha y lugar anteriormente indicada.

Fdo.: _____

Anexo 7

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO INSTRUMENTAL Y FARMACOLÓGICA PRECOZ.

Dña. (CODIGO)_____ de _____ años de edad.

Le informamos que NOMBRE_CLINICA, con domicilio social en DOMICILIO_CLINICA, CIF. NUM_CIF, respeta la legislación vigente en materia de ***Protección de Datos***[4] , por lo que le informamos que en cumplimiento con lo establecido en dicha normativa y de conformidad a lo previsto en la LO 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, por lo que no figurarán en ningún documento de los generados por la CLÍNICA donde en una aplicación al efecto, en fichero secreto y confidencial, quedarán incorporados sus datos, relacionados con el código indicado en el presente escrito, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de la relación de prestación de servicios sanitarios que mantendrá con la CLÍNICA. Cuando el servicio prestado así lo exija, sus datos podrán ser cedidos a un laboratorio externo para la realización de los análisis necesarios.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición de los mismos, enviado un correo electrónico a la dirección EMAIL_DPD, personalmente o por correo ordinario a la dirección arriba indicada, dirigido a la atención del Delegado de Protección de Datos. Para cursar dicha solicitud deberá aportar en todo caso copia de su DNI, Pasaporte o Tarjeta de residencia.

Por lo que DECLARO que, mediante la firma del presente documento, consiento a que la CLÍNICA mantenga mis datos personales codificados en el fichero secreto referido.

Así mismo, DECLARO:

Que el Dr./Dra. _____

me/nos ha explicado que para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo que he solicitado según la legislación vigente, existen, en este centro, dos métodos diferentes: el instrumental y el farmacológico (mediante comprimidos).

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

- Esta intervención se puede realizar mediante anestesia local, sedación o general, según criterio médico y a elección de la paciente.
- Consiste en dilatar el cuello del útero y posteriormente extraer los componentes ovulares mediante cánulas de aspiración o diversos instrumentos específicos.

[4] ***Protección de Datos***

· Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

· Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

· Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.

- A veces es necesario la administración de misoprostol antes de la intervención y/o dilatadores osmóticos para facilitar una dilatación sin problemas

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

- Persistencia de restos o de coágulos. Se trata de la complicación más frecuente (0.3%), pero no grave, pudiéndose tratar con medicación o requerir evacuación uterina.
- En caso de embarazo incipiente, persistencia de embarazo que pudiera precisar otra IVE, más frecuente en embarazo precoz.
- Reacciones alérgicas a la medicación.
- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, uterinas, de las trompas, etc.).
- Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intro o postoperatorias).
- Adherencias en las paredes del útero que puede hacer necesario un desbridamiento.
- Desgarro cervical o perforación del útero con peritonitis asociada o no, que pudiera requerir tratamiento quirúrgico (sutura, laparotomía, histerectomía etc.).

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

Toda intervención, tanto por la propia técnica como por la situación de 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. En su caso podría presentar los siguientes riesgos adicionales (solo si tiene riesgo adicional): _____

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

El **método farmacológico**, que solo se puede usar para embarazos de hasta 9 semanas, consiste básicamente en:

- Una toma de un comprimido de mifepristona por vía oral. En las 24 horas que siguen a esa toma, se puede iniciar el sangrado que solo en un 3% de los casos produce la evacuación uterina, aun así, es necesario continuar con el proceso.
- Entre las 24-48 horas se administra o autoadministra misoprostol, vía bucal o vaginal, y entre las dos y seis horas, habitualmente, suele iniciarse la expulsión del material ovular y finalizarse el proceso en días posteriores.
- En los días posteriores es necesario efectuar un control y comprobar que la expulsión ha sido completa.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

Si una vez tomada esta medicación, no se realizara el aborto (por motivos ajenos a la clínica) le informamos de que se desconoce el riesgo que se produzcan malformaciones y/o anomalías en el embarazo y en el feto.

Este método puede fracasar de un 2% a un 8% de los casos, manifestándose como embarazo que sigue en evolución (alrededor de 1%), expulsión incompleta (entre el 2% y el 5%) y sangrado muy abundante (alrededor del 2%).

En todos los casos el tratamiento consiste o bien repetir la medicación y/o en la aplicación del método instrumental de aspiración uterina.

Los efectos secundarios de esta medicación pueden ser: sangrados prolongados (hasta 10-15 días tras la primera toma) y abundante en el 5% de los casos; contracciones uterinas dolorosas que precisan analgesia; náuseas, vómitos, diarreas y menos frecuentes son las erupciones cutáneas, bajadas de tensión, sofocos, vértigos, escalofríos, fiebre.

También me/nos ha informado sobre las consecuencias psicológicas y sociales más comunes en las interrupciones de embarazo, que si bien estadísticamente son poco frecuentes, cabe la posibilidad de que se presenten depresiones post aborto así como alteraciones del deseo sexual post aborto. Desde el punto de vista social, para algunos sectores de la sociedad, el aborto está mal considerado.

En cuanto a las consecuencias de la prosecución del embarazo, en escasas pero significativas ocasiones, se presentan abortos espontáneos, diabetes gestacional, hipertensión arterial, placenta previa, eclampsia, distocias del parto (fórceps, ventosas, etc.) y sufrimiento fetal que ponen en riesgo la salud fetal y requieren de una operación cesárea. En el terreno psicológico, está reconocido que en ocasiones se dan depresiones post parto, disminución del deseo sexual y baja autoestima.

En mujeres con maternidad comprendidas entre los quince y treinta años, comparadas con mujeres en los mismos tramos de edad pero que no son madres, se ha constatado que la maternidad precoz incide en el aumento de los supuestos de abandono de estudios, en un menor grado de actividad y en menores oportunidades de lograr empleo, mayor número de rupturas de pareja y emancipaciones precoces con poca solidez, así como, emparejamientos tempranos.

Parece constatarse una mayor incidencia de comportamientos antisociales en los hijos no deseados.

He/hemos comprendido las explicaciones que me/nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el facultativo/a que me/nos ha atendido me/nos ha permitido realizar todas las observaciones y me/nos ha aclarado todas las dudas que le he/hemos planteado. También he/hemos sido informada por los profesionales de la CLÍNICA_____, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, 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.

EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN, Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

Comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento a que me voy a someter y en tales condiciones:

CONSIENTO/CONSENTIMOS

QUE SE ME/LE PRACTIQUE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, PARA LO CUAL ELIJO/ ELEGIMOS

EL MÉTODO _____

En_____, a_____de_____200_____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

REVOCACIÓN

Dña. (CÓDIGO)_____REVOCO este consentimiento que he prestado.

En_____, _____de_____200_____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO POR INDUCCIÓN.

Dña. (CODIGO)_____ de _____ años de edad.

Le informamos que NOMBRE_CLINICA, con domicilio social en DOMICILIO_CLINICA, CIF. NUM_CIF, respeta la legislación vigente en materia de ***Protección de Datos***[5], por lo que le informamos que en cumplimiento con lo establecido en dicha normativa y de conformidad a lo previsto en la LO 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, por lo que no figurarán en ningún documento de los generados por la CLÍNICA donde en una aplicación al efecto, en fichero secreto y confidencial, quedarán incorporados sus datos, relacionados con el código indicado en el presente escrito, con la finalidad de llevar a cabo la gestión de la relación de prestación de servicios sanitarios que mantendrá con la CLÍNICA. Cuando el servicio prestado así lo exija, sus datos podrán ser cedidos a un laboratorio externo para la realización de los análisis necesarios.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos y oposición de los mismos, enviado un correo electrónico a la dirección EMAIL_DPD, personalmente o por correo ordinario a la dirección arriba indicada, dirigido a la atención del Delegado de Protección de Datos. Para cursar dicha solicitud deberá aportar en todo caso copia de su DNI, Pasaporte o Tarjeta de residencia.

Por lo que DECLARO que, mediante la firma del presente documento, consiento a que la CLÍNICA mantenga mis datos personales codificados en el fichero secreto referido.

Así mismo, DECLARO:

Que el Dr./Dra. _____

me/nos ha explicado que para realizar la interrupción voluntaria del embarazo que he solicitado según la legislación vigente, existe, en este centro, la posibilidad de hacerlo por el método de **INDUCCIÓN**.

El método consiste en la aplicación de cierta medicación por vía vaginal, intramuscular y/o intravenosa hasta la expulsión completa del feto y las membranas por vía vaginal. Antes del comienzo de la inducción, el equipo médico valorará el caso individualmente y le informará si corre algunos riesgos concretos por su estado de salud y le indicará y proporcionará una medicación que tendrá que tomar el día anterior. Si una vez tomada esta medicación, no se realizara el aborto (por motivos ajenos a la clínica) le informamos de que se desconoce el riesgo que se produzcan malformaciones y/o anomalías en el embarazo y en el feto. Asimismo, caso de no acudir a esta clínica en la hora y día indicados, tras la toma de la citada medicación, si desease continuar con la IVE podría ser necesario reiniciar el procedimiento y volverle a administrar Mifegyne. El tiempo que durará el proceso es impredecible, aunque oscila entre 4 y 24 h. aproximadamente. Si no

[5] ***Protección de Datos***

· Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

· Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

· Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.

finalizara en este plazo se podría indicar otro tipo de intervención o una nueva inducción tras un periodo de descanso. De todas estas incidencias se le irá informando en su debido momento.

En el caso de que la placenta o membranas no se expulsaran espontáneamente se procedería a la evacuación uterina bajo anestesia general.

Toda intervención, 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 médico como quirúrgicos, así como un excepcional porcentaje de mortalidad. En su caso podría presentar los siguientes riesgos adicionales (solo si tiene riesgo adicional): _____

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

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

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

De los restos que se derivan de la intervención se hace cargo la Clínica, siguiendo protocolo de evacuación de residuos aprobado por la consejería correspondiente, según legalidad vigente. En el caso de solicitud de anatomía patológica por parte del centro derivador o por deseo de la usuaria se procederá a la recogida de estos por parte del laboratorio que realizará dicho estudio.

También me/nos ha informado sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales más comunes en las interrupciones de embarazo, que si bien estadísticamente son poco frecuentes, cabe la posibilidad de que se presenten hemorragias, infecciones, perforaciones uterinas, rotura de cicatriz anterior, atonía uterina y coagulopatías previas no conocidas, así como las depresiones post aborto y las alteraciones del deseo sexual post aborto. Desde el punto de vista social, para algunos sectores de la sociedad, el aborto está mal considerado.

En cuanto a las consecuencias de la prosecución del embarazo, en escasas pero significativas ocasiones, se presentan abortos espontáneos, diabetes gestacional, hipertensión arterial placenta previa, eclampsia, distocias del parto (fórceps, ventosas, etc.) y sufrimiento fetal que ponen en riesgo la salud fetal y requieren de una operación cesárea. En el terreno psicológico, está reconocido que en ocasiones se dan depresiones postparto, disminución del deseo sexual y baja autoestima.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

En mujeres con maternidad comprendidas entre los quince y treinta años, comparadas con mujeres en los mismos tramos de edad pero que no son madres, se ha constatado que la maternidad precoz incide en el aumento de los supuestos de abandono de estudios, en un menor grado de actividad y en menores oportunidades de lograr empleo, mayor número de rupturas de pareja y emancipaciones precoces con poca solidez, así como, emparejamientos tempranos.

Parece constatarse una mayor incidencia de comportamientos antisociales en los hijos no deseados.

He/hemos comprendido las explicaciones que me/nos han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el facultativo/a que me/nos ha atendido me/nos ha permitido realizar todas las observaciones y me/nos ha aclarado todas las dudas que le he/hemos planteado. También he/hemos sido informada por los profesionales de la CLÍNICA_____, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, 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.

EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN, Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

Comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento a que me voy a someter y en tales condiciones:

CONSIENTO/CONSENTIMOS

QUE SE ME PRACTIQUE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

En_____, a_____de_____200_____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

REVOCACIÓN

Dña. (CÓDIGO)_____**REVOCO** este consentimiento que he prestado

En_____, a_____de_____200_____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL EN IVE EN RÉGIMEN AMBULATORIO.

Dña. (CODIGO)_____de _____ años de edad,

Y Don/Doña _____

con DNI N.º _____ en calidad de _____

DECLARO/DECLARAMOS

Que el Dr. o Dra._____

me/nos ha explicado que para la realización de la intervención a la que voy a ser sometida y con vistas a conseguir la disminución del dolor durante el procedimiento, empleamos anestesia local.

Dicho procedimiento va a estar controlado por un médico o médica que valorará mi estado actual, mis necesidades analgésicas/anestésicas y la respuesta de mi organismo a los medicamentos administrados y a la intervención.

CÓMO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:

Consiste en la infiltración de un anestésico local en varios puntos del fondo vaginal y/o cuello uterino y/o de uterosacros, con el objeto de anestesiar el plexo hipogástrico y sus ramas.

QUÉ EFECTOS PRODUCIRÁ:

A los pocos minutos de su administración, se consigue un efecto anestésico bueno en el cuello uterino y moderado en el cuerpo uterino, bloqueando la mayoría de las sensaciones dolorosas producidas por la dilatación y la aspiración. Sin embargo, es frecuente que las mujeres refieran durante la aspiración (vacío) molestias como las que se presentan en la menstruación, dependiendo ello del grado de ansiedad, del umbral de dolor individual y del nivel de conocimiento del procedimiento (consentimiento informado).

EN QUÉ BENEFICIARÁ:

El alivio del dolor durante todo el proceso.

La anestesia local tiene un riesgo extremadamente bajo (los anestésicos locales tienen un índice muy bajo de alergias y casi nulos efectos secundarios en la dosis recomendada). Estos efectos secundarios pueden ser síncope vaso-vagal y convulsiones.

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE.

CONSIENTO/CONSENTIMOS

QUE SE ME ADMINISTRE ANESTESIA LOCAL.

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

REVOCACIÓN

Dña. (CÓDIGO)_____**REVOCO** este consentimiento que he prestado

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA EN IVE EN RÉGIMEN AMBULATORIO.

Dña. (CODIGO)_____de _____ años de edad,

Y Don/Doña _____

con DNI N.º _____ en calidad de _____

DECLARO/DECLARAMOS

Que el Dr. o Dra._____

me/nos ha explicado que para la realización de la intervención a la que voy a ser sometida, es necesaria la administración de varios tipos de anestesia o combinación de varias: **sedación consciente, anestesia general**.

Dicho procedimiento va a estar controlado por un médico o médica que valorará mi estado actual, mis necesidades analgésicas/anestésicas y respuesta de mi organismo a los medicamentos administrados y a la intervención.

CÓMO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Se usará medicación intravenosa o inhalatoria. También se podrán usar combinadas.

QUÉ EFECTOS PRODUCIRÁ: El principal efecto, que se perderá o disminuirá la consciencia y no se sentirá dolor.

EN QUÉ BENEFICIARÁ: El alivio del dolor durante todo el proceso y amnesia sobre el mismo.

QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Reacciones secundarias no previstas por cualquiera de los medicamentos administrados, con posible repercusión cardiaca, pulmonar, hepática, renal o del sistema nervioso, más probables en pacientes con afectación previa de esos órganos.
- Reacciones vagales.
- Dificultades respiratorias. Su riesgo es mayor en pacientes con afectación pulmonar, obesidad, anomalías de cara o cuello, enfermedades musculares o neumotórax previo.
- Náuseas, vómitos y dificultad para orinar en el postoperatorio.
- Hematoma en la zona de punción.

MENOS FRECUENTES Y MÁS GRAVES:

- Reacciones alérgicas a los anestésicos, la sangre o cualquiera de los líquidos intravenosos, aunque no existan antecedentes alérgicos conocidos.
- Vómitos con aspiración pulmonar, más probables en pacientes con estómago ocupado.
- Depresión o neurosis posanestésica.
- Parada cardiaca imprevista con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible. Este riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardiacas, edad avanzada, casos de urgencia, etc.
- Rotura o movilización de piezas dentarias.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

- Alergia a algún fármaco.
- Toma de anticoagulantes.
- Obesidad importante, enfermedades de la columna vertebral (escoliosis o intervenciones realizadas sobre la columna), otras enfermedades que contraindiquen la realización de la técnica y/o que la pueden complicar o dificultar.

En su caso podría presentar los siguientes riesgos adicionales (solo si tiene riesgo adicional):

_____

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional)

_____

Reconozco que he leído y entendido esta información, que no he omitido información sobre mis antecedentes patológicos y que he podido solicitar cualquier aclaración, y en consecuencia doy mi consentimiento para que se me aplique la técnica sedo-anestésica más adecuada.

EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN, Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

Comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento a que me voy a someter y en tales condiciones:

CONSIENTO/CONSENTIMOS

QUE SE ME ADMINISTRE ANALGESIA/ANESTESIA.

En_____, a_____de_____20_____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

REVOCACIÓN

Dña. (CÓDIGO)_____ **REVOCO** este consentimiento que he prestado.

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCO-REGIONAL (BLOQUEO EPIDURAL Y RAQUÍDEO).

Dña. (CODIGO)_____de _____ años de edad

Y Don/Doña _____

con DNI N.º _____ en calidad de _____

DECLARO/DECLARAMOS

Que el Dr. o Dra._____

me/nos ha explicado, que para la realización de la intervención a la que voy a ser sometida, que he solicitado según la legislación vigente, existen, en este centro, la posibilidad de hacerlo por el método de Inducción con o sin evacuación instrumental posterior.

Dicho procedimiento va a estar controlado por un médico o médica que valorará mi estado actual, mis necesidades analgésicas/anestésicas y respuesta de mi organismo a los medicamentos administrados y a la intervención.

Para el procedimiento que se va a realizar (inducción para IVE) se producirán contracciones dolorosas del útero y dilatación cervical, para reducir este dolor vamos a utilizar varias técnicas, como la anestesia epidural y/o la analgesia intravenosa y si hubiera que realizar alguna técnica instrumental, la sedación intravenosa e inhalatoria.

CÓMO SE REALIZA LA **EPIDURAL**:

Se realiza al iniciar el proceso de inducción farmacológica, sin embargo, deberá tenerse en cuenta que cualquier actuación ha de estar sujeta al criterio del especialista. La técnica consiste en la administración de fármacos (anestésicos locales y/o analgésicos) en una zona de la columna vertebral conocida como “espacio epidural”. Los fármacos se administran a través de un catéter (tubo de plástico muy fino) que se introduce en este espacio con una aguja especial. Para evitar las molestias de la colocación del catéter, se aplica un anestésico local en la zona baja de la espalda.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El principal efecto, tanto de los anestésicos locales como de los fármacos analgésicos, es que le producirán un alivio importante del dolor durante las contracciones uterinas y el periodo expulsivo. La analgesia epidural dura todo el tiempo que dura el procedimiento de inducción. Es normal

sentir adormecimiento o debilidad temporal en las piernas.

La anestesia epidural no afecta a la duración ni al progreso de la inducción y expulsión.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El alivio del dolor durante todo el proceso hará que éste sea más confortable. Si la inducción finalizara en una técnica instrumental se puede utilizar además anestesia general.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

La administración de analgésicos por vía intravenosa o intramuscular.

QUÉ RIESGOS TIENE: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES:

- Alivio parcial del dolor.
- A veces es necesario recolocar de nuevo el catéter.
- Picor en la cara o abdomen.
- Náuseas, vómitos o temblores.
- Descenso de la tensión arterial.
- Pérdida de fuerza de forma transitoria en los miembros inferiores.
- Dificultad para orinar en el postoperatorio inmediato.
- Punción accidental de la duramadre que podría traducirse en cefalea (dolor de cabeza) que requerirá un tratamiento específico.
- Dolor en la zona de punción y/o lumbalgia.

LOS MÁS GRAVES:

- El paso del anestésico a la sangre provocando complicaciones graves como hipotensión arterial, arritmias cardíacas, shock y convulsiones.
- Meningitis.
- Hematoma epidural.
- Debilidad o parálisis de los miembros inferiores.

En su caso podría presentar los siguientes riesgos adicionales (solo si tiene riesgo adicional):

_____

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional) _____

_____

Reconozco que he leído y entendido esta información, que no he omitido información sobre mis antecedentes patológicos y que he podido solicitar cualquier aclaración, y en consecuencia doy mi consentimiento para que se me aplique la técnica sedo-anestésica más adecuada.

EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN, Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.

Comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento a que me voy a someter y en tales condiciones:

CONSIENTO/CONSENTIMOS

QUE SE ME ADMINISTRE ANALGESIA/ANESTESIA.

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

REVOCACIÓN

Dña. (CÓDIGO)_____REVOCO este consentimiento que he prestado

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a Fdo. La paciente o representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

INFORMACIÓN DEL USO DE MISOPROSTOL PARA PREPARACIÓN CERVICAL.

Para la realización de un aborto ya sea espontáneo o provocado, es necesario dilatar el cuello uterino. Para evitar complicaciones es preferible preparar el cuello antes de la dilatación. Esta preparación previa se realiza con misoprostol, con lo que se consigue un reblandecimiento del cuello que hace más fácil la dilatación. Esta medicación se usa en todo el mundo y por supuesto en todos los hospitales públicos y privados españoles, y se usa por vía vaginal, sublingual o bucal en vez de por vía oral, debido a que estas vías de administración tienen menos efectos secundarios que el uso por vía oral. Sin embargo, por motivos administrativos y comerciales, el único fármaco comercializado de este principio activo (CYTOTEC®), sólo está autorizado como protector gástrico por vía oral. Los principales efectos secundarios que se pueden presentar son: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, ligero sangrado vaginal, escalofríos y aumento de la temperatura corporal. En general poco intensos en las dosis que usamos en la clínica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USO DE MISOPROSTOL (CYTOTEC®)

Dña. (CODIGO)_____ de _____ años de edad,

y Don/Doña _____

con DNI N.º _____ en calidad de _____

DECLARO

Que el personal sanitario de CLINICA_____, me/nos ha comunicado la posibilidad de recibir el medicamento: CYTOTEC® (misoprostol), por vía vaginal, sublingual o bucal.

Se me/nos informa del tipo de medicación que es, su mecanismo de acción, de los riesgos y beneficios que puedo obtener y la alternativa de otros tratamientos.

Soy/somos consciente/s de que este medicamento (CYTOTEC®), no está autorizado para este uso ni para administrarse por estas vías, aunque si su principio activo. Asumo/asumimos su administración por vía vaginal, sublingual o bucal a cambio de un posible beneficio para el tratamiento de mi situación clínica.

El recibir la medicación es voluntario y puedo/podemos renunciar a su administración en el momento en el que lo estime adecuado.

En _____ a _____ de _____ 20 _____

Fdo. Médico/a

Fdo. La paciente y/o firma del representante legal

Fdo. Padre, madre o Tutor/a legal D/Dña.: _____

Anexo 8
TEST DE ALDRETE/CHUNG.

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

BIBLIOGRAFÍA

ACAI
Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo
www.acaive.com

1. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª edición. OMS 2012.
2. Fiala C, Gemzell-Danielsson K, Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue, Contraception 2006 (74):66-86.
3. Misoprostol for reproductive health, IJGO, 2007, Vol 99 (supplement 2), a special issue with articles covering different aspects published by authors from an expert group.
4. Recommandations de bonne pratique - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, 2010, Haute Autorité de santé, Paris.
5. Royal college of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG), The care of women requesting induced abortion, Guide Line nº/, 2004 (Londres).
6. Lineamientos sobre Políticas Clínicas de la Federación Nacional del Aborto, 2011.
7. Wirstchaft und Statistik 1982 :312. Bundestrepublik.
8. Hakin E. Complications of first trimester abortion. Ostret Gynecol 1990 ;76 :125 -35.
9. Edwards J. Creinin MD. Surgical Abortion for gestations of less than 6 weeks. Curr Probl Obstet Gynecol Fretl 1997 ;20 :11-9.
10. Cheng L. Métodos quirúrgicos versus métodos médicos para la inducción del aborto en el segundo trimestre: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de noviembre de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
11. Autri AM, Hayes EC, Jacobson GF et al. Acomparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. American Joournal of Obstetrics and Gynecology 2002;187(2):393-97.
12. Grimes DA, Hulka JF, McCutchen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostaglandin F2 alpha: aramdomized clinical trial. American Joournal of Obstetrics and Gynecology 1980;137:785-90.
13. Kaltreider NB, Goldmith S, Margolis AJ. The impact of mid-trimester abortion techniques on patients and staff. American Joournal of Obstetrics and Gynecology 1979;135(2):235-38.
14. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielson K. Mind-trimester induced abortion review. Human Reproduction Update 2007 ;13(1) :37-52.
15. Schaff EA, Fiedlding SL, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. Contraception. 2000;61 :41-6. (PMID:10745068).
16. Schaff EA, Stadalius LS, Fiedlding SL, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion: A randomized trial. JAMA 2000;248 :1948-53. (PMID:11035891).
17. Hassoun D, Perin I. Ambulatory medical abortion performed in a family planning centre. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2006;35:483-480.
18. Peyron R, Aubeny E, Targosz V, Silvestre l, Renault m, Elkik f et al. Early termination fo pregnancy with Mifepristone (RU486) and orally active prostaglandin misoprostol. N Engl J Med. 1993 ;328 :1509-13.
19. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in United States. N Engl J Med. 1998 ;338 :1241-7 (PMID :9562577).
20. el-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L Tempelton a. Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral o vaginal misoprostol. N Engl J Med. 1995 ;332 :983-7 (PMID: 7885426).
21. Chien P y Thomson M. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
22. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P.Complications after second trimester srugical and medical abortion. Reproductive Health Matters. 2008;16(31 supplement):173-182.

23. Barambio S. Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos legales. Aborto del primer trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. . Aborto del segundo trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabrero L. Y cols. Tratado de Ginecología y Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 1 Madrid. Ed.Med. Pam. 2003. P.179-84.
24. Lisa M., Keder MD. Best Practices in Surgical Abortion. Am J Obstet Gynecol 2003 ;189 :418-22.
25. Grimes DA, Mitchell D, Creinin MD. Induced Abortion: An Overview for Internists. Ann Interm Med. 2004 ;140 :620-626.
26. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, eds. A. Clinician´s Guide to Medical and Surgical Abortion. New York: Churchill Livingstone, 1999.
27. Grimes DA Cates W Jr., SElik RM. Abortion facilities and risks of death. Fam Plann Perpect.1981 ;13 :30-2 (PMID :7215517)
28. Atrash HK,Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. Baillieres Clin Obstet Gyneacol. 1990 ;4 :391-405 (PMID :2225607)
29. Stotland NL. The myth of abortion trauma syndrome. JAMA.1992 ; 268 :207-9 (PMID :1404747).
30. Barambio S. Propuestas para mejorar la seguridad y el acompañamiento del proceso de aborto. Ponencias en las Jornadas: Derecho y Salud, un enfoque desde la salud pública. FEPF Madrid 21y 22 de mayo 2009.
31. « Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women » Medical Science monitor, SR5-16, 2004.
32. Allard F, Fropo J.R., 2007, Le traumatisme post-avortement, SALVATOR, Condé-sur-Noireau, pages 88.
33. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994; 171:1365–1372.
34. Cheng L. Control del dolor en el aborto quirúrgico durante el primer trimestre: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de abril de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
35. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. Contraception, 2004, 70:183–190.
36. Meckstroth K, Paul M. First trimester aspiration abortion. In: Paul M. Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009:135–56.
37. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. Acta Obstétrica et Gynecologica Scandinavica, 2003, 82:892–903.
38. Reñe AMJ, Vaz-Romero M. Utilización clínica de las prostaglandinas en Obstetricia. Clin Invest Gin 1986;13:237-43.
39. Adler NE, et al. "Psychological réponses after abortion." Science, April 1990, 248: 41-44.
40. National Collaborating Center for mental Health. A systematic review of mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Academy of medical Royal Colleges, 2011.
41. Asbury-ward e, Emotional and psychological impact of abortion: a critique of literature. J Fam Plann Reprod Health Care 2008;34:181-4.
42. National Collaborating Center for Mental Health. Induced abortion and metal health. A systematic review of mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Academy of Medical Royal Colleges, 2011.
43. Foster DG, Gould H, Kimport K. How women anticipate coping after abortion. Contraception 2012; 86:84-90.
44. Lohr P.A., Fjerstad M, De Silva U, Lyus R. Abortion. Clinical Review. BMJ 2014.
45. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;Issue 1. Art. No.: CD006714; DOI: 10.1002/14651858.CD006714.pub.

ACAI

Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo

ACAI nació hace dos décadas como una Asociación de Clínicas. Todos los centros asociados están acreditados para la práctica legal de abortos, facilitando desde 1997 la interrupción del embarazo a las mujeres en 18 ciudades de todo el territorio español, gracias a la dedicación de profesionales que garantizan un aborto libre, seguro y de calidad.

www.acaive.com

ACAI

Asociación
de clínicas acreditadas
para la interrupción
del embarazo

Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. **IVE.**