



PROTOCOLO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

AUTORES: Dr. Abel Renuncio Roba.
COORDINADOR: José Gutiérrez Alés.



DR. ABEL RENUNCIO ROBA

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Médico adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del
Hospital Universitario de Burgos.

Responsable asistencial de la Unidad de Interrupción Voluntaria
del Embarazo del HUBU.

Responsable de Ginecología de la Unidad de Atención a la Mujer
del Servicio de Ginecología y Obstetricia de HUBU.



	PROTOCOLO PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	FECHA DE REVISIÓN: 2024
		FECHA DE VIGENCIA: 2028

COORDINADOR		
Dr. José Gutiérrez Ales		
REVISADO POR		
Sociedad Española de Contracepción		
AUTORES	SELLO	
Dr. Abel Renuncio Roba		

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO LEGAL

3. IVE FARMACOLÓGICA

- 1. Introducción
- 2. Pautas y vías de administración
- 3. Contraindicaciones
- 4. Efectos adversos
- 5. Proceso de expulsión
- 6. Complicaciones
- 7. Teratogenia
- 8. Procedimiento (Hasta la semana 12-14)
- 9. Procedimiento (A partir de la semana 12-14)
- 10. Consejo contraceptivo tras IVE

4. IVE QUIRÚRGICA

- 1. Primer Trimestre (Hasta la semana 14)
- 2. Segundo Trimestre (A partir de la semana 14)

5. IVE Y VIOLENCIA DE GÉNERO

6. ACCESIBILIDAD, INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

7. FORMACIÓN EN IVE DURANTE LA ETAPA MIR

8. OBJECIÓN DE CONCIENCIA

9. BIBLIOGRAFIA





1. INTRODUCCIÓN

DEFINICIONES^[1].

Aborto (Interrupción del embarazo)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

Métodos médicos de aborto (aborto médico o farmacológico): utilización de fármacos para finalizar el embarazo. A veces, también se emplean los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto medicamentoso”.

Métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico o instrumental): utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE).



2. MARCO LEGAL

Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo^[2]

- Aprobada por las Cortes Generales el 17 de diciembre de 2009, ratificada a finales de febrero de 2010 en el Senado y publicada en el B.O.E. el 4 de marzo de 2010. Entra en vigor en el plazo de 4 meses a partir del día siguiente a su publicación en el B.O.E. (5 de julio de 2010).

Desarrollada en:

- Real Decreto 825/2010 de desarrollo parcial de la Ley^[3] y Real Decreto 831/2010 de garantía de la calidad asistencial^[4].

Fue reformada el 1 de marzo de 2023^[5].

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

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

Artículo 13: Requisitos comunes.

- a) Practicado por médica/o especialista, preferiblemente en obstetricia y ginecología o bajo su dirección.
- b) En centro sanitario público o centro privado acreditado.
- c) Con consentimiento expreso informado y por escrito de la gestante, según la Ley 41/2002.

Artículo 13 bis: Edad.

1. Mujeres podrán interrumpir voluntariamente su embarazo a partir de los 16 años.
2. Menores de 16 años: régimen previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Artículo 14: Interrupción del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación.

- Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la mujer embarazada.

Artículo 15: Interrupción por causas médicas.

Entre las semanas 14 y 22 de gestación (Hasta la semana 22+6):

- Por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada: 1 médica/o especialista
- Por riesgo de graves anomalías en el feto: 2 médicas/os especialistas

Desde la semana 23 hasta el final del embarazo:

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

**Artículo 16: Comité clínico**

Formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos especialistas en ginecología y obstetricia o expertas/os en diagnóstico prenatal y un/a pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas. Ninguno de los miembros del Comité podrá formar parte del Registro de objetores de la interrupción voluntaria del embarazo ni haber formado parte en los últimos tres años. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un Comité clínico en un centro de la red sanitaria pública.

Artículo 19: Medidas para garantizar la prestación sanitaria pública.

Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

Se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma. Los centros sanitarios proporcionarán el método quirúrgico y farmacológico.

Si, excepcionalmente, la administración pública sanitaria no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

Por su especial sujeción a plazos, la interrupción voluntaria del embarazo será considerada siempre un procedimiento sanitario de urgencia.

Artículo 19 bis: Objeción de conciencia

Las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la interrupción voluntaria del embarazo podrán ejercer la objeción de conciencia, sin que el ejercicio de este derecho individual pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. Es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. La persona objetora podrá revocar la declaración de objeción en todo momento por el mismo medio por el que se le otorgó.

El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verá afectado por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. Asimismo, todo el personal sanitario dispensará siempre tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción del embarazo.

Artículo 19 ter. Registros de personas objetoras de conciencia.

Se creará en cada Comunidad Autónoma y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Quienes se declaren personas objetoras de conciencia lo serán tanto en el ámbito de la sanidad pública como de la privada.

Se adoptarán las medidas organizativas necesarias para garantizar la no discriminación tanto de las personas profesionales sanitarias no objetoras, evitando que se vean relegadas en exclusiva a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, como de las personas objetoras para evitar que sufran cualquier discriminación derivada de la objeción.



3. IVE FARMACOLÓGICA

3.1. INTRODUCCIÓN ^{[6] [7] [8] [9]}

Se han utilizado diferentes fármacos en el aborto farmacológico. De ellos, el método que ha mostrado más eficacia es la combinación de mifepristona y un análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol).

De hecho, para embarazos con una edad gestacional de hasta 9 semanas, el método recomendado para el aborto médico es el régimen combinado de mifepristona seguida de misoprostol 1-2 días más tarde. ^[1] Presenta una eficacia superior al 95%. ^[6], con eficacias reportadas desde el 96% hasta el 98,5%, en función de la variación del concepto "éxito" y "fallo" como factor de confusión. ^{[7] [10]}

MIFEPRISTONA

La mifepristona es un modulador selectivo del receptor de progesterona que se une al receptor con una afinidad mayor que la progesterona, pero no activa el receptor, por lo que actúa como un antiprogéstágeno y bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual produce el desprendimiento del embarazo. La mifepristona produce necrosis decidual, madura el cuello del útero y aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas (como el misoprostol). No tiene una farmacocinética lineal. Después de una primera fase de distribución del fármaco se produce una eliminación lenta durante las primeras 72 horas que posteriormente se acelera. Se estima una vida media de 90 horas. ^{[6] [11]}

MISOPROSTOL

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1. Estimula la maduración cervical y las contracciones del útero por lo que causa la evacuación uterina. ^[11]

Muestra ventajas importantes sobre otras prostaglandinas por su estabilidad a temperatura ambiente, seguridad y bajo coste. ^[6]

La evidencia disponible establece que la combinación de mifepristona + misoprostol es segura y eficaz para el aborto farmacológico y es la terapia recomendada para el aborto con medicamentos porque son significativamente más efectivos que los regímenes de misoprostol solo. Si no se dispone de un régimen combinado de mifepristona y misoprostol, la alternativa recomendada es un régimen de misoprostol solo. ^[11]

Ambos medicamentos están cada vez más disponibles en todo el mundo, y la combinación de mifepristona y misoprostol para el aborto médico forma parte de la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. ^[1]

OTRAS ANTIPROGESTINAS Y PROSTAGLANDINAS

El letrozol en combinación con una prostaglandina puede ser una alternativa al régimen de mifepristona-prostaglandina en lugares donde la mifepristona no es asequible o no está disponible. ^[12]

El gemeprost es un análogo de la prostaglandina similar al misoprostol, pero es más costoso, requiere refrigeración y puede usarse solo para su administración por vía vaginal. ^[1] El misoprostol ha demostrado mayor eficacia. ^[13]



3.2. PAUTAS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS^[6]^[14]

La pauta más extendida es: 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida por 800 mcg de misoprostol (vía vaginal u oral) a las 24-48 horas.^[1]

MIFEPRISTONA:

- 200 mg de mifepristona (La eficacia para producir un aborto completo es similar a las dosis antiguas de 600 mg, por lo que estas ya no se recomiendan)
- Vía oral

MISOPROSTOL:

- 800 mcg de misoprostol.

Vías de administración:^[15]

- Oral: los comprimidos se tragan de inmediato.
- Bucal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y se tragan después de 30 minutos.
- Sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y se tragan después de 30 minutos.
- Vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que se recueste durante 30 minutos.
- Las vías de administración vaginal, oral y bucal son las más utilizadas en la actualidad.
- Presentan una biodisponibilidad que se caracteriza por un pico máximo a los 30-40 minutos de su administración, con unos niveles de concentración plasmática no excesivamente altos que se mantienen estables durante 4 horas. Los efectos secundarios son ligeramente superiores en la vía bucal que en la vaginal.^[6]
- Según la Cochrane, el misoprostol vaginal es más eficaz que la administración oral y tiene menos efectos secundarios que la administración sublingual o bucal.^[13]
- El misoprostol sublingual y vaginal tienen una eficacia similar, pero la administración vaginal se asocia con una menor frecuencia de efectos adversos.^[16]
- Se debe evitar la vía vaginal en caso de infección vaginal, especialmente vaginosis bacteriana (el aumento de pH vaginal disminuye la eficacia del tratamiento).^[14]
- Ambos intervalos de 24 y 48 horas tienen una eficacia similar para lograr el aborto completo con 200 mg mifepristona seguida de 800 microgramos de misoprostol por vía vaginal^[17], permitiendo la pauta de 24 horas acortar el tiempo del proceso.^[6]



HASTA 9 SEMANAS

Régimen de Mifepristona y Misoprostol para el aborto farmacológico hasta las 9 semanas (63 días)	
Mifepristona 200 mg por vía oral	A las 24-48 horas: Misoprostol 800 mcg vía oral, vaginal, bucal o sublingual

ENTRE 9-12/14 SEMANAS

Régimen de Mifepristona y Misoprostol para el aborto farmacológico entre 9-12/14 semanas	
Mifepristona 200 mg por vía oral	A las 36-48 horas: Misoprostol 800 mcg vía vaginal Continuación: 400 mcg/3 horas hasta 4 dosis. Si no se produjera la expulsión, se podría: 1. Repetir pauta a partir de las 12 horas de última dosis de Misoprostol. 2. Tratamiento quirúrgico

AUTOADMINISTRACIÓN

La autoadministración de misoprostol es segura y efectiva^[11] y presenta la misma efectividad para el éxito del aborto que los procedimientos administrados por profesionales.^[18]

HUMEDAD

El uso de misoprostol humedecido no aporta ventajas con respecto al misoprostol seco.^[19]

EMBARAZO MULTIPLE

El éxito para embarazos gemelares no es significativamente diferente al de embarazos con fetos únicos, aunque no se pueden excluir pequeñas diferencias debido al número limitado de tratamientos en embarazos gemelares.^[20]



3.3. CONTRAINDICACIONES^[6]^[14]

CONTRAINDICADO ABSOLUTA

- Alergia o hipersensibilidad a mifepristona o misoprostol
- Embarazo no confirmado
- Gestación ectópica
- Insuficiencia suprarrenal
- Porfiria hereditaria
- Asma grave no controlado
- Terapia con corticoides de larga duración

NO RECOMENDADO

- Alteraciones de la coagulación
- Anemia severa
- Fallo hepático
- Malnutrición
- Epilepsia no controlada

NO CONTRAINDICADO

- Lactancia materna
- Embarazo gemelar
- Obesidad
- Alteraciones tiroideas
- Portadora de DIU (extraerlo previamente)

CONTRAINDICACIÓN DEL “MÉTODO”

- Mujer que desea una finalización más inmediata del embarazo
- Incapacidad para entender las instrucciones
- Imposibilidad de seguimiento

3.4. EFECTOS ADVERSOS

La incidencia de los efectos adversos varía según el régimen utilizado, la dosis y la vía de administración.^[21]

El principal efecto adverso es el dolor (hasta 75%).^[14]

Los efectos adversos pueden ocurrir después de la administración de mifepristona (mareos, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, taquicardia) pero se experimentan más típicamente después de la administración de misoprostol (náuseas (43-66%), vómitos (23-40%), diarrea (23-35%), dolor de cabeza (13-40%), mareos (28-39%), alteraciones de la temperatura)^[11] y con menor frecuencia exantema y prurito en plantas y palmas.^[6]



3.5. PROCESO DE EXPULSIÓN

Después de la administración de misoprostol, en el 90% de mujeres se producirá la evacuación uterina en las 4 a 6 horas posteriores. ^[1]

En este tiempo se producirá: ^[6]

- Sangrado abundante, superior al de una menstruación habitual
- Dolor abdominal por efecto de las prostaglandinas y del propio proceso abortivo. Existe una gran variabilidad respecto al dolor, que abarca desde dolor muy ligero que no precisa analgésicos hasta dolor muy intenso en algún momento del tratamiento.

El dolor es menor en mujeres multíparas, de mayor edad y en abortos durante las primeras 7 semanas de gestación ^{[1] [6] [22]}

3.6. COMPLICACIONES

Existe amplia evidencia sobre la seguridad del aborto farmacológico.

La tasa de complicaciones mayores en el aborto farmacológico se sitúa en torno al 0,2%, siendo tan infrecuente que debería ser ofrecido a todas las mujeres que consultan para interrumpir una gestación de menos de 9 semanas. ^[10]

La tasa de hospitalización es de 0,3 % y la de transfusión de sangre de 0,1 %. ^[7]

La Infección es excepcional, por lo que no se recomienda profilaxis antibiótica. ^[6]

3.7. TERATOGENIA ^[6]

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

Mifepristona

No hay evidencia de riesgo teratogénico. Por tanto, si la mujer desea continuar con su embarazo tras la toma, no es necesario finalizarlo.

No obstante, debe informarse a la mujer de que, dado el riesgo desconocido para el feto de los fármacos abortivos, el seguimiento del embarazo debe ser minucioso.

Misoprostol

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



3.8. PROCEDIMIENTO (HASTA LA SEMANA 12-14)

PRIMERA VISITA ^[6]^[14]

- Historia clínica: Anamnesis detallada
- Valoración psicosocial. Detección de violencia de género
- Ecografía: Confirmar embarazo y edad gestacional
- Informar sobre el uso de los fármacos, evolución del proceso y sus posibles efectos adversos
- Informar de la posibilidad de que pueda no ser eficaz, y precisar resolución quirúrgica
- Consentimiento informado (C.I.) Complimentación
- Tratamiento
- Consejo contraceptivo e inicio de anticoncepción
- Programar calendario de visitas
- Notificar el caso en la Herramienta IVE
- Informe asistencial

ANALÍTICA ^[23]

La OMS determina que los análisis de laboratorio de rutina no constituyen un prerrequisito para el tratamiento. La detección de anemia mediante la medición de niveles de hemoglobina o hematocrito puede ser útil en casos aislados de hemorragia en el momento del aborto o después del procedimiento. ^[1]

Según ACOG, las evaluaciones de laboratorio no están indicadas de forma rutinaria y la evaluación preoperatoria de hemoglobina o hematocrito está indicada solo cuando se sospeche anemia. ^[11]

TRATAMIENTO

- Recoger C. I. debidamente cumplimentado
- Confirmar que la paciente cumple los criterios para IVE farmacológica
- Asegurar compromiso de seguir el tratamiento
- Administración e ingesta de mifepristona 200 mg delante del personal sanitario.
- Entrega de misoprostol
 - 800 mcg para su autoadministración después de 24-48 horas (<9 semanas) o 36-48 horas (9-14 semanas)
 - Continuación: 400 mcg/3 horas hasta 4 dosis (9-14 semanas).
- Prescripción y entrega de pauta analgésica y antiemética:
 - Inicio precoz (30 minutos antes del misoprostol o con misoprostol)
- Es importante explicar el dolor que cabe esperar, así como paliar el miedo y la ansiedad



ANTIBIÓTICO

No hay evidencia científica que justifique el uso universal de profilaxis antibiótica en el aborto farmacológico^[1], por lo que no se recomienda el uso rutinario de antibióticos profilácticos para el aborto con medicamentos.^{[1] [11] [23]}

ANTICONCEPCIÓN [14]

- Promover la utilización de los **LARC (Anticonceptivos reversibles de larga duración)** como prevención de las IVE de repetición.
- Si desea colocarse un **implante** subcutáneo se puede colocar en esta misma visita, tras la toma de la mifepristona,
- Si desea Anticoncepción Hormonal Combinada (**AHC**) o **Anticoncepción con solo gestágenos (ASG) oral**, puede iniciar la toma en ese mismo momento, siempre descartando criterios 3-4 de la OMS.
- Si desea **DIU**, sea de cobre o de LNG, se puede colocar en la visita de control (7 -14 días) tras IVE (la única categoría 4 sería tras un aborto séptico).
- Explicar y entregar Consentimiento Informado en caso necesario.

ANALGESIA

La OMS señala que a todas las mujeres se les debe ofrecer tratamiento para el dolor como parte de la rutina para la realización de un aborto médico o quirúrgico.^[1] En el manejo del dolor la finalidad debe ser prevenirlo, administrando analgésicos antes de que el dolor aparezca.^[25]

Este ofrecimiento no debe ser algo opcional, y siempre se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico o quirúrgico, y se deben suministrar sin retrasos a toda mujer que los desee.^[1]

Manejo no farmacológico del dolor y de la ansiedad^[14]

- Comunicación respetuosa, sin juicios de valor
- Apoyar y calmar verbalmente
- Explicación minuciosa sobre qué esperar
- Presencia de una persona de apoyo que acompañe durante el proceso (si la mujer así lo desea)
- Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

Los antiinflamatorios no esteroideos asociados con los métodos de aborto médicos y quirúrgicos reducen el dolor, incluidos los espasmos uterinos.^[1]

Se recomienda su uso para el control del dolor en pacientes que se someten a un aborto con medicamentos,^[11] y la OMS recomienda ofrecerlos de forma sistemática y facilitarlos para que la persona los utilice si lo desea y cuando lo desee.^[24]

Protocolos

El principal problema radica en la no estandarización de los protocolos de analgesia en el aborto farmacológico, que deriva en una heterogeneidad en los protocolos de actuación.^[25] Sería necesario



umentar el conocimiento y mejorar el manejo del dolor asociado al aborto farmacológico, así como establecer protocolos de uso sistemático de la analgesia.^[26]

Aún así existe consenso en utilizar como primera línea de analgesia profiláctica los AINEs.^[23]

La segunda línea analgésica debe ser utilizada sin demora si la analgesia de primera línea no es suficiente por la presencia de dolor moderado o severo, siendo los mórficos la mejor elección.^[26]

Pero aún son necesarios Ensayos Clínicos Aleatorizados a gran escala y de alta calidad para el control del dolor durante el aborto con medicamentos.^[27]

INMUNOGLOBULINA ANTI D

En gestaciones de menos de 9 semanas, no hay evidencia de que se produzca sensibilización materna en aborto espontáneo o inducido.^[28]

Incluso la OMS en sus últimas recomendaciones, tanto para el aborto médico como para el quirúrgico antes de las 12 semanas no recomienda la administración de inmunoglobulina anti-D.

En cambio, sí se recomienda su administración a partir de las 12 semanas de edad gestacional.^[24]

SEGUNDA VISITA (7-14 días después de la administración del misoprostol)^{[6][14]}

Se recomienda realizar seguimiento y confirmación de que el aborto fue completo entre 7 y 14 días después de la administración del misoprostol.^{[1][29]}

Ecografía

La ecografía suele ser el método utilizado para confirmar el éxito o fracaso del tratamiento médico.^[14]

Se trata de una técnica sencilla, rápida y eficaz, que precisa conocimiento y entrenamiento por parte de las/os profesionales sanitarias/os para evitar la práctica de cirugías innecesarias.^[31]

La ecografía es muy útil para diagnosticar éxito y fallo pero no es certera para diferenciar los casos que precisan legrado o no.^[32] De hecho, se debe recomendar el uso de la ecografía únicamente para descartar una gestación evolutiva.^[33]

El uso de Doppler 2D o 3D, no ayuda a diferenciar casos que precisan instrumentación, ni en pacientes asintomáticas ni en sintomáticas.^{[34][35]}

Medir el grosor del endometrio no es útil para diagnosticar un aborto incompleto y podría dar lugar a intervenciones quirúrgicas impropcedentes.^[1] Tampoco hay pruebas fehacientes de que algún punto de corte del grosor endometrial sea clínicamente útil.^[36]

De hecho, la medición del grosor endometrial u otros hallazgos no predicen la necesidad de aspiración uterina posterior.^{[11][35][36][37][38][39][40][41]}

Cuando el examen ecográfico transvaginal no muestra evidencia de saco gestacional 1 semana después del tratamiento, solo el 1,6% de las pacientes necesitaron evacuación uterina posterior.^[11] De hecho el RCOG concluye que el examen ecográfico no debe utilizarse de forma rutinaria para detectar abortos incompletos, y que la decisión de evacuar el útero después de un aborto incompleto debe basarse en signos y síntomas clínicos y no en la apariencia ecográfica.



La apariencia ecográfica del endometrio tampoco es un predictor clínicamente útil de la necesidad posterior de evacuación quirúrgica. ^[42]

Pruebas de embarazo de baja sensibilidad

La prueba de embarazo de baja sensibilidad o test urinario de baja sensibilidad: ^[31]

- Sólo detecta concentraciones de B-HCG superiores a 1.000 mUI/ml.
- Se realiza de forma ambulatoria.
- Se combina con contacto telefónico desde el centro sanitario.
- Tiene una menor interferencia en la vida diaria de la mujer (menos visitas médicas, pérdida de tiempo y más confidencialidad). Muchas mujeres señalan que el número de visitas requeridas es el motivo principal para no elegir el aborto farmacológico. ^[31]
- Aumenta el empoderamiento de la mujer (mayor autocontrol y autoevaluación del proceso).

Un valor de beta HCG menor de 900 UI/l determinado entre 14–21 días después de aborto farmacológico es una estrategia eficiente para excluir el fallo en aborto farmacológico de primer trimestre. ^[43] Y, de hecho, confiar en las observaciones de las mujeres y en el resultado de un test de baja sensibilidad, permite evaluar de forma certera el resultado del aborto sin necesidad de ecografía ni exploración pélvica. ^[44]

El control telefónico tras prueba de embarazo de baja sensibilidad a las 2 semanas de la toma de mifepristona es un método eficaz para valorar resultados, presenta una alta tasa de seguimiento y es una opción bien aceptada por las mujeres. ^[45]

Con una sensibilidad del método del 100%, y una especificidad del 97%, las pacientes califican la prueba como “muy fácil” o “fácil” de utilizar (un 91,1%), siendo validado como adecuada para la población de EEUU. ^[39]

Se ha demostrado que el autocontrol no es inferior al control rutinario, ahorra recursos económicos y disminuye el número de visitas ^[46], y que el método de control de B-HCG urinaria y contacto telefónico tiene similar efectividad que la ecografía en el control, aunque requiere más esfuerzo de los profesionales para evitar pérdidas de seguimiento. ^[47]

FRACASO DEL TRATAMIENTO:

- Se define como la continuación de la gestación (Gestación intraútero con latido positivo)
 - En caso de producirse, se puede ofertar un segundo ciclo (Mifepristona + Misoprostol), en función de la edad gestacional.
 - Si no desea 2º ciclo, no es posible por edad gestacional o ha fracasado un segundo ciclo se ofertará tratamiento quirúrgico.
- En una paciente asintomática, ni el sangrado prolongado ni la presencia de imágenes ecográficas sugestivas de restos intrauterinos son indicación para intervención quirúrgica.
- Los productos de la concepción que aún permanezcan en el útero serán expulsados durante el sangrado subsiguiente (siguiente menstruación).
- Sólo se debe realizar evacuación uterina quirúrgica por hemorragia intensa y/o prolongada, por sospecha de infección, por aborto diferido que no acepte segunda dosis de tratamiento o tras segunda dosis no efectiva. ^{[6] [30]}



Anticoncepción ^[23]

- Refuerzo del asesoramiento contraceptivo.
- Si desea inserción de DIU, sea cobre o LNG, se puede y debe insertar en este momento salvo contraindicaciones, fracaso del tratamiento o sospecha de infección.

Informe final del proceso (Entregar a la paciente) y alta.

3.9. PROCEDIMIENTO (A PARTIR DE LAS 12-14 SEMANAS) ^{[6] [14] [48] [49] [50] [51] [52]}

Para la inducción del aborto a partir de 12-14 semanas y en el segundo trimestre, la aspiración y la dilatación y evacuación (DyE) son de eficacia superior a los métodos médicos de aborto, aunque requieren capacitación especializada y práctica constante.

En caso de no disponer de la capacitación o la experiencia adecuadas, pueden ser apropiados los métodos médicos.

- La valoración psicosocial, ecográfica y ginecológica son similares a la IVE de <12 semanas y a la quirúrgica.
- Puede ser recomendable la realización previa de una analítica sanguínea.
- La administración del misoprostol se recomienda realizarla en instalaciones sanitarias.
- La mujer debe ser controlada cada 30 minutos desde el momento de la primera dosis de misoprostol, particularmente en relación con su necesidad de manejar el dolor.
- El tiempo de expulsión y la finalización del aborto aumentan con la edad gestacional y con la nuliparidad.
- Las mujeres permanecerán en las instalaciones sanitarias hasta que se haya completado el proceso de expulsión.
- No está indicado hacer legrado uterino de rutina.
- Se recomienda profilaxis antibiótica.

La dosis de misoprostol depende de la edad gestacional, el patrón contráctil, la situación del feto y las posibles limitaciones al uso de misoprostol.

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



A PARTIR DE 19 SEMANAS

En gestaciones mayores de 19 semanas, se debe valorar el manejo concomitante de otras técnicas para la expulsión fetal.

En gestaciones >22 semanas debe recomendarse la inducción de la muerte fetal, ya que puede reducir la duración del procedimiento, la pérdida hemática y la ansiedad materna.

1. Control de constantes vitales
2. Venoclisis, sueroterapia
3. Sondaje vesical
4. Valorar premedicación: Midazolán 2 – 3 mg via IV
5. Posible inserción de dilatadores osmóticos u otro sistema de dilatación
6. Ajustar las dosis mayores de misoprostol a la edad gestacional y los antecedentes
7. Amniorrexis (Si es posible/cuando sea posible)
8. Oxitocina (en función de la evolución)
9. Valoración estricta durante la dilatación
10. Valorar expulsión en quirófano, sedación y medidas de prevención de la atonía uterina
11. Analgesia post-expulsión IV: AINEs, Paracetamol, Tramadol...
12. Valorar hemograma y coagulación a las 2-4 horas
13. Control de diuresis y constantes e inicio de ingesta de líquidos
14. Inicio de la deambulaci3n
15. Cabergolina para inhibici3n de la lactancia
16. Informe de alta y cuidados pos-quirúrgicos

MIFEPRISTONA

Siempre

200 mg vía oral

Repetir segundo día si no expulsión (mínimo 12 horas de dosis previa)

MISOPROSTOL

Vía vaginal [50]

Máximo: 5 dosis/día

EDAD GESTACIONAL	PRIMER DÍA	SEGUNDO DÍA
12-24+6 semanas	800 µg + 400 µg / 3 horas	800 µg + 400 µg / 3 horas
25-31+6 semanas	400 µg + 200 µg / 3 horas	400 µg + 200 µg / 3 horas
≥32 semanas	50 µg + 50 µg / 3 horas	100 µg + 50 µg / 4 horas

Las dosis deben ajustarse en casos de cesárea anterior o preeclampsia. Se debe individualizar en casos de placenta previa. [50]



INTERVALO ENTRE MEDICACIONES [50]

El intervalo óptimo de tiempo entre mifepristona-misoprostol depende de las semanas de gestación:

- 12-22+6 semanas: 12-24 horas
- >23 semanas: 12 horas

Aunque se recomiendan estos intervalos, la mifepristona debe administrarse siempre, ya que ha demostrado efectividad con intervalos de tiempo más cortos. ^[50]

Si la paciente no quiere realizar un ingreso diferido se administraría la mifepristona junto con el misoprostol en el momento de iniciar el tratamiento farmacológico.

MANEJO

- Si aparece dinámica uterina regular (>2 contracciones cada 10 minutos) no se deben administrar más dosis de misoprostol aunque el cérvix aún no se haya modificado.
- No se debe iniciar el tratamiento con oxitocina hasta que hayan transcurrido más de cuatro horas desde la última dosis de misoprostol, pues aumenta el riesgo de hiperdinamia y rotura uterina.
- Se debe permitir la ingesta de dieta líquida, así como la movilización de la paciente.

ANALGESIA

- Siempre
- Al inicio del tratamiento: Diazepam 10 mg oral o sublingual si la paciente lo desea con el fin de tranquilizar pero no desconectar de su entorno a la paciente. Puede repetirse 5 mg/12-24 horas según tolerancia.
- Iniciar pauta analgésica de forma simultánea al tratamiento con prostaglandinas.
- Cuando no se tolere el dolor a pesar de la analgesia será indicación de analgesia epidural. Se recomienda informar al equipo de anestesia al iniciar el proceso para consensuar con ellos el manejo del dolor en todo el proceso. Durante el parto, la analgesia de elección será la epidural.
- Pautar un fármaco antiemético (metoclopramida 10 mg u ondansetrón 4 mg IV) y un fármaco antidiarreico (loperamida 2 mg VO) si aparecen náuseas, vómitos y/o diarrea.
- En caso de alergias, se individualizará en tratamiento en función de la cada paciente.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ^[50]

Únicamente en caso de legrado quirúrgico.

La profilaxis antibiótica no está indicada si el método de finalización es farmacológico.

NO EXPULSIÓN EN 48 HORAS

Si no se produce la expulsión en 48 horas, se puede utilizar un tratamiento de rescate:

- <25 semanas: en función de la edad gestacional y de la situación clínica de la paciente se puede optar por Prostaglandina F2 α vía intraamniótica o Prostaglandina E2 (PGE2) perfusión intravenosa.



- ≥ 25 semanas: en función del índice de Bishop valorar inicio de estimulación oxitócica según protocolo de inducción del parto en gestación viable.

MEDIDAS EN EL POSPARTO INMEDIATO ^[50]

- No se recomienda realizar ecografía sistemática tras la expulsión fetal y placentaria si la paciente está asintomática (elevada tasa de falsos positivos). Este procedimiento se debe reservar en los casos de sangrado significativo y/o sospecha de retención placentaria para establecer la necesidad de legrado.
- Si tras la expulsión del feto no se produce el alumbramiento de la placenta.
 - Valorar extracción manual si es posible
 - Administrar 400 mg misoprostol vaginal (en gestaciones < 22 semanas) o 5-10 unidades internacionales (UI) de oxitocina IV (en gestaciones ≥ 22 semanas).
 - Si tras 2 horas no se produce la expulsión, se realizará legrado aspirativo con profilaxis antibiótica.

MEDIDAS PREVIAS AL ALTA

- Control de pérdida sanguínea (tratamiento antianémico y ecografía de control si es necesario).
- Administración de gammaglobulina anti-D en pacientes Rh negativas.
- Inhibición de la lactancia materna en embarazos de > 16 semanas (Cabergolina 2 comprimidos en dosis única).
- Favorecer el alta precoz cuando el estado de la paciente lo permita.
- Citar en consulta para revisión.

3.10. CONSEJO CONTRACEPTIVO TRAS IVE ^{[6] [14] [23] [53] [54] [55]}

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

- Los LARCs son una excelente elección en mujeres tras IVE, ya que disminuye la tasa de repetición de IVE, sin olvidar aconsejar el uso del doble método para evitar ITS.
- Tras la inserción de DIU cobre y DIU Levonorgestrel hay mayor tasa de expulsiones en inserciones tras IVE del II trimestre; no así en las inserciones realizadas en IVE de I trimestre.
- Los métodos de control de la fertilidad no son recomendables hasta recuperar la menstruación y tienen una alta tasa de fallos.
- No usar diafragma, capuchón cervical o preservativo hasta al menos dos semanas tras la IVE.
- La anticoncepción de urgencia siempre es una opción cuando se precise.

El inicio de la anticoncepción tras una IVE debe ser lo más precoz posible por diferentes razones: ^[31]

- Más del 50% de mujeres inician relaciones sexuales en las 2 primeras semanas tras IVE. ^[56]
- El 18,2% de las pacientes quedaron embarazadas dentro de los 18 meses siguientes, por lo que deberíamos considerar la anticoncepción inmediata. ^[57]



- Posponer el inicio de un método contraceptivo se asocia a una mayor tasa de abortos de repetición [58], especialmente en mujeres jóvenes. [59]
- Todos los métodos hormonales pueden iniciarse el mismo día de misoprostol (día 1º de ciclo)
- La píldora combinada no afecta a los días de sangrado tras un aborto farmacológico. [60]
- Ambos tipos de DIU pueden insertarse una vez comprobada la vacuidad uterina y así debería sugerirse a todas las mujeres que optan por este método, en especial a las que repiten interrupción. [61] [62] [63]
- Las administraciones que financian la IVE deberían también facilitar y aconsejar pautas de anticoncepción eficaz. [31]

La recuperación de la fertilidad tras la IVE puede ser muy precoz. La ovulación puede ocurrir incluso a los 8 días tras la IVE y el 83% de las mujeres ovulan durante su primer ciclo. Por ello, la provisión de anticoncepción postaborto debe ser parte integral de cualquier atención al aborto y realizarse antes de que abandone el centro sanitario donde realizó la IVE, y de forma lo más precoz posible. Los LARC deben ser un método anticonceptivo preferente. [53] [64]

Los métodos anticonceptivos son seguros y el proceso de la IVE no se ve afectado por su inicio inmediato.

Inicio

En caso de optar por un anticonceptivo hormonal (oral, parche, anillo, implante o inyectable) la OMS sugiere que se ofrezca la opción de iniciar la anticoncepción hormonal inmediatamente después de la administración de mifepristona. [24]

El inicio inmediato de la inyección intramuscular de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) se asocia a una ligera disminución de la eficacia de los tratamientos de aborto médico. No obstante, aún así debe ofrecerse el inicio inmediato de la administración de AMPD como método anticonceptivo. [24]

Para quienes opten por la colocación de un DIU, se sugiere la colocación en el momento en que se determine que el procedimiento de aborto ha sido efectivo y evitarse en caso de aborto séptico. [1] [24] [53] [64]

Los embarazos no deseados dentro de los seis meses posteriores a un aborto son menores con el inicio inmediato de la anticoncepción, frente a su inicio tardío (RR 0,25), [65] por lo que es indispensable la elaboración de estrategias de inicio precoz de anticoncepción tras IVE encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados. [66]



4 . IVE QUIRÚRGICA O INSTRUMENTAL

4.1. PRIMER TRIMESTRE (Hasta 14 semanas)

INTRODUCCIÓN ^[6] ^[15] ^[67]

Técnica de cirugía menor ambulatoria altamente eficaz con una tasa muy pequeña de complicaciones importantes (<0,1%) que debe ser realizada por profesionales formadas/os, en centros públicos o privados autorizados. Se realiza mediante aspiración con una cánula específica previa dilatación cervical ^[1] y no debe completarse de forma rutinaria mediante legrado o curetaje cortante.

La recuperación es rápida, pudiendo abandonar el centro sanitario precozmente. ^[6]

PRIMERA VISITA ^[6]

1. Historia Clínica: Anamnesis detallada
2. Valoración psicosocial. Detección de violencia de género. Adolescentes: valorar necesidades específicas.
3. ECOGRAFÍA:
 - Confirmación de embarazo intrauterino.
 - Datación gestacional
 - Morfología uterina
 - Descartar patología ginecológica asociada
4. Información de los procedimientos para la IVE hasta 14 semanas de gestación
5. Valoración del tipo de anestesia y riesgos
6. Consentimiento informado para IVE instrumental
7. Valorar la necesidad de analítica:
 - a. Hemograma y coagulación en casos de anemia reciente, trastornos de coagulación u otros factores de riesgo.
 - b. Grupo y Rh (a partir de 12 semanas) ^[14] ^[24]
8. Proporcionar 400 mcg misoprostol si se realiza preparación domiciliaria: vía vaginal o sublingual 2-3 horas antes de la intervención.
9. Consejo contraceptivo

SEGUNDA VISITA

PREPARACIÓN

Medicación: ^[6]

- **Benzodiazepinas:**

- Se puede emplear Diazepam 5 mg o Lorazepam 1 mg vía oral 30-45 minutos antes (si el procedimiento se realiza con anestesia local)



- **Preparación cervical:**

- Misoprostol 400 mcg vía vaginal o bucal (3 horas antes de la intervención) o sublingual (1-2 horas antes de la intervención).
- Se puede repetir 200 mcg sublingual 15-30 minutos antes si ≥ 10 semanas o condiciones desfavorables
- Se puede considerar la autoadministración del misoprostol por parte de las mujeres antes de acudir al centro

- **Analgesia:**

- Para el tratamiento del dolor en el caso del aborto quirúrgico a cualquier edad gestacional se recomienda ofrecer de forma sistemática medicación para el dolor (antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) y administrársela a quienes lo deseen.^[24]
- En la mayoría de los protocolos se administra Ibuprofeno 600 mg (Paracetamol 1g o Metamizol 575 mg en caso de alergia) vía oral previamente a la realización^[6]

- **Valorar venoclisis y sueroterapia en función de:**^[6]

- Edad gestacional (>12 semanas)
- Multiparidad y menstruaciones abundantes
- Multípara o nulípara con útero miomatoso o mioma de gran tamaño
- Aborto en curso
- Menor de edad
- Embarazo múltiple
- Criterio médico según patología asociada

- **Dilatación cervical**^[68]

Antes de realizar una técnica instrumental es necesario dilatar el cérvix.

Hasta las 12-14 semanas se realiza habitualmente en el momento de la intervención con dilatadores mecánicos.

Previamente puede emplearse Misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual. La dosis y la vía de administración dependen de las semanas de gestación, de la paridad y del criterio facultativo.

Menos frecuentemente se realiza con dilatadores osmóticos naturales (Laminaria) o sintéticos, aunque la OMS no los recomienda antes de las 12 semanas.^[24]



QUIRÓFANO: ^[6] ^[69]

ANESTESIA

Para el tratamiento del dolor en el caso de aborto quirúrgico antes de la semana 14:

- No se recomienda el uso sistemático de anestesia general. ^[24]
- Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
- Se sugiere ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.
- En caso de preparación cervical con dilatadores osmóticos antes de la semana 14 se recomienda el uso del bloqueo paracervical. ^[24]

Anestesia local

- Lidocaína 1 %
 - Inyectar lentamente 2–5 ml a una profundidad de 1,5-3 cm (se puede aumentar a 15 ml si 13-14 semanas).
- Mepivacaína 1 %
 - Inyectar lentamente 8-10 ml a una profundidad de 2-3 cm.
- Infiltración en los puntos horarios 2, 4, 8 y 10.

DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN ^[35]

Técnica practicada por personal entrenado y con instrumental adecuado, de corta duración, de forma ambulatoria y con muy escasas complicaciones.

Se realiza dilatando el cuello uterino, y evacuando completamente el útero mediante una cánula de aspiración con un sistema de vacío.

En comparación con el legrado convencional, la aspiración presenta menos complicaciones, menos dolor y es más rápida.

Intervención: ^[69]

- Tenáculo sobre labio anterior o posterior del cuello (por ejemplo, Pinza de tenáculo Museux)
- Dilatación cervical (Dilatadores curvos, troncocónicos, con diferencia creciente de tres puntos de calibre de punta a base para una dilatación más fácil, menos forzada y menos dolorosa)
- Dilatación de cérvix, hasta un número igual o inmediatamente superior al de la cánula que va a utilizarse.
- Se aconseja utilizar cánulas curvadas, acanaladas, con una fenestración ovalada, que facilita la intervención.
- El número de calibre coincide con el número de semanas de amenorrea que la cánula es capaz de aspirar.
- Histerometría y rectificación de la posición del útero
- Aspiración por vacío (Método recomendado para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas). ^[24]
 - Presión negativa de 0,50 (0,40-0,60) atmósferas.



SEMANAS DE GESTACIÓN	TAMAÑO SUGERIDO DE CÁNULA (mm)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

Fuente: Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS 2014 [15]

- Ocasionalmente, en gestaciones de 13-14 semanas puede ser útil utilizar pinzas Saenger o Kelly en caso de no aspiración de algún resto fetal.
- No se recomienda la práctica de dilatación y legrado.^[24]
- No se recomienda el repaso de las paredes de la cavidad uterina con legra fenestrada como procedimiento de rutina.^{[6] [24]}
- Los siguientes signos son indicativos de una cavidad uterina vacía:^[6]
 - Aparece una espuma roja o rosada y no se visualiza paso de más tejido a través de la cánula.
 - Sensación rugosa al pasar la cánula por la superficie del útero evacuado.
 - El útero se contrae alrededor de la cánula.
 - Intensificación del dolor, indicando que el útero se está contrayendo.

ECOGRAFÍA

- No es imprescindible en gestaciones de menos de 14 semanas, salvo en casos complicados.
- Sin embargo, la monitorización ecográfica intraoperatoria es una práctica habitual que permite visualizar la evolución de la intervención, aumentar la seguridad del procedimiento^[6], detectar posibles complicaciones y confirmar la vacuidad de la cavidad uterina. Por esta misma razón, las complicaciones (abortos frustrados (1,3 por 1000), abortos incompletos y perforación uterina) son raras y mucho menos frecuentes que sin visualización ecográfica.^[35]
- La confirmación de la vacuidad uterina se puede realizar mediante ecografía o con la inspección del tejido aspirado.^[6]

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Para el aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de infección pélvica inflamatoria se recomienda profilaxis adecuada pre o perioperatoria con antibióticos.^{[6] [24] [70]}

RECUPERACIÓN:^[6]

- Control de evolución adecuada. Durante la observación post-quirúrgica inmediata hay que brindar a la mujer confort y apoyo, supervisando su recuperación.
- Se recomienda la administración de gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas tras IVE de >12 semanas a toda mujer Rh negativo.^{[6] [14]}



- Cabergolina en gestaciones de 13 y 14 semanas, sobre todo si son múltiparas.
- Recomendaciones:
 - No inmersión, ni duchas vaginales ni tampones ni relaciones coitales en 15 días.
 - Consultar si temperatura mayor de 38 °C, sangrado excesivo, dolor que no cede con analgesia, secreción vaginal maloliente o alteraciones emocionales.
- Anticoncepción:
 - Se recomienda iniciar el método anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico. ^[24]
- Notificar el caso en la Herramienta IVE.
- 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]. En los días posteriores 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 hematometra fisiológico) y a veces acompañarse de dolor leve controlable con analgésicos tipo AINES o paracetamol. ^[35]

TERCERA VISITA: Revisión a los 15 días de la intervención. ^[6]

- Anamnesis. Valoración psicosocial.
- Ecografía.
- Se comprueba cavidad uterina vacía.
- Consejo contraceptivo: reforzar y toma de decisiones (en caso de no iniciado el día de la intervención).
- Despistaje de pacientes que precisen control ginecológico, psicológico o sexual.
- Alta médica e informe final.

4.2. SEGUNDO TRIMESTRE ^[6]

Dilatación y evacuación

Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas. Se recomienda la dilatación y evacuación. ^{[24][35]}

Por personal experimentado se puede practicar habitualmente en gestaciones mayores de 16-17 semanas y hasta las 22 semanas. ^[35]

En manos expertas, es una técnica que presenta pocos efectos secundarios y adversos ^{[35][71]}. Es una técnica aceptada psicológica y emocionalmente, ya que es rápida, no requiere hospitalización, poco o nada dolorosa (al practicarse con sedación) y no queda recuerdo del momento del aborto. ^[35]

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. ^[35]

También tiene su indicación cuando pasadas 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). ^[35]



Consideraciones especiales, respecto al procedimiento descrito en el primer trimestre:^[6]

- Debe ser realizada por profesionales con capacitación especializada y experiencia
- **Preparación cervical:**
 - Sumamente importante para evitar complicaciones. Su duración puede ser muy variable (2 horas – 2 días).^[6]
 - Se puede utilizar medicación (mifepristona y misoprostol) o un dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).^[24]
 - Cuando se utiliza un dilatador osmótico para la preparación del cuello uterino, se sugiere no extender el periodo entre la aplicación del dilatador osmótico y el procedimiento más allá de dos días.^[24]
 - A partir de las 19 semanas, se recomienda dilatador osmótico más medicación (mifepristona, misoprostol o una combinación de ambas).^[24]
 - Posología propuesta:
 - 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1-2 días después de dosis repetidas de 400 mcg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4-6 horas.
 - El intervalo mínimo recomendado entre la administración de mifepristona y misoprostol es de 24 horas.
 - Posología alternativa: dosis repetidas de solo 400 mcg de misoprostol administrado por vía sublingual o vaginal cada 4 a 6 horas, pero la evidencia de los estudios clínicos indica que el tratamiento combinado es más eficaz que la administración de misoprostol por sí solo.^[24]
- Se precisa mayor dilatación y cánulas de mayor tamaño (12–16 mm) y probablemente material quirúrgico adicional.
 - La aspiración con vacío puede realizarse durante un procedimiento de dilatación y evacuación (con el fin de realizar una amniotomía o una extracción de tejido al final de la dilatación y evacuación).^[24]
- Control ecográfico: resulta de gran utilidad
- Tratamiento del dolor:
 - Se recomienda el uso del bloqueo paracervical.
 - Se sugiere ofrecer la opción de un tratamiento combinado del dolor mediante sedación consciente y bloqueo paracervical, cuando se disponga de sedación consciente.^[24]
- La duración no suele superar los treinta minutos, y el sangrado posterior es de mayor cuantía que en el primer trimestre.
- Se precisa prescribir cabergolina para inhibición de la lactancia.
- Se recomienda la administración de gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas tras IVE de >12 semanas a toda mujer Rh negativo.^{[6] [14]}
- Recomendaciones:
 - No inmersión, ni duchas vaginales ni tampones ni relaciones coitales en 15 días.
 - Consultar si temperatura mayor de 38 °C, sangrado excesivo, dolor que no cede con analgesia, secreción vaginal maloliente o alteraciones emocionales.



- Anticoncepción:
 - Se recomienda la opción de iniciar el método anticonceptivo en el momento del aborto quirúrgico.
[24]
 - Notificar el caso en la Herramienta IVE
 - Se puede realizar de forma ambulatoria con bloqueo paracervical, antiinflamatorios, sedación o incluso anestesia general (ésta última no es necesaria y puede incrementar los riesgos).
 - Tras la intervención, la mujer puede abandonar el centro tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales ^[1]. En los días posteriores 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 hematometra fisiológico) y a veces acompañarse de dolor leve controlable con analgésicos tipo AINES o paracetamol. ^[35]
-



5. IVE Y VIOLENCIA DE GÉNERO ^[23]

La violencia de género (VG) es una violencia estructural que afecta a las mujeres por el hecho de ser mujeres. Entre los factores que incrementan el riesgo de sufrir violencia de género, se encuentran destacadamente el embarazo y la interrupción del embarazo. ^[72]

En una revisión sistemática de 2021 se encontraron asociaciones consistentes entre la violencia de género e infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo no deseado/no planificado y aborto. ^[73]

El antecedente de VG se asoció con un mayor riesgo de aborto inducido y de aborto repetido.

Se debe por tanto dar prioridad a la detección de la violencia de género en entornos de atención de la salud reproductiva. ^[74]

Por ello es recomendable al utilización de herramientas de cribado como el **Cuestionario WAST** (Women Abuse Screening Tool) validado en nuestro medio para la detección de violencia de género en mujeres con pareja actual ^[75], aumentar la confianza e intimidad de la atención e implementar el cribado sistemático de violencia de género en las mujeres que realizan IVE.



6. ACCESIBILIDAD, INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

ACCESIBILIDAD ^[6] ^[23]

La accesibilidad es uno de los pilares fundamentales de la estrategia a la atención a la IVE para conseguir una captación y derivación precoz que aumente las opciones terapéuticas y la eficacia de los diferentes métodos. ^[76]

INFORMACIÓN ^[6]

Debe ser objetiva, científica, con empatía y absoluta confidencialidad, respondiendo a cualquier inquietud de la mujer e informando de todas las opciones disponibles, de los diferentes procedimientos, ventajas e inconvenientes, riesgos, efectos secundarios más frecuentes y su evolución.

CONFIDENCIALIDAD: TOMA DE DECISIÓN VOLUNTARIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ^[6]

El proceso de atención a la IVE estará sometido a la máxima confidencialidad, como marca la legislación.

La custodia de la documentación se mantendrá durante 5 años, según marca la ley.



7. FORMACIÓN EN IVE DURANTE LA ETAPA MIR^[6]^[77]^[78]

La Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.^[79] publica el mapa de competencias de la especialidad:

- En el punto 5.2. menciona los aspectos bioéticos relacionados con la IVE: “Aspectos bioéticos de la anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”
- En el punto 5.3. plantea conocimientos sobre la legislación actual: “Legislación relacionada con la anticoncepción, la contracepción de emergencia y la IVE”
- En el punto 6.1. incide en la Bioética aplicada y propone aplicar los principios de la bioética a las decisiones en zona de incertidumbre, con especial atención a: “Anticoncepción, contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”

Pero en las habilidades no se menciona el tratamiento médico o quirúrgico de la IVE.

La formación en IVE debería formar parte de la adquisición de conocimientos de la especialidad y sensibilizar a las/os MIR de la necesidad de tener una formación completa al menos en las habilidades más básicas.

Por tanto, deberían integrarse los conocimientos y habilidades de IVE en el currículo y en la formación de MIR para tener una formación completa que permita una óptima atención a las mujeres y una adecuada competencia profesional.^[77]^[78]



8. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en materia de aborto

La ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual, Reproductiva e IVE ^[2] ^[5] regula en su artículo 19 la objeción de conciencia como un derecho de las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la interrupción voluntaria del embarazo. Establece que el ejercicio de este derecho individual no puede menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. Es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. La persona objetora podrá revocar la declaración de objeción en todo momento por los mismos medios por los que la otorgó.

El acceso o la calidad asistencial de la prestación no se verán afectados por el ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. Asimismo, todo el personal sanitario dispensará siempre tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una interrupción del embarazo.

Desde la SEC se ha propuesto el siguiente documento para facilitar el ejercicio de este derecho a las/os profesionales que deseen acogerse a él, y permitir a la administración la organización de los Servicios Sanitarios y cumplir lo recogido en la legislación vigente.



DECLARACIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).

D./Dña. _____

DNI: _____

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Universitario de Burgos (HUBU)

PROFESIÓN: _____

Por la presente y, al amparo de lo establecido en el Título II, Capítulo II, artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, manifiesto, **MI RECHAZO A LA REALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) POR RAZONES DE CONCIENCIA EN LOS SUPUESTOS SIGUIENTES:**

- En cualquiera que se plantee.
- Si la intervención es dentro de las primeras 14 semanas de gestación.
- Si la intervención es después de las primeras 14 semanas de gestación.
- Si la intervención es después de las primeras 14 semanas de gestación, salvo que no se superen las 22 semanas de gestación y exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.
- Si la intervención es después de las primeras 14 semanas de gestación, salvo que no se superen las 22 semanas de gestación y exista riesgo de graves anomalías en el feto.
- Si la intervención es después de las primeras 14 semanas de gestación, salvo que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Si la intervención es después de las primeras 14 semanas de gestación, salvo cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable.
- Otros _____

Lo que declaro, a efectos organizativos del servicio, en Burgos el día _____

Fdo. D./Dña.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2ª ed. 2012. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>
2. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, de 4 de marzo de 2010. 55: 21001-21014. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
3. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-10153>
4. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10154
5. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5364>
6. Gutiérrez Ales J et al. Protocolo Guía para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sociedad Española de Contracepción. 2019.
7. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2013 Jan;87(1):26-37. doi: 10.1016/j.contraception.2012.06.011. Epub 2012 Aug 13. PMID: 22898359.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women. Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres. 2011. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/the-care-of-women-requesting-induced-abortion-evidence-based-clinical-guideline-no-7/>.
9. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Protocolo de actuación. Aborto inducido. Las Palmas de Gran Canaria. Dirección General de Programas Asistenciales. 2012. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee23ad48-0327-11e3-8241-7543da9dbb8a/ActuacionAbortoInducido.pdf>
10. Lete Lasa I, Coll Capdevila C, Serrano Fuster I, Doval Conde JL y Carbonell Esteve JL. Medical abortion in the first trimester of pregnancy. Where we are in the year 2018? *Prog Obstet Ginecol* 2018;61(2):190-199
11. ACOG. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. Number 225 (Replaces Practice Bulletin Number 143, March 2014. Reaffirmed 2023). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/medication-abortion-up-to-70-days-of-gestation>
12. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 May 24;5(5):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub5. PMID: 35608608; PMCID: PMC9128719.
13. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;2011(11):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 May 24;5:CD002855. PMID: 22071804; PMCID: PMC7144729.
14. Renuncio Roba A, Rey Novoa M. Protocolo de Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2024. Hospital Universitario de Burgos
15. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2014 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
16. von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, Gemzell-Danielsson K, Hinh ND, Mittal S, Ng EH, Chaturachinda K, Pinter B, Puscasiu L, Savardekar L, Shenoy S, Khomassuridge A, Tuyet HT, Velasco A, Peregoudov A; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*. 2010 Sep;117(10):1186-96. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02636.x. Epub 2010 Jun 18. PMID: 20560941.
17. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381-389.
18. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. DOI: 10.1002/14651858.CD013181.pub2. Accessed 20 August 2023.
19. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. 2019. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
20. Hayes JL, Achilles SL, Creinin MD, Reeves MF. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception*. 2011 Nov;84(5):505-7. doi: 10.1016/j.contraception.2011.02.015. Epub 2011 Apr 15. PMID: 22018125
21. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception* 2000; 62: 117- 24.
22. López-Arregui E, Lertxundi R. Dolor en aborto farmacológico. Curso de Experto en la Utilización de Antiprogestinas en Salud Sexual y Reproductiva. SEC. 2019.
23. Renuncio Roba A. Análisis y mejora del proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Burgos. TFM Máster. Máster de formación permanente en anticoncepción y salud sexual. 8ª Edición. Sociedad Española de Contracepción. Premio al mejor TFM.



24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Abortion care guidelines 2022. <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>
25. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, Gemzell-Danielsson K. Pain management for up to 9 weeks medical abortion - An international survey among abortion providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Jun;225:181-184. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.04.030. Epub 2018 Apr 26. PMID: 29729521.
26. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Cameron S, Lertxundi R, Lubusky M, Parachini M, Saya L, Trumbic B, Gemzell Danielsson K. Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misoprostol regimens: expert consensus based on a systematic literature review. *J Obstet Gynaecol.* 2020 Jul;40(5):591-601. doi: 10.1080/01443615.2019.1634027. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31478426.
27. Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron S. Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 5. Art. No.: CD013525. DOI: 10.1002/14651858.CD013525.pub2.
28. Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Oct;82(10):892-903. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00266.x. PMID: 12956838.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins— Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018 Nov;132(5):e197-e207. doi: 10.1097/AOG.0000000000002899. PMID: 30157093.
30. SEGO. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(4):410-424. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n4/14.pdf>
31. López-Arregui E, Lertxundi R. Seguimiento (follow-up) en Aborto Farmacológico. Curso de Experto en la Utilización de Antiprogestinas en Salud Sexual y Reproductiva. SEC. 2019.
32. Acharya G, Haugen M, Bråthen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Apr;83(4):390-4. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00368.x. PMID: 15005788.
33. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? [Role of ultrasound in elective abortions]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016 Dec;45(10):1477-1489. French. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.032. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27814980.
34. Napolitano R, Ghosh M, Gillott DJ, Ojha K. Three-dimensional Doppler sonography in asymptomatic and symptomatic women after medical termination of pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2014 May;33(5):847-52. doi: 10.7863/ultra.33.5.847. PMID: 24764340.
35. Up to date. First-trimester pregnancy termination: Medication abortion. 2023. [https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-pregnancy-termination-medication-abortion#:~:text=Use of a combination of,7 weeks\) of gestation](https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-pregnancy-termination-medication-abortion#:~:text=Use of a combination of,7 weeks) of gestation).
36. Up to date. Retained products of conception in the first half of pregnancy. 2023. <https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/first-trimester-pregnancy-termination-medication-abortion?>
37. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104–109.
38. National Abortion Federation (NAF): Clinical policy guidelines for abortion care (2022). <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2022-CPGs.pdf>
39. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg ES, Fischer D, Arnesen M, Winikoff B, Blumenthal PD. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. *Contraception.* 2012 Dec;86(6):757-62. doi: 10.1016/j.contraception.2012.06.005. Epub 2012 Aug 13. PMID: 22895097.
40. Cameron ST, Glasier A, Johnstone A, Dewart H, Campbell A. Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception.* 2015 Jan;91(1):6-11. doi: 10.1016/j.contraception.2014.09.009. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25300644.
41. SOGC: Clinical practice guideline on medical abortion (2016). [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)00043-8/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)00043-8/fulltext)
42. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women. Requesting Induced Abortion. Evidence based Clinical Guideline Number 7. Londres. 2011. https://www.rcog.org.uk/media/nwcjrf0o/abortion-guideline_web_1.pdf
43. Le Lous M, Gallinand AC, Laviolle B, Peltier L, Nyangoh Timoh K, Lavoué V. Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2018 Dec;23(6):458-463. doi: 10.1080/13625187.2018.1539162. Epub 2019 Jan 2. PMID: 30601107.
44. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol.* 2010 Feb;115(2 Pt 1):264-272. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c996f3. PMID: 20093898.
45. Cameron ST, Glasier A, Dewart H, Johnstone A, Burnside A. Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: a service evaluation. *Contraception.* 2012 Jul;86(1):67-73. doi: 10.1016/j.contraception.2011.11.010. Epub 2012 Jan 5. PMID: 22225841.
46. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015 Feb 21;385(9969):698-704. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61054-0. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25468164.



47. Chen MJ, Rounds KM, Creinin MD, Cansino C, Hou MY. Comparing office and telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. 2016 Aug;94(2):122-6. doi: 10.1016/j.contraception.2016.04.007. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27101901.
48. Bannasar M, JM Martínez JM, A Borrell A. Reducción e interrupción fetal selectiva. *Hospital Clinic*. Barcelona. 2020
49. Gómez O, Masoller N, Cobo T, Peguero A, Palacio M, Martínez JM, Martínez A, Giménez Y, Valls E. Interrupción legal de la gestación. *Hospital Clinic*. Barcelona. 2022 <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/interrupcion-legal-de-la-gestacion.pdf>
50. Gómez O, Masoller N, Peguero A, Illa M, Esteve C, González AM. Pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal. *Hospital Clinic*. Barcelona. 2020 <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Exitus-fetal-y-perdida-gestacional-de-segundo-trimestre.pdf>
51. Renuncio A. Protocolo de Interrupción legal del embarazo. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. 2015
52. SEGO. Guía de asistencia en la muerte perinatal. 2021
53. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jul;126 Suppl 1:S52-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.003. Epub 2014 Mar 27. PMID: 24739476.
54. Langston AM, Joslin-Roher SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*. 2014 Feb;89(2):103-8.
55. Rose SB, Garrett SM, Stanley J. Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception*. 2015 Jul;92(1):17-25
56. Boesen HC, Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Dec;83(12):1189-92. doi: 10.1111/j.0001-6349.2004.00494.x. PMID: 15548154.
57. Bogdanov, Anton MD; Molaei, Michael MD; Schubert, Finn; Kesavan, Meera MD. Do Women Undergoing Surgical Abortion Versus Medical Abortion Choose Different Methods of Contraception? [9A]. *Obstetrics & Gynecology* 129(5):p 115, May 2017. | DOI: 10.1097/01.AOG.0000514244.98058.aa
58. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008 Aug;78(2):149-54. doi: 10.1016/j.contraception.2008.03.013. Epub 2008 May 27. PMID: 18672117.
59. Korjamo R, Heikinheimo O, Mentula M. Risk factors and the choice of long-acting reversible contraception following medical abortion: effect on subsequent induced abortion and unwanted pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Apr;23(2):89-96. doi: 10.1080/13625187.2018.1440385. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29537321.
60. Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod*. 2002 Jan;17(1):99-102. doi: 10.1093/humrep/17.1.99. PMID: 11756369.
61. Shimoni N, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):623-628. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822ade67. PMID: 21860292.
62. Betstadt SJ, Turok DK, Kapp N, Feng KT, Borgatta L. Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*. 2011 Jun;83(6):517-21. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.006. Epub 2010 Dec 3. PMID: 21570548.
63. Dewan R, Bharti N, Mittal A, Dewan A. Early IUD insertion after medically induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Jun;23(3):231-236. doi: 10.1080/13625187.2018.1473569. Epub 2018 May 31. PMID: 29848087.
64. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011 Sep;84(3):230-3. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.013. Epub 2011 Feb 24. PMID: 21843685.
65. Sothornwit J, Eamudomkarn N, Lumbiganon P, Jampathong N, Festin MR, Salang L. Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implant. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 5. Art. No.: CD013565. DOI: 10.1002/14651858.CD013565.pub2.
66. Lobo Abascal P. Situación actual de la anticoncepción en España y en el resto del mundo. Módulo 4: Manejo clínico de la anticoncepción. Máster en anticoncepción y salud sexual y reproductiva. SEC. 2023.
67. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs. Barcelona. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. 2014. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1517/protocol_ive_63_dies_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
68. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAIE). Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. 2019. <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
69. López-Arregui E, Lertxundi R. Aborto quirúrgico vs aborto farmacológico. Curso de Experto en Anticoncepción. SEC. 2022
70. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;3:CD005217.
71. 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.
72. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. 2017. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero-ficheros/958126-Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género.pdf>



73. Grose RG, Chen JS, Roof KA, Rachel S, Yount KM. Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews. *J Sex Res.* 2021 Jan;58(1):1-20. doi: 10.1080/00224499.2019.1707466. Epub 2020 Jan 4. PMID: 31902238.
74. McCloskey LA. The Effects of Gender-based Violence on Women's Unwanted Pregnancy and Abortion. *Yale J Biol Med.* 2016 Jun 27;89(2):153-9. PMID: 27354842; PMCID: PMC4918882.
75. Sainz de Andueza, M. Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. 2018. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30232/Tesis1401-180621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
76. The Lancet. Abortion: access and safety worldwide. *Lancet.* 2018 Mar 24;391(10126):1121. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30624-X. PMID: 29595478.
77. Dehlendorf C, Brahmi D, Engel D, Grumbach K, Joffe C, Gold M. A descriptive analysis of abortion training in medicine residency programs. *Fam Med* 2007;39(6):399-403
78. Prine L, Lesnewski R, Bregman R. Integrating medical abortion into a residency practice. *Fam Med* 2003;35(7):469-71
79. Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1350>
-

