

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico



© MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18-20, 20014 Madrid.

NIPO en línea: 133-23-056-0

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método Farmacológico



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad

Pilar Aparicio Azcárraga. Directora General

COORDINACIÓN TÉCNICA DE LA GUÍA

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)

Rosa M^a López Rodríguez. Directora de Programas

Marta María Socorro Cardaba Plaza. Jefa de Servicio

Ignacio Rucandio Alonso. Técnico Superior (externo)

Ana Sánchez González. Auxiliar Administrativa

APOYO TÉCNICO. MINISTERIO DE SANIDAD

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención (DGSP. Ministerio de Sanidad)

Enrique del Olmo Carballo. Jefe de Servicio

Ricardo Pérez Menéndez-Valdés. Jefe de Sección

Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional (DGOP. Ministerio de Sanidad)

Stella Sandra Bentolila Benchimol. Subdirectora Adjunta

GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO

Sonia Alcover Giménez

Maria Antonia Aretio Romero

Purificación Ajo Bolado

María Blanca Cimadevilla Álvarez

José Ramón Escuriet Peiró

María Dolores Martínez Romero

Palmira Muñoz Muñoz

Lydia Salvador Sánchez

Rocío Sánchez Gómez

Marta Simó González

Marina Tourné García

COLABORACIÓN EXPERTA. MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN SANITARIA DE LA IVE

Isabel Serrano Fuster (Coordinadora)

Jose María Marí Juan

Hildegard Mausbach

María José Puente Martínez

Anna María Torrent Español

COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD REPRODUCTIVA

Julio Romero González Consuelo (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Ana Muñoz Ruíz (Aragón)

Antonio Molejón Iglesias (Asturias)

Eva García Fernández (Asturias)

Carme Reyero Fernández (Baleares)

Aythamy González Darías (Canarias)

Santiago de la Huerga Moreno (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)

Ruth Bernardo Vega (Castilla y León)

Cesar Fernández Buey (Castilla-La Mancha)

Ramón Escuriet Peiró (Cataluña)

Blanca Navarro Cubells (Comunidad Valenciana)

Inmaculada Murillo Molano (Extremadura)

M^a Dolores Martínez Romero (Galicia)

Blanca Hernández Vallejo (La Rioja)

Carlota Cestafe Caro (La Rioja)

Marisa Pires Alcaide (Madrid)

Sara Santos Sanz (Madrid)

María Nieves Muñoz Rodríguez (Murcia)

Adelina Pérez Alonso (País Vasco)

M^a José Gemar Arjona (INGESA)

Rosa M^a Ortega Montero (INGESA)

María Jesús Rodríguez-Bobada González del Campo (Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad)

Carlos Bruquetas Callejo (Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad)

Rosa María López Rodríguez (Ministerio de Sanidad)

Marta María Socorro Cardaba Plaza (Ministerio de Sanidad)

M^a Ángeles Gogorcena Aoiz (Ministerio de Sanidad)

Enrique del Olmo Carballo (Ministerio de Sanidad)

María Luisa Vicente Saiz (Ministerio de Sanidad)

Índice

1. Introducción	7
2. Marco legislativo y textos de referencia internacional	9
3. Epidemiología	12
3.1. Método farmacológico de la IVE	13
3.2. Datos sobre IVE farmacológica en el contexto europeo	14
4. Medicamentos utilizados en la IVE Farmacológica	15
4.1. Fármacos: mifepristona y misoprostol	15
4.2. Pauta analgésica	19
4.3. Dispensación de fármacos	19
5. Atención sanitaria de la IVE por el método farmacológico, hasta las 9 semanas de gestación	21
5.1. Información general y asesoramiento	21
5.2. Procedimiento de visitas	23
5.3. Derivaciones a centro especializado	27
5.4. Seguimiento posterior a la IVE farmacológica y continuidad asistencial	27
6. Funcionamiento de los servicios sanitarios	29
6.1. Tipos de servicios	30
6.2. Competencias profesionales	32
6.3. Competencias específicas	32
6.4. Objeción de conciencia	32
6.5. Requisitos técnicos de los servicios sanitarios para la prestación del método farmacológico	33
7. Notificación y registro de la IVE	35
7.1. Boletín de notificación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	35
7.2. Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	36
8. Formación a profesionales del SNS y educación para la salud	37
9. Bibliografía	40
10. Anexos	44

1. Introducción

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo prevé expresamente, en distintos puntos de su articulado, la necesidad de un desarrollo reglamentario de sus disposiciones.

Los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) deben organizar, en el ámbito de las competencias que le son propias, aquellos procedimientos que garanticen la prestación sanitaria de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los supuestos y con los requisitos necesarios que prevé dicha ley (LO 2/2010, de 3 de marzo).

La prestación sanitaria de la IVE, incluida en la cartera de servicios comunes del SNS, se realiza en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma bajo alguna de las formas previstas en la legislación sanitaria. Esta prestación incluye las técnicas diagnósticas para posibilitar la práctica de esta en los supuestos y condiciones legalmente establecidos.

Gracias a los avances científicos realizados en el desarrollo de la IVE farmacológica, desde la entrada en vigor de la LO 2/2010 este método se ha ido instaurando de manera gradual en los diferentes territorios y servicios de salud, con diferente grado de implantación, llegando a ser, en el momento actual, el 24% del total de las IVE practicadas en el conjunto del SNS.

Así, durante los últimos 12 años, los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CC. AA.) han ido acumulando gran experiencia en esta materia, acompañados de una evolución creciente en la evidencia científica y las guías de práctica clínica existentes en relación a los diferentes métodos para la IVE según las diferentes semanas de gestación. Por estos motivos, se ha considerado oportuno editar esta Guía común de actuación sanitaria para la IVE farmacológica. La cual, sitúa a la mujer en el centro de la atención sanitaria durante este proceso, incidiendo: en la importancia de su consentimiento en base a una mejora de la información proporcionada, adaptada a su situación personal; en una mayor coordinación y colaboración asistencial e interdisciplinariedad por parte del equipo de profesionales involucrados; y en el adecuado acompañamiento a lo largo del proceso y hasta el final del mismo.

El objetivo general de esta Guía común es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS en la atención a la IVE mediante el método farmacológico. Tiene como finalidad ofrecer orientaciones comunes al personal sanitario del SNS para el desarrollo de una atención integral –física, psicológica y social– a las mujeres que acuden a un centro sanitario para este proceso.

Otros objetivos específicos de esta Guía son:

1. Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar al personal sanitario más y mejores herramientas para la toma de decisiones conjunta con la mujer que acude a los servicios sanitarios para interrumpir su embarazo.
2. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a sus derechos sexuales y reproductivos para elegir el método de IVE que mejor se adecúa a su situación de salud desde una perspectiva integral (biopsicosocial).

3. Disponer de una herramienta común y de utilidad para la formación del personal sanitario del SNS sobre la atención integral al proceso de la IVE por método farmacológico. Con este documento se pretende incrementar los conocimientos y habilidades en relación a la atención sanitaria a la IVE para el conjunto de profesionales del SNS, promoviendo actitudes que permitan los mejores estándares de calidad y equidad en el acceso y atención sanitaria en el conjunto del SNS.

2. Marco legislativo y textos de referencia internacional

Esta Guía se encuadra dentro del marco legislativo que garantizan las leyes actualmente vigentes y también en el resto de disposiciones normativas en relación al desarrollo reglamentario de los diferentes aspectos, características comunes y criterios de calidad exigibles en la prestación sanitaria del SNS en relación con la atención a la salud sexual y reproductiva y, concretamente, a la IVE dentro de las prestaciones que incluye la Cartera Común de Servicios del SNS.

A continuación, se exponen resumidamente las disposiciones y textos de referencia, actualmente en vigor, que se consideran fundamentales en relación con los contenidos reflejados en esta Guía:

2.1.1. Contexto internacional

- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Introduce el nuevo término de Salud Sexual y Reproductiva, donde se afirma que: *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a ejercer el control y a decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia”*.
- La Plataforma de Acción de Beijing, acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, reconoce que: *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”*.
- El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en la Recomendación general 35 sobre la violencia contra la mujer (2015), afirma que: *“las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, como la esterilización forzada, el aborto forzado, el embarazo forzado, la tipificación del aborto como delito (...) son formas de violencia por razón de género que pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante”*.
- La Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001/2128 INI) recomienda que, para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, el aborto sea legal, seguro y accesible a todas las mujeres.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)).

2.1.2. Contexto estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Uno de los principios generales sobre los que se asienta la política de salud en el SNS es la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. A destacar también: la coordinación de actuaciones y la eficacia, celeridad y flexibilidad en la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios que integran el SNS.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. La cual, viene a reforzar el funcionamiento cohesionado del mismo, estableciendo acciones de coordinación y cooperación para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación en el Sistema Nacional de Salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, para dar una respuesta completa al requerimiento del artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.
- Ley Orgánica 4/2022 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Esta penaliza el acoso a las mujeres que acuden a los centros sanitarios para la realización de una interrupción voluntaria del embarazo.

2.1.3. En relación con las prestaciones del SNS

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

2.1.4. En relación con la perspectiva de género en políticas públicas de salud

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, respecto a la integración del principio de igualdad en la política de salud.

2.1.5. En relación con los derechos sexuales y reproductivos y la IVE

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En distintos puntos de su articulado se prevé expresamente la necesidad de un desarrollo reglamentario de sus disposiciones¹.
- 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, que regula el funcionamiento del Comité Clínico encargado de confirmar el diagnóstico de las enfermedades extremadamente graves e incurables del feto que puede originar el supuesto de IVE (artículo 15.c de la LO 2/2010). Además, establece la información requerida para la prestación del consentimiento de la mujer que haya solicitado la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo (artículo 17).

¹ El 30 de agosto de 2022 se aprueba en Consejo de Ministras y Ministros la Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo para su tramitación en las Cortes.

- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Establece los requisitos para la acreditación de los centros sanitarios para la realización de estas prácticas. En su Anexo, el RD especifica las condiciones para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que no implican alto riesgo para la embarazada y no superan las catorce semanas de gestación, así como en caso de IVE de alto riesgo, que implican más de catorce semanas de gestación. En todos estos casos, se especifica la relación de equipamiento de las instalaciones y el marco básico de la prestación para cada una de las modalidades.

3. Epidemiología

Desde la entrada en vigor de la Ley de despenalización parcial del aborto de 1985, la IVE ha estado sometida a una vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Sanidad asumió su realización, desarrollando para ello un sistema de información y registro común en el que participan todas las Comunidades y Ciudades Autónomas.

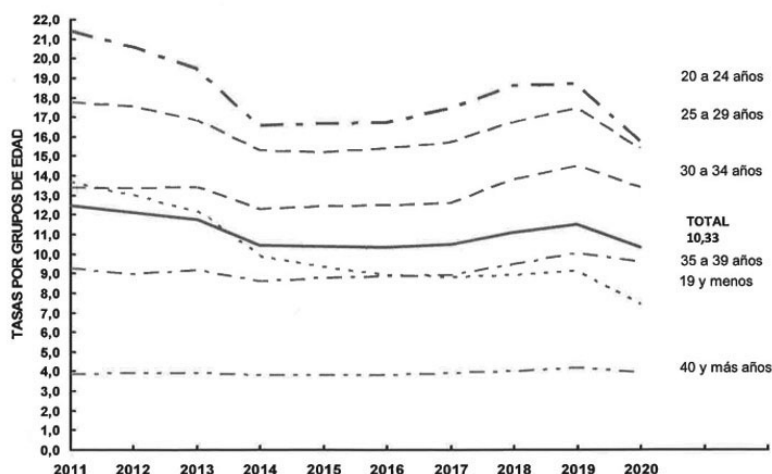
La información necesaria para esta vigilancia se obtiene a partir de los datos recogidos en el cuestionario de notificación que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS); el cual, ha sufrido diferentes modificaciones desde el momento de su aplicación (como aquellas realizadas por el Pleno de los representantes de las CC. AA. –del 22 de noviembre de 2007– y los cambios obligados por la Ley 2/2010, de 3 de marzo).

De esta forma, cada CC. AA. tiene la labor de notificar al Ministerio de Sanidad las IVE que se realizan en los centros sanitarios de su territorio y que forman parte de la red sanitaria pública o vinculados a la misma, reconocidos como proveedores de esta prestación de la cartera común de servicios del SNS. Atendiendo a esta información, el mismo ministerio elabora el Informe anual de *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. El cual, incluye los datos definitivos para todo el territorio nacional.

Según su última versión publicada, correspondiente a los *Datos definitivos correspondientes a 2020*², la tasa de IVE en el Sistema Nacional de Salud fue del 10,33% (número de IVE por cada 1.000 mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 44 años), siendo la cifra más baja desde el año 2011 (*Anexo 1.1*).

Con respecto a la edad, el 42,56% de las IVE realizadas en 2020 se practicaron a mujeres entre 20 y 29 años, siendo este grupo de edad el que mayores tasas tiene a lo largo de la serie histórica (*Gráfico 1; Anexo 1.2*).

Gráfico 1. Evolución de la tasa de la IVE 2011-2020 según grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2020. Ministerio de Sanidad.

² Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2020. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf

En relación con la edad gestacional, en el año 2020, el 71,85% de las IVE que se realizaron fueron con 8 semanas o menos de gestación (según a los periodos establecidos por la hoja de notificación de IVE del Ministerio de Sanidad; *Anexos 1.3 y 7*).

Según los datos del año 2020, el 75,56% de las IVE de 8 semanas o menos notificadas se realizaron en centros sanitarios privados del ámbito extrahospitalario (*Anexo 1.4*).

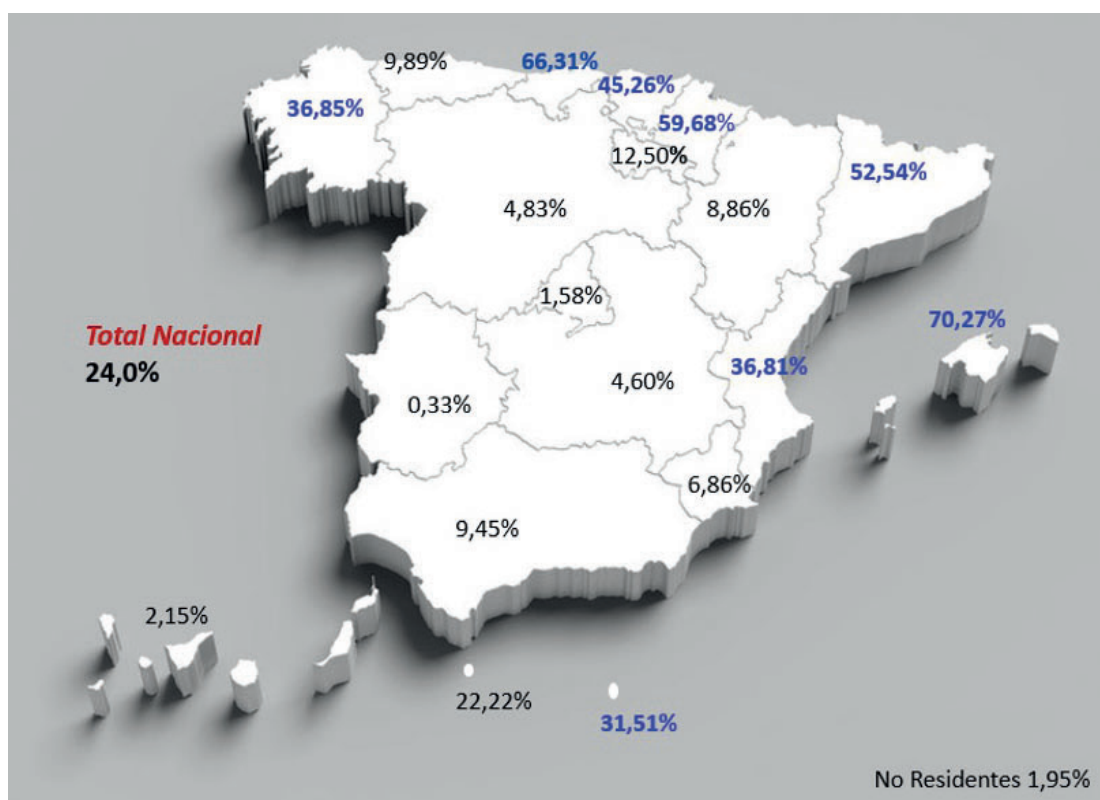
Respecto a la utilización de la anticoncepción, según los datos aportados en el año 2020, en el 41,31% de las IVE realizadas las mujeres no utilizaban habitualmente ningún método anticonceptivo.

Un dato a destacar son las IVE de repetición. Durante el año 2020, en el 35,59% de las IVE practicadas la mujer tenía, al menos, una IVE previa.

3.1. Método farmacológico de la IVE

En cuanto al método de intervención, según los *Datos definitivos correspondientes a 2020*³, aproximadamente el 24% de las IVE que se practicaron en el SNS en dicho año se realizaron por el método farmacológico. Los datos muestran grandes diferencias entre las CC. AA. en el uso de dicho método de intervención; destacan: Baleares, Cantabria, Navarra, Cataluña, País Vasco, Galicia, Comunidad Valenciana y Melilla. (Gráfico 2; Anexo 1.5).

Gráfico 2. Porcentaje de uso de la IVE farmacológica según CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2020. Ministerio de Sanidad.

³ Pendientes de actualización por el Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2021. Ministerio de Sanidad.

Más del 89% de las IVE farmacológicas notificadas en 2020 se practicaron durante las primeras 8 semanas de gestación (*Anexo 1.6*).

En 2020, el 70,62% de las IVE farmacológicas se realizaron en centros sanitarios extrahospitalarios. De estos, el 65,38% se llevaron a cabo en centros extrahospitalarios privados y el 5,24% en centros extrahospitalarios públicos. Asimismo, el 29,37% se practicaron en centros hospitalarios; de los cuales, el 28,57% se realizaron en centros hospitalarios privados y el 0,8% en centros hospitalarios públicos (*Anexo 1.7*).

3.2. Datos sobre IVE farmacológica en el contexto europeo

En la *Tabla 1*, se muestran los últimos datos publicados de IVE (2019) por distintos países de la UE.

Tabla 1. Datos IVE farmacológica en países de la UE (2019).

País	Francia	Reino Unido*		Portugal
		Inglaterra y Gales	Escocia	
Número total de IVE (estadística nacional)	232.000	209.519	13.583	15.264
Porcentaje IVE Farmacológica respecto al total	70%	73%	49,3%	72,4%

Fuente: elaboración propia.

(*) Nota: Irlanda del Norte no declara sus datos en relación a su práctica de IVE farmacológica.

4. Medicamentos utilizados en la IVE

Farmacológica

4.1. Fármacos: mifepristona y misoprostol

De acuerdo con la evidencia científica más actual, el **método** que se ha mostrado **más eficaz y seguro es la combinación de mifepristona y análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol)**.

Tanto la mifepristona como el misoprostol figuran en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, lo que significa que “*en el contexto de los sistemas de salud existentes deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para las personas y para la comunidad*”.

4.1.1. Mifepristona

La mifepristona es un compuesto con propiedades antiprogestagénicas y antiglucocorticoideas. Principalmente, actúa bloqueando los receptores de la progesterona, anulando la acción de esta hormona en la implantación del blastocito en el endometrio y, en consecuencia, la progresión del embarazo. Además, aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas y madura el cuello uterino.

4.1.2. 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.

Los estudios de uso de misoprostol como pauta única en la IVE de primer trimestre sugieren una efectividad más baja y un proceso de mayor duración que en el régimen combinado con mifepristona. El misoprostol muestra importantes ventajas en relación con las demás prostaglandinas, como son la estabilidad a temperatura ambiente, la seguridad y el bajo coste.

4.1.3. Pauta terapéutica

De acuerdo con el conocimiento y la evidencia científica actual, se ha considerado como pauta más recomendable:

Tabla 2. Pauta terapéutica recomendada para fármacos mifepristona y misoprostol.

Edad Gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis de misoprostol
Hasta 9 semanas de gestación	200 mg por vía oral	En un intervalo entre uno o dos días (24-48 horas) después de la toma de mifepristona. 800 µg por vía bucal o vaginal

Fuente: elaboración propia.

4.1.4. Vías de administración

Mifepristona

- **Vía oral.** Se ingieren las pastillas por deglución.

Misoprostol

- **Vía bucal.** Se introducen los 4 comprimidos (800 µg en total) en la cavidad bucal húmeda, manteniéndose en contacto con la mucosa bucal. Se colocan 2 comprimidos en cada mejilla o bien entre la encía y el labio inferior (no debajo de la lengua) hasta 30 minutos. Si pasado este tiempo los comprimidos no se han disuelto, es preciso ingerirlos por deglución.
- **Vía vaginal.** En este caso los comprimidos deben mojarse previamente con 2-3 gotas de agua o de suero salino para mejorar la absorción. Se introducen uno a uno en el fórnix vaginal (zona más profunda de la vagina). La mujer deberá permanecer tumada y estirada durante los siguientes 30 minutos.

Las vías bucal y vaginal son las más utilizadas en la administración del misoprostol dados sus menores efectos secundarios.

4.1.5. Interacción con otros fármacos

Se han sugerido como motivos de fallo del método farmacológico la posible interacción de los medicamentos abortivos con otros que eventualmente pudiera estar usando la mujer, incrementando o disminuyendo sus efectos. Sobre la mifepristona, existen referencias acerca de su posible interacción con algunos antimicóticos (*ketoconazol* o *itraconazol*), antibióticos (*eritromicina* o *rifampicina*), corticoides (*dexametasona*) y anticonvulsivantes (*fenitoína*, *fenobarbital* o *carbamazepina*). Asimismo, en cuanto al misoprostol, se ha hablado de interacciones con el *acenocumarol* (anticoagulante). Sin embargo, no existen estudios concluyentes sobre estas posibles interacciones para ambos fármacos.

4.1.6. Eficacia

La combinación de mifepristona y misoprostol es un método muy eficaz y seguro para la interrupción del embarazo hasta las 9 semanas de gestación. Aunque se manejan distintos porcentajes, la tasa de eficacia en este periodo se estima entre 94 y 98%. Una revisión sistemática realizada en el año 2015, compuesta por 20 estudios con mujeres que tuvieron un aborto con medicamentos entre los que se incluía la mifepristona seguida de misoprostol, mostró una tasa de eficacia general de 96,6%. Por éxito del procedimiento se entiende la expulsión completa del saco gestacional, es decir, que la mujer no requiere ningún otro tratamiento médico. Por fallo del método se entiende el aborto incompleto, que requiere una aspiración posterior (en torno al 4%) y el embarazo evolutivo (alrededor del 1%).

Las tasas de éxito dependen de diversos factores como son: la edad gestacional, la dosificación, las vías de administración, el intervalo entre el uso del primer y segundo medicamento, la experiencia de las y los profesionales sanitarios que atienden el proceso para determinar con precisión la finalización del embarazo, y/o el cumplimiento por parte de las mujeres de la última visita de confirmación.

4.1.7. Efectos secundarios más comunes

La **mifepristona** no suele tener efectos secundarios. Puede provocar excepcionalmente: mareo, náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, fatiga y taquicardia, y, en los pocos casos que provoca la expulsión, dolor y sangrado.

Los efectos secundarios, en la mayoría de los casos, aparecen entre las 4-6 horas posteriores a la administración del **misoprostol** (a pesar de ello, se debe tener en cuenta que algunos de estos puedan tener un efecto inmediato); los más relevantes son:

- En el 70% de los casos, el sangrado es superior al de la menstruación habitual. La hemorragia vaginal disminuye progresivamente durante las dos semanas posteriores al aborto.
- Dolor abdominal, por el mismo proceso abortivo y por el efecto de las prostaglandinas.
- En un 33% de casos, el dolor es como el de una menstruación; en un porcentaje superior, el dolor es intenso y tiene las características de una dismenorrea importante, y, excepcionalmente, el proceso es muy doloroso. Hay casos que se resuelven prácticamente sin dolor.
- Sintomatología gastrointestinal: diarrea, náuseas y vómitos.
- Escalofríos.
- Febrícula o fiebre (hasta 38°C durante las dos horas posteriores al tratamiento con misoprostol), de origen central, que se mantiene durante unas dos horas y no suele dar problemas. No es necesario ningún tratamiento, ya que desaparece espontáneamente.
- Exantema y prurito en plantas de los pies y palmas de las manos.

4.1.8. Posibles Complicaciones

- Hemorragia vaginal:
El sangrado vaginal puede ser intenso. Excepcionalmente, puede ser necesaria la hemostasia quirúrgica (en un 0,36-0,71% de los casos) o la transfusión de sangre (en un 0,1-0,2% de los casos).
- Infección:
 - La endometritis puede ser una complicación a considerar, aunque la frecuencia es baja: del 0,15% al 1,57%.
 - Muy excepcionalmente, hay que tener presente una complicación grave como es el shock tóxico por Clostridium.

4.1.9. Contraindicaciones

Absolutamente contraindicado ante:

- Hipersensibilidad a mifepristona o misoprostol.
- Contraindicación previa para los fármacos oxitócicos.
- Sospecha o diagnóstico de gestación ectópica.
- Enfermedad trofoblástica.
- Porfiria hereditaria.
- Insuficiencia suprarrenal crónica.
- Asma grave que no se consigue controlar con tratamiento.
- Coagulopatías y otros trastornos hemorrágicos no etiquetados.
- Anemia grave: Hb < 9g/l.
- Portadora de DIU, cuya extracción no ha sido posible.

No recomendable ante:

- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática.
- Índice de masa corporal (IMC) < 18,5.

Especial atención a:

- Anemia no grave con valores de Hb < 9g/dl.
- Enfermedad cardiovascular establecida o riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Epilepsia o antecedentes de epilepsia.
- Lactancia materna. A dosis de 200 mg, los niveles de mifepristona en la leche materna son indetectables. Además, como su uso es de forma aislada, no requiere interrupción de la lactancia.

Se considera que el misoprostol es un fármaco compatible con la lactancia materna, ya que, aunque se excreta en la leche materna, su concentración es insignificante a las 5 horas de su administración. Para disminuir el riesgo del lactante, se aconseja administrar el misoprostol justo después de lactar y esperar 5 horas para volver a hacerlo.

No contraindicado en situaciones como:

- Disfunción tiroidea y diabetes insulina dependiente.
- Embarazo múltiple.
- Obesidad.
- Cesárea previa u otras intervenciones uterinas anteriores (en un embarazo muy incipiente).
- Tabaquismo.
- Malformaciones uterinas congénitas y adquiridas.
- Cirugía previa del cuello uterino.

4.1.10. Teratogenia

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

Hasta la fecha, de acuerdo con los datos disponibles acerca del efecto abortivo, no hay evidencia alguna de riesgo teratogénico de la mifepristona. No obstante, en el caso del misoprostol, se ha descrito la posibilidad de provocar malformaciones fetales.

En cualquier caso, es primordial asegurar que la interrupción del embarazo se produce una vez iniciado el tratamiento farmacológico.

4.1.11. Proceso de expulsión

Entre un 1-6% de casos se inicia el sangrado y se produce la expulsión del saco gestacional por efecto de la mifepristona. En la mayoría de casos, se produce la evacuación uterina entre las 3-6 horas después de la administración del misoprostol. En este tiempo se produce:

- Sangrado abundante, superior al de una menstruación habitual.

- Dolor abdominal por efecto de las prostaglandinas y el propio proceso abortivo. Existe una gran variabilidad respecto al dolor; este abarca desde un dolor muy ligero, que podría no precisar analgésicos, hasta dolor muy intenso en algún momento que sí puede requerir analgesia.
- Diversos estudios refieren menos dolor en mujeres multíparas, de mayor edad y en abortos durante las primeras 7 semanas de gestación.

4.2. Pauta analgésica

Durante el proceso suele aparecer dolor, por lo que es necesario utilizar, de manera rutinaria, medicamentos analgésicos. Los recomendados en este documento son:

- **Paracetamol.** Analgésico utilizado para el tratamiento sintomático del dolor de cualquier etiología de intensidad moderada. No altera la síntesis de protrombina ni la agregación plaquetaria. En ningún caso se debe administrar ante una insuficiencia hepática y/o renal, ni superar los 4g diarios.
- **Codeína.** Analgésico opiáceo, se suele utilizar para aliviar el dolor leve a moderado.
- **Diclofenaco.** Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) indicado para reducir inflamaciones y como analgésico. Ante patologías cardiovasculares se debe prestar especial atención a la hora de su administración.
- **Metamizol.** Es un derivado pirazolónico que actúa impidiendo la formación de prostaglandinas, ya que inhibe la enzima ciclooxigenasa. Es analgésico y antipirético, con un débil efecto antiinflamatorio. Está indicado en el tratamiento de dolor agudo.

Además de esta recomendación, cada servicio podrá valorar y adaptar la pauta que considere más adecuada.

El dolor más intenso aparece entre 2-4 horas después de la administración del misoprostol y tiene una duración aproximada de 1 hora hasta que se produce la expulsión del saco gestacional. La **pauta analgésica recomendada** es:

- Paracetamol 1g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral. Administrar 30 minutos antes del misoprostol.
- Pauta de rescate a las 2-4 horas, si persiste el dolor intenso, con metamizol 2g vía oral. Se recomienda una ampolla disuelta en agua u otra bebida dulcificada para enmascarar su sabor amargo.
- Si persiste el dolor, a las 6-8 horas, puede volver a tomar la pauta de paracetamol 1g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.
Esta pauta nunca debe asociarse al ácido acetilsalicílico.

4.3. Dispensación de fármacos

Al dispensar la medicación establecida por esta Guía, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Sólo debe administrarse la cantidad establecida para ambos medicamentos abortivos, informando de los pasos a seguir en caso de tener que repetirlos.

- La dispensación de la mifepristona debe realizarse en la consulta médica para facilitar su administración y el seguimiento de su pauta terapéutica.
- Los medicamentos que se entregan a la mujer deben estar correctamente identificados (descripción del principio activo, nombre, cantidad, lote y caducidad) y deben ser entregados en un recipiente cerrado.
- En el uso domiciliario del misoprostol (caso más probable), éste y los medicamentos analgésicos deben estar adecuadamente empaquetados (bolsa o caja) y acompañados de información e instrucciones precisas sobre la pauta terapéutica.
- Siempre que se considere oportuno, se contemplará la posibilidad de administrar el misoprostol en el centro sanitario, de manera presencial.

5. Atención sanitaria de la IVE por el método farmacológico, hasta las 9 semanas de gestación

5.1. Información general y asesoramiento

5.1.1. Condiciones de la entrevista

En la entrevista inicial debe generarse un espacio de atención y comprensión a la diversidad de situaciones de cada mujer para que la interrupción voluntaria del embarazo sea un proceso respetuoso y de buen trato. Es imprescindible que las y los profesionales que hagan las entrevistas de acogida cuenten con suficiente formación en perspectiva psicosocial para saber detectar situaciones de especial vulnerabilidad, apoyar, acompañar y garantizar la continuidad asistencial.

De forma objetiva, la mujer debe ser informada en base a la última evidencia científica disponible, evitando imponer valores, creencias personales o mitos en relación al dolor, la fertilidad posterior, hemorragias, etc. Con empatía y absoluta confidencialidad, se responderá a cualquier duda o inquietud que manifieste. La información que transmita el personal sanitario debe ser clara, utilizando un lenguaje sencillo y adaptada al nivel de entendimiento, en un entorno que asegure la privacidad para que pueda decidir libremente.

Todos los procesos de IVE comparten determinados elementos biopsicosociales con diferencias según el contexto en el que viven las mujeres, la edad gestacional y, a otro nivel, la técnica elegida. En el caso del aborto farmacológico, hay que tener en cuenta que la mujer participa más activamente en el proceso, ya sea por el acto consciente del uso de la medicación abortiva como por la vivencia de la expulsión del embrión, lo que, con frecuencia, sucederá en la intimidad del propio domicilio. Es fundamental conocer las necesidades de la mujer, los estilos de vida, el contexto habitacional, la posibilidad de acompañamiento y apoyo en caso de alerta, y/o la confianza que la mujer tiene en el procedimiento elegido. Todo ello será útil para planificar con ella el proceso de aborto, de manera que tenga la información y ayuda necesaria ante las diversas situaciones que se puedan plantear.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

La decisión de interrumpir un embarazo está rodeada de un ambiente sociocultural que ejerce notables presiones sobre las mujeres, impactando en el derecho a decidir sobre su cuerpo y sexualidad con autonomía y libertad. Para la mayoría de las mujeres es una decisión consciente no continuar con un embarazo no deseado. Sin embargo, otras pueden enfrentarse a dilemas éticos, presiones sociales, al estigma y la culpabilidad que aún rodean al aborto en nuestro país.

El personal sanitario debe estar capacitado para respaldar la decisión de la mujer mediante un enfoque centrado en sus necesidades:

- Garantizando la confidencialidad durante todo el proceso.
- Asegurando que el entorno donde se lleve a cabo el procedimiento sea confortable.
- Ofreciendo una atención integral bio-psico-social y disponiendo de recursos complementarios en caso de requerir una intervención especializada.

- Facilitando una educación para la salud sexual adecuada a sus circunstancias.
- Informando de manera clara y ajustada a las características culturales y psico-sociales de cada mujer. Mujeres con discapacidad cognitiva, con enfermedad mental, o migrantes que no comprenden bien el idioma, pueden tener dificultades e inseguridades añadidas.
- Planificando con la mujer el proceso a seguir, fomentando su autonomía y la provisión de los apoyos que pueda necesitar.
- Comprobando si disponen de apoyo social en su entorno o se encuentran solas.
- Valorando aquellas circunstancias de precariedad o una situación irregular, que pueden resultar un obstáculo para su desplazamiento a otra localidad para realizar la IVE, acudir a consultas o para pedir una ILT para su recuperación.
- Identificando posibles situaciones de vulnerabilidad. El riesgo de estar sufriendo violencia de género es mayor en mujeres que se someten a una IVE repetidamente, abusos sexuales, situaciones de prostitución, que pueden ser mujeres que no tengan libertad para decidir sobre su anticoncepción. La atención a estas situaciones, salvo en el ámbito de la salud mental, se realizará a través de la trabajadora social sanitaria de referencia quien se encargará de la continuidad de la intervención y el acompañamiento de la misma.

5.1.2. Información antes del procedimiento

En las interrupciones tempranas del embarazo, hasta las 9 semanas de gestación, tanto el método farmacológico como el instrumental (mediante aspiración) son seguros y eficaces.

La información sobre ambos procedimientos debe ser imparcial y basarse en la evidencia científica. Antes de que la mujer se decante por uno u otro método, se debe informar, como mínimo, de:

1. Los aspectos sanitarios y jurídicos del proceso de IVE.
2. Las características y diferencias de los dos métodos que puede elegir (*Anexo 2*).
3. La posibilidad de cambiar de opinión respecto a usar uno u otro método hasta que la decisión sea definitiva.
4. La obligatoriedad de firmar su consentimiento expreso una vez se le hayan aclarado todas sus dudas, incluyendo la capacidad de revocar un consentimiento previamente otorgado.
5. Todos los pasos a seguir (antes, durante y después de la IVE), definiendo bien el tiempo y el número de visitas que cada procedimiento conlleva.
6. Lo que probablemente sentirá o experimentará a lo largo de todo el proceso.
7. Posibles efectos secundarios y complicaciones, así como qué hacer y dónde consultar en casos necesarios.

5.1.3. Una vez elegido el método farmacológico

Se deben reforzar las informaciones básicas comunes a los dos procedimientos, añadiendo otras específicas del método farmacológico, como:

- En qué consiste este procedimiento y cómo se lleva a cabo (*Anexo 3*).
- Que el tratamiento se basa en dos medicamentos, el primero de los cuáles será administrado en el centro sanitario y el segundo puede ser administrado en el mismo centro o entregado para su uso domiciliario.
- Ofrecer información sobre los pasos a seguir en ambos casos, siendo especialmente detallada cuando la ingesta el segundo medicamento, y la consecuente expulsión del saco gestacional, se produzca en el domicilio (*Anexo 4*).
- Que debe firmar un consentimiento informado expresamente relacionado con el procedimiento elegido (*Anexo 5, en caso de método farmacológico*).

- Volver a informar sobre tiempos del proceso, dolor, sangrado u otras molestias y posibles complicaciones.
- Especial atención a las pautas sobre analgesia, detallando cuáles, cómo y cuándo.
- Cómo reconocer y actuar en caso de complicaciones o signos de alarma.
- Cómo identificar el éxito del procedimiento (finalización del embarazo).
- Cuando reanudar actividades de la vida diaria, incluyendo las relaciones sexuales coitales.
- Opciones anticonceptivas y momento para iniciar el método elegido.
- Cuidados en el seguimiento post-aborto y siguiente/s visita/s.
- Resolver cualquier duda que la mujer pueda plantear.

5.2. Procedimiento de visitas

El procedimiento constará de un mínimo de 3 ó 4 visitas rutinarias, dependiendo de si el uso de los fármacos se lleva a cabo en el domicilio (3) o en el centro sanitario (4).

La **primera visita**, común e independiente al método que elija la mujer (farmacológico o instrumental), cuyo objetivo es informar a la mujer con detenimiento⁴.

La **segunda visita**, siempre y cuando se haya elegido el procedimiento farmacológico, se hará unos días después de la primera, dependiendo de cada caso particular⁵.

En esta visita se ingiere la mifepristona (primer medicamento) en la consulta y se reciben las indicaciones pertinentes:

- En caso de haber optado por el uso domiciliario, la mujer recibirá, además, información complementaria para la ingesta del segundo medicamento. Su **tercera visita** se realizará entre 15-21 días posteriores a la segunda visita.
- En el caso de uso en centro sanitario, durante la **tercera visita** se procederá a la administración del misoprostol (segundo medicamento), manteniéndose en el centro hasta unas horas después de la expulsión. En dicho caso, la **cuarta visita** se lleva a cabo 15-21 días después para su control.

A continuación, en la *Tabla 3*, se expone el procedimiento de visitas:

Visitas	
PRIMERA VISITA (común a ambos métodos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis detallada, identificando aquellas situaciones de riesgo clínico y psicosocial (datos sociales y demográficos personales; antecedentes familiares y de salud personal de interés; datos ginecológicos y obstétricos; detección de situaciones de vulnerabilidad especial (ver apartado 5.1.1). <ul style="list-style-type: none"> • En caso de mujeres con dificultades de comprensión del tratamiento, procurar que este acompañada de una persona de su red de apoyo social o bien profesional capacitado (mediación, traducción, etc.) para garantizar una adecuada administración del tratamiento y para cubrir bien las necesidades adicionales que puedan surgir.

⁴ El Proyecto de ley de reforma de la L.O. de salud sexual y reproductiva y de I.V.E., propone eliminar los tres días de reflexión actualmente existentes, acortando los plazos.

⁵ Contemplar la posibilidad de que la mujer haya recibido información especializada previamente o que en base a la información recibida en la primera consulta ya haya tomado su decisión respecto al método y desee iniciar el tratamiento en esa misma visita, debiendo destinarse para ello el tiempo de consulta necesario que requiere la información a la mujer y la toma del primer medicamento. En este caso se simplifica el proceso unificando la primera y la segunda visita.

2. Confirmación de la gestación mediante test de embarazo (si la mujer no lo aporta) y datar gestación según la fecha de la última menstruación (en ciclos regulares). En aquellos casos que se disponga de ecógrafo, valorar realizar ecografía (opcional en esta visita).
3. Información general y explicación de los métodos instrumental y farmacológico (trámites, plazos, usos, pautas y aplicación, seguridad, eficacia, posibles efectos adversos, etc.).
4. Evaluación de contraindicaciones para uno u otro método.
5. Solicitud de analítica básica (valorar si existe una reciente): hemograma, grupo sanguíneo, Rh, coagulación y función hepática, cuando esté indicado.
6. En caso de sospecha, valoración de posibles infecciones de transmisión sexual.
7. Según el método que la mujer elija:
 - **Farmacológico:** se proporcionará información específica sobre uso de los fármacos, pautas y administración, seguridad y eficacia y posibles efectos adversos. Entregar consentimiento informado correspondiente al procedimiento (Anexo 5).
En el caso de menores de edad informar de los trámites necesarios para recabar el Consentimiento Informado acorde a la legislación vigente.
 - **Instrumental:** (ya sea cuando no esté indicada la farmacológica o a solicitud de la mujer), se derivará para IVE instrumental. Informar de los trámites y centros donde realizarlo.
8. Cuando proceda, derivar casos para atención apoyo psicosexual y sociosanitario a través del/la profesional de trabajo social sanitario (Anexo 6).
9. Asesoramiento anticonceptivo, informando a la mujer sobre métodos anticonceptivos y la conveniencia de un rápido inicio.
10. Explicar y programar el calendario de visitas.
- 11 Atender las dudas y cuestiones que pueda plantear la mujer.

	USO DOMICILIARIO	USO EN CENTRO SANITARIO
SEGUNDA VISITA (una vez decidido el método farmacológico)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender posibles nuevas dudas que la mujer desee consultar. 2. Realizar ecografía para confirmar embarazo intrauterino viable y datar la gestación (en caso de no haberse realizado en la primera visita). 3. Completar y actualizar la historia clínica. Si se solicitaron, revisar resultados analíticos. 4. Recoger firmado el <u>consentimiento informado del método farmacológico</u> (Anexo 5). 5. Entregar la información escrita de la pauta farmacológica de la IVE, efectos secundarios esperables, tiempos y duración aproximada del proceso (Anexo 4). 6. Administrar el primer medicamento (200mg de mifepristona) en la consulta para su ingestión por vía oral (deglución). 7. Entregar en la consulta el segundo medicamento (misoprostol) y la pauta analgésica para su uso en casa (<u>no hacer recetas</u>). <ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol (800µgr) para su autoadministración en un intervalo entre 24-48 después de la mifepristona, indicando por escrito la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender posibles nuevas dudas que la mujer desee consultar. 2. Realizar ecografía para confirmar embarazo intrauterino viable y datar la gestación (en caso de no haberse realizado en la primera visita). 3. Completar y actualizar la historia clínica. Si se solicitaron, revisar resultados analíticos. 4. Recoger firmado el <u>consentimiento informado del método farmacológico</u> (Anexo 5). 5. Entregar la información escrita de la pauta farmacológica de la IVE, efectos secundarios esperables, tiempos y duración aproximada del proceso (Anexo 4). 6. Administrar el primer medicamento (200mg de mifepristona) en la consulta para su ingestión por vía oral (deglución). 7. Citar a la mujer 24-48 horas después de la toma de mifepristona para su administración en el centro sanitario.

	<p>fecha exacta en la hoja informativa que se entrega a la mujer (Anexo 3). Se consensuará la vía de administración con la mujer (bucal o vaginal).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicación analgésica (pauta terapéutica): Informar sobre el nivel de dolor que cabe esperar, paliando el miedo y la ansiedad que la situación conlleva. • Explicar signos y síntomas de alarma (pérdida de sangre de más de dos compresas ultra súper en una hora durante tres horas; dolor pélvico intenso que no cede con analgésicos; o, fiebre de más de 38°C que perdura más allá de dos horas después del uso del misoprostol). Si durante el proceso de una IVE farmacológica se presenta uno o más de los signos de alarma anteriormente citados, indicar a la mujer que deberá contactar con el centro sanitario o con el teléfono que se le especifique en la hoja informativa. <p>8. Atender dudas y cuestiones que pueda plantear la mujer sobre la pauta farmacológica.</p> <p>9. Recordar la posibilidad de que el método farmacológico no sea totalmente eficaz y precise repetición de la medicación o una evacuación instrumental.</p> <p>10. Reforzar la información y asesoramiento anticonceptivo.</p>	
<p>USO DOMICILIARIO (15-21 días tras la segunda visita)</p>		<p>USO EN CENTRO SANITARIO</p>
<p>TERCERA VISITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar información sobre cómo se ha realizado el proceso y preguntar sobre la presencia de sintomatología (metrorragia, dolor, fiebre, etc.). 2. Evaluar el estado anímico y ofrecer soporte emocional, si lo requiere. 3. Ecografía para confirmar el éxito del procedimiento. Se encontrará algunas de las siguientes situaciones: <ol style="list-style-type: none"> a. Ausencia del saco gestacional: confirma el éxito del método. b. Presencia del saco gestacional: supone el fallo de la interrupción. Es preciso informar a la mujer y valorar de manera consensuada con ella la opción de repetir el tratamiento farmacológico o de una interrupción instrumental. 	<p>Durante esta visita (realizada en el intervalo de 24-48 horas después de la ingesta del Mifepristona), se realiza la toma del segundo medicamento y el proceso de expulsión en el centro sanitario.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se consensuará con la mujer la vía de administración del misoprostol (bucal o vaginal). 2. Se realiza la toma del segundo medicamento (misoprostol), junto con la administración de la pauta analgésica <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el nivel de dolor que cabe esperar, paliando el miedo y la ansiedad que la situación conlleva.

- | | |
|--|--|
| <p>c. La presencia de un endometrio >15mm es sugestivo de retención de restos. Es importante valorar clínicamente a la mujer ya que la imagen ecográfica, de manera aislada, no indica necesariamente la realización de una aspiración o legrado posterior⁶.
En la paciente asintomática o con sangrado muy escaso, el manejo expectante consigue la resolución espontánea en el 90% de los casos en 6 semanas. En estos casos se propondrá un nuevo control ecográfico en 4-6 semanas.</p> <p>4. Incidir en la elección de un método anticonceptivo (si no se ha elegido antes) y, en su caso, valorar la inserción de LARC en esta tercera visita.</p> <p>5. Redactar y entregar el informe asistencial o de alta</p> <p>6. Complimentar el Informe final y enviar al Registro de IVE de la DGSP el boletín para la correspondiente notificación (<i>Anexo 7</i>).</p> | <p>3. Se acompaña a la mujer en el proceso de expulsión (que durará unas horas, permaneciendo en el propio centro sanitario) y se controlan posibles signos y síntomas de alarma.</p> <p>4. Establecer recomendaciones a la salida del centro sanitario. Explicar signos y síntomas de alarma que pudieran aparecer en los días siguientes, como sangrado o dolor excesivo, fiebre, etc. Si presenta uno o más de los signos de alarma anteriormente citados, indicar a la mujer que deberá contactar con el centro sanitario o con el teléfono que se le especifique en la hoja informativa.</p> <p>5. Reforzar la información y asesoramiento anticonceptivo, instaurando el método indicado de manera inmediata cuando se considere oportuno.</p> <p>6. Citar para la (cuarta) visita de revisión 15-21 días después.</p> |
|--|--|

⁶ Nunca indicar actuaciones médicas o quirúrgicas basadas únicamente en las imágenes ecográficas, sino en la presencia de síntomas clínicos alarmantes como sangrado abundante y persistente, anemia o dolor relevante.

	USO DOMICILIARIO	USO EN CENTRO SANITARIO
CUARTA VISITA		<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar los signos y síntomas que la mujer haya podido experimentar tras la tercera visita. Preguntar sobre la presencia de sintomatología (metrorragia, dolor, fiebre, etc.). 2. Evaluar el estado anímico y ofrecer soporte emocional, si lo requiere. 3. Ecografía para confirmar el éxito del procedimiento (ver lo referido en la tercera visita-uso domiciliario). 4. Incidir en la elección de un método anticonceptivo (si no se ha elegido antes) y, en su caso, valorar la inserción de LARC en esta cuarta visita. 5. Redactar y entregar el informe asistencial o de alta. 6. Complimentar el Informe final y enviar al Registro de IVE de la DGSP el boletín para la correspondiente notificación (<i>Anexo 7</i>).

5.3. Derivaciones a centro especializado

Se derivarán a otras consultas o centros sanitarios especializados a aquellas mujeres que presenten cualquiera de las siguientes contraindicaciones para el método farmacológico y/o situaciones especiales, tales como:

- La sospecha o confirmación de gestación ectópica.
- La imposibilidad de extraer el DIU a mujeres que lo lleven.
- Patologías graves que contraindiquen el método farmacológico (*Anexo 8*).
- Cualquier otro proceso clínico o psico-social que no pueda ser atendido en el primer nivel de atención (*Anexo 8*).
- En casos de aborto incompleto tras el tratamiento abortivo para realización de aspiración o legrado evacuador.
- El sangrado intenso con anemia, tras el procedimiento farmacológico, que requiera transfusión de sangre.
- Una enfermedad inflamatoria pélvica que no mejore con el tratamiento antibiótico ambulatorio.
- Mujeres sintomáticas que presentan metrorragia importante o sospecha de infección que requieran legrado o histeroscopia urgentes.

5.4. Seguimiento posterior a la IVE farmacológica y continuidad asistencial

5.4.1. Cuidados post-aborto

- Durante la observación tras la IVE hay que brindar a la mujer confort y apoyo, supervisando su recuperación integral.
- Valoración psico-social. Una adecuada comunicación con las y los profesionales de la salud disminuye las potenciales dificultades psicológicas. Estos casos, aun no siendo frecuentes, pueden minimizarse con asesoramiento pre y post aborto, pudiendo derivar a la mujer en cualquier momento del proceso a especialistas en Psicología y a Trabajo Social Sanitario ante cualquier situación de vulnerabilidad, violencia de género, especialmente ante IVEs de repetición.
- Proporcionar instrucciones claras y sencillas de forma oral y escrita sobre los cuidados tras IVE: abstinencia relaciones coitales, baños o tampones, disponibilidad de anticoncepción, centro de referencia si precisa.
- Reconocer síntomas tardíos de alarma como: la hemorragia excesiva, fiebre que dura más de un día, empeoramiento del dolor pélvico o signos de continuación del embarazo.
- Si el procedimiento farmacológico no es efectivo y es necesario una intervención posterior, explicar bien el proceso, tranquilizando a la mujer.

5.4.2. Consejo anticonceptivo post-aborto

El consejo/asesoramiento anticonceptivo y la posibilidad de acceder a un método anticonceptivo después de una IVE por método farmacológico es una práctica eficaz para prevenir la repetición de embarazos no deseados.

En general e independientemente del método utilizado para la IVE, puede iniciarse inmediatamente casi cualquier método anticonceptivo, teniendo en cuenta los deseos de mujer y las características del método:

- **A corto plazo:** hormonales (píldora, parche), preservativo, diafragma o natural (control de fertilidad). Se pueden iniciar el mismo día de la toma de mifepristona. La anticoncepción vaginal (anillo) se debería iniciar a partir de siete días después de la administración de misoprostol.
- **A largo plazo (LARCs):** hormonales (inyectable, implante subcutáneo, DIU-LNG) o no hormonales (DIU-Cu), son los métodos de elección para evitar nuevos embarazos no deseados.

Las guías internacionales sugieren la colocación del DIU-Cu (Cobre) en el momento en que se determina el éxito del procedimiento de la IVE (a través de una evaluación no basada únicamente en las imágenes ecográficas, sino en la presencia de signos y síntomas clínicos).

En la visita de revisión (15-21 días después del uso de misoprostol) se puede insertar DIU-Cu, salvo bajo una sospecha sólida de retención significativa de restos ovulares y/o de fallo del método (visualización ecográfica de saco gestacional).

- En caso de persistencia de restos ovulares (que algunos profesionales toman en consideración a partir de los 15mm de grosor endometrial, identificados ecográficamente), es recomendable esperar al término de la primera menstruación (en la que suelen evacuarse dichos restos ovulares) y/o a un nuevo control ecográfico a las 4-6 semanas.

6. Funcionamiento de los servicios sanitarios

Los servicios de salud correspondientes han de organizarse de la forma en la que garanticen la prestación de la IVE a todas las mujeres que lo soliciten de forma equitativa y con la calidad exigible a un servicio sanitario de carácter público. En este sentido, los servicios implicados, deberán proporcionar una atención coordinada y homogénea durante todo el proceso: desde que se genera la demanda de información, en el acompañamiento en la propia decisión de la mujer que lo solicita, durante la realización de la intervención y el seguimiento posterior y mientras la mujer lo necesite. Esta organización, además, puede implicar otros servicios sanitarios que podrían ser necesarios en alguna de las diferentes etapas del proceso. Por ello, se deben crear circuitos de apoyo entre todos los ámbitos y servicios implicados.

Con frecuencia, la solicitud de atención suele producirse en el ámbito de la atención primaria, que es la puerta de acceso al sistema de salud más frecuente. También se pueden generar demandas en los puntos de atención de urgencias sanitarias u otros servicios o dispositivos de salud donde se ofrece atención a las mujeres. En cualquier caso, la demanda de interrupción voluntaria del embarazo, ha de ser acogida en las mismas condiciones de seguridad, calidad y confidencialidad independientemente del lugar donde se produzca esta solicitud de atención. Por esta razón, es necesario establecer los circuitos adecuados para acompañar a la mujer durante todo el proceso y procurar al máximo la continuidad asistencial.

En este proceso pueden diferenciarse tres momentos cruciales que han de ser abordados con el máximo respeto y de forma individualizada.

1. La solicitud de información sobre la IVE. Cualquier servicio o dispositivo sanitario del sistema nacional de salud, ha de proveer la información necesaria sobre esta prestación. En caso de que el punto donde se produzca esta solicitud no sea un servicio especializado, se deberá orientar a la mujer al servicio especializado donde se ha de dirigir en el menor tiempo posible. Si se produce la solicitud en un servicio especializado en salud sexual y reproductiva, se iniciará el proceso de información y de acompañamiento en la toma de decisión, y si así lo decide la mujer, se iniciará el circuito para la realización de la IVE, de acuerdo con la normativa legal vigente, ya sea en el mismo centro, si está acreditado para ello, o mediante su derivación al centro acreditado de referencia.
2. Realización de la interrupción voluntaria del embarazo. Debe realizarse en los servicios o dispositivos acreditados según la normativa vigente para la práctica de la intervención. Este puede ser el mismo dispositivo donde se hizo la solicitud, en caso de estar acreditado, o bien otro distinto que disponga de la acreditación y sea el de referencia para el área sanitaria donde reside la mujer.
3. Atención posterior a la interrupción voluntaria del embarazo. La atención inmediata debe proporcionarse en el mismo centro donde se realice la intervención, y el acompañamiento posterior debe estar coordinada con el centro especializado donde se inició el proceso.

Siempre que exista un centro especializado en salud sexual y reproductiva, este se encargará del acompañamiento posterior, pudiendo ser, incluso, el mismo centro que practicó la IVE, en el caso de estar acreditado.

Los servicios que participen en este momento del proceso han de organizarse para poder ofrecer el soporte necesario durante el tiempo que la mujer lo necesite.

6.1. Tipos de servicios

Atención primaria de salud

Dependiendo de la organización de los servicios de salud, los servicios basados en atención primaria han de poder ofrecer una primera atención a todas las mujeres y realizar el seguimiento del proceso, puesto que son la garantía para asegurar la continuidad asistencial. En caso de que existan servicios especializados en atención a la salud sexual y reproductiva, serán éstos los que actúen como centros referentes para coordinar la atención, y en su caso, si están acreditados para la realización de la IVE, ofrecer directamente esta atención durante todo el proceso.

Equipos de Atención primaria

Profesionales: Medicina de Familia, Enfermería, Matronería, Trabajo Social.

Equipos especializados en atención a la salud sexual y reproductiva.

Profesionales: Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Matronería, Trabajo Social, Atención a la persona usuaria, Psicología.

Equipos de atención de urgencias ubicados en atención primaria.

Profesionales: Medicina de Familia, Enfermería.

Equipos de salud mental

Profesionales: Psicología, Enfermería, Trabajo Social.

Atención hospitalaria

Cuando la demanda se produce en el ámbito hospitalario, en cualquiera de sus servicios, se debe procurar ofrecer información desde el primer momento y derivar al servicio especializado, donde se iniciará el circuito, o se realizará la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la normativa vigente.

Servicios de ginecología y obstetricia

Profesionales: Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Matronería, Enfermería, Atención a la persona usuaria, Psicología y Trabajo Social hospitalario.

Servicios hospitalarios de urgencias

Profesionales: Medicina, Enfermería, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social.

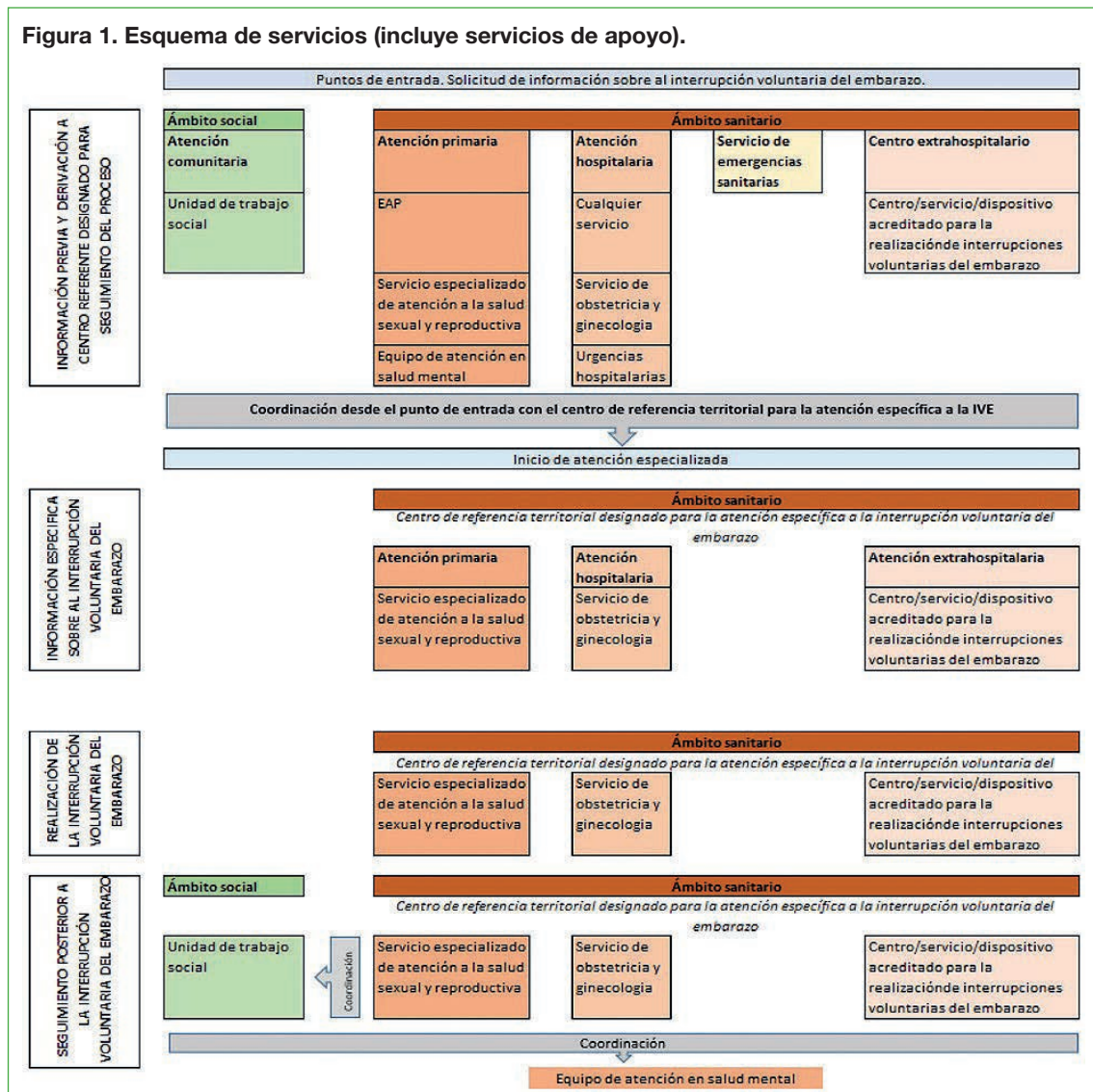
Atención de emergencias sanitarias

En ocasiones la solicitud de información se podrá producir a través de consultas telefónicas a los servicios de emergencias, o bien durante un episodio de atención urgente/emergente en equipos móviles. En cualquier caso, ha de valorarse la urgencia vital y, una vez establecida, ofrecer la información necesaria para que la mujer pueda tomar una decisión de forma autónoma e iniciar el circuito de derivación al servicio especializado si así lo requiere.

Atención en servicios o dispositivos extrahospitalarios acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo

Este tipo de servicios o dispositivos pueden ser clínicas que no forman parte del Sistema Nacional de Salud, aunque pueden estar contratadas para la provisión de esta prestación pública. Dependiendo de la organización de la atención, y de los circuitos establecidos en cada territorio, estos centros, siempre atenderán la primera demanda en coordinación con los servicios públicos, y actuarán de acuerdo a la organización de los servicios en el territorio donde se ubican.

Figura 1. Esquema de servicios (incluye servicios de apoyo).



6.2. Competencias profesionales

Como norma general, cualquier profesional que se implique directamente en la atención, ha de conocer la normativa vigente para poder actuar de acuerdo con la legalidad y, además, conocer el mecanismo del proceso farmacológico y las últimas evidencias disponibles para poder ofrecer una atención óptima de acuerdo a las necesidades de las mujeres.

6.3. Competencias específicas

Matrona: provisión de la información, competencia en el acompañamiento profesional al proceso, y conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos para la atención previa, intra-intervención y posterior. Incluyendo la capacidad de detección de situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental. Capacidad para asesorar sobre métodos contraceptivos y otras medidas de prevención de embarazos no planificados.

Médico/a especialista que ha de realizar la intervención: prescripción de la medicación necesaria para la IVE, competencia en el acompañamiento profesional al proceso y conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos. Competencia para detectar y abordar situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental.

Psicólogo/a: competencia en el acompañamiento profesional en caso de necesidad de soporte en salud mental, conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Trabajador/a social: competencia en el acompañamiento profesional en caso de necesidad de valoración e intervención sociosanitaria, soporte social y acompañamiento psico-social, conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de equipos de atención primaria (incluyendo profesionales de los servicios de atención a la persona usuaria): conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de atención de emergencias sanitarias: conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

Profesionales de atención en servicios o dispositivos extrahospitalarios acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo: competencia en el acompañamiento profesional durante todo proceso, competencia para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo. Competencia para detectar y abordar situaciones de riesgo para la salud, tanto a nivel físico como mental. Conocimiento de los circuitos asistenciales establecidos.

6.4. Objeción de conciencia⁷

Todo profesional que trabaje en el sistema nacional de salud ha de conocer la normativa vigente relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo.

⁷ La regulación actual puede sufrir modificaciones como resultado de la reforma que modificará la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo dependiendo de los posibles cambios que se adopten en su tramitación en las Cortes.

Quienes ejerzan su derecho a la objeción de conciencia deben manifestarlo por escrito y con antelación a la persona responsable del servicio, con el fin de que estos servicios se puedan organizar para garantizar la atención, para que el acceso y la calidad asistencial de la prestación no pueden resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.

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

Como principio básico, todo el personal debe cumplir los principios de la bioética.

La atención es un deber, la objeción de conciencia es un derecho que tiene carácter individual. Solo pueden objetar aquellos/as profesionales directamente implicados en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo. La objeción es específica, puede ser sobrevenida y ha de ser manifestada con antelación. La obligación del no abandono y la objeción es pública y privada.

6.5. Requisitos técnicos de los servicios sanitarios para la prestación del método farmacológico

Los requisitos técnicos de los servicios o dispositivos sanitarios para la prestación del método farmacológico han de establecerse en la normativa relacionada con la autorización de centros sanitarios. Sin perjuicio de lo que establecerá la normativa, se ha de tener en cuenta que la interrupción médica del embarazo, con métodos farmacológicos en embarazos hasta las 9 semanas de gestación, no requiere de intervención instrumental, por tanto, las necesidades técnicas pueden ser diferentes, lo que podría justificar un proceso de autorización diferenciado del requerido para una intervención instrumental. En el caso de la IVE con método farmacológico, se propone revisar esta normativa para acreditar de forma específica los dispositivos que cumplan con los siguientes requisitos técnicos:

- Recursos humanos: médico/a especialista (preferentemente obstetraginecólogo/a); enfermera especialista (preferentemente matrona), profesional de atención a la persona usuaria.
- Recursos estructurales:
 - Espacio para la recepción y sala de espera.
 - Sala para información a la mujer.
 - Espacio para exploración física y ecográfica
 - Sala para descanso y observación después de la administración de la medicación.
 - Depósito autorizado de medicamentos.
 - Ecógrafo.

6.5.1. Acreditación de centros sanitarios

El Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, persigue asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de la IVE, de manera que se garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

En el Artículo 4. de este Real Decreto sobre Acreditación de los centros sanitarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se establece que, de conformidad con las competencias que corresponden a las CC. AA., la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, lo soliciten.

En consecuencia, todos los centros sanitarios públicos están acreditados para la práctica de IVE según la Ley mencionada, así como aquellos privados que las Consejerías de Sanidad de cada CC. AA. acrediten en el ejercicio de sus competencias.

En su Artículo 5.⁸ sobre Inspección y control de los centros sanitarios acreditados, establece que todos los centros acreditados se someterán a la inspección y control de las administraciones sanitarias competentes, en aplicación de lo dispuesto en los Artículos 30 y 31 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

La LO 2/2010 de 3 de marzo recoge en la “*Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección*” que el Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud⁹.

6. El Ministerio de Sanidad tiene adscritas las funciones de Alta Inspección, contando con el sistema de vigilancia epidemiológica adecuado como instrumento de apoyo para el estudio de la interrupción voluntaria del embarazo desde el punto de vista de la Salud Pública, al mismo tiempo que sirve para la difusión oficial de los resultados de las estadísticas elaboradas.

⁸ Sujeto a posibles cambios como resultado del proceso de reforma de la ley, actualmente en las Cortes.

⁹ Ídem. Id.

7. Notificación y registro de la IVE

Todas las IVE realizadas por los centros públicos y privados acreditados por el SNS deben ser notificadas al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Dirección General de Salud Pública, según el boletín de notificación (*Anexo 7*), de acuerdo con el procedimiento y el cuestionario de información aprobado por la Resolución de 27 de julio de 2007; tal y como se menciona en la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y en la medida en que no se hagan públicas nuevas regulaciones, estas normas siguen siendo las de referencia.

La obligatoriedad de la notificación recae sobre el personal facultativo responsable de la asistencia a la IVE, quien debe cumplimentar y enviar a su Comunidad Autónoma el correspondiente boletín o impreso de notificación en el momento del alta.

7.1. Boletín de notificación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

El documento (*Anexo 7*) se articula en torno a dos grandes grupos de variables: en la primera parte se solicitan características sociodemográficas de la mujer embarazada, y en la segunda parte se solicitan datos referidos a la IVE.

- Dada la sensibilidad de estos datos, tanto la información referida a la embarazada como la del centro en el que se realiza el aborto, es considerada confidencial. Con el fin de preservar el anonimato de la interesada, en ningún caso figurarán su nombre ni los apellidos de la misma, asimismo los datos contenidos en el impreso de notificación, no podrán ser hechos públicos de forma individualizada. Todas las personas que, en virtud de su trabajo, han de manejar esta información están sometidas a secreto estadístico además del profesional que, en su caso, corresponda.
- En su última parte, el boletín registra el tipo de método utilizado en su apartado “*Método empleado en la Intervención*”. Este, a su vez, se subdivide según: “*Método Instrumental*”, con las variantes de “*Dilatación y Evacuación*” o “*Dilatación y Aspiración*”; y, “*Método Farmacológico*”, con sus variantes “*Mifepristona*” y “*Prostaglandinas*”.

Por último, existe un último apartado llamado “*Otros Métodos. Especificar*”.

El boletín de notificación es siempre aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado). Cada modificación que se pretenda realizar en dicho boletín, debe ser consensuado con todas las CC. AA., y aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial.

7.2. Registro de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Una vez recibido el Boletín de notificación de la IVE por parte del personal facultativo responsable, la Comunidad Autónoma correspondiente deberá inscribir y registrar sus datos en la aplicación *online* realizada por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las CC. AA. (la cual, se haya operativa desde el 1 de enero de 2011).

Toda esta información (que constituye la base fundamental del sistema de información y vigilancia epidemiológica de las IVE en el Sistema Nacional de Salud) es recogida, codificada, tabulada y analizada con el propósito de apoyar la toma de decisiones basada en la evidencia y de contribuir a la formulación de políticas públicas de salud (promoviendo que estas sean más equitativas, se orienten hacia la mejora de la accesibilidad de las prestaciones de la Cartera Básica Común del SNS y aseguren la aplicación efectiva del derecho a la protección de la salud).

El Ministerio de Sanidad elabora y publica anualmente un informe que refleja el análisis de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) realizadas en España durante el año anterior de acuerdo con los datos presentados por las Comunidades Autónomas. Los cuales, son denominados como: “*Interrupción Voluntaria del Embarazo, datos definitivos correspondientes al año*”.

En la actualidad, están publicados en la Web del ministerio los documentos completos correspondientes a los años 1988 a 2020 ambos inclusive. A dichos datos, se puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prePromocion/embarazo/home.htm>

8. Formación a profesionales del SNS y educación para la salud

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el 18 de octubre de 2010, es fruto del consenso entre sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales, población usuaria, personas expertas y representantes de las Comunidades Autónomas (CC. AA.). Forma parte del desarrollo de la Ley Orgánica 2/2010 y responde a la vocación de garantizar una vivencia plena y satisfactoria de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Contempla que la formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de salud sexual es una prioridad, pues son agentes indispensables para promover la salud sexual de una forma integral en la población. Sin embargo, se identifica una insuficiente formación en esta materia, durante la enseñanza académica reglada en las carreras asociadas a las ciencias de la salud (medicina, enfermería, biología, farmacia, psicología, trabajo social, etc.), la formación interno residente (por ejemplo, MIR, FIR, PIR, BIR, EIR, etc.), así como en la formación continuada en el ejercicio profesional.

En la mayoría de programas de salud y carteras de servicios, la mención a los aspectos sexuales y reproductivos es escasa, limitándose a la información relacionada con anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), sin abordar otros aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva.

Por ello, entre sus objetivos, la ENSSR propone mejorar la formación en materia de salud sexual y reproductiva del conjunto de profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de intervención sanitaria y social, desde un enfoque de derechos, holístico y de género.

En el marco de la Estrategia se entiende la salud sexual integral como el mayor grado posible de disfrute de una sexualidad saludable, placentera e igualitaria que fomente la corresponsabilidad y la igualdad en las relaciones afectivas y sexuales, el bienestar emocional, y el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención.

En consonancia con ello, el abordaje de la salud sexual ha de ser integral, por lo que se incluye en las diferentes líneas de la estrategia, incorporando de forma transversal los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales (grupos etarios, diversidad funcional, diversidad sexual y de género, etnia, violencia sexual y personas con enfermedades crónicas, incluyendo personas con el VIH) tomando como base los principios de universalidad, calidad y equidad que inspiran el conjunto de acciones del SNS.

A finales de 2018, se aprueba el “**Plan Operativo 2019-2020 de la Estrategia de Salud Sexual**” en el marco de la ENSSR.

El Plan consta de cuatro Líneas Estratégicas: Promoción de la salud sexual, atención sanitaria, formación, innovación investigación y buenas prácticas. Para desarrollar la formación de profesionales el Plan Operativo propone dos acciones específicas:

- Elaboración de criterios comunes de calidad para la formación en salud sexual, contenidos y metodologías educativas recomendables.

- Elaboración y oferta de un curso online sobre salud sexual para profesionales de Atención Primaria, desde el MSCBS y en consenso con las CC. AA. para favorecer la homogeneidad de conocimientos en todo el territorio.

Para el cumplimiento de estas medidas, en noviembre 2021 se aprueba la Guía de “***Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud***” (accesible en el siguiente enlace: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion Primaria.pdf)

Por otra parte, la falta de concienciación respecto a los métodos anticonceptivos es una realidad. Como indica el Informe IVE 2020, en cuanto al uso de anticonceptivos, el 41,31% no utilizaban ninguno. Además, El 35,59% de mujeres ha tenido al menos un aborto anterior.

En el Reino Unido, el British Pregnancy Advisory Service afirmó que, de las casi 60.000 mujeres que abortaron en sus clínicas en 2016, más de la mitad recurría a, como mínimo, un tipo de método anticonceptivo.

Un estudio (Frost y Darroch, 2008) demuestra que los embarazos de quienes utilizan anticonceptivos representan prácticamente la mitad de todos los embarazos no intencionales; de ellos, 9 de cada 10 podían achacarse a haberlos usado incorrectamente o de modo irregular, mientras que 1 de cada 10 correspondía a un fallo del método habiéndose empleado de la mejor forma posible. Es preciso aportar una mayor información y formación a las personas en salud sexual, y para ello sensibilizar a las/los profesionales de la atención sanitaria sobre la salud sexual integral (*Anexo 9*, factores a tener en cuenta en educación para la salud sexual).

Esta Guía y la difusión de la misma a través de la formación continuada de las y los profesionales del SNS promoverá como objetivos fundamentales:

- Facilitar la mejora de la calidad y de la equidad en la atención sanitaria a las mujeres que acuden al SNS solicitando la prestación de cartera común de servicios del SNS en materia de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a través de los diferentes métodos avalados por la evidencia científica según período de gestación.
- Proporcionar una atención integral, continuada y de calidad, desde la perspectiva de género, aplicando esta Guía de actuación sanitaria en caso de que el método de elección por el que haya optado la mujer, sea la IVE por método farmacológico.
- Los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado a lo largo del proceso y la decisión informada por parte de la mujer para la elección del método IVE más adecuado a su situación personal, como bases fundamentales que presiden todas las actuaciones reflejadas en esta guía y en las que debe basar su actuación cada profesional que intervenga en este proceso de asistencia sanitaria contemplado dentro de la Cartera Común de prestaciones del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Favorecer la prevención del embarazo no deseado mediante una Educación en Salud Sexual de calidad.
- Apoyar a las Administraciones sanitarias en la organización de formación a los y las profesionales del sistema sanitario, compartiendo pautas comunes y procesos de actuación sanitaria, materiales formativos y buenas prácticas.

Como aspectos específicos para la actualización de la formación de las y los profesionales que atienden los procesos IVE en el Sistema Nacional de Salud, se plantea con la difusión de esta Guía:

- Sensibilizar y concienciar a los y las profesionales del SNS para que incluyan en su práctica clínica de atención a la interrupción voluntaria del embarazo, también las recomendaciones de esta Guía para informar a la mujer para la elección de método disponible en embarazos de 9 semanas.
- Actualizar los conocimientos y habilidades del personal sanitario relacionado con el proceso sexual y reproductivo, en base a la evidencia científica y las buenas prácticas existentes en cuanto a los diferentes métodos IVE (quirúrgico y farmacológico) en embarazos de 9 semanas.
- Los contenidos de la formación serán los adecuados a las competencias laborales que requiera el puesto de trabajo para proporcionar a la mujer una atención de calidad.
- El equipo de profesorado será multidisciplinar, formado por profesionales con experiencia en esta área y coordinado entre sí para ofrecer una formación homogénea y fomentar el trabajo en equipo.

9. Bibliografía

1. ACAI. Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado http://www.sogac.org/index_htm_files/10.pdf
2. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT; Post-Aspiration IUD Randomization (PAIR) Study Trial Group. Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *N Engl J Med.* 2011 Jun 9;364(23):2208-17.
3. Chen, M. y Creinin, M.D. (2015). Mifepristone with Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5): 12.
4. Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 871-875.
5. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016 Jul 29;65(4):1-66.
6. Emakunde. Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud. 1993.
7. Fiala, C. et al. Early medical abortion. A practical guide for healthcare professionals (2012) https://www.spdc.pt/files/publicacoes/Early_medical_abortion.PDF
8. FIAPAC. 10th Congress, Edinburgh 2012. <https://www.fiapac.org/en/program/1/general-information-edinburgh-2012/>
9. Fondo de Población de Naciones Unidas. Informe anual: “Visibilizar lo invisible: la necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales” 2022.
10. International Planned Parenthood Federation. First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures (2008). https://www.ippf.org/sites/default/files/abortion_guidelines_and_protocol_english.pdf
11. IPAS Ultrasound findings at follow-up – Ipas. <https://www.ipas.org/clinical-update/english/recommendations-for-abortion-before-13-weeks-gestation/medical-abortion/ultrasound-findings-at-follow-up/>
12. IPAS. (2019). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Páginas 72-75.
13. IPAS. Center of reproductive rights Health. Access, Rights. Aborto con medicamentos y autogestión del aborto: Preguntas frecuentes sobre salud y derechos humanos (2020). https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/SMA%20IPAS%20CRR%20FINAL%20for%20Distribution+rev_SPA.pdf
14. Lete, I., Coll, C., Serrano, I., Doval, J. L., & Carbonell, J. L. (2015). Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(9), 426-434. https://sego.es/documentos/progresos/v612018/n2/18%20REV_Aborto%20farmacologico%20en%20el%20primer%20trimestre%20de%20la%20gestacion.pdf

15. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo.
16. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
17. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica.
19. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
20. Ley Orgánica 4/2022 de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
21. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de Mujeres y hombres, respecto a la integración del principio de Igualdad en la política de salud.
22. Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 34(6), 278-282.
23. McEwing RL, Anderson NG, Meates JB, Allen RB, Phillipson GT, Wells JE. Sonographic appearances of the endometrium after termination of pregnancy in asymptomatic versus symptomatic women. *J Ultrasound Med*. 2009 May;28(5):579-86.
24. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011.
25. Ministerio de Sanidad. Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Noviembre 2021.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Criterios_formacion_Salud_Sexual_Integral_Atencion Primaria.pdf
26. Ministerio de Sanidad. Interrupciones voluntarias del Embarazo.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>
27. NHS. Early medical abortion (EMA): Home administration. Sheffield Teaching Hospitals (NHS) (2012). <https://publicdocuments.sth.nhs.uk/pil2691.pdf>
28. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD001777. DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4. Acceso: 11 de septiembre de 2022.
29. Patil E, Bednarek PH. Immediate Intrauterine Device Insertion Following Surgical Abortion. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015 Dec;42(4):583-91.
30. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su actualización.
31. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de Julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
32. 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.

33. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la Calidad Asistencial de la prestación a la Interrupción Voluntaria del embarazo.
34. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009 Jul;34(1):104-9. doi: 10.1002/uog.6404. PMID: 19517
35. Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001/2128 INI).
36. Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las Mujeres (2020/2215 INI).
37. SEGO-SEC. Guía para la Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE) (2015). http://hosting.sec.es/descargas/PS_IVE.pdf
38. Societat catalana de Ginecologia i Obstetricia. Guia de l'ecografia obstètrica del primer trimestre.
39. Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception*, 88(1), 153-9.
40. UNESCO, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. 2018.
41. World Health Organization (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>
42. World Health Organization (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and postabortion contraception. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177622/WHO_RHR_15.11a_eng.pdf?sequence=1
43. World Health Organization (2018). Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
44. World Health Organization (2022). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
45. WHO. Manual de práctica clínica para un aborto seguro (2014).
46. World Health Organization. (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization Press. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
47. Wolman I, Altman E, Faith G, Har-Toov J, Amster R, Gull I, Jaffa AJ. Combined clinical and ultrasonographic work-up for the diagnosis of retained products of conception. *Fertil Steril.* 2009 Sep;92(3):1162-1164.

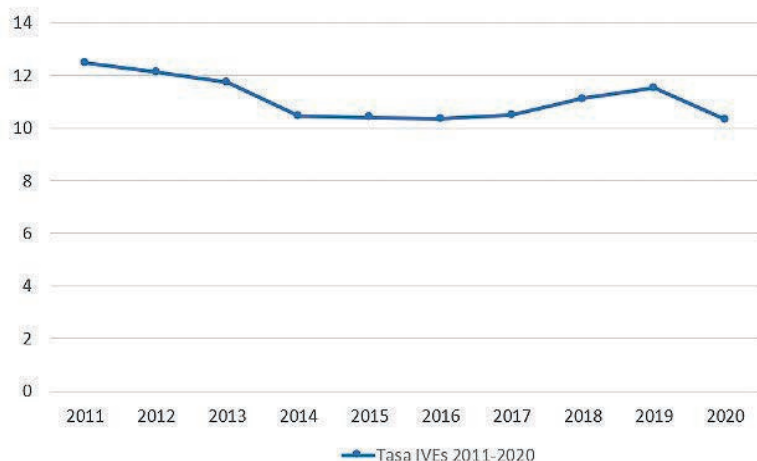
Documentos pertenecientes a Comunidades Autónomas

48. Procedimiento de atención a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el Servicio cántabro de salud 2019. **Cantabria**.
https://saludcantabria.es/index.php?page=IVE_P
58. Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs: actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona:2014. **Generalitat de Catalunya** <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1517>
59. Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico: **Generalitat Valenciana**.
<http://www.san.gva.es/documents/156344/4155c437-cc29-40e0-8b59-fa3890c7364d>
62. Interrupción Voluntaria del Embarazo en el **Principado de Asturias**. Documento informativo sobre las condiciones, métodos, centros y trámites.
<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-el-principado-de-asturi-2>

10. Anexos

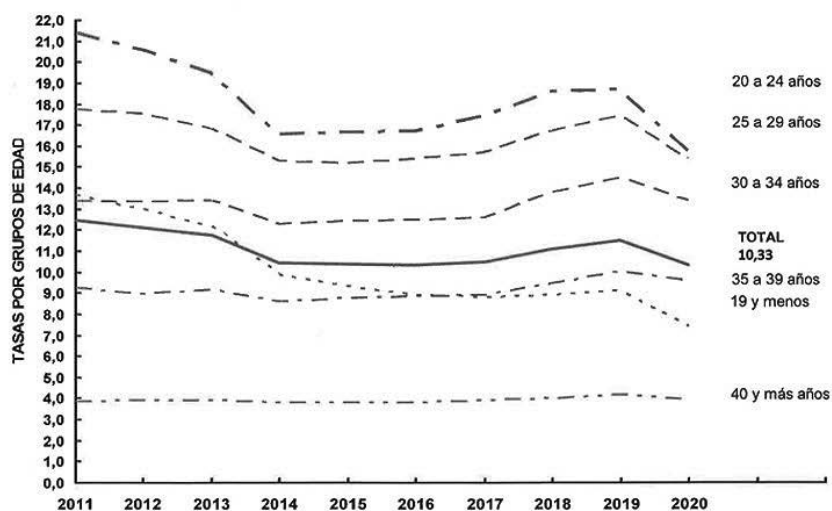
Anexo 1. Datos epidemiológicos

Anexo 1.1. Evolución tasas 2011-2020 en la prestación de la IVE en el SNS



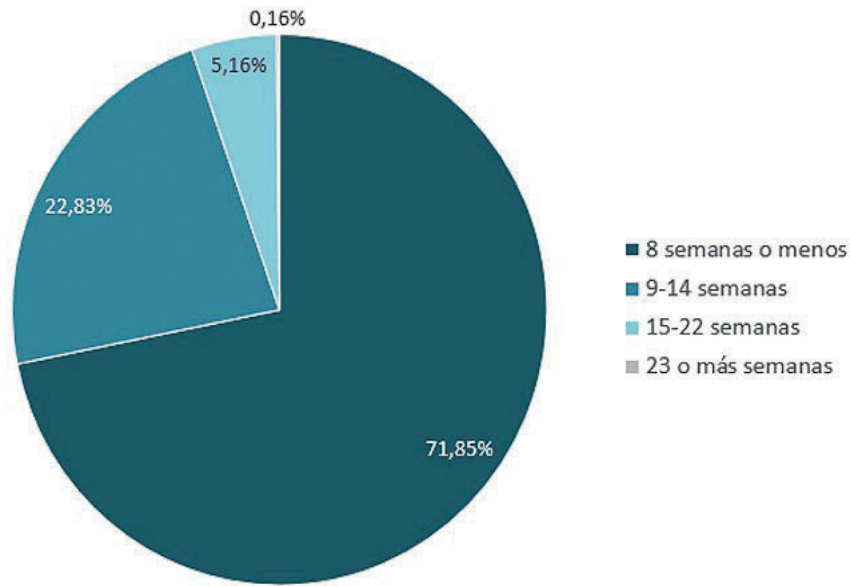
Año	Tasa por 1000 mujeres
2020	10,33
2019	11,53
2018	11,12
2017	10,51
2016	10,36
2015	10,4
2014	10,46
2013	11,74
2012	12,12
2011	12,47

Anexo 1.2. Evolución tasas 2011-2020 en la prestación de la IVE en el SNS según grupos de edad



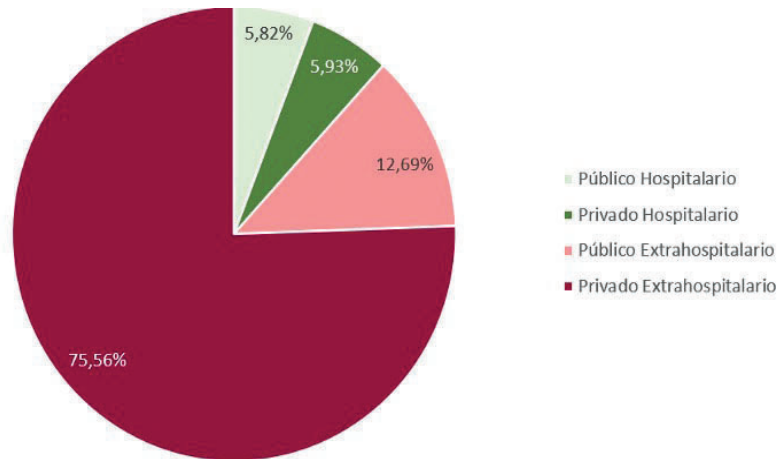
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	12,47	12,12	11,74	10,46	10,4	10,36	10,51	11,12	11,53	10,33
19 y menos años	13,68	13,02	12,23	9,92	9,38	8,97	8,84	8,96	9,19	7,41
20-24 años	21,37	20,55	19,43	16,56	16,67	16,72	17,42	18,59	18,71	15,81
25-29 años	17,75	17,58	16,84	15,34	15,21	15,41	15,74	16,73	17,49	15,39
30-34 años	13,4	13,4	13,42	12,33	12,5	12,53	12,61	13,85	14,5	13,43
35-39 años	9,26	9	9,22	8,65	8,79	8,89	8,98	8,51	10,08	9,6
40 y más años	3,87	3,9	3,92	3,83	3,8	3,8	3,9	3,99	4,18	3,97

Anexo 1.3. Prestación de la IVE en el SNS según semanas de gestación. Año 2020



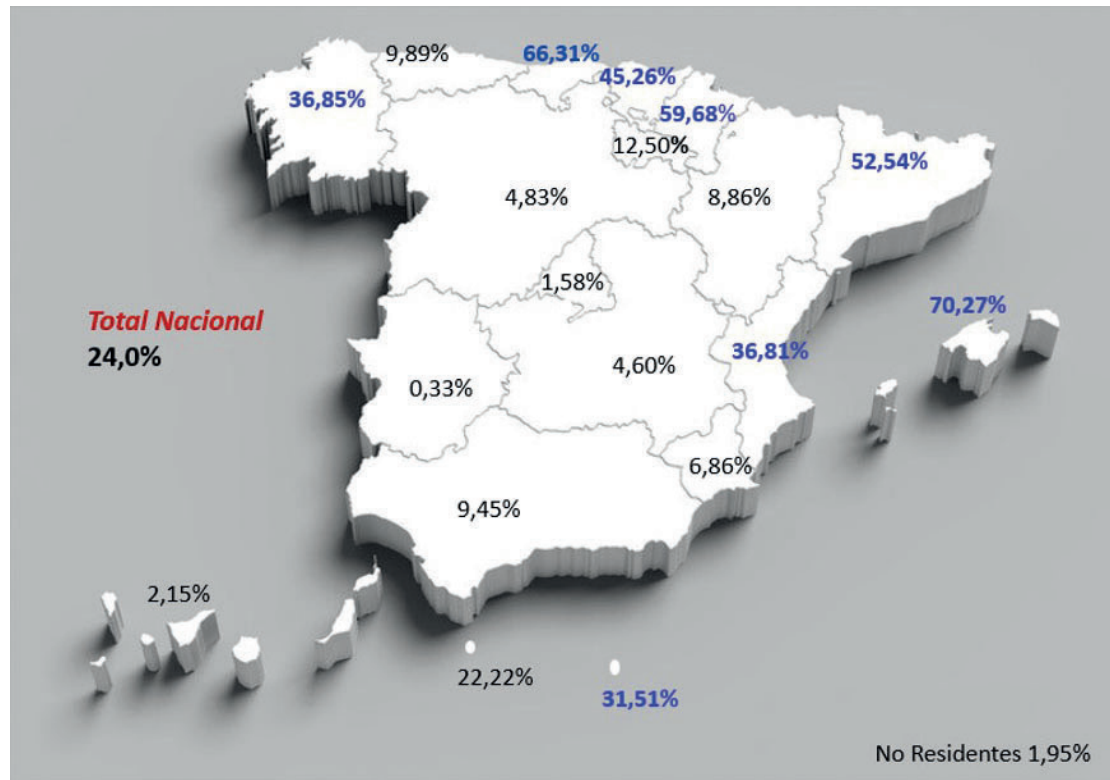
TOTAL IVE 2020	Año	8 semanas o menos	9-14 semanas	15-22 semanas	23 o más semanas
88269	2020	63421	20151	4559	138
		71,85%	22,83%	5,16%	0,16%

Anexo 1.4. Ámbito para la prestación de la IVE de 8 semanas o menos en el SNS. Año 2020

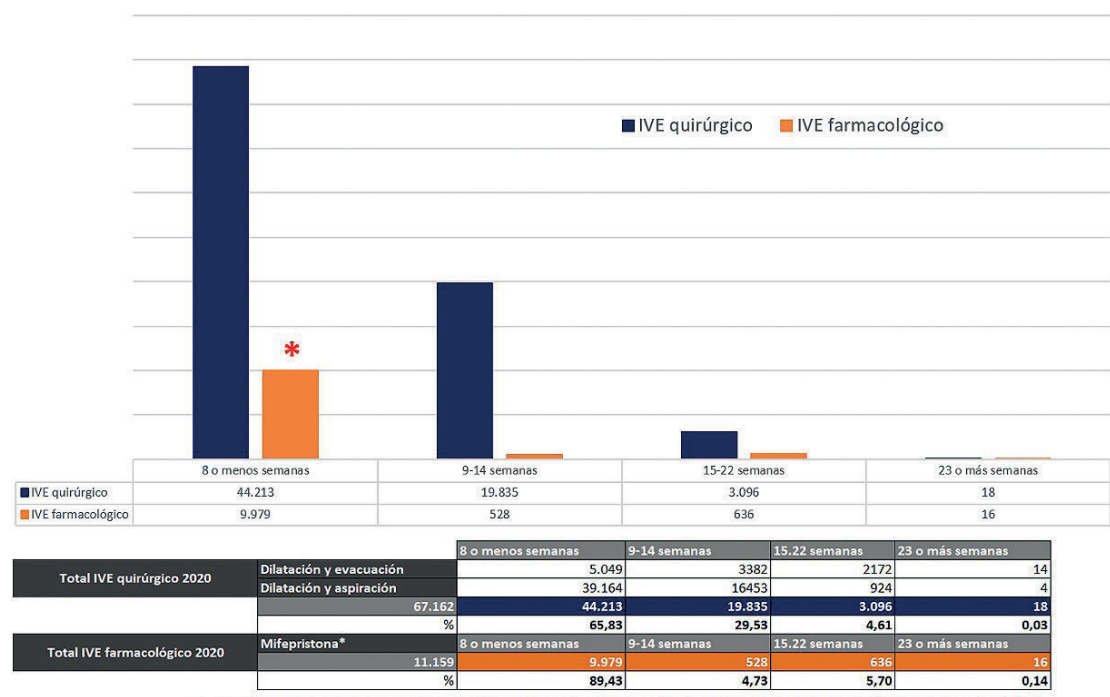


TOTAL IVE 2020 - 8 semanas	HOSPITALARIO				EXTRAHOSPITALARIO			Público	Privado	%
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado				
63421	7453	3693	3760	55968	8050	47918	11743	51678	18,52	
	%	11,75	5,82	5,93	88,25	12,69	75,56	63421	81,48	100

Anexo 1.5. Porcentaje para la IVE farmacológica según CC. AA.-CEAS. Año 2020

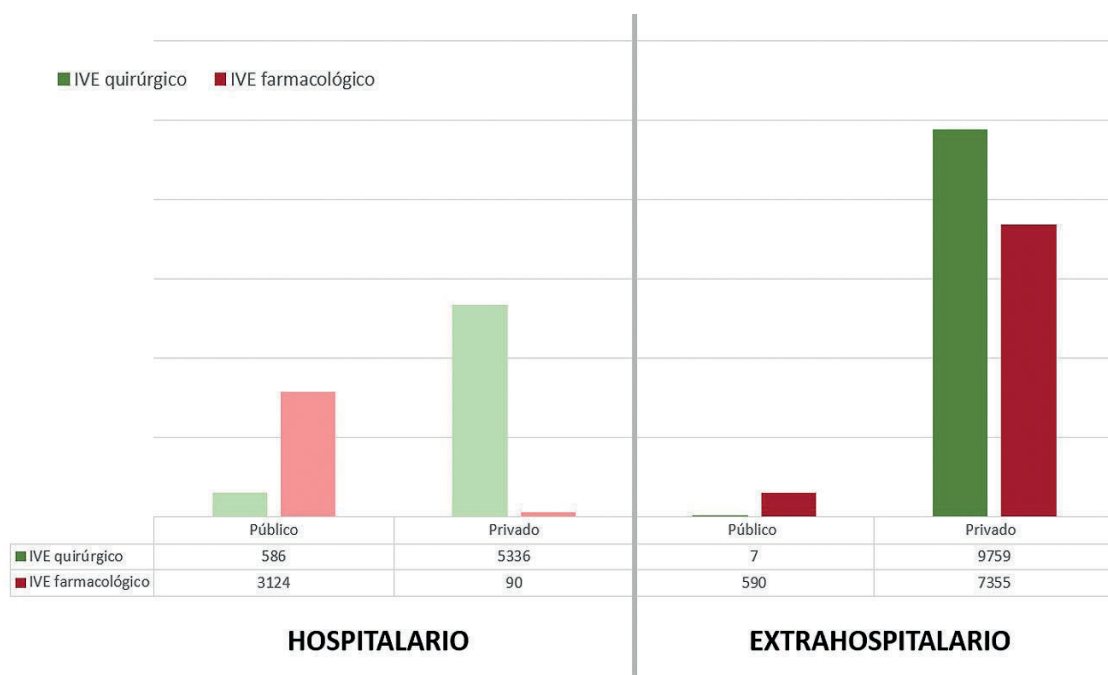


Anexo 1.6. Prestación de la IVE según método de intervención y semanas de gestación. Año 2020



*IVE Farmacológico (8 o menos semanas) obtendría valores más elevados tras la modificación Otros Métodos/NC.

Anexo 1.7. Prestación de la IVE según método de intervención y ámbito asistencial. Año 2020



Este análisis no tiene en cuenta los datos de **Otros Métodos/NC** al no disponer de sus valores desagregados.

Anexo 2. Métodos IVE farmacológica e instrumental

	IVE FARMACOLÓGICO	IVE QUIRÚRGICO/ INSTRUMENTAL
TIEMPO DE REALIZACIÓN	Hasta 9 semanas	De 6 a 14 semanas
CÓMO SE HACE	Con dos medicamentos para detener embarazo y para su expulsión	Se dilata el cuello del útero y se aspira su contenido con una cánula conectada a un aspirador
EFICACIA	94-98% de los casos	99% de los casos
NÚMERO DE VISITAS	3 visitas en uso domiciliario o 4 en uso en centro sanitario.	3 visitas
LUGAR DE EXPLUSIÓN	En domicilio/centro sanitario	En un centro sanitario especializado
MOMENTO DE EXPULSIÓN	Habitualmente entre 3-6 horas después de segundo medicamento	Cuando se hace la aspiración
DURACIÓN EXPULSIÓN	Varía entre 1-4 horas	Entre 10-15 minutos
DOLOR	Dolor algo superior al de una menstruación habitual, especialmente durante la expulsión del saco gestacional. Se usan analgésicos de manera rutinaria	Dolor algo superior al de una menstruación habitual durante la aspiración. Rutinariamente se utiliza anestesia local o sedación
SANGRADO	Durante la expulsión (1-4 horas), sangrado abundante con coágulos. Después sangrado que va progresivamente en disminución, pudiendo prolongarse hasta 15 días o incluso más	Normalmente sangrado escaso durante 1-8 días
QUÉ HACER SI FALLA	Hay que realizar una aspiración uterina/legrado evacuador	Hay que realizar una aspiración uterina/legrado evacuador
FERTILIDAD POSTERIOR	No se altera si no hay complicaciones	No se altera si no hay complicaciones

SEGURIDAD	Las complicaciones son muy poco frecuentes y similares a las del método instrumental. Puede haber más hemorragias	Las complicaciones son muy poco frecuentes y similares a las del método farmacológico Puede haber más infecciones y lesiones uterinas
VENTAJAS	Puede realizarse en un embarazo muy temprano No requiere sedación ni anestesia Procedimiento no instrumental y por tanto no existen riesgos quirúrgico asociados Existe la posibilidad de culminar el proceso en el propio domicilio Mayor privacidad, autocontrol y autonomía Puede sentirse “más natural” ya que es similar a una menstruación “fuerte” o a un aborto espontáneo	Se puede realizar en fases más tardías del embarazo El procedimiento es más rápido Por lo general hay menos sangrado que con el aborto farmacológico El personal médico está presente durante todo el proceso Se puede realizar bajo sedación que reduce la conciencia y las molestias Existe mayor certeza de cuando acaba el embarazo Tiene una tasa de éxitos muy alta
DESVENTAJAS	Es más lento Mayor incertidumbre sobre el fin del embarazo Más cantidad y duración del sangrado Más duración del dolor	Hay manipulación del útero Más riesgo de lesión uterina Más riesgo de infección Menos privacidad, autocontrol y autonomía
EFFECTOS SECUNDARIOS	Nausea y/o vómitos frecuentes Diarrea Sangrado abundante Infección uterina excepcionalmente Anemia severa poco frecuente	Nausea y/vómitos Infección uterina poco frecuente Anemia severa excepcionalmente

Elaboración propia a partir de: “*Elements per una lliure elecció de mètode d’IVE*”. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; SOGAC (Sociedade Galega de Contracepción); y Clínicas acreditadas para IVE que ofrecen información comparando método farmacológico y quirúrgico/instrumental (Centro Médico Aragón y Clínica Askabide).

Anexo 3. Información sobre IVE mediante el método farmacológico

(Esta información complementa la que Vd. ha recibido de manera general sobre IVE)

¿Qué es el aborto con medicamentos?

Se trata de un procedimiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la interrupción de embarazos tempranos, siendo su elección una decisión personal y libre amparada en el marco legal vigente.

Es un método muy eficaz y seguro hasta las 9 semanas de gestión, estimándose su eficacia entre el 94 y el 98%. Por fallo del método se entiende el aborto incompleto que requiere una aspiración posterior (en torno al 5%) y el embarazo evolutivo (aproximadamente 1%).

Aunque no están completamente dilucidados los posibles efectos teratogénicos de estos dos medicamentos, una vez utilizados, especialmente tras el segundo medicamento, el proceso debe considerarse irreversible.

¿Cómo se realiza?

Mediante la administración de dos medicamentos que actúan sinérgicamente y que solo pueden administrarse por el servicio sanitario autorizado. Son:

- *Mifepristona*: Interrumpe el embarazo y favorece la acción del segundo medicamento. Es un comprimido que se administra en el centro sanitario de referencia en el momento de la visita.
- *Misoprostol*: Produce contracciones uterinas que darán lugar a la expulsión del saco gestacional. Son 4 comprimidos por vía bucal o por vía vaginal.

Otros medicamentos indispensables en este proceso son los analgésicos, que aliviarán el dolor. Las pautas le serán entregadas en la consulta en el momento oportuno.

Para el uso del segundo medicamento, en un intervalo de entre 24-48 h después del primero, existen dos opciones:

- Autoadministrado en el propio domicilio siguiendo las instrucciones recibidas en consulta.
- Administrado en el propio centro sanitario (ambulatoriamente o en hospital), acudiendo a la cita programada.

¿Cuántas visitas tengo que hacer?

Un mínimo de tres en uso domiciliario o cuatro en uso en centro sanitario. La **primera visita** es común, independientemente de que se elija el método farmacológico o el instrumental.

La **segunda visita**, una vez elegido el procedimiento con medicamentos, se hará unos días después de la primera, dependiendo de cada caso particular y de los requisitos legales. En esta se ingiere el primer medicamento y se reciben las indicaciones pertinentes.

La **tercera visita (en caso de uso domiciliario)** se hará 15-21 días después de la segunda.

La **tercera visita (en caso de administración del misoprostol en el centro sanitario)**, será con cita 24-48 después de la segunda para recibir dicho tratamiento, manteniéndose en el centro hasta unas horas después de la expulsión. En este caso, tendrá que realizar una **cuarta visita** 15-21 días después para control.

¿Qué notará mi cuerpo?

Aproximadamente 2-4 horas después del uso del misoprostol, se inicia dolor y contracciones seguidas de sangrado hasta culminar en la expulsión del saco gestacional (lo que generalmente ocurre 3-6 horas después del uso del misoprostol). Este sangrado suele ser más abundante que su menstruación habitual y se acompaña de coágulos y algunos restos sólidos. También el dolor suele ser mayor que el de sus menstruaciones habituales, dependiendo de las semanas de gestación y del correcto uso de las pautas analgésicas. Durante las primeras 24 horas el sangrado es abundante y posteriormente irá disminuyendo progresivamente, aunque puede persistir algunas semanas. También puede notar

náuseas, vómitos, diarrea, febrícula o fiebre y enrojecimiento de palmas de manos y plantas de pies. Aparte del dolor y el sangrado, los demás síntomas suelen ceder sin necesidad de tratamiento, transcurridas unas horas.

Para hacer el proceso lo más confortable posible, en el caso del uso domiciliario del segundo medicamento es recomendable estar acompañada de alguna persona cercana que pudiera ayudarla en caso de incidencias. De igual modo, si el segundo medicamento se le administra en el centro sanitario será convenientemente acompañada. Para su tranquilidad, se le indicará algún teléfono de contacto y se le habrá informado qué hacer y dónde acudir en caso de duda o signos de alarma.

¿Qué complicaciones pueden surgir?

Las complicaciones como infección o hemorragia son escasas. Hay que estar alerta y consultar en caso de pérdida de sangre de más de 2-3 compresas grandes cada hora durante tres horas, dolor pélvico intenso que no cede pese al tratamiento analgésico, fiebre de más de 38°C cuando persista varias horas después del uso del Misoprostol o cualquier otra situación que la preocupe.

¿Qué pasa si no expulso el saco gestacional?

Si el segundo medicamento ha sido de uso domiciliario, en caso de no presentar sangrado 12-24 horas después, deberá contactar telefónicamente con el centro sanitario.

Como primera opción generalmente se procede a repetir el uso del segundo medicamento según protocolos, en la forma que las o los profesionales que la atienden consideren. Si no hay respuesta, se procederá a completar el procedimiento con aspiración del contenido uterino (método instrumental).

¿Y después del aborto?

- Fundamental realizar las visitas programadas de control.
- Mientras dure el sangrado y/o no haya realizado la visita de control, no utilice tampones ni copa menstrual, evite baños y no mantenga relaciones sexuales con penetración.
- Dado que la ovulación puede producirse de forma precoz es muy importante iniciar el método anticonceptivo elegido lo antes posible, tal como hayan acordado.
- La siguiente menstruación puede aparecer entre 30-40 días después de la expulsión, excepto si ha iniciado anticonceptivos hormonales que pudieran modificarla.

Muy importante cumplir todas las instrucciones recibidas y consultar cualquier duda que se presente

Anexo 4. Pauta domiciliaria de la IVE farmacológica¹⁰

(para entregar a la mujer)

Por favor, lee detenidamente esta información, siga estrictamente las instrucciones y no tome medicamentos por su cuenta, sin haber consultado antes. Toda la medicación le será entregada en el centro sanitario debidamente señalizada.

MIFEPRISTONA: Fecha: Hora: En:

Este medicamento se toma en la propia consulta. Tras su uso debe hacer vida normal hasta el momento de utilizar el segundo medicamento ya que lo más frecuente es que no note nada.

Raramente se presenta sangrado vaginal. El o la profesional que la atiende le habrá informado de qué hacer en el caso de que el sangrado sea similar o mayor que el de una menstruación ante la posibilidad de que el aborto se hubiera adelantado.

En el caso, muy poco probable, de que vomitara dentro de las dos primeras horas posteriores a la ingesta de este medicamento, habría que repetirlo. Si el vómito fuera posterior a estas dos horas, no es necesario hacer nada.

MISOPROSTOL: Fecha: Hora: En domicilio:

Muy importante: Media antes de usar misoprostol debe cumplir la pauta analgésica que le han indicado. La más común es:

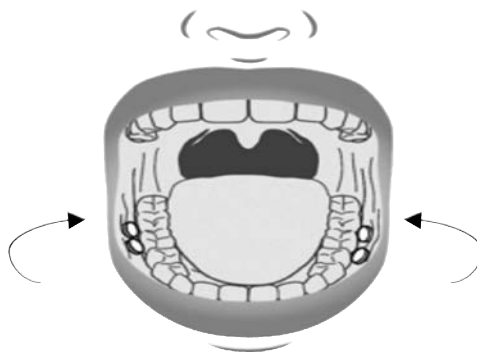
Paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.

En caso de alergias o intolerancias, se le indicará la analgesia adecuada para Vd.

Las cuatro pastillas de misoprostol pueden usarse por vía bucal o vaginal.

Por vía bucal:

- Se colocan 2 pastillas en un lado de la boca/mejilla y 2 pastillas más en el otro lado, para que se vayan disolviendo con la saliva poco a poco, durante unos 30 minutos (tiene una textura similar al yeso).



- Si pasado este tiempo no se han disuelto, se pueden tragar con un poco de agua.
- En el caso, muy poco probable, de que vomitara dentro de la media hora posterior a la ingesta habría que repetirlo. Si el vómito fuera posterior a la media hora no es necesario hacer nada, ya que se habrá absorbido la medicación.

¹⁰ Se procurará ofrecer toda la información a la mujer en varios idiomas en formatos redactados de forma comprensible.

Por vía vaginal:

- Introducir los 4 comprimidos, de uno en uno, dos a cada lado del fondo de la vagina ligeramente humedecida.
- Mantener unos 30 minutos de reposo para que se disuelvan adecuadamente.
- Que quede algún resto en la vagina no es motivo de preocupación ya que la absorción ya se ha completado.

¿Qué sucede a continuación?

Entre 20-40 minutos después de este tratamiento puede comenzar el dolor, algo más fuerte que una menstruación habitual, que en las horas sucesivas se incrementará. Lo habitual es que el máximo dolor coincida con la expulsión del saco gestacional (entre 3 y 6 horas después del uso del misoprostol), acompañado de sangrado vaginal más abundante que una menstruación habitual. Para reducir ese dolor ya se le pautó tratamiento analgésico previo.

En el improbable caso de que en las 6 horas posteriores al uso de misoprostol no se produzca sangrado o que este sea muy escaso es necesario contactar con el centro sanitario.

Además, en las horas siguientes pueden aparecer otros síntomas, relativamente frecuentes, como por ejemplo náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos, aumento de la temperatura corporal (hasta 38°C, que desaparece espontáneamente en aproximadamente 2 horas), y picor o enrojecimiento de las palmas de las manos y de los pies (suele desaparecer a los 30 minutos). Todos ellos son pasajeros y no suelen precisar tratamiento.

Si el dolor no cede pasadas unas horas tras la expulsión del saco gestacional:

- Puede tomar metamizol 2g por vía oral (una ampolla disuelta en agua) y/o
- A las 6-8 horas, puede volver a tomar la pauta de paracetamol 1 g + codeína 60 mg + diclofenaco 50 mg vía oral.

¿Y en los días siguientes?

- Durante las primeras 24h hay sangrado similar o mayor al de una menstruación abundante.
- El 2º y 3er día el sangrado irá disminuyendo, aunque puede persistir hasta 15 días o más.
- Mientras dure el sangrado no utilizar tampones ni copa menstrual; evitar baños por inmersión y no mantener relaciones sexuales con penetración.
- Preste atención a las recomendaciones sobre el inicio de método anticonceptivo, ya que dependiendo del elegido podría iniciarse de manera inmediata.

¿En qué casos debo consultar o acudir a un centro sanitario?

- Fiebre superior a 38°C que se mantiene más de dos horas después del uso del misoprostol.
- Dolor pélvico intenso que no cede con la analgesia pautada.
- Sangrado muy abundante de más de 2-3 compresas grandes cada hora durante 3 horas.
- Cualquier situación fuera de lo informado como habitual que pueda preocuparla.

Es muy importante que acuda a la visita/as de control indicada/s.

En caso de duda o signos de alarma, contacte con (teléfono, email...).

Anexo 5. Consentimiento informado IVE por método farmacológico

En cumplimiento con lo establecido en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, sobre protección de datos Personales, y de conformidad a lo previsto en la normativa vigente sobre Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sus datos personales serán tratados garantizando su derecho a la intimidad y confidencialidad.

Yo, (QUIEN FIRMA), con (Nº IDENTIFICACIÓN QUE PROCEDA) declaro que:

He sido informada sobre la existencia de dos métodos diferentes para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, el método farmacológico y el instrumental. Habiendo escogido el método farmacológico, soy informada del procedimiento.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

Finalizar un embarazo en curso, de acuerdo con las condiciones previstas en la normativa vigente sobre interrupción voluntaria del embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Provoca la expulsión de los productos de la gestación mediante la administración de medicación.

La mayoría de las veces, se sigue la siguiente pauta:

- Mifepristona: 200 mg. 1 comprimido de 200 mg vía oral, dosis única.
- Misoprostol: 800 µg. 4 comprimidos de 200 mcg vía bucal o vaginal, preferentemente, 24-48 horas después de la administración de mifepristona.

EFFECTOS HABITUALES

- Sangrado vaginal:
 - Puede ser abundante las primeras horas después de la aplicación del misoprostol.
 - Puede haber coágulos y restos de tejido gestacional, sobre todo por encima de las 7 semanas de gestación.
 - La pérdida de sangre/manchado puede durar algunas semanas.
- Dolor abdominal:
 - Es normal después de la toma de misoprostol, habitualmente a partir de las 2 h.
 - En la mayoría de casos el dolor es leve o moderado cuando se usa adecuadamente la pauta analgésica recomendada.
 - Suele mejorar después de la expulsión de los productos de la gestación.

OTROS EFECTOS

Frecuentes (no precisan tratamiento):

- Fiebre dentro de las 2 horas posteriores al uso de misoprostol.
- Molestias gastrointestinales: náuseas, vómitos y diarrea.
- Cefalea, mareo, escalofríos, sofocos, erupción palmar o plantar.

Poco frecuentes:

- Anemia severa que requiera transfusión sanguínea.
- Infección uterina.

Este método puede fracasar entre un 2% y un 6% de los casos, manifestándose como embarazo que sigue en evolución (aproximadamente un 1%) o expulsión incompleta (entre el 2 y el 5%). En estos casos, o cuando de manera muy infrecuente (alrededor del 2%) se produce un sangrado muy abundante, el tratamiento suele consistir en aspiración o legrado evacuador de la cavidad uterina.

He sido informada sobre los riesgos que existen en toda actuación médica de forma general.

Recibida esta información, comprendo los riesgos y complicaciones que este procedimiento conlleva, así como el posible aumento de riesgos o complicaciones que pudieran surgir derivadas de mi situación personal de salud, tales como:

INFORMACIÓN RELEVANTE QUE COMPRENDO Y ASUMO:

Entiendo que una vez tomada la mifepristona ya se ha iniciado el aborto. **Me comprometo a finalizar el tratamiento después de la toma del misoprostol y a realizar los controles necesarios**

- Me han informado de la posibilidad de malformaciones en el feto causadas por el misoprostol y de la importancia de asegurar la finalización del embarazo.
- Me han informado y he entendido plenamente los posibles efectos y riesgos, así como los signos de alarma por los que debo consultar en caso de que aparezcan.
- He podido aclarar las dudas que he tenido al leer y/o escuchar la información que se me ha dado y comprendo que, en cualquier momento, siempre que no haya iniciado el tratamiento, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, sin tener que dar ninguna explicación.

Y en estas condiciones, tomo libremente la decisión de realizar este tratamiento médico y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se lleve a cabo una **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA GESTACIÓN MEDIANTE EL MÉTODO FARMACOLÓGICO.**

En a de 202.....

Firma del/la Médico/a

Firma de la paciente y/o representantes legales

Anexo 6. Derivación a consulta de trabajo social sanitario

Situaciones de riesgo social a remitir para valoración, diagnóstico y apoyo sociosanitario:

- Conflicto familiar importante.
- Menores que deseen interrumpir su embarazo y no cuenten con el apoyo de sus tutores legales.
- Mujeres con personas dependientes a su cargo cuyo cuidado dificulte el aborto farmacológico en su propio hogar.
- Sospecha o confirmación de violencia de género.
- Sospecha o confirmación de trata de personas con fines de explotación sexual.
- Escasez o insuficiencia de apoyos sociales y/o familiares para el acompañamiento durante todo el proceso.
- Ausencia de vivienda o vivienda inadecuada que dificulte realizar el aborto farmacológico.
- Problemas de comprensión idiomática.
- Situación de dependencia (física, psicológica y/o sensorial) importante que condicione la autonomía para la realización del aborto farmacológico en su propio hogar.
- Situación laboral que dificulte las condiciones para realizar el aborto farmacológico en su propio hogar.
- Mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave y/o adicciones.
- Necesidad de apoyo y acompañamiento psicosocial para superar positivamente la IVE y prevenir futuros embarazos y/o situaciones de riesgo.

Se derivará a la mujer al Servicio de Trabajo Social Sanitario más próximo al Servicio que la esté atendiendo, ya sea en el ámbito de la atención primaria o la hospitalaria para realizar una valoración sociosanitaria de la situación y organizar un plan de intervención que permita realizar la interrupción voluntaria del embarazo en las mejores condiciones posibles, así como abordar el resto de problemas sociosanitarios detectados, dentro de un enfoque interdisciplinar e integral.

En el caso de detectar o sospechar la existencia de las situaciones de riesgo sociosanitario no urgentes remitir, con carácter preferente, al servicio de trabajo social sanitario de atención primaria para garantizar mejor la continuidad asistencial.

Anexo 7. Boletín de notificación IVE y definiciones



MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D 831/2010

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRÉADOS

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CÓDIGO DE CENTRO
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE SÍ NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA											
FECHA DE NACIMIENTO				DÍA	MES	AÑO	PROVINCIA				
CONVIVENCIA [1] SOLA [2] EN PAREJA [3] CON PADRES/FAMILIARES [4] OTRAS PERSONAS [5] NO CONSTA							LUGAR DE RESIDENCIA		MUNICIPIO		
[1] Con Hijos [2] Sin Hijos							RESIDE FUERA DE ESPAÑA		PAÍS DE RESIDENCIA		
PAÍS DE NACIMIENTO				AÑO DE LLEGADA							
NACIONALIDAD						DOBLE NAC.					
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)		[1] ANALFABETA/SIN ESTUDIOS		[3] ESO Y EQUIVALENTES		[5] ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES		[7] NO CONSTA			
		[2] PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES)		[4] BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES		[6] NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS					
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? NO [2]		SÍ [1]		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios)							
				[1] PAREJA		[2] FAMILIARES		[3] OTROS INGRESOS		[4] NO CONSTA	
SITUACIÓN LABORAL				Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO		MES		AÑO	
[1] TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA				Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL		FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO		MES		AÑO	
[2] TRABAJADORA POR CUENTA AJENA				¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
[3] PENSIONISTA				¿DE QUÉ TIPO? (4) <small>(Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos)</small>							
[4] ESTUDIANTE				[1] NATURALES							
[5] DESEMPLEADA O SIN EMPLEO				[2] BARRERA							
[6] TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO				[3] MECÁNICOS							
[7] OTRAS				[4] HORMONALES							
[8] NO CONSTA				[5] MÉTODOS DEFINITIVOS [6] OTROS MÉTODOS							
B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN											
¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?				[1] CENTRO SANITARIO PÚBLICO		[2] CENTRO SANITARIO PRIVADO		[3] OTROS			
				[1] TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO		[2] AMIGOS/FAMILIARES		[3] MEDIOS DE COMUNICACIÓN			
				[4] INTERNET		[5] NO CONSTA					
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO						FECHA DE LA INTERVENCIÓN (6)					
						DÍA		MES		AÑO	
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO				CAUSA							
[1] A PETICIÓN DE LA MUJER				RIESGO PARA LA EMBARAZADA							
[2] GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA				RIESGO FETAL							
[3] RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO											
[4] ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE											
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN				MÉTODO QUIRÚRGICO							
				[1] DILATACIÓN Y EVACUACIÓN							
				[2] DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN							
				MÉTODO FARMACOLÓGICO							
				[3] MIFEPRISTONA							
				[4] PROSTAGLANDINAS							
				OTROS MÉTODOS, ESPECIFICAR [5]							

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.

Fuente: Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2020. Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf

Definiciones de la hoja de notificación:

DEFINICIONES

(1) OTRAS PERSONAS.

Si la mujer convive en pareja y además con otras personas, marcar exclusivamente la opción **EN PAREJA**.

(2) CON HIJOS.

Se refiere a los hijos que tiene la mujer a su cargo, sean o no biológicos.

(3) NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Se diferencian los siguientes Niveles de instrucción:

1. **Analfabeta/Sin estudios.**
 - No sabe leer ni escribir.
 - Enseñanza Primaria incompleta.
2. **Primer grado (6º Educación primaria y equivalentes).**
 - Enseñanza Primaria completa: 6º EP, 6º EGB.
 - Incluye Certificado Oficial de Estudios Primarios.
3. **ESO y Equivalentes:**
 - Enseñanza Secundaria completa: ESO, BUP, FPI, 7º EGB, 8º EGB.
4. **Bachiller y Ciclos FP equivalentes:**
 - 2º Bachillerato, COU, FP de grado medio.
5. **Escuelas Universitarias/Facultades:**
 - Diplomaturas Universitarias.
 - FP de grado superior.
 - Primer ciclo en Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas técnicas Superiores.
 - Facultades Universitarias, Colegios Universitarios y Escuelas Técnicas Superiores o equivalentes o postgraduados.
6. **No clasificables por grados y no bien especificados.**

(4) TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. **Naturales**
 - Ogino
 - Temperatura basal
 - Coito interrumpido
 - Billings
2. **Barrera**
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino
 - Diafragma
 - Productos espermicidas
3. **Mecánicos**
 - Diu
4. **Hormonales**
 - Anticoncepción oral
 - Anticoncepción inyectable
 - Parches
 - Implantes subcutáneos
 - Anillos vaginales
 - Diu
5. **Métodos Definitivos**
 - Ligadura de trompas
 - Obstrucción tubárica

(5) FECHA DE LA INTERVENCIÓN.

Cuando el método empleado en la intervención sea el farmacológico, la fecha de intervención será la del inicio de la toma.

Fuente: *Informe Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2020. Ministerio de Sanidad*: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf

Anexo 8. Indicaciones para la IVE en centro especializado

Indicaciones clínicas

Sistema nervioso central

- Aneurisma vascular no tratado
- Lesiones ocupantes del espacio

Enfermedad renal

- Insuficiencia renal (creatinina sérica > 2,5 mg/dL)

Hipertensión

- La tensión arterial (TA) no controlada

Patología endocrinológica

- Hipertiroidismo no controlado
- Diabetes no controlada
- Feocromocitoma

Patología cardíaca

- Enfermedades congénitas (enfermedad cianótica, dilatación ventricular derecha o izquierda, taquiarritmia incontrolada)
- Enfermedad coronaria (historia de infarto de miocardio, angina en tratamiento)
- Cardiomiopatía (dilatación, hipertrofia, historia de miocardiopatía periparto)
- Cardiopatía valvular significativa, incluyendo estenosis aórtica grave, estenosis mitral moderada o grave e insuficiencia mitral o aortica graves con afectación del ventrículo izquierdo

Patología pulmonar

- Asma no controlada
- Enfermedad pulmonar restrictiva
- Hipertensión pulmonar

Patología reumatológica

- Lupus

Patología gastrointestinal

- Enfermedad hepática grave
- Varices esofágicas con historia de sangrado
- Enfermedad inflamatoria intestinal activa incontrolada

Patología hematológica

- Anemia severa
- Enfermedad drepanocítica con antecedentes de crisis
- Púrpura Trombocitopénica Idiopática con trombocitopenia activa
- Trombofilia que requiere anticoagulación

Patología oncológica

- Asesoramiento sobre las opciones de tratamiento y el momento del aborto
- Los cánceres ginecológicos que afecten al útero

Trasplante de órganos

- Función renal significativamente alterada (creatinina > 2,5 mg/dl)
- Historia del rechazo reciente
- Órgano trasplantado con mal funcionamiento

Patología psiquiátrica

- Incapacidad para obtener el consentimiento informado
- Incapacidad para realizar el procedimiento de manera ambulatoria

Otras situaciones sociosanitarias

Por petición de la mujer

Situación sociosanitaria que impida la IVE farmacológica fuera del centro hospitalario¹¹

- Vivienda inadecuada o inexistente
- Exclusión social
- Adicciones
- Dependencia/discapacidad
- Insuficiente apoyo familiar y/o social
- Conflictos familiares graves y/o violencia de género

¹¹ Estas situaciones no contraindican necesariamente la IVE farmacológica en centro sanitario, únicamente en su uso domiciliario.

Elaboración propia a partir de: Society of family Planning. Clinical Guidelines: First-trimester abortion in women with medical conditions. Contraception. 2012; 86: 622-630.

Anexo 9. Factores a tener en cuenta en educación para la salud sexual

En la salud sexual influyen múltiples factores de salud, sociales y educacionales. Existen factores de vulnerabilidad a tener en cuenta para trabajar la promoción y educación en salud sexual. Vivir en el medio rural o en zonas desatendidas de los núcleos urbanos dificultan el acceso a los servicios. La desigualdad de género, la pobreza, menor nivel de instrucción perjudican la capacidad de actuación de las mujeres y redundan en desinformación sobre la anticoncepción.

La violencia de género influye de manera considerable sobre la salud sexual de las mujeres. La probabilidad de que las mujeres víctimas afirmaran utilizar anticonceptivos era un 53% más baja que si se trataba de mujeres que no habían sufrido violencia de pareja.

Las mujeres perimenopáusicas con cierta frecuencia infravaloran su potencial fertilidad y abandonan el uso de algún método anticonceptivo, siendo sexualmente activas. Una de las consecuencias de no adoptar medidas anticonceptivas es que alrededor de un tercio de embarazos a estas edades, fue no planificado.

Otras vulnerabilidades influyen en un embarazo no deseado. Las mujeres en situación de prostitución o trata se topan con obstáculos jurídicos y sociales a la hora de utilizar anticonceptivos, lo que se traduce en un gran número de embarazos no intencionales. También el consumo de drogas puede favorecer la marginalidad y la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazo.

En las mujeres con discapacidad, el riesgo de violencia sexual se multiplica por 10; además, puede que se las obligue a someterse a un aborto si se quedan embarazadas. También la enfermedad mental supone un factor de vulnerabilidad.

Las desigualdades étnicas y raciales, agravan la situación de vulnerabilidad frente al embarazo no intencional. Las características de los procesos migratorios, pueden hacer que las personas inmigrantes se encuentren con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de embarazos no deseados.

En los colectivos más vulnerables, las mujeres tienen mucho más riesgo de sufrir violencia de género y sexual, siendo un factor añadido de riesgo para quedarse embarazada, y de embarazos de riesgo. Es importante reforzar las actividades preventivas y de promoción de la salud sexual ante el uso de la píldora del día después o de IVE previa, e indagar sobre la historia de toma de anticonceptivos, la voluntariedad en las relaciones sexuales y en la elección de método.

La educación integral en sexualidad (EIS) desarrolla actitudes, habilidades y conocimientos apoyados en valores positivos, incluidos el respeto por los derechos humanos, la igualdad y diversidad contribuyendo a relaciones seguras, saludables y positivas.

Los programas con enfoque de género son significativamente más eficaces para lograr resultados como la reducción de las tasas de embarazos no planificados y de ITS. Además, mejoran la prevención y reducción de la violencia y discriminación de género en la pareja.

La EIS tiene un papel central en la preparación de la juventud, evitando los riesgos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, violencia de género y desigualdad que pueden afectar seriamente su bienestar.

Ámbitos sanitarios para la educación sexual

Consulta individual:

- En actividades preventivas de la cartera de servicios del Equipo de Atención Primaria adaptados a cada edad evolutiva. Abordar preguntas sobre la salud sexual y uso de métodos anticonceptivos adecuados para evitar embarazos no deseados e ITS. Además, trabajar con las chicas para que ejerzan su libertad sexual para no verse presionadas a realizar actos sexuales no deseados, pudiendo elegir libremente el método anticonceptivo. Se trabajará en la pareja la corresponsabilidad de los cuidados de la salud y la prevención, así como promocionar los buenos tratos y posicionarse contra la violencia de género. También es relevante promocionar el buen uso de las TIC.
- En la información de métodos anticonceptivos es importante que la mujer opte al método anticonceptivo que se adapte mejor a sus necesidades.
- Estas tareas preventivas y de promoción a la salud sexual también pueden ser abordadas en consultas de ginecología, consulta postnatal, postIVE, etc.

Atención grupal en AP en distintos ámbitos:

- En grupos socioeducativos de mujeres, es necesario trabajar la salud sexual, la capacidad de decisión sobre anticoncepción y la prevención de la violencia de género.
- En grupos de preparación al embarazo, parto y puerperio: abordar la salud sexual en el embarazo y tras el parto y los métodos anticonceptivos más adecuados en cada etapa
- En grupos de escuela de madres y padres: donde se darán pautas a las familias para educar en sexualidad a sus hijos e hijas según su edad evolutiva.
- En grupos de mujeres que sufren violencia de género, también en salud mental.

Atención comunitaria:

- Educación sexual integral en centros educativos: programas con evidencia científica y número de sesiones mínimo y con contenidos estandarizados (mínimo 12 sesiones de 1º a 4 de la ESO).
- Intervenciones comunitarias, acciones informativas de sensibilización, dirigidos a los distintos colectivos vulnerables. Coordinación con las ONGs especializadas que trabajan con población migrante y con las asociaciones de mujeres.



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es