

Protocol per a l'atenció a la **interrupció voluntària de l'embaràs** a Catalunya



Alguns drets reservats

© 2022, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons

Edita:

Direcció General Planificació i Recerca en Salut

Primera edició:

Barcelona, octubre de 2022

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Assessorament editorial:

Responsable de Publicacions, Identitat Corporativa i Difusió

Pla editorial 2022:

Número de registre 3461

Direcció

Assumpta Ricart. Gerent de Processos Integrats de Salut. Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut

Aina Plaza. Directora general de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut

Coordinació tècnica

Ramon Escuriet. Responsable del Pla de salut sexual i reproductiva. Gerència de Processos Integrats de Salut. Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut

Blanca Prats. Cap del Servei de Salut Maternoinfantil. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya

Montserrat Solans. Tècnica de salut. Gerència de Processos Integrats de Salut. Àrea Assistencial.

Coordinació clínica

Marta Simó. Cap del Servei de Ginecologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Grup de Treball

M. Teresa Avilés. Ginecòloga de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron

Margarita Aznar. Ginecòloga del Consorci Sanitari de Terrassa

Júlia Bou. Ginecòloga del Consorci Sanitari de l'Anoia

Lucia Burgos. Llevadora de l'ASSIR Mollet. Associació Catalana de Llevadores

Josep M. Busquets. Comitè de Bioètica de Catalunya

Ramon Escuriet. Responsable de salut sexual i reproductiva. Servei Català de la Salut

Iolanda Florensa. Llevadora de l'ASSIR Lleida

Olga Palà. Ginecòloga de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Oriol Porta. President de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Blanca Prats. Cap del Servei de Salut Maternoinfantil. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya

Marta Simó. Cap del Servei de Ginecologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Montserrat Solans. Tècnica de salut. Servei Català de la Salut

Anna Torrent. Ginecòloga de l'ASSIR Mollet

Revisió

Sílvia Aldavert. Coordinadora de projectes de l'Associació de Drets Sexuals i Reproductius

Juan C. Bello. Cap del Servei del Departament d'Obstetrícia i Ginecologia. Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa

Vanessa Bueno. Llevadora. Supervisora d'Infermeria. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Marta Busquets. Consell Nacional de Dones de Catalunya

Lídia Coromina. Llevadora de la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa

Teresa Echeverría. Consell Assessor de Polítiques de Gènere. Departament de Salut

Xavier Espada. Tècnic de salut. Servei Català de la Salut

Ramon Espelt. Ginecòleg de l'ASSIR Sabadell

Gemma Falguera. Associació Catalana de Llevadores

Robert Langarita. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut

Joan Antoni Mulà. Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Clara Pareja Rossell. Subdirectora general d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques. Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària. Departament de Salut

Josep Perelló. President de la Societat Catalana de Contracepció

Maria T. Planella. Psicòloga de l'ASSIR Mataró

Rosa Porqueres. Vocal de la Societat Catalana de Contracepció

Assumpta Rigol. Consell Assessor de Polítiques de Gènere. Departament de Salut

Mar Torné. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut

Departament d'Igualtat i Feminismes

Revisió

Montserrat Pineda. Secretària de Feminismes. Responsable de l'Estratègia nacional de drets sexuals i reproductius.

Índex

Índex.....	5
1. Introducció.....	7
1.1. Dispositius d'atenció i criteris de derivació: atenció primària i hospitalària.....	7
1.2. Circuit assistencial. Avaluació prèvia	8
1.3. 1a visita: llista de comprovació de visita amb la llevadora (annex I).....	8
1.4. Normativa legal vigent	11
1.5. Consideracions ètiques sobre l'objecció de consciència	12
2. Mètode: IVE farmacològica	15
2.1. Indicacions.....	15
2.2. Contraindicacions	16
2.3. Pauta terapèutica	17
2.4. Analgèsia	17
2.5. Complicacions.....	18
2.6. Profilaxi anti D.....	19
2.7. Profilaxi antibiòtica	19
3. Mètode: IVE quirúrgica.....	21
3.1. Indicacions.....	21
3.2. Contraindicacions	21
3.3. Tècnica.....	21
3.3.1. Preparació cervical	21
3.3.2. Procediment.....	22
3.4. Analgèsia	23
3.5. Complicacions.....	23
3.6. Profilaxi anti D.....	24
3.7. Profilaxi antibiòtica	24
4. IVE en situacions especials.....	25
5. Controls després de l'IVE	28
5.1. Pautes de control posterior a l'IVE farmacològica.....	28
5.2. Pautes de control posterior a l'IVE quirúrgica.....	29
5.3. Actuació en l'IVE fallida	29
5.4. Actuació en cas de retenció dels productes de la concepció (RPOC).....	29
6. Acompanyament a l'IVE.....	32
7. Anticoncepció després de l'IVE	33

7.1. Selecció del mètode contraceptiu	33
7.2. Opcions contraceptives	33
8. Bibliografia	36
9. Annexos	39

1. Introducció

La incorporació de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) a la cartera de serveis públics del Servei Català de la Salut a l'any 2010 va implicar una ordenació dels serveis per garantir l'accés de totes les dones a la IVE amb finançament públic. Així, es van organitzar els circuits necessaris per la seva implementació entre la xarxa de Serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), els hospitals amb servei de ginecologia i les clíniques privades autoritzades.

Catalunya va ser pionera en la implementació del mètode farmacològic per la IVE fins les 9 setmanes de gestació (sg) a la xarxa pública en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària, amb una molt bona acceptació per part de la ciutadania.

Segons les darreres dades, corresponents a l'any 2020, el 77,54% de les IVE fins les 14 sg, finançades públicament es van realitzar en l'àmbit de la comunitat als serveis ASSIR amb mètode farmacològic.

Aquest protocol, incorpora nou coneixement, amplia el termini de gestació per la utilització del mètode farmacològic, proposa millores en l'acompanyament durant el procés i també inclou recomanacions per l'assessorament contraceptiu posterior a la intervenció.

1.1. Dispositius d'atenció i criteris de derivació: atenció primària i hospitalària

Esdevé necessària la coordinació entre els diferents dispositius d'atenció per garantir l'equitat territorial en la interrupció voluntària de l'embaràs, tant farmacològica com quirúrgica, assegurant la seva accessibilitat i considerant les altres possibles circumstàncies que puguin dificultar fer efectiu aquest dret.

Segons el mètode utilitzat, l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs implica la participació de dispositius assistencials d'atenció primària i/o hospitalària:

- L'IVE farmacològica o mèdica es pot dur a terme tant en règim hospitalari com en règim ambulatori en els centres autoritzats pel Departament de Salut, depenent de l'edat gestacional i/o si existeixen riscos inherents a la dona.
- L'IVE quirúrgica o instrumental es duu a terme als dispositius hospitalaris autoritzats pel Departament de Salut.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), si la interrupció de l'embaràs amb mètode farmacològic es realitza amb possibilitat d'accés a un professional sanitari, pot ser autogestionada al domicili en embarassos de menys de 12 setmanes de gestació sense necessitat de supervisió directa per part de personal sanitari. En aquests casos, no s'observen diferències respecte a la seguretat ni en l'acceptabilitat de la realització del procediment en l'àmbit ambulatori o en règim hospitalari, malgrat que cal tenir en compte que l'evidència de la realització de l'IVE farmacològica a domicili és limitada en les gestacions superiors a 10 setmanes.

D'altra banda, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomana la realització del procediment a domicili fins a les 10⁺⁰ sg.

Seguint aquests criteris, l'IVE farmacològica a Catalunya segons l'edat gestacional es durà a terme:

- Entorn ambulatori: fins a les 9⁺⁶ sg (69 dies).
- Entorn hospitalari: de les 10⁺⁰ a les 14⁺⁰ sg (70 a 98 dies).

En cas que una IVE farmacològica inferior a 10 sg presenti alguna contraindicació o dificultat en la comprensió de les instruccions, ha de ser derivada a l'entorn hospitalari amb capacitat per a atenció a la complexitat.

La dona pot triar d'entre els centres autoritzats pel Departament de Salut el lloc on vol ser atesa, atenent a criteris de territorialitat de la prestació del servei.

1.2. Circuit assistencial. Avaluació prèvia

La porta d'entrada al sistema sanitari per a les dones que sol·licitin una IVE són els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) de la xarxa d'atenció primària.

La dona que la sol·liciti se li programa una visita amb la llevadora del seu ASSIR de referència amb cita preferent en un termini inferior a 1 setmana.

La llevadora informa la dona de les opcions d'interrupció de l'embaràs disponibles segons l'edat gestacional, resol els dubtes que es puguin presentar i la deriva al dispositiu ASSIR o centre autoritzat de referència en un termini mínim de 3 dies per a la reflexió que estableix la normativa legal vigent, on es programa una visita amb l'especialista en ginecologia. Aquest primer contacte ha de realitzar-se en un ambient d'intimitat i en un entorn segur per a la dona.

Així mateix, d'acord amb la normativa legal vigent, s'entrega a la dona un sobre tancat amb un document acreditatiu amb la data de la visita que conté les prestacions i les ajudes públiques per a les dones embarassades i per a la cura i atenció dels fills i filles, la cobertura sanitària durant l'embaràs i el part, els drets laborals durant l'embaràs i la maternitat, els beneficis fiscals i qualsevol altra informació rellevant relacionada amb els incentius i les ajudes.

El contingut de les visites amb la llevadora i amb l'especialista en ginecologia inclouen els punts següents:

1.3. 1a visita: llista de comprovació de visita amb la llevadora (annex I)

- Història clínica (HC):
 - Antecedents obstètrics, ginecològics, mèdics i quirúrgics.
 - Al·lèrgies medicamentoses.
 - Història psicosocial, valoració de la capacitat de resposta de la dona i detecció de situacions de vulnerabilitat especial que requereixin derivació al

servei psicològic i/o treball social de suport. Detecció de factors de risc, ambivalència emocional, por, angoixa o depressió.

- Detecció de violència masclista. Cribratge de violència masclista (annex II).

S'ha de realitzar mitjançant el Qüestionari de cribratge per detectar violència contra la parella (PVS) (Feldhaus 1997) que consta de tres preguntes:

1. Heu estat colpejada, heu rebut alguna puntada de peu, o cop de puny, o heu patit alguna altra lesió, per alguna persona durant l'últim any? Si és així, per part de qui?
2. Us sentiu segura en la vostra relació actual?
3. Us sentiu actualment insegura per alguna relació prèvia?

Davant d'una resposta afirmativa, considerem el PVS positiu, i en aquest cas caldrà aprofundir en l'anamnesi i l'atenció, tal com indica el [Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya](#): document operatiu d'embaràs (DGPA-DS 2010).

- Confirmació de la gestació amb test β -HCG a l'orina, en cas que sigui necessari, i càlcul de l'edat gestacional segons la data de l'última regla (DUR).
- Sol·licitud de proves complementàries:
 - Grup sanguini i Rh, en cas que sigui desconegut.
 - Hemograma en dones amb antecedent de sagnat menstrual abundant o anèmia i en l'IVE quirúrgica.
 - Ecografia transvaginal: si es requereix derivació hospitalària i DUR desconeguda. En cas d'IVE farmacològica a l'ASSIR, no cal sol·licitar ecografia, donat que es realitza el dia de la visita amb el ginecòleg o ginecòloga.
 - Proves de coagulació.
- Avaluació de l'ús de mètodes anticonceptius i motiu de la fallida de l'anticoncepció actual.
- Cribratges. S'ha d'informar la dona de la pertinença de realitzar els cribratges següents segons les recomanacions de diverses societats científiques:
 - Càncer de cèrvix: actualitzar si cal i és possible.
 - Infeccions de transmissió sexual (ITS): es recomana la realització de PCR endocervical per al cribratge de clamídia i gonococ abans de l'IVE en els casos següents:
 - Dona < 25 anys.
 - Dona > 25 anys, sense parella sexual estable o amb 2 o més parelles sexuals en els últims 12 mesos.
 - Parella sexual amb ITS.
 - Antecedent previ d'ITS.
 - Consum de drogues o alcohol associat a les relacions sexuals.
 - Treballadores del sexe comercial.

- Víctima de violència sexual.
 - Leucorrea o flux vaginal anormal: afegir-hi cultiu vaginal i tractament empíric.
-
- Informació a la dona perquè pugui triar el mètode desitjat un cop informada
 - Marc normatiu de la Llei 2/2010, de 3 de març.
 - Diferents mètodes de l'IVE: farmacològica i quirúrgica.
 - En cas d'escollir IVE farmacològica cal:
 - Donar informació del mecanisme d'actuació dels fàrmacs i efectes adversos (annex III).
 - Entregar el full informatiu (annex IV) i el consentiment informat (CI) específic de l'IVE farmacològica (annex V).
 - Donar informació escrita en un sobre tancat i un document acreditatiu de la data de lliurament segons la normativa legal vigent.
 - En cas d'escollir IVE quirúrgica cal:
 - Donar informació del mètode i dels possibles riscos i complicacions (annex VI).
 - Derivar al centre hospitalari de referència.
 - Donar informació escrita en un sobre tancat i un document acreditatiu de la data de lliurament segons la normativa legal vigent.

2a visita: llista de comprovació de visita amb l'especialista en ginecologia (annex VII)

- Revisió dels antecedents i la HC.
- Revisió de les necessitats emocionals de la dona i oferir suport psicològic, si ho requereix.
- Valoració de les proves complementàries sol·licitades per la llevadora
 - Grup sanguini, Rh i hemograma, si són necessaris.
 - Cultiu vaginal/PCR endocervical, si són necessaris. En el cas de resultat positiu i si no s'ha donat tractament prèviament, prescriure abans de l'IVE.
- Ecografia transvaginal:
 - Confirmar localització intrauterina i viabilitat de la gestació: descartar gestació ectòpica (GEU) o gestació molar.
 - Datar la gestació: si l'ecografia es realitza en entorn ASSIR i l'edat de la gestació és superior a 9⁺⁶ sg, derivar la dona a un centre autoritzat de referència.
 - Detectar miomes o malformacions uterines i altres tipus de lesions a nivell de genitals interns.
- Recollida del CI signat (annex VIII):
 - Pel professional que informa i la dona si és major d'edat
 - Pel professional que informa i la persona o persones titulars de la potestat parental en cas de menors de 18 anys segons el [Decret llei 19/2021, de 31 d'agost, pel qual s'adapta el Codi civil de Catalunya a la reforma del procediment de modificació judicial de la capacitat](#).

- Mètode anticonceptiu per a després de l'IVE: informació i prescripció del mètode, si la dona ho accepta, segons els criteris mèdics d'elegibilitat de l'OMS.

El sistema ha de garantir el dispositiu intrauterí (DIU) de coure i l'implant subdèrmic gratuït a les dones que s'hagin fet una IVE.

En cas d'IVE farmacològica:

- Explicar els fàrmacs, el mecanisme d'acció i els efectes adversos.
- Explicar el procés d'expulsió.
- Administrar la mifepristona a la consulta i recordar el compromís de seguir amb el tractament un cop administrada.
- Entregar la resta de medicació (autoadministració en 24-48 hores), acompanyada del full de medicació amb les instruccions ben detallades (annex III).
- Facilitar l'opció de consultes telefòniques amb l'ASSIR i amb Salut Respon.
- Informar del centre autoritzat de referència territorial i els criteris de consulta.
- Citar per a la 3a visita de control en 14 dies (7-21 dies).

1.4. Normativa legal vigent

La Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), va incorporar l'avortament com a prestació pública dintre del Sistema Nacional de Salut. La concreció del model legal atén els canvis qualitatius de la vida en formació que tenen lloc durant l'embaràs i estableix, d'aquesta manera, una concordança pràctica dels drets i béns concurrents a través d'un model de tutela gradual al llarg de la gestació. Així, es reconeix el dret a la maternitat lliurement decidida, i s'estableix un període fins a les 14 setmanes de gestació on es garanteix a les dones la possibilitat de prendre una decisió lliure i informada sobre la interrupció de l'embaràs. En cas que es detecti abans de les 22 setmanes de gestació un greu risc per a la vida o salut de la dona embarassada o un risc de greus anomalies en el fetus, s'estableix la possibilitat d'interrupció voluntària de l'embaràs amb indicació terapèutica. Més enllà de les 22 setmanes de gestació, la Llei configura dos supòsits excepcionals d'interrupció de l'embaràs. El primer es refereix als casos en què «es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida», en què decau la premissa que fa de la vida prenatal un bé jurídic protegit en tant que projecció de l'article 15 de la Constitució (STC 212/1996). El segon supòsit se circumscriu als casos en què «es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable al moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic». La seva comprovació s'ha deferit al judici expert de professionals mèdics format d'acord amb l'evidència científica del moment.

La Llei estableix a més un conjunt de garanties relatives a l'accés efectiu a la prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs i a la protecció de la intimitat i confidencialitat de les dones. Amb aquestes previsions legals es pretén donar solució als problemes a què havia donat lloc l'actual marc regulador, tant de desigualtats territorials en l'accés a la prestació com de vulneració de la intimitat. Així, s'encomana a l'Alta Inspecció

vetllar per l'efectiva igualtat en l'exercici dels drets i l'accés a les prestacions que reconeix aquesta Llei.

Així mateix, es recull l'objecció de consciència dels professionals sanitaris directament implicats en la interrupció voluntària de l'embaràs, que ha de ser articulada en un desplegament futur de la Llei.

El desplegament de la Llei es preveu en dos reials decrets que determinen, d'una banda, la composició dels comitès clínics i la informació prèvia al consentiment en la interrupció voluntària de l'embaràs (RD 825/2010) i, d'altra banda, les garanties de gestió i organització dels serveis, les garanties bàsiques de la prestació pel Sistema Nacional de Salut, l'acreditació dels centres sanitaris per a la pràctica de l'IVE, els criteris d'acreditació dels centres, el tractament de dades i protecció de la intimitat i confidencialitat i l'emissió dels dictàmens preceptius (RD 831/2010).

Les dones joves menors d'edat han d'estar acompanyades del pare i/o mare o de la persona titular de la potestat parental com a garantia fonamental en situacions de vital importància i impacte futur.

Aquest protocol contribueix a garantir els drets recollits a la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, text consolidat de la 17/2020 en el seu article 4, apartat 2d sobre violència obstètrica i vulneració dels drets sexuals i reproductius.

Finalment, l'ordenació de l'atenció a Catalunya es recull a la Instrucció del Servei Català de la Salut 03/2019, on s'estableixen les directrius per garantir aquesta prestació al SISCAT.

1.5. Consideracions ètiques sobre l'objecció de consciència

L'article 12 de la Llei 2/2010, garanteix l'accés a la interrupció voluntària de l'embaràs en les condicions més favorables per a la protecció i eficàcia dels drets fonamentals de la dona que sol·licita la intervenció, en particular, el seu dret al lliure desenvolupament de la personalitat, a la vida, a la integritat física i moral, a la intimitat, a la llibertat ideològica i a la no-discriminació.

El respecte als drets de les persones usuàries de la sanitat és una exigència ètica primordial que s'ha d'entendre com un deure bàsic de la bona pràctica assistencial i l'apel·lació a la consciència personal ha de tenir en compte la responsabilitat que implica l'exercici de la professió.

L'objecció de consciència (OC) és una excepció en el compliment d'un deure concret, especialment conflictiu i discutit, del compliment del qual la societat ha decidit eximir aquells que així ho demanin, però amb uns requisits. Del dret a la llibertat de consciència personal no es pot inferir automàticament un dret a l'objecció de consciència per no actuar professionalment, a més cal distingir "l'objecció de consciència" legalment acceptada de les reticències morals que pugui experimentar algun professional davant d'una actuació puntual.

En el seu article 19.2, la Llei 2/2010 estableix que l'objecció de consciència només la poden manifestar els professionals directament implicats, de manera individual, expressada

prèviament i per escrit, i sense que es deixi de “dispensar tractament i atenció mèdica abans i després”. D'altra banda, l'OC no pot impossibilitar la prestació a què les dones tenen dret, i estableix com a garantia en els articles 18 i 19.1 que es tracta “d'una prestació inclosa en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut”.

Cal recordar que:

1. L'OC és personal, igual que ho és la consciència. Els col·lectius, siguin institucions o no, no poden fer “objecció de consciència” ni obligar els seus professionals a l'objecció o a la no-objecció. Les institucions han de recordar el dret a la intimitat i, per tant, el seu deure de confidencialitat; en conseqüència, cal que gestionin de manera correcta la informació sobre l'OC amb criteris d'ús exclusiu per a l'organització del servei.
2. L'OC està reconeguda només als professionals directament implicats en una actuació (professionals de quiròfan que actuen directament o el metge o metgessa que fa la prescripció farmacològica, per exemple). No hi ha justificació perquè la faci qui hi col·labora de manera indirecta.
3. Tampoc no pot objectar qui tingui el deure d'actuar abans i després de l'IVE: per exemple, qui ha d'informar dels drets i de les possibilitats d'aquesta prestació, o qui ha de tractar una complicació després d'una IVE. Una cosa és l'objecció de consciència per a una actuació i una altra és posar obstacles a l'exercici del dret a una prestació democràticament reconeguda.
4. L'OC s'ha de manifestar prèviament i per escrit, com assenyala la Llei. És a dir, amb una antelació raonable perquè es pugui saber la disponibilitat dels professionals amb vista a la prestació que han de dispensar i l'Administració pugui conèixer els recursos de què disposa per prestar-la.
5. L'OC ha de ser coherent, fonamentada en uns valors assumits per la persona. Cal fer un exercici responsable de la possibilitat legal que representa l'OC perquè no se'n faci un ús abusiu com a manera d'eludir simplement una prestació.
6. L'objecció ha de ser específica del procediment i de la indicació que el motiva i ha de ser individual i exclusiva del professional directament implicat en la intervenció en el cas de l'IVE quirúrgica i del professional que prescriu la pauta medicamentosa en el cas de l'IVE farmacològica.
7. L'OC ha d'evitar discriminacions arbitràries en l'exercici corresponent, com ara les basades en les raons íntimes de la dona que demana l'IVE. No obstant això, no és èticament incoherent que un professional faci excepció de la seva condició d'objector en determinades situacions previstes anticipadament. Així, hi haurà professionals que faran objecció a qualsevol IVE per una qüestió de principi universal (si prioritzen la vida de l'embrió-fetus sobre la decisió de la gestant), i n'hi haurà d'altres que, sense deixar de ser objectors, assumiran legítimament les situacions amb causa mèdica que preveu l'article 15 de la Llei.

No és el mateix l'objecció de consciència legalment acceptada i declarada prèviament que les reticències o els escrúpols morals sobrevinguts davant d'una situació clínica concreta dels quals caldria conèixer la raó i poder-la ponderar obertament i de manera col·legiada (en la sessió clínica o en el comitè d'ètica assistencial, per exemple), per tal de no obstaculitzar i garantir la prestació del servei.

8. Garantir l'assistència de qualitat a qui hi té dret és un objectiu prioritari i això inclou:
 - 8.1. Una organització planificada de la prestació a tots els centres SISCAT, que en garanteixi la qualitat, amb una distribució geogràfica raonable i possibilitats de suport entre centres en les circumstàncies en què sigui pertinent.
 - 8.2. Que la demanda d'un centre privat a no participar en la prestació no es pot fonamentar en un dret a una "objecció de consciència" basada en un ideari propi, perquè l'OC només pot ser individual. Tot i així, igual que es fa amb altres prestacions, caldrà valorar si aquesta demanda és assumible sense desatendre el dret de les ciutadanes a un accés equitatiu a la prestació i amb la revisió corresponent del contracte de serveis.
9. No és objecció de consciència l'oposició a una actuació sanitària en què el balanç de riscos i beneficis és desfavorable.

2. Mètode: IVE farmacològica

L'IVE farmacològica és el procés mitjançant el qual un embaràs s'interromp de manera voluntària mitjançant l'ús d'un o diversos fàrmacs. La pauta més generalitzada combina la mifepristona i el misoprostol.

- Mifepristona: és un esteroide sintètic que actua principalment bloquejant els receptors de la progesterona i, en conseqüència, anul·la l'acció d'aquesta hormona en la implantació del blastocist a l'endometri i en la progressió de l'embaràs. Aquest fàrmac també contribueix a augmentar la sensibilitat del miometri a les prostaglandines i la contractilitat, així com a afavorir la preparació cervical per a la seva dilatació.
- Misoprostol: és un anàleg de la prostaglandina sintètica E1 que indueix de forma ràpida les contraccions uterines i l'estovament del coll de l'úter.

L'IVE farmacològica és un mètode segur i efectiu aprovat per la majoria d'organitzacions mèdiques internacionals, així com per l'OMS.

El tractament combinat de misoprostol i mifepristona presenta taxes més altes d'èxit que el tractament només amb misoprostol. A més, quan l'interval entre els dos fàrmacs és de 24-48 hores, la taxa de continuació de l'embaràs és menor que quan aquests dos fàrmacs es donen de manera continuada. Per consegüent, d'elecció, s'ha d'utilitzar la presa de la mifepristona i el misoprostol amb un interval de 24-48 hores.

2.1. Indicacions

L'IVE farmacològica es pot oferir a totes les dones fins a les 14 setmanes de gestació que manifestin lliurement l'elecció d'aquest mètode, amb excepció de les que presentin contraindicacions, després de ser informades d'ambdós mètodes existents i dels avantatges i desavantatges, així com dels riscos de cada un.

L'edat gestacional no ha de ser una contraindicació a l'hora d'escollir el mètode de la interrupció de l'embaràs, però sí que varia l'efectivitat del tractament.

Segons l'evidència disponible, l'avortament complet fins a la setmana 14 amb mètode farmacològic varia entre el 78,6% i el 94,6% (N. Kapp *et al.* 2019). Aquesta taxa d'èxit és major quan la dosi de misoprostol és major.

Tant les guies del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021), com de l'OMS (2022) i del RCOG (2015) remarquen que l'elecció del mètode d'interrupció de la gestació en el primer trimestre de l'embaràs ha de ser a elecció de la dona després d'haver rebut informació sobre els dos mètodes.

En general, la informació que ha de rebre la dona abans de realitzar una IVE farmacològica ha d'incloure els aspectes següents (RCOG 2015, NICE 2021, OMS 2022):

- Es tracta d'un procediment irreversible quan es realitza de manera completa, i tot i que l'IVE farmacològica fallida és poc comuna, podria comportar malformacions fetals si l'embaràs segueix el seu curs.
 - No hi ha evidència de la teratogenicitat de la mifepristona.
 - L'ús de misoprostol en el primer trimestre pot provocar malformacions a les extremitats fins a un 4% dels casos (C. Vauzelle *et al.* 2013).
- Necessitat de presa de dos tipus de medicació separats per hores/dies.
- Mimetitza el procés d'un avortament espontani/natural.
- Evita procediment quirúrgic.
- Permet realitzar el tractament a domicili fins a les 9⁺⁶ setmanes de gestació.
- Requereix temps, d'hores a dies, per completar el tractament.
- Cal esperar sagnat, dolor abdominal.
- Pot haver efectes adversos, com nàusees, vòmits, diarrea o febre.
- Pot ser beneficiós en dones amb obesitat, malformacions uterines, cirurgia cervical prèvia o dones que vulguin evitar la intervenció quirúrgica.
- S'estima que fins a un 5% de dones que se sotmeten a una IVE farmacològica requereixen alguna altra intervenció per completar el procediment.

2.2. Contraindicacions

Malgrat que l'edat gestacional no és una contraindicació per realitzar la interrupció de l'embaràs amb mètode farmacològic, exceptuant la limitació de la llei actual, aquest procediment sí que presenta contraindicacions.

2.2.1. Absolutes

- Hipersensibilitat a la mifepristona o al misoprostol.
- Contraindicació per als fàrmacs oxitòcics.
- Sospita o diagnòstic de GEU.
- Malaltia trofoblàstica gestacional.
- Insuficiència suprarenal crònica.
- Asma greu no controlada.
- Porfíria hereditària.
- Coagulopaties o altres trastorns hemorràgics no etiquetats i presa d'anticoagulants.
- Anèmia amb xifres d'hemoglobina < 9g/dL.
- Impossibilitat d'extracció del dispositiu intrauterí (DIU). Es podria considerar si aquest es localitza ecogràficament i que no estigui al miometri.

2.2.2. Relatives

- Insuficiència renal.
- Insuficiència hepàtica.
- Desnutrició (IMC < 18,5).

- Epilèpsia o antecedents convulsius.
- Fàrmacs que poden interferir el metabolisme de la mifepristona:
 - Ketoconazole, itraconazole, eritromicina i el suc d'aranja poden inhibir el seu metabolisme augmentant-ne els nivells sèrics.
 - Rifampicina, la dexametasona, herba de Sant Joan o certs anticonvulsius (fenitoïna, fenobarbital, carbamazepina) poden augmentar el seu metabolisme i disminuir-ne els nivells sèrics.

Segons la National Abortion Federation (NAF) (2020), la lactància materna no representa una contraindicació per a la realització de l'IVE farmacològica.

2.3. Pauta terapèutica

Fins a les 9⁺⁶ setmanes de gestació, entorn ASSIR:

- Mifepristona 200 mg en una sola dosi per via oral (vo) administrada al dispositiu sanitari en el moment de la visita.
- A les 24-48 hores a domicili: misoprostol 800 µg (4 comprimits) via vaginal, bucal o sublingual.

De les 10⁺⁰ a les 14⁺⁰ setmanes de gestació, entorn hospitalari:

- Mifepristona 200 mg en una sola dosi per via oral administrada al dispositiu hospitalari en el moment de la visita.
- A les 24-48 hores, ingrés a entorn hospitalari: misoprostol 400 µg (2 comprimits) cada 3 hores via bucal o vaginal fins a l'expulsió o com a alternativa una dosi de càrrega de 800 µg de misoprostol via vaginal, bucal o sublingual, seguida de la pauta de misoprostol 400 µg (2 comprimits) cada 3 hores via bucal o vaginal fins a l'expulsió.

La dosi màxima de misoprostol recomanada és de 5 dosis de 400 µg, tot i que hi ha estudis on s'utilitzen més de 5 dosis aconseguint l'avortament complet i sense que variï el perfil de seguretat.

Segons l'actualització de les guies de l'OMS (2022), no seria necessària la dosi de càrrega de misoprostol de 800 µg a partir de les 12 + 0 setmanes.

Tant la via vaginal com la via bucal tenen uns efectes i una farmacocinètica similars, per tant, la via d'administració pot escollir-se segons les preferències de la dona.

2.4. Analgèsia

El dolor més greu apareix aproximadament de 2,5-4 hores després de l'ús del misoprostol i amb una durada d'aproximadament d'1 hora.

Un assaig aleatoritzat va trobar que l'ibuprofèn pres quan era necessari era més efectiu que el paracetamol. Un altre assaig aleatoritzat mostra que l'ibuprofèn administrat de manera profilàctica en el moment de l'administració del misoprostol no redueix significativament el dolor associat a l'IVE farmacològica en comparació amb l'ibuprofèn pres de manera terapèutica.

No s'ha trobat que els opioides disminueixin la quantitat o la durada del dolor màxim associat amb l'avortament farmacològic fins als 70 dies de gestació.

Fins a les 11 setmanes de gestació es pot utilitzar paracetamol, codeïna i ibuprofèn. Es pot iniciar mitja hora abans de la presa de misoprostol o al mateix moment.

Pautes:

- **Fins 9⁺⁶ setmanes de gestació:**

- Paracetamol 1 g + codeïna 60 mg + diclofenac 50 mg vo.
Administrar 30 minuts abans de la presa del misoprostol.

Pauta de rescat, si persisteix el dolor, a les 2-4 hores de l'anterior:
metamizol 2 g vo, una ampul·la dissolta en aigua o en una altra beguda.

Si el dolor persisteix a les 6-8 hores: repetir pauta de paracetamol 1 g + codeïna 60 mg + diclofenac 50 mg vo.

- **≥ 10⁺⁰ setmanes de gestació:**

- Dexketoprofèn: 1 comprimit 25 mg/8 h vo.
1 ampul·la 50 mg/8 h endovenós (ev).

Pauta de rescat, si hi ha dolor: tramadol, 1 comprimit 50 mg/4-6 h vo.
Dosi inicial de 100 mg i 50 mg/6 h ev.

Altres mesures per alleugerir el dolor i altres possibles efectes secundaris

A part de les pautes farmacològiques proposades, hi ha d'altres mesures que poden servir per alleugerir el dolor, com ara:

- Bossa d'aigua calenta o coixinera tèrmica a l'abdomen.
- Es recomana repòs relatiu. Si el dolor és intens, mantenir la posició de flexió.

En el cas de presentar nàusees i/o vòmits, es recomana prendre metoclopramida en dosi única de 10 mg via oral, que es pot repetir fins a tres vegades al dia. No es recomana dosis superiors a 30 mg/dia, ni durades de tractaments superiors a 5 dies.

2.5. Complicacions

- Sagnat greu que requereixi transfusió d'hematies, amb una freqüència inferior a 1/1.000 casos en les IVE de primer trimestre.
- El risc de ruptura uterina en el primer trimestre és pràcticament negligible, s'associa majoritàriament a interrupcions de l'embaràs durant el segon trimestre amb una freqüència inferior a 1/1.000 casos.

2.6. Profilaxi anti D

Evidències epidemiològiques i clíniques recents indiquen que el risc d'hemorràgia maternofetal produïda per un avortament precoç és insignificant i que probablement no es requereix la prova d'Rh ni la immunoglobulina anti D.

Hi ha evidència limitada per a l'ús d'immunoglobulina anti D per sota dels 49 dies, però d'altra banda la isoimmunització Rh pot ser un problema de salut molt rellevant en futures gestacions; la seva prevenció mitjançant l'administració de gammaglobulina anti D és segura i amb gran disponibilitat.

La guia clínica NICE del 2019 recomana no oferir immunoglobulina anti D a les dones sotmeses a un avortament mèdic fins a les 10 setmanes. Segons la guia del 2022 de l'OMS, l'administració profilàctica anti D no és necessària en gestacions fins als 63 dies, 9⁺⁰ setmanes de gestació.

Els eritròcits fetals expressen en superfície l'antigen Rh aproximadament als 52 dies després de l'última regla, i a les 9⁺⁰ setmanes de gestació hi ha suficient transfusió maternofetal per causar al·loimmunització.

Per tant, es considera raonable no administrar immunoglobulina anti D a dones que es sotmetin a una IVE farmacològica abans dels 56 dies, 8⁺⁰ setmanes de gestació.

Es recomana la profilaxi amb gammaglobulina anti D en aquelles dones Rh D negatives que se sotmeten a una IVE farmacològica a partir de les 8⁺⁰ setmanes de gestació. En aquests casos la gammaglobulina anti D s'ha d'administrar dins de les següents 72 hores a l'IVE, si és possible en el moment de l'administració de la mifepristona.

2.7. Profilaxi antibiòtica

No es recomana l'administració d'antibiòtics per a la prevenció de complicacions infeccioses derivades de l'IVE farmacològica. Únicament es podria considerar en cas de fallida en la interrupció.

D'altra banda, les principals guies d'atenció a l'IVE recomanen oferir proves per al cribratge de clamídia i gonococ (NAF, NICE, ACOG) a les dones amb criteris clínics de risc d'infeccions de transmissió sexual (ITS):

- Dona < 25 anys.
- Dona > 25 anys, sense parella sexual estable o amb 2 o més parelles sexuals en els últims 12 mesos.
- Parella sexual amb ITS.
- Antecedent previ d'ITS.
- Consum de drogues o alcohol associat a les relacions sexuals.
- Treballadores del sexe comercial.
- Víctima de violència sexual.
- Leucorrea o flux vaginal anormal.

3. Mètode: IVE quirúrgica

L'IVE quirúrgica és el procés mitjançant el qual un embaràs s'interromp de manera voluntària mitjançant l'evacuació uterina amb instruments.

És una intervenció ràpida, segura i efectiva, amb baix risc de complicacions, si es realitza en les condicions adequades i per professionals amb experiència.

L'evacuació uterina es pot realitzar de diferents maneres, motiu pel qual la literatura mèdica s'hi refereix amb diversos termes:

- Aspiració uterina.
- Curetatge o raspat uterí.
- Dilatació i evacuació.
- Dilatació i aspiració.
- Avortament quirúrgic.

3.1. Indicacions

Les indicacions de l'IVE quirúrgica són:

- Elecció per part de la dona després d'haver estat informada.
- Contraindicació de l'IVE farmacològica.
- Dones que no siguin bones candidates per a l'IVE farmacològica degut a:
 - Baixa probabilitat d'adherir-se a tot el procediment.
 - Dificultat de contacte o seguiment.
 - No siguin capaces d'entendre bé les instruccions.

3.2. Contraindicacions

3.2.1. Absolutes

- Infecció pelviana aguda.
- Inestabilitat hemodinàmica.

3.2.2. Relatives

- Condicions anatòmiques que dificulten l'accés a la cavitat uterina.
- Obesitat greu.
- Malformacions uterines que dificulten l'accés a la cavitat uterina.
- Úter poliomatós que dificulta l'accés a la cavitat uterina
- Antecedent de la síndrome d'Asherman.

3.3. Tècnica

3.3.1. Preparació cervical

No és imprescindible però la preparació del cèrvix uterí abans de l'IVE quirúrgica és beneficiosa perquè disminueix el risc de complicacions i redueix el temps de la intervenció.

Els factors més importants que s'han de tenir en compte a l'hora d'avaluar el grau de preparació cervical que es necessita en cada cas són la paritat, les setmanes de gestació i l'anatomia.

Pot ser especialment important en les situacions següents:

- Gestacions de menys de 8⁺⁰ setmanes.
- Gestacions de més de 12⁺⁰ setmanes.
- Barreres mecàniques a la dilatació: cirurgia cervical prèvia, mioma, etc.
- Dones nul·líparas.
- Gestants de 17 anys o menys.

Es pot realitzar de diverses maneres:

- Misoprostol sol: d'elecció. Dosi 400 µg.
 - via vaginal 3-4 h abans de la intervenció, o
 - via sublingual 2-3 h abans de la intervenció: evita el tacte vaginal, però té més efectes secundaris.
- Mifepristona i misoprostol: en els casos esmentats en els quals es pugui preveure que la dilatació cervical pot resultar difícil o amb més risc de lesió cervical.
 - 200 mg de mifepristona via oral 12-24 hores abans de la intervenció.
 - 400 µg de misoprostol via vaginal 3-4 hores abans de la intervenció.
- Dilatadors osmòtics sintètics (Dilapan®).
 - Actualment en desús.
 - Es pot valorar en casos de contraindicació d'altres mètodes o com a preparació cervical de les IVE de segon trimestre en pacients amb 2 o més cesàries prèvies..
 - Es col·loquen entre 12-24 hores prèvies a la intervenció.

3.3.2. Procediment

- Dilatació cervical mitjançant dilatadors rígids de diàmetre ascendent: dilatador de Hegar o similars més adients.
- S'ha de realitzar la dilatació mínima perquè passi la cànula d'aspiració o la que permeti el coll fàcilment. Generalment és necessari una dilatació en mil·límetres equivalent a les setmanes d'amenorrea-1.
- Aspiració amb la cànula apropiada (tenir en compte que durant la introducció i l'extracció ha d'estar apagada), la potència de succió ha de ser l'adequada i realitzar el procés en el mínim temps possible. Totes les cànules tenen la seva aplicació segons la dificultat, la rígida té avantatges amb bon control ecogràfic intraoperatori.
- No es recomana fer l'evacuació uterina amb raspador (desaconsellat per l'OMS).
- Es recomana utilitzar una cànula d'aspiració i, si fos necessari, una pinça de Foerster o similars més adients.
- L'administració d'oxitocina endovenosa pot disminuir el risc d'hemorràgia. Es pot utilitzar durant la intervenció o en finalitzar, però no es recomana el seu ús de manera rutinària.
- És molt útil la guia ecogràfica per realitzar tot el procediment, inclosa la dilatació. Disminueix molt el risc de perforació uterina i creació de falsa via, i és útil per avaluar

la cavitat uterina un cop finalitzat el procediment. És especialment útil sempre i en les situacions següents:

- Malformacions uterines.
- Úter miomatós.
- Gestació múltiple.
- Dilatació cervical dificultosa.
- IVE de més de 10 setmanes de gestació.

3.4. Analgèsia

Les IVE quirúrgiques es poden realitzar sota sedació o anestèsia local segons l'edat gestacional. Habitualment la majoria de casos es realitza amb sedació, cosa que afavoreix tenir un bon control del dolor postquirúrgic.

En general, si no existeixen complicacions, el tractament analgèsic sol ser suficient amb 600 mg d'ibuprofèn o 1.000 mg de paracetamol.

3.5. Complicacions

S'estima que la taxa global de complicacions de l'IVE quirúrgica és del 0,9%, però la taxa de complicacions greus (perforació uterina, hemorràgia, sèpsia, GEU) és del 0,07%.

Estudis realitzats als EUA han calculat que la mortalitat associada a aquest tipus d'intervenció és del 0,7/100.000, i és menor com més aviat és el procediment (0,1/100.000 per sota de les 8⁺⁰ setmanes; 0,4/100.000 a les 11⁺⁰-12⁺⁰ setmanes).

Les causes més freqüents de mort són:

- Infecció: 31%.
- Complicacions relacionades amb l'anestèsia: 22%.
- Hemorràgia: 14%.

Les complicacions menors (0,83%) més freqüents són:

- Infecció: el risc d'infecció disminueix notablement quan es realitza profilaxi antibiòtica universal i quan es fa cultiu vaginal/endocervical a aquelles dones amb factors de risc d'ITS.
- Hemorràgia: l'hemorràgia greu és rara a les IVE quirúrgiques de primer trimestre. Les causes més freqüents són:
 - Atonia uterina.
 - Lesió cervical.
 - Perforació uterina.
 - Retenció de restes.
- Perforació uterina: el risc a les IVE quirúrgiques de primer i segon trimestre és inferior al 0,01% i 0,6%, respectivament.
 - El risc es redueix si la intervenció es realitza de manera ecoguiada.

- El tractament de la perforació uterina és conducta expectant, un cop descartat l'hemoperitoneu i la profilaxi antibiòtica amb metronidazole 500 mg/12 h, durant 7 dies.

3.6. Profilaxi anti D

Tot i que per sota de 56 dies d'amenorrea (8⁺⁰ sg) el risc d'isoimmunització es considera mínim, és recomanable administrar la gammaglobulina anti D a totes les gestants Rh negatiu sotmeses a una IVE quirúrgica.

Entre les 8⁺⁰ i les 12⁺⁰ setmanes és suficient una dosi de 50 µg, però al nostre territori tan sols està disponible l'opció de 300 µg.

3.7. Profilaxi antibiòtica

La profilaxi universal ha demostrat ser més cost-efectiva que el *screen and treat* (fer un cultiu a totes les gestants i tractar tan sols les de resultat positiu). Amb l'administració d'antibiòtic profilàctic s'estima una reducció del risc d'infecció en un 50-60%.

S'han avaluat diferents pautes de tractament, però cap d'elles ha demostrat ser superior a la resta. La pràctica més habitual és utilitzar un sol fàrmac, en dosi única, via oral, entre 1-2 h abans de la intervenció. Les més utilitzades són:

- Azitromicina 500 mg vo.
- Doxiciclina 200 mg vo.
- Metronidazole 500 mg vo.
- Azitromicina 1.000 mg vo.

En condicions normals, l'IVE quirúrgica no necessita profilaxi antitrombòtica. Per evitar el risc de trombosi per la immobilització, és suficient amb una deambulació precoç.

4. IVE en situacions especials

Existeix poca literatura sobre els riscos de la realització d'una IVE farmacològica en dones amb una o diverses patologies associades. Aquests casos s'han de valorar de manera individual, tenint en compte les preferències de la dona i valorant els riscos per a cada cas en concret i per a cada mètode.

És possible que, encara que en alguns casos no hi hagi una contraindicació absoluta per a la realització de l'IVE farmacològica, es tracti de dones que puguin necessitar un major seguiment durant tot el procediment.

En el cas de les IVE quirúrgiques, l'existència d'una o més patologies associades no sembla incrementar els riscos inherents a la intervenció.

Hipertensió arterial (HTA)

- La HTA lleu o moderada no és una contraindicació per a la realització d'una IVE, encara que s'ha de remetre a la gestant per iniciar el tractament o seguiment adequats.
- En casos de HTA simptomàtica o greu (> 160/110), està contraindicada l'IVE farmacològica, i encara que a l'IVE quirúrgica no, s'ha d'estabilitzar la tensió abans de la intervenció.
- En aquests casos, s'ha d'evitar l'ús de metilergometrina (Methergin®).

Epilèpsia

- L'epilèpsia és una contraindicació relativa per a la realització d'una IVE farmacològica, dependrà, entre altres factors, del tipus d'epilèpsia, del temps lliure de crisi i del grau de control o estabilitat de la malaltia.
- En el cas de realitzar una IVE quirúrgica, la dona ha de continuar prenent la medicació antiepilèptica de la manera habitual el dia de la intervenció i en els dies posteriors.

Anèmia

- L'anèmia (Hb < 9g/dl al primer trimestre) és una contraindicació per a una IVE farmacològica.
- Abans de l'IVE quirúrgica, s'ha de procedir a fer estudi de l'anèmia i s'ha d'iniciar el tractament adequat en cada cas (ferro oral, ferro endovenós, transfusió sanguínia, etc.), amb l'objectiu de realitzar la intervenció en les millors condicions possibles.

Desordres en la coagulació

- Són una contraindicació per a l'IVE farmacològica.

- No suposen una contraindicació absoluta per a la quirúrgica, però si són intervencions que requereixen una planificació delicada.
- S'ha de valorar, de manera conjunta amb els serveis d'hematologia, les necessitats de tractament o prevenció en cada cas, que poden incloure mesures abans, durant o després de la intervenció.

Diabetis

- La diabetis no és en si mateixa una contraindicació per a una IVE, ni farmacològica ni quirúrgica.
- En el cas d'una IVE quirúrgica, no és necessari canviar ni la dieta ni la medicació que està prenent la dona.
- Tan sols en cas de dejuni prolongat, s'ha d'ajustar de manera adequada el tipus de sèrum de teràpia necessària, així com el tractament amb insulina en funció de les determinacions de glucosa sanguínia.
- En els casos de diabetis molt descompensada, s'ha de procedir, abans de la intervenció, a l'estabilització metabòlica.

Asma

- L'asma lleu no és una contraindicació absoluta per a cap tipus d'IVE.
- S'ha d'avisar les dones que, durant el procediment, han de continuar amb el seu tractament antiasmàtic habitual.
- En casos d'asma moderada o greu, és preferible realitzar una IVE quirúrgica, però en casos aguts o mal controlats és preferible diferir la intervenció fins que la dona estigui estable.
- El misoprostol no està contraindicat per a les dones amb asma.

Cesària anterior i cicatriu uterina prèvia

- L'antecedent de cesària anterior o cirurgia uterina prèvia no és contraindicació per a cap tipus d'IVE, tot i que el risc de sagnat és superior a l'habitual.
- En el cas d'optar per una IVE quirúrgica, és preferible realitzar-la sota control ecogràfic i es pot realitzar profilaxi de l'hemorràgia uterina amb uterotònics.

Malformació genital

- Les anomalies uterines poden esdevenir una gran complicació a l'hora de realitzar una IVE quirúrgica.

- En aquests casos, és molt important fer una valoració ecogràfica prèvia per determinar quines dificultats poden sobrevenir.
- En casos d'anomalies que dificultin molt o impossibilitin l'accés a la cavitat uterina, s'ha d'optar per una IVE farmacològic en un entorn hospitalari.
- En cas que s'opti per una IVE quirúrgica en una dona amb úter doble, no és necessari aspirar a l'hemiúter no gestant.

Gestació múltiple

- La gestació múltiple no és una contraindicació per realitzar una IVE farmacològica.
- La gestació múltiple en si mateixa no suposa cap canvi a l'hora d'elegir el mètode de l'IVE, així doncs, s'ha de procedir de la manera habitual explicant a la dona els riscos i beneficis d'ambos mètodes i procedint en funció de la seva elecció.

Salut mental

- La presència d'una patologia de salut mental no és una contraindicació per realitzar una interrupció voluntària de l'embaràs.
- S'aconsella una valoració individualitzada per a cada cas conjunta amb els professionals referents de salut mental per avaluar el millor mètode segons les condicions i/o preferència de la dona.

Alletament matern

Els dos fàrmacs poden passar a la llet materna però:

- En el cas de la mifepristona: el nivell de fàrmac que es pot trobar a la llet materna amb una única dosi de 200 mg és gairebé indetectable, és a dir, clínicament no significativa. Per tant, l'ús puntual de mifepristona no contraindica la lactància materna (I. Sääv *et al.* 2010, K. Bettahar *et al.* 2016) ([LactMed](#)).
- En el cas del misoprostol: la concentració que arriba a la llet materna és insignificant. A més, s'elimina tan ràpidament de la circulació que, després de la seva administració, no cal esperar cap temps per poder alletar (D. Vogel *et al.* 2004, H. Abdel-Aleem *et al.* 2003, I. Sääv. 2010).

5. Controls després de l'IVE

Les pautes de control després d'una IVE recomanades per les diferents societats i institucions:

- OMS: no és necessari fer controls de rutina, es pot oferir consulta de control opcional entre 7-21 dies després del procediment, assessorament contraceptiu, suport emocional o resolució de problemes mèdics.
- NICE: oferir l'opció d'autoavaluació telefònica com a alternativa al seguiment clínic. Prova d'embaràs a l'orina de baixa sensibilitat.
- NAF: oferir l'avaluació de seguiment en els 14 primers dies per confirmar la interrupció de l'embaràs, ecografia, β -hCG, examen físic a consultes, per telèfon o per mitjans de comunicació electrònics. Es podria utilitzar test de gestació de baixa sensibilitat.

5.1. Pautes de control posterior a l'IVE farmacològica

En el nostre context es recomana una visita de control amb l'especialista en ginecologia i obstetrícia a les dues setmanes (7-21 dies) per tal d'avaluar l'efectivitat del mètode i l'estat de la dona.

En aquesta visita cal:

- Anamnesi:
 - Antecedents previs i clínica de la dona: metrorràgia, *spotting*, febre, dolor hipogàstric i altres símptomes.
 - Valoració del procés i estat de la dona: inici de sagnat, quantitat i durada d'aquest, dolor, efectes secundaris de la medicació.
 - Avaluació de l'estat anímic, recolzament i suport emocional. Cal avaluar la necessitat de suport psicològic i/o social que inclogui valoració de violència masclista.
 - Valoració de la contracepció en cas que no hagi estat iniciada.
- Exploració física:
 - Exploració abdominal: valorar dolor a la palpació i descartar signes d'irritació peritoneal.
 - Exploració vaginal amb espècul: valoració del sagnat i flux vaginal.
 - Tacte vaginal: avaluar mida uterina, estat del cèrvix i dolor mobilització cervical.
- Ecografia transvaginal:
 - Comprovació d'absència de sac gestacional.
 - Valoració endometrial de vacuïtat uterina, en el context clínic de la dona.
 - Es considera persistència o retenció dels productes de la concepció RPOC si la mida del gruix endometrial és $> 15\text{mm}$.
 - És molt important contextualitzar el quadre clínic de la dona i no guiar-se únicament per la imatge ecogràfica.

5.2. Pautes de control posterior a l'IVE quirúrgica

S'ha de programar un control clínic amb la llevadora de l'ASSIR dins un termini de 4 setmanes per valorar o iniciar l'anticoncepció i detecció de situacions de vulnerabilitat especial que requereixin derivació a suport psicològic i/o social.

5.3. Actuació en l'IVE fallida

Davant el fracàs de tractament de l'IVE, és a dir, quan no s'ha produït l'expulsió del sac gestacional en la visita de control als 14 dies.

Farmacològica:

- Davant el fracàs de tractament farmacològic de l'IVE es pot oferir repetir el tractament farmacològic amb una nova pauta de 200 mg de mifepristona i 800 µg de misoprostol, o valorar una IVE quirúrgica de manera consensuada amb la dona.
- El mètode més utilitzat és repetir les dosis de l'IVE farmacològica donat que suposa baix cost i baixa taxa de complicacions.

Quirúrgica:

- És poc freqüent l'IVE quirúrgica fallida, sobretot si la intervenció es realitza sota control ecogràfic.
- Per a la seva resolució, es pot oferir tractament farmacològic amb misoprostol bucal, sublingual o vaginal, segons pauta d'IVE farmacològica, o repetir l'aspiració quirúrgica.

5.4. Actuació en cas de retenció dels productes de la concepció (RPOC)

La sospita inicial de retenció de productes de la concepció es defineix com una mesura de la línia endometrial (LE) superior a 15 mm a l'ecografia de control després de l'IVE (entre 7 i 21 dies). Aquesta dada no s'ha de valorar de manera aïllada, sinó en el context clínic de la dona.

Clàssicament el maneig de l'RPOC ha estat el curetatge uterí.

Actualment, hi ha evidència científica que la conducta expectant en dones asimptomàtiques o amb poca simptomatologia aconsegueix la resolució espontània sense complicacions en un alt percentatge d'ocasions (90% en les gestacions fins a les 6 setmanes).

Així mateix, hi ha evidència que el maneig histeroscòpic de l'RPOC, que extreu de manera selectiva i sota visió directa el material retingut sense lesionar la superfície endometrial, és possible i exitós amb una morbiditat inferior al curetatge quirúrgic.

Els millors resultats de la histeroscòpia en la incidència de complicacions posteriors a llarg termini, com sinèquies uterines i fertilitat posterior respecte a la evacuació uterina, l'avalen com al mètode de primera elecció en el maneig de l'RPOC, sempre que sigui possible.

Davant la sospita d'RPOC: LE > 15 mm en la visita de control en 7-21 dies:

a. Dona simptomàtica

A valorar tractament precoç o urgent segons estat clínic de la dona:

- Si hi ha metrorràgia molt abundant, valorar l'opció d'evacuació uterina urgent.
- Si hi ha metrorràgia moderada o escassa:
 - Segons la intensitat de la simptomatologia i l'estat clínic i desig de la dona, es pot proposar una actitud activa o una conducta expectant amb una visita de control amb l'especialista en ginecologia amb ecografia en 4 setmanes.
 - En cas que s'opti per una conducta activa, cal valorar com a primera opció l'extracció de les restes sota visió directa mitjançant histeroscòpia ambulatoria preferent que es pot diferir 24-48 hores en funció de la disponibilitat del centre.
 - Si hi ha metrorràgia moderada persistent, s'ha de valorar realitzar hemograma.

b. Dona asimptomàtica

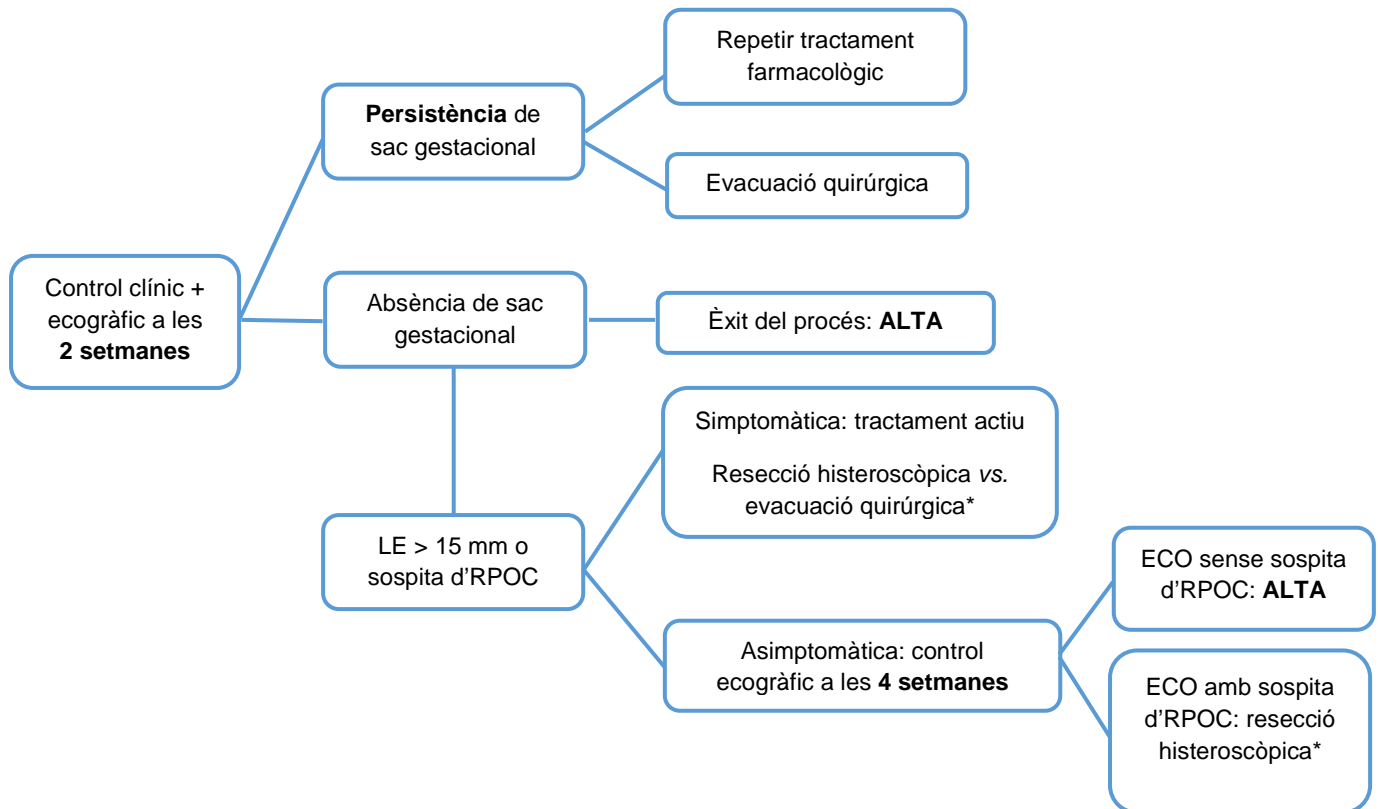
Segons l'evidència científica més actual, cal esperar a la resolució espontània del procés.

No existeix límit superior però el període de major probabilitat d'expulsió espontània comprèn els 7-14 dies des del diagnòstic. Les taxes d'èxit reportades oscil·len entre el 50-85% a les 1-2 setmanes del diagnòstic i fins al 90% a les 6 setmanes de seguiment. Per això, en dones amb sospita d'RPOC asimptomàtiques:

- S'ha de proposar actitud expectant i s'ha de programar un nou control clínic i ecogràfic amb l'especialista en ginecologia del dispositiu assistencial implicat en 4-6 setmanes.
- Si al control de les 4-6 setmanes (6-8 des de l'IVE) persisteix el diagnòstic de sospita d'RPOC, s'ha d'indicar una conducta activa amb maneig histeroscòpic ambulatori com a tècnica de primera elecció.

En cas que el diagnòstic d'RPOC es faci en el dispositiu ASSIR, s'ha de derivar la dona al dispositiu hospitalari de referència únicament en cas que hi hagi indicació de conducta activa de tractament quirúrgic.

Resum del circuit de controls després de l'IVE i maneig RPOC



*Com a primera opció: resecció histeroscòpica. Valorar segons disponibilitat del centre i clínica de la dona.

6. Acompanyament a l'IVE

- Els professionals han d'oferir una bona acollida i acompanyament mantenint una actitud oberta, col·laboradora, empàtica i no estigmatitzant i respectant sempre les decisions de la dona i donant legitimitat a l'expressió emocional. Un bon acompanyament en aquesta situació afavoreix que la dona (sola o amb la seva parella) compregui millor què li passa, sigui més receptiva a la informació que necessita i pugui, així, prendre una decisió lliure, d'acord amb el que estableix la llei.
- Els professionals han d'oferir un espai en què la dona pugui expressar i aclarir els seus sentiments, analitzar i valorar els seus pensaments, les seves pors i els seus desitjos, i han de respectar sempre el seu procés de decisió i no emetre judicis.
- La informació que s'ofereix per oral i escrit disminueix l'angoixa i els possibles sentiments de culpa i millora la tolerància al dolor de l'IVE.
- És important oferir recolzament psicològic a totes les dones i derivar al professional aquelles que ho demanin o en els casos en què aquest ho valori segons els antecedents o estat actual de labilitat emocional de la dona. És imprescindible valorar si està patint una situació de violència masclista i valorar les opcions d'acompanyament que li podem oferir.
- En el cas de l'IVE farmacològica que es realitzi a domicili, s'ha d'aconsellar que la dona estigui acompanyada en les hores posteriors de la ingesta del misoprostol per si necessita ajuda o si hi ha qualsevol incidència. En cas que no sigui possible l'acompanyament, s'ha d'oferir atenció hospitalària.
- S'ha de garantir la continuïtat assistencial a la dona que s'ha realitzat una IVE amb el suport de programes comunitaris que ofereixen els centres d'atenció primària (CAP) i el recolzament de la xarxa SIAD i els punts #ICDObert, entre altres.

7. Anticoncepció després de l'IVE

La contracepció immediata després de l'IVE millora la seva eficàcia i augmenta la satisfacció de la usuària. A més, la taxa de continuïtat del mètode als 6 mesos és superior si l'anticoncepció s'inicia immediatament després de l'IVE respecte a l'inici tardà, per tant, esdevé essencial assegurar que la informació arriba a la població.

El Servei Català de la Salut ha desenvolupat diverses accions per millorar l'accessibilitat i l'atenció, tant per als professionals com per a la població, com ara l'elaboració d'una eina d'ajuda per a la presa de decisions (decisiones compartides) per trobar de manera ràpida, fàcil i senzilla la informació de tots els tipus de mètodes d'anticoncepció, comparar les diverses opcions i, mitjançant un algorisme (Sexcure), facilitar l'elecció del mètode que millor s'adapti d'acord amb les seves preferències i/o necessitats personals i el seu estat de salut.

Cal informar les dones de la possibilitat d'un nou embaràs abans del primer període, ja que la ovulació es pot produir de manera precoç 8-10 dies després de l'avortament de primer trimestre.

7.1. Selecció del mètode contraceptiu

S'ha d'assegurar la disponibilitat de tota la gamma de contracepció reversible el mateix dia que es realitza l'IVE farmacològica o quirúrgica, ja que gairebé tots els mètodes contraceptius poden iniciar-se de forma segura i efectiva el mateix dia de l'IVE farmacològica (excepte el DIU), coincidint amb la ingesta de la mifepristona.

Cal garantir el coneixement i l'habilitat dels professionals en la inserció dels dispositius per assegurar una decisió compartida i la selecció de l'anticoncepció més adequada d'acord amb antecedents mèdics, hàbits tòxics, plans reproductius i preferències de la dona, sempre complint els criteris d'elegibilitat de l'OMS. Els mètodes de contracepció reversibles de llarga durada són preferibles ja que la seva eficàcia no depèn del compliment.

L'inici immediat de l'anticoncepció no afecta la recuperació després de l'IVE i no s'observen diferències en el risc tromboembòlic, la taxa d'infecció o el dolor associat.

L'inici de la contracepció després de 7 dies de l'IVE requereix l'ús de mètodes de reforç (barrera o abstinència sexual) durant 7 dies amb excepció del DIU de coure, efectiu de forma immediata, i de la píndola de progestàgens que requereix 2 dies de reforç.

Cal donar informació sobre les ITS com a part del consell contraceptiu i proposar doble mètode, si escau.

7.2. Opcions contraceptives

7.2.1 Mètodes contraceptius de llarga durada (LARC)

Són els mètodes d'elecció per la seva eficàcia, superior al 99%, donat que no depenen del compliment de la usuària.

- **DIU (de coure o hormonal):** inici immediat, només si es demostra l'èxit del procediment.
 - IVE farmacològica: es pot inserir després del tractament amb misoprostol als 14 dies (7-21) prèvia comprovació ecogràfica d'absència de sac gestacional.
 - Si el gruix de l'endometri és superior a 15 mm, es recomana nou control ecogràfic a les 4-6 setmanes i ajornar la inserció del DIU.
 - En cas que l'IVE farmacològica es realitzi en un centre hospitalari on s'evidencia l'expulsió completa de sac gestacional, es pot realitzar la inserció de DIU immediatament després de l'expulsió.
 - IVE quirúrgica: es pot inserir DIU de forma immediata després de la intervenció comprovant que l'evacuació és completa per ecografia.
- No és recomanable la inserció immediata del DIU en cas d'hemorràgia, perforació uterina o avortament sèptic.
- Hi ha major taxa d'expulsions de DIU en les IVE de segon trimestre (10-15%) respecte als de primer trimestre (5%). La inserció del DIU després d'una IVE de segon trimestre es considera categoria 2 dels criteris d'elegibilitat de l'OMS (els beneficis superen els riscos).
- El DIU-Cu és efectiu immediatament després de la seva inserció.
- El DIU-LNG és efectiu als 7 dies després de la inserció. Cal informar la dona i recomanar mètodes de barrera durant aquest període.
- És recomanable una visita de seguiment després de la primera menstruació, entre 4-6 setmanes postinserció per descartar infecció, perforació o expulsió, i assessorar sobre el patró de sagnat, si ho requereix.

Recomanació: inserció del DIU als 14 dies (7-21 dies) de l'IVE farmacològica prèvia comprovació ecogràfica de l'expulsió del sac i absència de restes ovulars.

- Implant subdèrmic
 - IVE farmacològica: es pot fer la inserció coincidint amb la ingesta de mifepristona.
 - IVE quirúrgica: es pot fer la inserció el dia de l'IVE quirúrgica.

Malgrat la recomanació de les guies internacionals d'inserir el dispositiu coincidint amb l'administració de mifepristona, també es pot inserir coincidint amb la visita de control després de l'IVE als 14 dies, si és el desig de la dona.

7.2.2. Mètodes contraceptius de curta durada (SARC)

- Anticonceptiu injectable de progestàgens.
 - IVE farmacològica:
 - Inici coincidint amb la ingesta de mifepristona.
 - Incrementa el risc de persistència de l'embaràs respecte a la inserció tardana. Risc molt baix i només en 1 estudi, per la qual cosa la recomanació segueix sent l'administració amb la mifepristona.

Malgrat la recomanació de les guies internacionals d'administrar l'injectable coincidint amb l'administració de mifepristona, també es pot administrar coincidint amb la visita de control després de l'IVE als 14 dies, si és el desig de la dona.

- IVE quirúrgica:
 - Inici el dia de l'IVE quirúrgica.
- Contraceptius combinats estrògens-progesterona: comprimit oral, anella i pegat.
Comprimit oral de progesterona.
 - IVE farmacològica:
 - L'inici immediat o retardat de l'anticoncepció hormonal no té diferències significatives en l'efectivitat de l'IVE o en el sagnat.
 - Els efectes del sagnat secundari a l'anticoncepció hormonal són mínims.
 - Manquen estudis d'eficàcia, seguretat i acceptabilitat sobre l'inici immediat després de la mifepristona.
 - L'inici retardat es considera entre 1-4 setmanes després de l'avortament.
 - L'anticoncepció oral i transdèrmica es pot iniciar el mateix dia del misoprostol o el dia després.
 - L'anella vaginal es pot iniciar dins dels 7 dies d'haver administrat el misoprostol.

Recomanació: iniciar l'anticoncepció hormonal el mateix dia o el dia després del misoprostol, prèvia informació i consentiment de la dona. En el cas de l'anella vaginal es pot iniciar dins els 7 dies després de l'administració de misoprostol.

- IVE quirúrgica:
 - Inici de l'anticoncepció oral i transdèrmica el mateix dia de l'IVE.
 - Anella vaginal: inici 7 dies després de la intervenció.

7.2.3 Mètode contraceptiu irreversible/permanent

Es pot considerar a petició de la pacient. En aquest cas, s'ha de derivar al centre de referència i oferir un mètode immediat fins a la intervenció quirúrgica.

8. Bibliografia

1. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 49 dies d'embaràs. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 25 de gener del 2011. [Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2190?locale-attribute=es>]
2. *The care of women requesting induced abortion. RCOG. Clinical guideline.* November 2011. [Disponible a: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/the-care-of-women-requesting-induced-abortion-evidence-based-clinical-guideline-no-7/>]
3. Sunyer, Berta; Solà-Morales, Oriol de. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. 2011. [Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3074>]
4. Sarah Ward Prager. *Second-Trimester Surgical Abortion. Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2009;52(2):179-87.
5. Justin Diedrich, Jody Steinauer. *Complications of surgical abortion. Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2009;52(2):205-12.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Abortion care 2019.* [Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>]
7. Mitchell D Creinin, Daniel A Grossman. *Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstetrics & Gynecology.* 2020;136(4):e31-e47.
8. Schmidt-Hansen, Mia et al. *Anti-D prophylaxis for rhesus D (RhD)-negative women having an abortion of a pregnancy up to 13+ 6 weeks' gestation: a systematic review and new NICE consensus guidelines. BMJ Sexual & Reproductive Health.* 2020;47(2):84-89.
9. Horvath Sarah et al. *The concentration of fetal red blood cells in first-trimester pregnant women undergoing uterine aspiration is below the calculated threshold for Rh sensitization. Contraception,* 2020;102(1):1-6.
10. Ellen R Wiebe, Mackenzie Campbell, Abigail R.A. Aiken, Arianne Albert. *Can we safely stop testing for Rh status and immunizing Rh-negative women having early abortions? A comparison of Rh alloimmunization in Canada and the Netherlands. Contraception* 2019;1(100001).
11. Mark Alice et al. *Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: a recommendation from the National Abortion Federation's Clinical Policies Committee. Contraception* 2019;99(5):265-266.
12. *National Abortion Federation (NAF). Clinical Policy Guidelines for abortion care 2020* [Disponible a: <https://prochoice.org/store/clinical-policy-guidelines/>]
13. Organització Mundial de la Salut (O). *Abortion care guidelines 2022.* [Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>]
14. Creinin MD, Grossman DA. *Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet Gynecol.* 2020;136:e31-47.
15. Mansour D. *Abortion Care. J Fam Plan Reprod Heal Care.* 2014;40:296-296.

16. Costescu D et al. *Medical Abortion. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2016;38:366-89.
17. Kapp N, Eckersberger E , Lavelanet A, Rodriguez M.I. *Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. Contraception* 2019; 99:77–86.
18. *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best practice in abortion care. 2022.* [Disponible a: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>]
19. Sääv I et al. *Medical abortion in lactating women-low levels of mifepristone in breast milk. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2010; 89: 618–622.
20. *Drugs and Lactations data base.* [Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>]
21. Bettahar K et al. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*. 2016;45(10):1490-1514.
22. Vogel D et al. *Misoprostol versus methylegometrine: Pharmacokinetics in human milk. American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004;191(6):2168-73.
23. Abdel-Aleem H et al. *The pharmacokinetics of the prostaglandin E1 analogue misoprostol in plasma and colostrum after postpartum oral administration. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2003; 108(1):25-28.
24. *Clinical Guidelines–Queensland Health Q. Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland Health.* 2017:1-39 [Disponible a: <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>]
25. Deborah A Bartz, Paul D Blumenthal, Jody Steinauer, Alana Chakrabarti. *First-trimester pregnancy termination: Medication abortion. UpToDate*. 2021.
26. Tinelli A, Pacheco L.A, Haimovich S. *Hysteroscopy*. New York, NY, Springer Berlin Heidelberg. 2018.
27. *Recomanacions sobre l'objecció de consciència en l'avortament.* [Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2764>]
28. Informe per a la modificació de la pauta analgèsica per a la interrupció farmacològica de l'embaràs a Catalunya.
29. Vauzelle C, Beghin D, Cournot M.P, Elefant E. *Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: prospective follow-up study. Reproductive Toxicology*. 2013; 36:98-103.
30. Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat. Departament de Salut, 2012. [Disponible a: [Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat](#)]
31. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009. [Disponible a: [Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya](#)]
32. Llei orgànica 11/2015, de 21 de setembre, per reforçar la protecció de les menors i les dones amb capacitat modificada judicialment en la interrupció voluntària de l'embaràs.

33. Decret llei 19/2021, de 31 d'agost, pel qual s'adapta el Codi civil de Catalunya a la reforma del procediment de modificació judicial de la capacitat.

9. Annexos

Annex I. Llista de comprovació de visita amb la llevadora

- Història clínica (HC):
 - Antecedents obstètrics, ginecològics, mèdics i quirúrgics.
 - Al·lèrgies medicamentoses.
 - Història psicosocial, valoració de la capacitat de resposta de la dona i detecció de situacions de vulnerabilitat especial que requereixin derivació al servei psicològic i/o treball social de suport. Detecció de factors de risc, ambivalència emocional, por, angoixa o depressió.
 - Detecció de violència masclista. Cribratge de violència masclista.
- Confirmació de la gestació amb test β -HCG a l'orina, en cas que sigui necessari, i càlcul de l'edat gestacional segons la data de l'última regla (DUR).
- Sol·licitud de proves complementàries:
 - Grup sanguini i Rh, en cas que sigui desconegut.
 - Hemograma en dones amb antecedent de sagnat menstrual abundant o anèmia i en l'IVE quirúrgica.
 - Ecografia transvaginal: si es requereix derivació hospitalària i DUR desconeguda.
En cas d'IVE farmacològica a l'ASSIR, no cal sol·licitar ecografia, donat que es realitza el dia de la visita amb el ginecòleg o ginecòloga.
 - Proves de coagulació.
- Avaluació de l'ús de mètodes anticonceptius i motiu de la fallida de l'anticoncepció actual.
- Cribratges. S'ha d'informar la dona de la pertinença de realitzar els cribratges següents segons les recomanacions de diverses societats científiques:
 - Càncer de cèrvix: actualitzar si cal i és possible.
 - Cribratge ITS: es recomana la realització de PCR endocervical per al cribratge de clamídia i gonococ abans de l'IVE en els casos següents:
 - Dona < 25 anys.
 - Dona > 25 anys, sense parella sexual estable o amb 2 o més parelles sexuals en els últims 12 mesos.
 - Parella sexual amb ITS.
 - Antecedent previ d'ITS.
 - Consum de drogues o alcohol associat a les relacions sexuals.
 - Treballadores del sexe comercial.
 - Víctima de violència sexual.
 - Leucorrea o flux vaginal anormal: afegir-hi cultiu vaginal i tractament empíric.

- Informació a la dona perquè pugui triar el mètode desitjat un cop informada.
 - Marc normatiu de la Llei 2/2010, de 3 de març.
 - Diferents mètodes de l'IVE: farmacològica i quirúrgica.

- En cas d'escollir IVE farmacològica cal:
 - Donar informació del mecanisme d'actuació dels fàrmacs i efectes adversos.
 - Entregar el full informatiu i el consentiment informat (CI) específic de l'IVE farmacològica.
 - Donar informació escrita en un sobre tancat i un document acreditatiu de la data de lliurament segons la normativa legal vigent.

- En cas d'escollir IVE quirúrgica cal:
 - Donar informació del mètode.
 - Derivar al centre hospitalari de referència.
 - Donar informació escrita en un sobre tancat i un document acreditatiu de la data de lliurament segons la normativa legal vigent.

Annex II. Cribratge de violència masclista

Detecció de la violència masclista durant l'embaràs i el postpart

La detecció de les situacions de violència s'ha de realitzar a través d'un cribratge universal a totes les gestants. No obstant això, cada professional ha de trobar la manera més adient per preguntar; això dependrà de la situació, de l'acte assistencial i de la dona. La majoria de dones no parlen de violència si no se'ls pregunta, i només revelen la seva situació a professionals que demostrin acollida i empatia. Per això, és convenient preguntar en els següents moments del control i seguiment de l'embaràs:

- En l'inici del control prenatal: primera o segona visites d'embaràs.
- Almenys un cop per trimestre.
- En el seguiment postpart.

En la primera o segona visites d'embaràs, si la dona ve amb la parella, s'ha d'observar la dinàmica de la relació.

En les visites successives, hem de desenvolupar estratègies per preguntar a la dona sola, fent sortir la parella o aprofitant si ve sola a la consulta.

Cada professional ha de trobar la manera més adient per preguntar; això dependrà de la situació, de l'acte assistencial i de la dona. Les dones parlen de la situació de violència allà on veuen possibilitats de rebre ajuda i/o suport, i, de vegades, neguen ser víctimes encara que se'ls preguntin explícitament.

La detecció s'ha de realitzar a través del Qüestionari de cribratge per detectar violència contra la parella (PVS) (Feldhaus 1997), (taula 22), en les versions catalana o castellana (Garcia-Esteve L 2011), que consta de tres preguntes i que s'ha de dur a terme un cop per trimestre, encara que no s'identifiquin factors inicialment de risc.

Taula 22. Qüestionari de cribratge per detectar violència contra la parella (PVS) (Feldhaus 1997)

Preguntes
1. Heu estat colpejada, heu rebut alguna puntada de peu, o cop de puny, o heu patit alguna altra lesió, per alguna persona durant l'últim any? Si és així, per part de qui?
2. Us sentiu segura en la vostra relació actual?
3. Us sentiu actualment insegura per alguna relació prèvia?

Davant d'una resposta afirmativa considerem el PVS positiu, i en aquest cas cal aprofundir en l'anamnesi i l'atenció, tal com indica el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: document operatiu d'embaràs (DGPA-DS 2010), i és molt important l'acollida i la intervenció que s'ha de realitzar.

Quan, durant el seguiment de l'embaràs, s'arriba a conèixer una situació de maltractament, s'ha de fer la valoració del risc individual de la dona embarassada i dels recursos disponibles, per la qual cosa esbrinarem:

- Si la dona té sensació d'inseguretat i/o perill, tant per a ella com per als seus fills o persones al càrrec.
- Si disposa de recursos per fer front a aquesta situació, xarxes de suport familiars i socials.
- Si no vol tornar a casa i si necessita refugi de manera immediata.
- Si necessita assessorament legal.
- Si necessita suport psicològic.

Per a la valoració del risc recomanem la utilització del Protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella (RVD-BCN 2011). Aquest qüestionari pot proporcionar als professionals que atenen dones que viuen situacions de violència masclista una eina que ajudi a valorar el risc d'actes violents greus a curt termini.

Característiques del Protocol (RVD-BCN 2011):

- Incorpora factors de risc contrastats i vàlids per valorar la probabilitat i la immediatesa del risc d'actes violents.
- Té un caràcter indicatiu i no pas probatori. Ajuda els professionals a valorar el risc que succeeixin actes violents.

El Protocol (RVD-BCN 2011) té tres funcions:

1. Valorar el risc.
2. Orientar sobre l'actuació que cal realitzar en funció de la valoració del risc actual existent.
3. Alertar sobre possibles circumstàncies previsibles que poden augmentar el nivell de risc en el futur.

La planificació de la intervenció en les dones embarassades que estan en una situació de violència requereix una intervenció pluridisciplinària en la qual participen els diferents professionals, tant de salut com de serveis socials i justícia.

Cada ASSIR i centre hospitalari ha de tenir definits els seus circuits d'actuació en funció de cada territori i serveis, i han d'estar especificats els circuits de coordinació i derivació.

El Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya ens permet conèixer i utilitzar les eines d'actuació en aquests casos (DGPA-Departament de Salut 2010).

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_as_sistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documentos/arxius/abord_embaras.pdf

Annex III. Full de medicació de l'IVE farmacològica

Instruccions i recomanacions

Tractament IVE FARMACOLÒGICA FINS A 98 DIES 14⁺⁰ setmanes

Mifepristona: provoca que es desprengui el sac gestacional.

DiaHora.....

A les 24-48 hores:

Analgèsia: prevé el dolor. Cal esmorzar i prendre via oral, empassant la pauta següent:

2 comprimits de PARACETAMOL + CODEÍNA 500 mg/30 mg.

1 comprimit de DICLOFENAC 50 mg.

Dia.....Hora.....

Misoprostol: provoca contraccions de l'úter per expulsar el sac.

4 comprimits als 30-40 minuts de la pauta analgèsica.

Dia.....Hora.....

Opció via bucal:

- Abans de col·locar les pastilles a la boca, cal mullar-les amb 2-3 gotes d'aigua.
- Col·locar dues pastilles a cada galta i deixar-les durant 30 minuts.
- Si passat aquest temps no s'han dissolt, es poden empassar.

Opció via vaginal (amb menys efectes secundaris):

- Introduir les 4 pastilles dins de la vagina.
- Estar 30-40 minuts en repòs.
- Si queden restes no us preocupeu, el vostre cos ja ha absorbit el medicament.

Opció via sublingual:

- Col·locar les pastilles sota la llengua i deixar-les durant 30 minuts.
- Si passat aquest temps no s'han dissolt, es poden empassar.

- **El dolor i el sagnat comencen a les 2 hores de prendre el misoprostol. A les 3-4 hores es produeix l'expulsió del sac amb dolor i sagnat com una regla abundant.**
- **Durant les primeres 24 hores hi ha sagnat similar a una regla abundant.**
- **El 2n i el 3r dies el sagnat anirà disminuint.**
- **Si a les 2-4 hores de prendre l'analgèsia hi ha dolor, es pot prendre una nova pauta analgèsica:**

1 ampul·la de METAMIZOL 2g via oral, dissolta en aigua o una altra beguda.

- **Si a les 6-8 hores de prendre l'analgèsia persisteix el dolor, es pot repetir el tractament analgèsic via oral:**

2 comprimits de PARACETAMOL + CODEÍNA 500 mg/30 mg.

1 comprimit de DICLOFENAC 50 mg.

- **Si a les 6 hores no s'ha produït sagnat, cal posar-se en contacte amb el centre sanitari de referència.**

Poden aparèixer els **efectes secundaris** següents:

- Picor o vermellor a les plantes del peu i palmells de les mans que desapareix als 30 minuts.
- Nàusees, vòmits, diarrea, dolor abdominal.
- Augment de la temperatura fins 38,5°C que desapareix espontàniament a les 2 hores.

Signes d'alarma:

- Febre superior a 38°C.
- Dolor intens que no cedeix amb l'analgèsia pautaada.
- Sagnat molt abundant: 2 compreses súper cada hora durant 3 hores.

RECOMANACIONS mentre dura el sagnat:

- No utilitzar tampons ni copa menstrual.
- No fer bany per immersió, millor dutxa.
- Sí relacions sexuals, sense penetració.

En cas de dubte o signes d'alarma, poseu-vos en contacte:

ASSIR referència

Salut Respon: 902 111 444

Hospital de referència:.....

Annex IV. Full informatiu de l'IVE farmacològica

Què és una interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica?

La interrupció farmacològica de l'embaràs consisteix en l'administració d'uns medicaments que simulen un avortament espontani i produeixen l'expulsió del sac gestacional.

L'IVE farmacològica és un procés segur i efectiu, aprovat i recomanat per la majoria d'organitzacions mèdiques internacionals.

La seva efectivitat varia segons les setmanes d'embaràs i la pauta utilitzada, i oscil·la entre 87% i el 99%. Tan sols un 5% de les dones requereixen una altra intervenció per completar el procediment.

Com es du a terme l'IVE farmacològica?

En gestacions de menys de 10 setmanes, l'IVE farmacològica es pot fer a domicili. La medicació la proporciona l'ASSIR (o l'hospital en alguns territoris) i el procés es realitza a casa. En gestacions de més de 10 setmanes el procés es realitza amb ingrés en un centre hospitalari.

S'administren 2 fàrmacs que es prenen separats en un interval de 24-48 hores:

- Mifepristona: facilita que es desprengui el sac gestacional, interromp l'embaràs i afavoreix l'acció del misoprostol. És un comprimit que s'administra a l'ASSIR (o a l'hospital en alguns territoris) en el moment de la visita.
- Misoprostol: provoca les contraccions uterines que condueixen a l'expulsió del sac. Són 4 comprimits que s'administren al domicili. És possible administrar-los per via bucal (2 pastilles a cada galta durant 30 minuts), per via vaginal (4 pastilles introduïdes a la vagina 30 minuts) o via sublingual (4 pastilles sota la llengua).

Entre 30-40 minuts abans de l'administració del misoprostol, s'ha de prendre una pauta analgèsica per evitar o disminuir el dolor.

Després de l'administració del misoprostol, es produeixen contraccions de l'úter i sagnat similar a una menstruació abundant, que provoca l'expulsió del sac a les 3-4 hores.

Durant les primeres 24 hores el sagnat és abundant i posteriorment anirà disminuint progressivament, encara que persisteix en menor quantitat diversos dies.

És recomanable estar acompanyada a casa durant tot el procés i les hores posteriors per si es presenta alguna incidència.

Quins són els efectes secundaris més freqüents?

L'administració del tractament pot produir els efectes adversos següents:

- Dolor abdominal.
- Sagnat abundant.

- Nàusees, vòmits.
- Diarrea, febre, envermelliment de palmells de mans i plantes dels peus.
- S'han de proporcionar telèfons de contacte en cas de dubte o presentar signes d'alarma (sagnat molt abundant, dolor que no cedeix amb analgèsia, febre alta persistent).

Quins riscos o complicacions posteriors es poden tenir?

- L'IVE farmacològica és un procés irreversible quan es realitza de manera completa.
- El misoprostol pot provocar malformacions a les extremitats en un 4% dels casos, per la qual cosa en cas de fallida del mètode, si l'embaràs segueix, podrien haver-hi malformacions fetals.
- El vòmit no afecta l'absorció del misoprostol, ja que no s'absorbeix per via digestiva.

Recomanacions després d'una IVE farmacològica

- Mentre duri el sagnat es recomana:
 - No utilitzar tampons ni copa menstrual.
 - Relacions sense penetració vaginal.
 - Preferiblement dutxa en lloc de bany.
- S'ha de programar una visita a les 1-3 setmanes de l'IVE farmacològica per comprovar l'èxit del procés i donar consell anticonceptiu.
- En cas de no presentar sagnat a les 12-24 hores de la medicació, cal contactar telefònicament amb l'ASSIR o l'hospital de referència per tal d'administrar una segona dosi de misoprostol.
- Donat que l'ovulació es pot produir de manera precoç als 8-10 dies després de l'IVE de primer trimestre, és recomanable utilitzar mètodes anticonceptius de barrera fins a la visita.
- Des dels ASSIR s'ofereix suport psicològic a les dones que durant o després el procés de l'IVE ho requereixin.

Annex V. Consentiment informat de l'IVE farmacològica

Full informatiu per a la pacient que se sotmet a una interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica

1. Nom del procediment

Interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica fins als 98 dies 14⁺⁰ setmanes

2. Objectiu del procediment

Finalitzar un embaràs en curs, d'acord amb les condicions previstes a la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, sobre salut sexual i reproductiva, i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

3. Descripció del procediment

Provoca l'expulsió dels productes de la gestació mitjançant l'administració de medicació.

La majoria de les vegades, se segueix la pauta següent:

- Mifepristona: 200 mg. 1 comprimit de 200 mg via oral, dosi única.
- Misoprostol: 800 µg. 4 comprimits de 200 µg via bucal, sublingual o vaginal 24-48 hores després.
En cas de les IVE realitzades en àmbit hospitalari, la pauta pot presentar variacions segons el protocol del centre sanitari.

4. Efectes habituals

- Finalització de la gestació.
- Sagnat vaginal:
 - Pot ser important les primeres hores després de la presa del misoprostol.
 - Poden haver-hi coàguls i restes de teixit gestacional, sobretot per sobre de les 8 setmanes.
 - La pèrdua de sang pot durar fins i tot setmanes, encara que el més habitual és que sigui menor que una menstruació al cap de pocs dies.
 - Si es necessiten més de 2 compreses súper cada hora durant més de 2-3 hores i el sagnat no disminueix, cal anar a urgències.
 - Si no es produeix cap sagnat, significa que la medicació no ha funcionat.
- Dolor abdominal:
 - És normal després de la presa de misoprostol, habitualment a partir de les 2 hores.
 - És un dolor moderat que millora amb l'analgèsia i és més intens durant l'expulsió.
 - Acostuma a millorar després de l'expulsió dels productes de la gestació.

5. Riscs i complicacions

Més freqüents:

- Febre.
- Molèsties gastrointestinals: nàusees, vòmits i diarrea.
- Cefalea, mareig, calfreds, sufocacions, erupció palmar o plantar.

Poc freqüents:

- Complicacions greus, com anèmia greu que requereixi de transfusió sanguínia, infecció uterina o endometritis.
- Fracàs del tractament del 2 al 5% de casos.
 - Amb la pauta indicada s'aconsegueix la finalització de la gestació en un 95-98% dels casos.
 - Sospitarem que el tractament no ha fet efecte quan:
 - No es produeixi sagnat després de la medicació.
 - Persisteixin els símptomes d'embaràs després de 7 dies des de la medicació.
 - Persisteixi el sagnat més de 2 setmanes.
 - No aparegui la menstruació 6 setmanes després de l'IVE.
 - En cas que no hagi funcionat, es pot optar per nou intent de tractament farmacològic o curetatge quirúrgic.

6. Riscs personalitzats

En el meu cas, a més dels riscos que hi ha en tota intervenció mèdica de manera general, poden augmentar o aparèixer riscos o complicacions com

.....

7. Alternatives

També és possible la finalització de la gestació mitjançant una evacuació uterina amb mètode quirúrgic. En el meu cas, s'ha optat per un avortament farmacològic per

.....

.....

8. Informació important

Entenc que un cop presa la mifepristona ja s'ha iniciat l'avortament i el procés és irreversible, per això

em comprometo a finalitzar el tractament després de la presa del misoprostol i a realitzar els controls necessaris.

M'han informat de la possibilitat de malformacions al fetus causades pel misoprostol i de la importància d'assegurar la finalització de l'embaràs.

M'han informat i he entès plenament els efectes i els riscos possibles, així com els signes d'alarma pels quals he de consultar en cas que apareguin.

He pogut aclarir els dubtes que he tingut en llegir i/o escoltar la informació que se m'ha donat i comprenc que, en qualsevol moment, sempre que no hagi iniciat el tractament, puc revocar el consentiment que ara presto, sense haver de donar-ne cap explicació.

I, en aquestes condicions, prenc lliurement la decisió de realitzar aquest tractament mèdic i **DONO EL MEU CONSENTIMENT** perquè es dugui a terme una **INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS MITJANÇANT TRACTAMENT FARMACOLÒGIC**.

Annex VI. Full informatiu de l'IVE quirúrgica

Full informatiu per a la pacient que se sotmet a una interrupció de l'embaràs mitjançant evacuació uterina

Què és una evacuació uterina?

L'evacuació uterina és una intervenció quirúrgica de durada entre 10-30 minuts que consisteix a buidar el contingut de la cavitat uterina. En cas d'un úter gestant, el curetatge obstètric és el procediment que permet extreure un embaràs de la cavitat uterina a quiròfan sense necessitat de contraccions uterines.

És una intervenció quirúrgica per a la qual es requereix algun tipus d'anestèsia que pot ser sedació endovenosa o anestèsia local regional.

Quina preparació es necessita?

Per disminuir el risc de complicacions, es recomana preparar el coll uterí abans de la intervenció. Per això, a la majoria de casos abans de l'evacuació cal dilatar el coll de l'úter. Hi ha diverses maneres de dilatar el coll uterí:

- Fàrmacs: s'administren abans de la intervenció. Habitualment misoprostol i en algunes ocasions mifepristona i misoprostol.
 - Mifepristona: es pren 36-48 hores abans de la intervenció i ajuda que el coll uterí sigui més tou i respongui millor al misoprostol.
 - Misoprostol: es col·loca a la vagina entre 2 i 4 hores abans de la intervenció. Provoca que el coll uterí es dilati i contraccions uterines que poden ser doloroses.
- En alguns casos pot ser adequat l'ús de dilatadors osmòtics: s'utilitzen abans de la intervenció i sota anestèsia.

Quan el coll està dilatat, es procedeix a l'evacuació de la cavitat uterina utilitzant diferents tipus d'instrumental segons cada cas: cànula d'aspiració, pinça, raspador, etc.

Quins riscos o complicacions pot tenir?

L'evacuació uterina és una manera efectiva i segura de realitzar una interrupció voluntària de l'embaràs. Tot i així, i com en tot procediment quirúrgic, existeixen alguns riscos que són poc freqüents i la majoria de vegades lleus:

- Infecció que necessitarà de tractament antibiòtic. Les més freqüents són endometritis, que pot produir dolor abdominal, febre, flux pudent o purulent o infecció.
- Hemorràgia, en 1/1.000 casos pot ser necessària una transfusió sanguínia.
- Lesions uterines que poden necessitar alguna mena de tractament quirúrgic, com són esquinç del coll uterí per dilatació dificultosa, perforació uterina, etc.
- Persistència de restes ovulars que poden requerir una segona intervenció i de vegades un segon curetatge.

- Adherències intrauterines que poden produir obstrucció parcial o total de la cavitat uterina i poden produir alteracions de la menstruació, regles doloroses, infertilitat o avortaments de repetició.
- Complicacions anestèsiques.

Quins símptomes es poden tenir després?

Els símptomes normals després d'una evacuació uterina són:

- Sagnat vaginal en quantitat similar o menor a una menstruació. La seva durada pot ser molt variable, però normalment no supera les dues setmanes.
- Molèsties o dolor lleu a la part inferior de l'abdomen tipus menstrual durant unes hores.
- Nàusees o algun vòmit les primeres 24 hores.

Quan s'ha de consultar al metge o metgessa després d'una evacuació uterina?

S'ha de consultar si:

- El sagnat posterior és molt intens que requereix recanvi de compresa cada hora almenys durant dues hores seguides o de durada superior a dues setmanes.
- El dolor abdominal és molt intens que impedeix fer vida normal i no calma amb la medicació analgèsica que ha pautat el metge o metgessa o dura més de dos o tres dies després del procediment.
- Hi ha febre: temperatura superior a 38°C durant més de 36 hores.
- Hi ha flux vaginal que fa mala olor.

Què s'ha de tenir en compte després?

- Es recomana realitzar una visita amb el ginecòleg o ginecòloga entre 2 i 4 setmanes després del procediment.
- S'ha de programar un control clínic amb la llevadora de l'ASSIR en un termini de 4 setmanes per valorar l'inici o el seguiment d'anticoncepció.
- Durant la primera setmana es recomana no introduir res a la vagina. Això implica:
 - Relacions sexuals.
 - Tampons.
 - Submergir-se en aigua: banyera o piscina.
- Durant la primera setmana es recomana repòs relatiu, i evitar situacions que puguin portar a esgotament físic.
- La primera menstruació sol aparèixer als 30-40 dies, tot i que és molt variable.
- És habitual que les primeres menstruacions siguin diferents de les habituals, són més doloroses o més llargues.

Annex VII. Llista de comprovació de visita amb l'especialista en ginecologia

- Revisió dels antecedents i la HC.
- Revisió de les necessitats emocionals de la dona i oferir suport psicològic, si ho requereix.
- Valoració de les proves complementàries sol·licitades per la llevadora:
 - Grup sanguini, Rh i hemograma, si són necessaris.
 - Cultiu vaginal/PCR endocervical, si són necessaris. En el cas de resultat positiu i si no s'ha donat tractament prèviament, s'ha de prescriure abans de l'IVE.
- Ecografia transvaginal:
 - Confirmar localització intrauterina i viabilitat de la gestació: descartar gestació ectòpica (GEU) o gestació molar.
 - Datar la gestació: si l'ecografia es realitza en entorn ASSIR i l'edat de la gestació és superior a 9⁺⁶ setmanes, cal derivar la dona a un centre acreditat de referència.
 - Detectar miomes o malformacions uterines i altres tipus de lesions a nivell de genitals interns.
- Recollida del CI.
- Mètode anticonceptiu per a després de l'IVE: informació i prescripció del mètode, si la dona ho accepta, segons els criteris mèdics d'elegibilitat de l'OMS.

El sistema garanteix el dispositiu intrauterí (DIU) de coure i l'implant subdèrmic gratuït a les dones que s'hagin fet una IVE.

En cas d'IVE farmacològica:

- Explicar els fàrmacs, el mecanisme d'acció i els efectes adversos.
- Explicar el procés d'expulsió.
- Administrar la mifepristona a la consulta i recordar el compromís de seguir amb el tractament un cop administrada.
- Entregar la resta de medicació per a l'autoadministració en 24-48 hores, acompanyada del full de medicació amb les instruccions ben detallades.
- Facilitar l'opció de consultes telefòniques amb l'ASSIR i Salut Respon.
- Informar del centre acreditat de referència territorial i els criteris de consulta.
- Citar per a la 3a visita de control en 14 dies (7-21 dies).

Annex VIII. Consentiment informat de l'IVE quirúrgica per a la pacient que se sotmet a una interrupció de l'embaràs mitjançant evacuació uterina

1. Nom del procediment

Interrupció voluntària de l'embaràs quirúrgica mitjançant evacuació uterina

2. Objectiu del procediment

L'objectiu de l'IVE quirúrgica és finalitzar un embaràs en curs, d'acord amb les condicions previstes a la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, sobre salut sexual i reproductiva, i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

3. Descripció del procediment

Una evacuació uterina és una intervenció quirúrgica que es fa servir per buidar el contingut de la cavitat uterina. En cas d'un úter gestant, el curetatge obstètric és el procediment que permet extreure un embaràs de la cavitat uterina a quiròfan sense necessitat de contraccions uterines.

A la majoria de casos abans de l'evacuació uterina cal dilatar el coll de l'úter que és l'entrada a la cavitat uterina. Hi ha diverses maneres de dilatar el coll uterí:

- Fàrmacs: s'administren abans de la intervenció. Habitualment misoprostol i en algunes ocasions mifepristona i misoprostol.
- Dilatadors mecànics: al principi de la intervenció, ja al quiròfan i sota anestèsia.

Quan el coll està dilatat, es procedeix a l'evacuació de la cavitat uterina utilitzant diferents tipus d'instrumental segons cada cas: cànula d'aspiració, pinça, raspador, etc.

La seva durada sol ser de 10-30 minuts.

És una intervenció quirúrgica per a la qual cal algun tipus d'anestèsia que pot ser sedació endovenosa o anestèsia local regional.

4. Efectes habituals

- Finalització de la gestació.
- Sagnat vaginal: és normal tenir alguna pèrdua de sang després d'un avortament. Generalment, es tracta d'un sagnat en quantitat inferior a una regla i de pocs dies de durada, habitualment inferior a 2 setmanes.
- Dolor abdominal: sol ser lleu i de poques hores o dies de durada. Si cal, es pot prendre algun analgèsic, com paracetamol 500-1.000 mg cada 6-8 hores via oral o ibuprofèn 600 mg cada 8 hores via oral.
- Nàusees o algun vòmit les primeres 24 hores.

5. Riscs i complicacions

Com tota intervenció quirúrgica, el curetatge obstètric té risc de complicacions, encara que són poc freqüents i, la majoria de vegades, lleus:

- Infecció que necessitarà de tractament antibiòtic. Les més freqüents són endometritis, que pot produir dolor abdominal, febre, flux pudent o purulent o infecció urinària.
- Hemorràgia, en 1/1.000 casos pot ser necessària una transfusió sanguínia.
- Lesions uterines que poden necessitar alguna mena de tractament quirúrgic, com són esquinç del coll uterí per dilatació dificultosa, perforació uterina, etc.
- Persistència de restes ovulars que poden requerir una segona intervenció i de vegades un segon curetatge.
- Adherències intrauterines que poden produir obstrucció parcial o total de la cavitat uterina i poden produir alteracions de la menstruació, regles doloroses, infertilitat o avortaments de repetició.
- Complicacions anestèsiques.

6. Riscs personalitzats

En el meu cas, a més dels riscos que hi ha en tota intervenció quirúrgica de manera general, poden augmentar o aparèixer riscos o complicacions com.....

.....

7. Alternatives

Se m'ha informat que també és possible la interrupció voluntària de l'embaràs farmacològica.

En el meu cas, s'ha optat per una IVE quirúrgica per.....

.....

M'han informat i he entès plenament els efectes i els riscos possibles del procediment, així com els signes d'alarma pels quals he de consultar en cas que apareguin.

He pogut aclarir els dubtes que he tingut en llegir i/o escoltar la informació que se m'ha proporcionat i comprenc que, en qualsevol moment, puc revocar el consentiment que ara presto, sense haver de donar-ne cap explicació.

I, en aquestes condicions, DONO EL MEU CONSENTIMENT perquè se'm faci una INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS QUIRÚRGICA MITJANÇANT UNA EVACUACIÓ UTERINA.