

EVOLUCION DEL ABORTO PROVOCADO DE MAS DE 12 SEMANAS EN ESPAÑA

BREVE HISTORIA:

En España, la Ley anterior a Julio del 2010 (1985), permitía practicar abortos sin límite de semanas, si un médico especialista, en base a la definición de salud de la OMS, certificaba que ese embarazo era un riesgo para la salud de la mujer (FIAPAC Roma), pues en la mayoría de los casos, una gestación no deseada, genera una situación de riesgo para la salud psíquica y por ello puede interrumpirse. Cuando había afectación fetal, se limitaba a las 22 semanas y debían certificarlo dos especialistas, pero, entendiéndose que una alteración fetal produce asimismo un riesgo para la salud psíquica de la madre, también se podía interrumpir por este supuesto sin límite de semanas. Aunque se dieron pocos casos, se podía interrumpir hasta las 12 semanas, en caso de violación pero si se excedía de estas semanas seguía siendo posible por el supuesto de riesgo para la salud.

Así pues, técnicamente y bajo criterio profesional se podía acceder legalmente a la interrupción del embarazo en cualquier caso, sin límite de semanas.

Esto fue interpretado así, solo por profesionales a favor de que el Aborto Provocado (AP) fuera accesible en el Estado Español, había quien ya lo practicaba en la clandestinidad. La sanidad pública no inicio casi ninguna acción (escasas excepciones o situaciones transitorias) en instalaciones propias, entendiéndose que la Ley no era clara y debía ser interpretada, por lo que no daba garantías jurídicas, a pesar de que prácticamente no ha habido condenas por aborto ilegal. Solo la presión del público, tras algunas denuncias, consiguió que en sector público se hicieran algunos casos con riesgo vital de la mujer o si había una malformación fetal detectada antes de las 22 semanas y que además pasara sus estrictos comités clínico-éticos, después, o si no pasaban el comité, se negaban a ello. Así, la sanidad publica ha realizado, en los últimos 10 años, solo el 2.5% de los APs. (Tabla I).

Los profesionales, que practicaban APs., tuvieron que crear sus propias Clínicas Especializadas (CEs), según exigencias y leyes de cada Comunidad Autónoma (CCAA)., España en sanidad es federal: hay una Ley Marco estatal, pero cada país, nación o CCAA, legisla o decreta sus condiciones siempre que cumpla la del Estado.

Estas CEs. privadas, con personal sensibilizado con los derechos sexuales y reproductivos han realizado el 88% de los abortos practicados en España (Tabla I) y la totalidad de los de más de 22 semanas. También los practicados a extranjeras no residentes, 2.031 (1,75%) en 2008(1), solo Catalunya comunicó en 2008, la practica a *“1.053 (3,9%) residentes en el extranjero”*(2).

La Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) recomendó, deontológicamente, a sus asociados, no realizar interrupciones de fetos vivos sanos mas allá de la 26 semana de amenorrea, frontera de la viabilidad fetal, salvo las alteraciones fetales incompatibles con la vida o con la dignidad de la vida y algunos escasos casos de situación social muy deteriorada.

Estas CEs. iniciaron procedimientos basados en conocimientos adquiridos en la formación médica clásica, en centros que ya lo practicaban en España o en otros países, leyéndolo en publicaciones especializadas y mucho autodidactismo.

Había CEs. que practicaban legrados convencionales, otros, aspiración y algunos pocos entraron en contacto con la Dilatación y Evacuación (DyE) y desde el 85 al 95 fueron combinando estas técnicas. Algunas CEs. entraron en contacto con otras en

España y fuera de ella, intercambiando alguna experiencia y conocimiento, lo que generó la necesidad de crear una Asociación Nacional, para defender el derecho al AP de calidad, prestigiarlo e ir homologando las conductas clínicas, con la finalidad de hacer más seguros los procedimientos, puesto que ninguna sociedad científica se encargaba de ello. Así se funda ACAI (1997), casi al mismo tiempo que la FIAPAC, de la que pasa a formar parte, después del Congreso de Maastricht (1999).

Por esta época J.L. Carbonell(3), apoyado por otros miembros de la comunidad ACAI (Barambio, Chami, Valero)(4), se destaca como uno de los investigadores mundiales en la utilización del Misoprostol, lo que facilitó que en España se iniciase precozmente la utilización generalizada de este fármaco en todas las edades gestacionales, aun sin tener una indicación ginecoobstetrica, cosa que se ha conseguido en 2008, aunque aun sin comercializar como producto para inducir APs..

La gran información sobre abortifacientes que se generó provocó que cuando fue aprobada la RU en España, (2000), algunas CEs. (E. Rodríguez, Clínica el Sur, Sevilla) iniciaran su utilización en los casos de más de 12 semanas especialmente en inducciones, técnica que fue adoptada y generalizada de manera inmediata por parte del sector especializado, especialmente por los miembros de ACAI, no así por el sector público o privado no especializado que aun lo utiliza poco o nada.

En España se acreditaban CEs. hasta 12 semanas, con unas exigencias técnicas básicas y con requisitos más complejos para más de 12 semanas, variando según la CCAA.

Se acreditaron CEs. para más de 12 semanas en varias CCAA, todas con características de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), algunas de ellas con recuperación prolongada (23 horas de ingreso post intervención), y una de ingreso, inicialmente todas integradas en ACAI, también se acreditaron centros hospitalarios públicos y privados. Se observa, lo engañoso de la información oficial; en Catalunya, por ejemplo, se informa de 10 centros públicos y 20 privados (**Fig. 1**), sin embargo 9 clínicas especializadas (CEs.) hacían el 97,2% y los restantes 11 hospitales públicos o privados hacían solo el 2.8% (**Fig. 2**).

Desde su fundación, ACAI realiza varias reuniones anuales, lo que ha homogeneizado la manera de actuar, desapareciendo el autodidactismo inicial.

Observamos (**Tabla I**) en los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, que desde 1999 al 2008 se han registrado un total de 855.116 APs., 100.903 (11.8%) en los cientos de hospitales públicos y privados, 832.883 (97,4%) en el total del sector privado, y **752.673 (88%) en las escasas clínicas especializadas (CEs)**. Este gran número de casos en tan pocos CEs. ha producido unos profesionales con alta especialización en atención clínica y acompañamiento.

En España los estudios de complicaciones dan unos resultados muy bajos y una mortalidad prácticamente nula. Esto se ha debido estudiar centro a centro, pues no hay un registro nacional de complicaciones, aunque ACAI lo ha solicitado desde hace 13 años. La Tabla IV, muestra una serie de 1396 casos del autor con técnicas de 2º trimestre y su índice de complicaciones mayores.

A los miles de casos atendidos por las CEs. en los últimos 10 años, con excelentes resultados, se debe añadir la experiencia acumulada desde el 85 al 99 aunque haya poca constancia documental, Esta gran experiencia ha permitido desarrollar técnicas muy eficaces. Debemos tener en cuenta que el número de centros acreditados para APs. en realidad casi no ha variado, puesto que algunos de los 14 nuevos centros que

aparecen a lo largo de estos 10 años (Tabla II) son hospitales públicos o privados con una actividad muy escasa, o bien son ACAI, hay no afiliadas, sucursales de ACAI.

Hay dos etapas en España, las de centros en solitario y la de ACAI. En su inicio se afiliaron casi la totalidad de las clínicas especializadas, reuniendo en la actualidad a más de la mitad de las CEs. de España y la mayoría de las que hacen más de 12 semanas. En realidad agrupa hasta los dos tercios de las clínicas del Estado puesto que hay grupos con varias clínicas aunque no todas afiliadas a ACAI.

ACAI ha facilitado el intercambio de experiencias y ha aunado conocimientos en un esfuerzo nacional e internacional por conseguir el máximo de excelencia en lo clínico y en el acompañamiento, organizando congresos (Sevilla 2000) o participando en ellos: FIAPAC Maastrich (Barambio), Paris (Carbonell, Barambio), Ámsterdam (Barambio), Viena (Peña, Carbonell Rodríguez), Estambul (Vidot), Roma (Vidot, Rodríguez, Carbonell, Barambio), haciendo publicaciones propias (Boletines ACAI, artículos en prensa) o de médicos de clínicas ACAI, colaborando con entidades de salud sexual y reproductiva (APFCiB, FPFE, SEC etc.), realizando trabajos de observación, divulgación e incidencia política, como se ha demostrado en su influencia en la nueva Ley, al aportar, como expertos, su experiencia y conocimiento a los grupos parlamentarios, Congreso y Ministerios, y también en su influencia en la divulgación del conocimiento al público (prensa, radio, televisión), a los profesionales (congresos, jornadas) y docencia universitaria, al elaborar a través de miembros de nuestra asociación, (S. Barambio) el capítulo dedicado al aborto provocado en el Tratado de Obstetricia, Ginecología y Reproducción de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia(5) y en los protocolos de IVE de la Web de la misma Sociedad Científica.

PROCEDER EN SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE:

Procedimientos practicados en Clínicas ACAI.

- Valoración previa del paciente:

Historia clínica médica, ginecológica y obstétrica, ecografía obstétrica y fetal, exploración ginecológica, analítica sanguínea, con lo que se determina el nivel de riesgo al que se enfrenta el centro y el equipo médico valorándose si no presenta situaciones que puedan introducir un riesgo que este por encima de las posibilidades de la institución, (criterios Davis y A.S.A.) se genera documentación de ello.

- Valoración del supuesto legal.

- Exposición a la paciente:

1. Si el centro lo puede asumir o no y en ese caso explicar alternativas, si las hay.
2. De la técnica elegida y circunstancias que concurren (tiempo medio, riesgos, complicaciones posibles, soluciones, etc.).
3. Consentimiento informado.

- Planificación:

En función de la organización del centro y la técnica elegida, se intenta cumplir lo planificado en el momento del contacto telefónico inicial o se replantea, si hay elementos nuevos que aconsejen cambiarlo.

- Aspectos generales de las técnicas:

En los casos de AP de más de 12 semanas, generalmente el método anestésico de elección es la sedación consciente apoyada por anestesia local en cervix uterino y/o la peridural en ocasiones.

Todas las técnicas instrumentales se practican bajo control ecográfico en tiempo real.

Según los resultados de la valoración previa, la mujer es programada para:

A) Modalidad de Cirugía Ambulatoria (CA) (alta en 1-2-3 horas)

Técnica de:

- 01) Aspiración sin preparación cervical.
- 02) Aspiración con preparación cervical previa de PGE₁* (nº) h**.
- 03) Aspiración con preparación cervical previa de PGE₁ (nº) h., Dilapan®*** (nº) h.
- 04) (D&E) sin preparación cervical.
- 05) (D&E) con preparación cervical previa con PGE1 (nº) h.
- 06) (D&E) con preparación cervical previa y Dilapan® (nº)h.
- 07) (D&E) con preparación cervical previa con PGE1 (nº) h. y Dilapan® (nº) h.

B) Modalidad de CA con recuperación prolongada (Alta 8 horas o día siguiente).

Técnica de:

- 01) D&E con preparación cervical previa con PGE1 (nº) h.
- 02) D&E con preparación cervical previa con Dilapan® (nº) h.
- 03) D&E con preparación cervical previa con PGE1 (nº) horas y Dilapan® (nº) h.
- 04) Inducción con PGE1 hasta la utilización de Oxitocina, siguiendo PGE1 o no.
- 05) Igual a 04 con Dilapan® (nº) h. al iniciar PGE₁

C) Modalidad de Cirugía de ingreso (más de una noche)

Técnica de:

- 01) D&E, cualquier modalidad de preparación.
- 02) Inducción.
- 03) Microcesárea (histerotomía) de recurso o programada.

* PGE₁: Misoprostol en dosis variables según el caso.

** (nº) h.: Significa el número de horas que se aplica el elemento citado que puede variar según los casos y centros.

*** Puede ser cualquier dilatador osmótico, pero Dilapan® es el más usado, introduciéndose todos los posibles en el canal cervical.

Se puede hacer un tratamiento previo 24-48 horas antes con Mifepristona (nº) horas de manera sistemática, o selectiva según las características obstétricas de la paciente.

En inducciones se puede practicar una Finalización Instrumental (FI), con el objetivo de acortar el expulsivo, cuando no esta aconsejada la necropsia fetal.

Esta relación de técnicas permite además parametrizar los procedimientos para realizar estudios posteriores en uno o más centros que usen la misma nomenclatura.

Si es programada, profilaxis antibiótica con Doxiciclina o Metronidazol o si es inmediata, cobertura los 5 días siguientes a la intervención, salvo contraindicación. Si el caso lo aconseja, se utilizan cefalosporinas o antibióticos de amplio espectro intraoperatorios, cubriendo especialmente los gérmenes Gram negativos. La profilaxis del estreptococo β hemolítico, con derivados penicilánicos.

- Asesoramiento post quirúrgico:
Instrucciones sociosanitarias e indicación de la medicación precisa.

- Forma de asesoramiento :
Personalmente en el centro o telefónico de 24 h. en domicilio.

CRONOGRAFÍA DE LAS TÉCNICAS:

Legrado: Solo en centros no especializados, en CEs. no se utiliza, salvo excepciones.

Aspiración: En CEs. hasta las 14 Semanas de Amenorrea (SA), en manos expertas las 16 SA.. En algunos centros no especializados públicos y privados hasta las 12 SA.

DyE: En CEs. hasta las 20 SA, en manos expertas las 23 SA. En centros no especializados públicos y privados no la utilizan, generalmente ni la conocen.

Inducción: En centros no especializados después de las 12 SA. con sistemas poco establecidos. En CEs. después de las 20-23 SA, aunque en determinadas circunstancias puede o debe aplicarse en gestaciones inferiores a las 20 SA. Generalmente se utiliza Mifepristona 200 mg. y 12-48 h. después Misoprostol 600-800 µg. vaginal u oral, cada 4 horas, hay quien con la amniorexis inicia venoclisis de occitocina: 30 UI en 500 cc. de suero, a ritmos variables, asociada o no al Misoprostol, algunos introducen los Dilapan® que permita el cervix, cuando inician el Misoprostol.

En CEs., cada vez se practica más la Finalización Instrumental (FI), cuando la dilatación cervical lo permite, acorta el procedimiento, el tiempo de trabajo, la ocupación uterina, reduce riesgos de atonía e infección y mejora el confort.

La Tabla III (1), modificada de una del autor de esta ponencia publicada en el Tratado de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), muestra una distribución de las técnicas por semanas y su valoración en uso y dificultad.

En las clínicas ACAI, a diferencia del sector hospitalario público, al mejorar la experiencia de los profesionales ha aumentado la aplicación de la D&E sobre la inducción, por las ventajas de seguridad confort y rapidez, como se reconoce en una revisión Cochrane de 2008 (6) de Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K., cuando dicen: "The number of women experiencing adverse events was also lower with D&E than with mifepristone and misoprostol (OR 0.06, 95% CI 0.01-0.76). Although women treated with mifepristone and misoprostol reported significantly more pain than those undergoing D&E, efficacy and acceptability were the same in both groups. In both trials, fewer subjects randomised to D&E required overnight hospitalisation". La gran experiencia en D&E nos ha llevado a utilizar cada vez más la Finalización Instrumental que también empíricamente sabemos mejora los resultados y el confort.

ACTIVIDADES Y CONDICIONES GENERALES DE LAS CEs:

Las clínicas ACAI de 2º y 3º trimestre tienen zona preoperatoria para valoración y asesoramiento, bloque quirúrgico, con salas de cirugía completas (anestesia, monitores, gases, circuito limpio-sucio de esterilización sin cruces etc.), área de recuperación post anestésica, área de adecuación al medio y área de información posquirúrgica. Todas están acostumbradas a atender mujeres que acuden desde poblaciones alejadas o del extranjero. Hay variedades arquitectónicas según criterios sanitarios autonómicos.

Hay CEs. españolas autorizadas para APs. que llegan a las 17-18 SA, otras a las 22-24 SA y las hay que no tienen límite de semanas, las hay que trabajan en coordinación con la sanidad pública repartiéndose el trabajo, la clínica hace la interrupción (feticidio) y el hospital público o privado hace el expulsivo o bien hay casos en que la clínica hace la interrupción y el hospital hace el ingreso posterior, como hemos indicado; España es sanitariamente federal y el gobierno de cada Comunidad Autónoma acredita y se organiza a su modo dentro de la Ley Española.

FUTURO DEL ABORTO PROVOCADO EN ESPAÑA:

La Ley de 2010 es una mixta clásica de plazos e indicaciones, que aun no sabemos si afectaran a la accesibilidad en relación a la de 1985.

En las **indicaciones**, menciona como causa para practicar un AP, el riesgo que produzca el embarazo para la salud de la mujer, lo que incluye la salud psíquica, certificado por un/a medico especialista, y la alteración fetal certificada por dos especialistas, en ambos casos limitado hasta las 22 Semanas de Gestación (SG).

En los **plazos**, la mujer decide por si misma, sin necesidad de terceros, hasta la 14 SG. con un periodo de reflexión de tres días, tras recibir una información sobre las ayudas a la maternidad y lo que quiera añadir la autoridad autonómica, cosa variable.

En alteraciones fetales incurables o muy graves, se permite la interrupción sin límite de semanas, pero es necesaria la validación diagnóstica por un comité específico, nombrado por la autoridad sanitaria.

La Ley habla de semanas de gestación que no de amenorrea, lo que requerirá una interpretación legal de la opinión científica sobre lo que significa semanas de gestación en relación a semanas de amenorrea que es la forma clásica de datar la edad gestacional. Hay bastante consenso en que las semanas de amenorrea estimadas en función de las medidas ecográficas suponen dos más que las del inicio de la gestación, tomando como referencia la fertilización, pero ACAI defiende que son tres semanas más, en función de que la OMS en: Definitions And Indicators In Family Planning Maternal & Child Health And Reproductive Health Used In The Who Regional Office For Europe (<http://www.euro.who.int/document/e68459.pdf>), explica que la gestación se inicia en el momento que finaliza la nidación, lo que ampliaría la accesibilidad con respecto a asimilar que gestación equivale a amenorrea. En cualquier caso según este documento, la OMS considera que la edad gestacional en semanas de amenorrea, se debe considerar a la primera semana (del primer día de la menstruación o día 0 al día 6 de amenorrea) la semana 0, por lo que como mínimo lo que se considera 22 semanas de amenorrea convencional son 21 semanas de amenorrea OMS.

SITUACION DE LAS EXTRANJERAS NO RESIDENTES EN ESPAÑA:

La nueva Ley sigue permitiendo a las extranjeras no residentes abortar en España, pues es aplicable a cualquier mujer que se encuentre en el Estado Español.

Se sigue pudiendo abortar por situaciones sociales, con feto vivo sano, utilizando la indicación de riesgo para la salud psíquica, salvo que ahora está limitado a las 22 semanas de gestación (23,24 o 25 de amenorrea según se considere), y lo mismo en los casos de alteración fetal, no está claro en este momento si las extranjeras podrán acogerse al dictamen del comité específico de la autonomía donde vaya a ser practicada la interrupción o no, en cualquier caso de ser posible supondrá una espera.

La nueva Ley establece que, si la mujer lo desea, este servicio debe ser a cargo de la sanidad pública para cotizantes de la seguridad social Española (tarjeta sanitaria), lo que de momento se está resolviendo de maneras diferentes en cada comunidad autónoma. Entendemos que la sanidad pública no sufragara los gastos en los casos de extranjeras, incluyendo las comunitarias, puesto que en su país no se lo han practicado, pero no sabemos si también puede haber facturación a terceros cuando deban ser atendidas en instalaciones públicas por complicación o por una necesidad que exceda de las posibilidades de la clínica especializada que la ha

atendido, es decir en una emergencia, cosa que puede suponer un porcentaje pequeño pero no inexistente de mujeres. En una recogida de datos de una clínica ACAI (Tutor Medica) hubo un 0,3% de complicaciones mayores que requirieron ingreso hospitalario (Tabla **IV**), pero hay autores que citan un 0,7 % de complicaciones mayores en la D&E y superior en las inducciones e histerotomías (6)(7), no obstante es aconsejable si se viene a abortar a España traer la documentación de correspondencia sanitaria, en aquellos países que la tengan.

S. Barambio.
Presidente de ACAI
Agrupación Tutor Medica

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Interrupción Voluntaria del Embarazo datos definitivos 2008 Ministerio de salud y Política Social. España. 2010
- 2.-Departament de Salut. Dades d'IVE a Catalunya del Departament de Salut (DGRS” www.gencat.cat
- 3.-Carbonell JL, Varela L, Velasco A, Fernández C. The use of Misoprostol for termination of early pregnancy. *Contraception*. 1997;55:165-8.
- 4.-Carbonell J, Rodrigues J, Aragón S, Velazco A, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S, Valero F. Vaginal misoprostol 1000 µg for early abortion. *Contraception* 2001; 63: 131-136.
- 5.-Barambio S. Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones Aborto de segundo trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabero L. y cols. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo1. Madrid: Ed Med Pan; 2003. P. 179-84
- 6.-Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K.Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23;(1):CD006714
- 7.-Grimes DA, Schulz KF, Cates W. Methods of midtrimester abortion: which is safest?. *Int J Gynaecol Obstet* 1977;15:184-8

TABLA I**I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CENTRO, SEMANAS DE GESTACIÓN, MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN.
TOTAL. NACIONAL. 1999-2008**

Año de intervención	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
TOTAL I.V.Es	58.399	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	855.116
Tipo de centro en %											PROMEDIOS
HOSPITALARIO	10,03	10,45	11,01	10,96	12,54	13,28	12,79	11,62	12,63	12,77	
Público	2,24	2,11	2,16	2,09	2,41	3,56	2,91	2,51	2,08	1,91	2,398
Privado	7,78	8,34	8,85	8,87	10,13	9,71	9,88	9,11	10,55	10,86	9,408
EXTRAHOSPITALARIO	89,97	89,55	88,99	89,04	87,46	86,72	87,21	88,38	87,37	87,23	
Público	0,29	0,26	0,28	0,38	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,165
Privado (especializad0)	89,68	89,29	88,72	88,66	87,01	86,72	87,21	88,38	87,36	87,23	88,026
											TOTALES
Total Promedio publico											2,563
Total Promedio privado											97,434
Nº IVES Privadas											832.883
Nº IVES Especializadas											752.673
Fuente: publicación del Ministerio de Sanidad y Política Social Interrupción Voluntaria del Embarazo datos definitivos 2008											
http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE_2008.pdf											

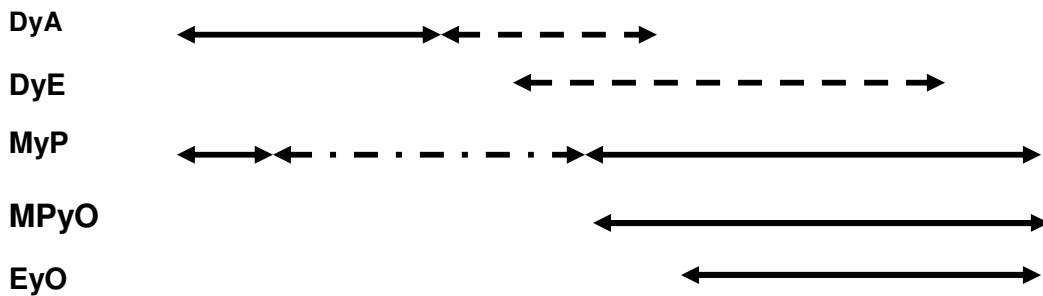
Tabla II										
1999-2008. TOTAL NACIONAL. I.V.E. NÚMERO DE CENTROS QUE HAN NOTIFICADO NÚMERO DE ABORTOS REALIZADOS Y TASAS POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS.										
Año de intervención	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nº de Centros que han notificado IVE	123	121	121	124	128	133	134	135	137	137
Nº de Abortos realizados	58.399	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812
Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78
Fuente: publicación del Ministerio de Sanidad y Política Social Interrupción Voluntaria del Embarazo datos definitivos 2008										
http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE_2008.pdf										

Tabla III
Técnicas de Aborto Provocado
Utilización en relación a semanas de amenorrea

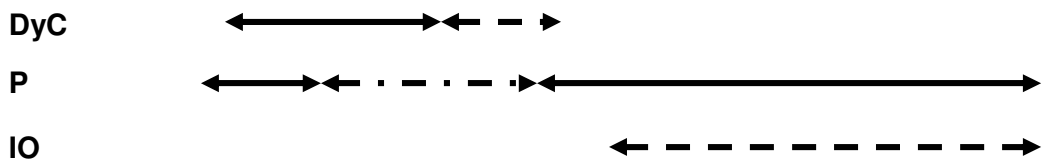
FARMACOLÓGICAS	QUIRÚRGICAS
Prostaglandinas solas (oral/vaginal) (P)	Dilatación y Legrado (DyC)
Mifepristona (oral) + Prostaglandinas (oral/vaginal) (MyP)	Dilatación y Aspiración (DyA)
Mifepristona (RU 486) (oral) Prostaglandinas E1(oral/vag) + Oxitócicos (M,PyO)	Dilatación y Evacuación(DyE)
Prostaglandinas E1(oral/vag) + Oxitócicos (Endovenosos) (EyO)	Histerotomía o Microcesárea
Intraovulares (Suero salino/urea/Prostaglandinas) (IO)	Histerectomía

Semanas de amenorrea
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 >23

Métodos más recomendados



Métodos menos utilizados



4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 >23

Muy utilizado **Debe dominarse la técnica** **En investigación**

Barambio S. Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones Aborto de segundo trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabero L. y cols. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo1. Madrid: Ed Med Pan; 2003. P. 179-84

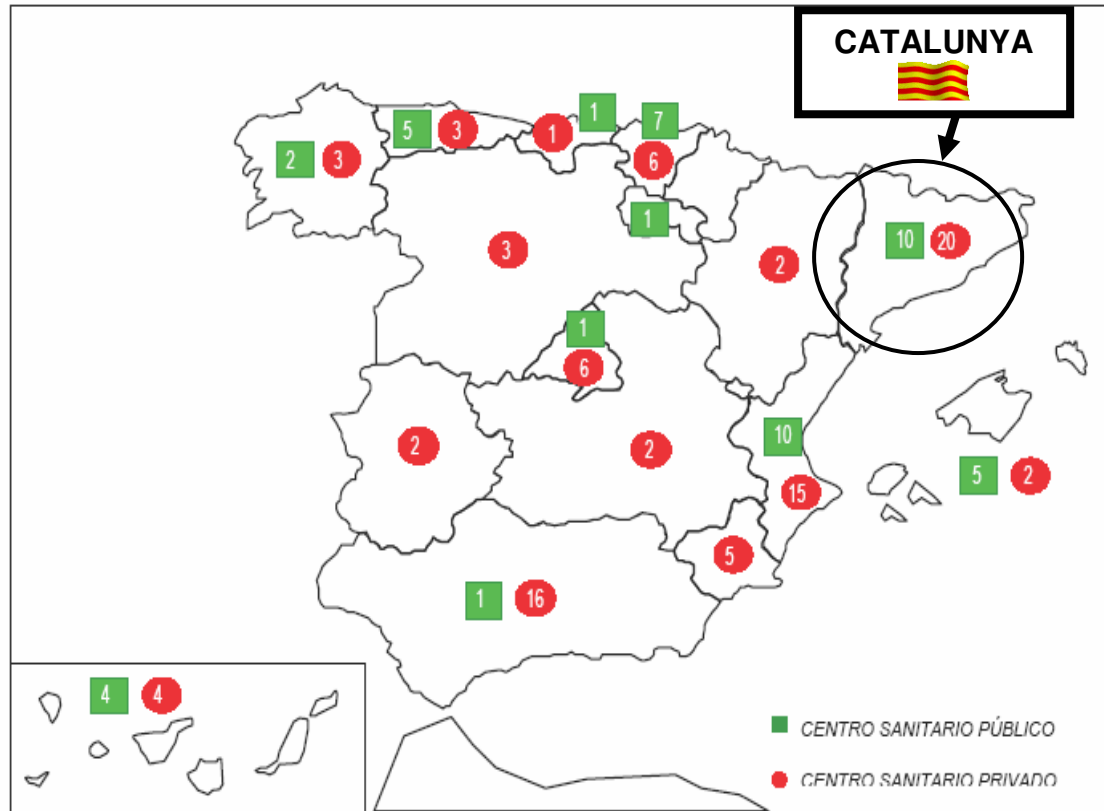
**Tabla IV Técnicas de 12 o mas sem. apoyado de Misoprostol y/oDilatadores osmoticos
n=1396**

Semanas	Misoprostol			Misoprostol+ Dilapan		
Método	Aspiración	D&E	Inducción	Aspiración	D&E	Inducción
12-15'6	192	552	0	0	16	0
16-19'6	0	533	0	0	36	0
20-26'0	0	21	38	0	8	0
Totales	192	1106	38	0	(5.4%) 60	0

• Complicaciones mayores 0.3 %

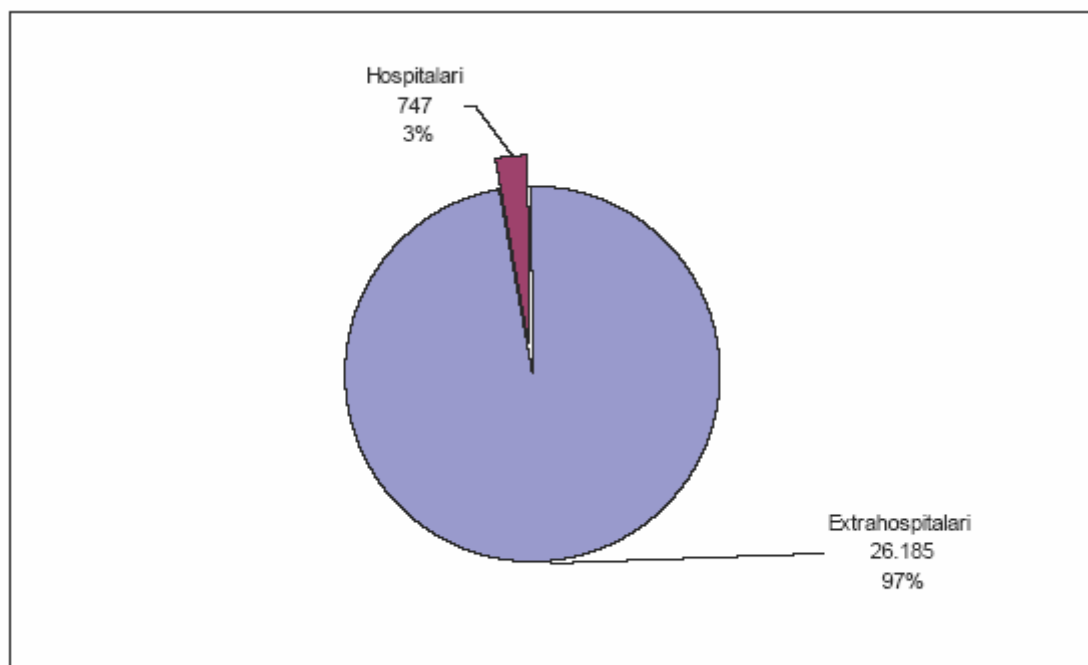
Barambio S. Finalización Voluntaria del Embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones Aborto de segundo trimestre: Técnicas, resultados, complicaciones. En: Cabero L. y cols. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo1. Madrid: Ed Med Pan; 2003. P. 179-84

Figura 1.
Distribución de centros que han notificado I.V.E.s. según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España, 2008



Fuente: **Publicación del Ministerio de Sanidad y Política Social**
Interrupción Voluntaria del Embarazo datos definitivos 2008

Figura 2. Avortament legal segons tipus de centre. Catalunya, 2008



Font: Generalitat de Catalunya. Avortament Legal a Catalunya, 2008
Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs
Actualitzada en data 20 de Novembre de 2009

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1933/avorlegal2008.pdf>