

Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat

**Direcció General de Regulació,
Planificació i Recursos Sanitaris**

Direcció:

Carles Constante i Beitia
Director general
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Maria Luisa de la Puente
Directora General (fins desembre de 2010)
Direcció General de Planificació i Avaluació

Dolors Costa Sampere
Direcció General de Planificació i Avaluació (fins desembre de 2010)

Josep Fusté Sugrañes
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Coordinació:

Carme Ollé Rodríguez
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Ramon Escuriet Peiró
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Redactors:

Neus Prat Puigpelat
ASSIR Àmbit Costa Ponent

Rosa Martínez Abella
Servei Català de la Salut

Àngels Martínez de Castilla
ASSIR Litoral - Drassanes

Pilar Soteras Guasch
ASSIR Cerdanyola

Elena Carreras Moratonas
Hospital de la Vall d'Hebron

M. Ángeles Sánchez Duran
Hospital de la Vall d'Hebron

Teresa Pi-Sunye Cañelles
Hospital de la Vall d'Hebron

Josep Maria Busquets Font
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Silvia López García
ASSIR Barcelona Dreta

Revisors:

Maria Luisa de la Puente Martorell, M. Assumpció Benito Vives, Dolors Costa Sampere, Ramón Prats Coll, Antonio Plasència Taradach, David Elvira Martínez, Teresa Planelles Camas, Núria Torras Arque, Silvia López García, Àngels AVECILLA Palau, Mercè Arasa Subero, Helena Bernat Capdevila, Jordi Xandri Casals, Carles Foradada Morilla, Josep Grau Galtes, Raquel Novo Valde, Santiago Barambio Bermúdez, Rosa Ros Rahola, Carme Fornells Ortiga, Elvira Méndez

Méndez, Mireia Jané Checa, Josep Ferrer Ferran, Josefa Moya González, Teresa Quiroga Hernández, Elena Boira Orantes, Cristina Martínez Bueno, Carmen Coll Capdevila, Gemma Falguera Puig, Carme Compte Corominas, Maria José Garrofé Peirón, Francesc Fargas Moreno, Yolanda Canet Estévez, Eduard Gratacós Solsona, Joaquim Calaf Alsina, Josefa Solé Suau, Felipe Ojeda Perez, Juncal Pineros Manzano, Assumpta Colomer Llach, Santi Bosch Arbusé, Francesc Xavier González Tallada, Elena Álvarez Castaño, M. José Vidal Benedé, Dolors Guix Llistuella, Joan Meléndez Rusiñol, Montse Figuerola Batista, Fernando Marín Sánchez, Genís Roca Figueres, Anna Riera Domènech, Marcela Mas Cuadrado, Bernat Serra Zantop, Eva Vela Martínez, Júlia Ojuel Solsona, Àngels AVECILLA Palau, Maria Ferrero Barrio, Mercè Fernández Gesalí, Carme Catalán Piñol, Miquel Àngel Lozano Arjona, Maria Gracia Poblet i Freixa, Albert Llop Diaz, Vicenç Cararach Ramoneda, Gemma March i Jardí, Lluïsa Corcoll Gallemí, Rafael Alonso Guerrero, Rosa Sales Guarda, Montserrat Busquets Subias, Jordi Casabona Barbarà

Suport administratiu:

Imma Ariete Camacho
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Sergi Cruz Fernández
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Rosa Zapata Campos
Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

© 2012, dels autors (només en el cas d'haver signat un contracte d'edició o cessió de drets amb autors externs al Departament de Salut.)

© 2012, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Edita:

Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

II edició:

Barcelona, desembre 2012

Assessorament i correcció lingüística:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut>

Dipòsit legal: B 34546-2012



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades 3.0 de Creative Commons. Se'n permet la reproducció, distribució i comunicació pública sempre que se'n citi l'autor i no se'n faci un ús comercial.

La llicència completa es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Sumari

Presentació	5
1. Introducció.....	6
1.1. Antecedents	6
1.2. Justificació.....	7
2. Aspectes que cal tenir en compte.....	9
2.1. Informació per a la dona i la seva parella	9
2.2. Aspectes psicològics	9
2.3. Aspectes ètics	10
2.4. Aspectes sobre l'objecció de consciència.....	11
3. Atenció a la demanda.....	12
3.1. Professionals implicats	12
3.2. Història clínica	13
3.3. Elements clau a l'entrevista	15
4. Opcions possibles	18
4.1. Continuar la gestació i assumir la maternitat	18
4.2. Continuar la gestació i donar el nadó en adopció	19
4.3. Interrompre la gestació en cas que concorri algun dels supòsits legals que ho permeten ...	19
4.3.1. Informació prèvia quan la dona embarassada sol·licita l'IVE.....	20
4.3.2. Centres.....	21
4.3.3. Consentiment informat	22
4.3.4. Gestió de la interrupció de l'embaràs.....	22
4.3.5. Diagnòstic i circuits d'atenció.....	23
4.3.6. Mètodes per a la interrupció de la gestació	24
4.3.7. Producte de la interrupció de la gestació i aspectes ètics.....	25
5. Atenció posterior a la situació d'embaràs no desitjat.....	26
5.1. Atenció a les complicacions després de la interrupció de la gestació	26
5.2. Atenció a les unitats d'ASSIR després de la interrupció de la gestació.....	26
5.3. Atenció després de la finalització de l'embaràs i donació del nadó en adopció.....	26
5.4. Consell reproductiu.....	27
6. Organització de recursos i serveis.....	28
7. Annexos	30
7.1. Annex I. Dones que decideixen continuar l'embaràs i donar el seu fill o filla en adopció.....	30
7.2. Annex II. Centres extrahospitalaris autoritzats per a l'IVE.....	31
7.3. Annex III. Classificació d'hospitals per nivell d'atenció a la complexitat	32
8. Referències bibliogràfiques	34

Presentació

L'evolució de la societat ve determinada per l'avenç dels coneixements i la incorporació d'aquests a les polítiques governamentals dirigides a aconseguir millores per a tota la ciutadania. Totes les persones que formen part d'una societat han de viure necessàriament en condicions d'igualtat i amb equitat d'accés a tots els recursos de salut de què disposen.

Les polítiques locals han anat introduint canvis com a resultat de les recomanacions globals, fruit del consens que s'ha produït en l'àmbit internacional. A la Conferència del Caire (1994) es van acordar compromisos en relació amb la salut sexual i reproductiva i amb la igualtat i l'equitat entre els sexes. Posteriorment, a la IV Conferència Mundial sobre la Dona, celebrada a Pequín (1995), es van establir uns compromisos amb relació als drets de les dones, la promoció del seu paper i el seu avenç, i es va formar la Plataforma d'Acció per aplicar aquests compromisos. En l'àmbit europeu, l'abril de l'any 2008 l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa va aprovar una resolució per permetre un accés a l'avortament legal i sense risc.

Aquests fets, que evidencien el paper cada cop més rellevant d'una sexualitat saludable en el concepte de salut, fan que la perspectiva dels drets sexuals i reproductius s'incorpori cada cop amb més força a l'atenció a la salut sexual, afectiva i reproductiva.

A Catalunya, l'atenció a la salut sexual i reproductiva en el sistema públic de salut ha anat evolucionant des que l'any 1991 es va crear el Programa d'atenció a la dona, en què es van fusionar molts dels anteriors centres de planificació familiar, fins a la creació del Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva actual (Decret 284/2004).

Amb el compromís que els poders públics catalans han de promoure l'exercici ple de les llibertats i dels drets reconeguts a l'Estatut d'autonomia de Catalunya, el Departament de Salut va impulsar el Pla estratègic d'ordenació de serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva amb una cartera actualitzada de serveis orientats a una perspectiva de gènere, per donar resposta a les necessitats d'atenció de la població, tenint com a referents els drets sexuals i reproductius de les persones.

Aquest protocol forma part de la línia d'acció per millorar la garantia de la prestació dels serveis quant a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) dins del marc legal. S'hi reconeixen els drets en salut sexual i reproductiva i s'hi garanteix la lliure decisió, d'acord amb el que estableix la Llei. Aquest plantejament ha de ser el punt de partida per a noves accions enfocades a la promoció de la salut sexual i a la prevenció de riscos que poden portar a situacions no desitjables.

1. Introducció

1.1. Antecedents

L'IVE es va regular legalment a l'Estat espanyol l'any 1985 amb la Llei orgànica 9/1985.¹

Aquesta Llei va permetre garantir una millor atenció a la salut sexual i reproductiva de les dones a tot l'Estat i augmentar la seguretat amb la regularització dels requisits que havien de complir tots els centres on es realitzaven aquest tipus d'intervencions.² Des de llavors els centres que compleixen els requeriments hi estan autoritzats i han de notificar al Departament de Salut les IVE que han practicat mitjançant un imprès específic, d'acord amb l'Ordre del Departament de Salut, de 10 de desembre de 1986.³ En aquesta Ordre es disposa el procediment de recollida de dades relatives a l'avortament, cosa que ha facilitat el registre i l'obtenció d'informació relativa a aquesta activitat, eina necessària per millorar la qualitat en l'atenció a les dones.

Més endavant, l'any 2006, es va fer un avenç a l'Estatut d'autonomia de Catalunya,⁴ que a l'article 41.5 recull «Els poders públics, en l'àmbit de llurs competències, i en els supòsits que estableix la Llei, han de vetllar perquè la lliure decisió de la dona sigui determinant en tots els casos que en puguin afectar la dignitat, la integritat i el benestar físic i mental, en particular pel que fa al propi cos i a la seva salut reproductiva i sexual».

Finalment, l'any 2010 es va aprovar la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs,⁵ que va entrar en vigor el 5 de juliol del mateix any. Aquesta nova Llei pretén adequar el marc normatiu al consens de la comunitat internacional, i actualitza les polítiques públiques i la incorporació de nous serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Amb la legislació actual es permet la possibilitat d'interrompre l'embaràs en dos supòsits, un a petició de la dona i l'altre per causes mèdiques.

1. A petició de la dona es pot interrompre l'embaràs dins de les primeres 14 setmanes de gestació sempre que concorrin els requisits següents:
 - Que s'hagi informat la dona embarassada sobre els drets, les prestacions i els ajuts públics de suport a la maternitat, en els termes que s'estableixen als apartats 2 i 4 de l'article 17 de la dita Llei.
 - Que hagi transcorregut un termini de com a mínim tres dies des que s'hagi proporcionat la informació mencionada al paràgraf anterior fins a la realització de la intervenció.
2. Excepcionalment, es pot interrompre l'embaràs per causes mèdiques quan concorri alguna de les circumstàncies següents:
 - Que no se superin les 22 setmanes de gestació i que existeixi un risc greu per a la vida o la salut de l'embarassada, i que així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge o una metgessa especialista diferent del que la practiqui o la dirigeixi. En cas d'urgència per risc vital per a la gestant es pot prescindir del dictamen.
 - Que no se superin les 22 setmanes de gestació i que existeixi el risc d'anomalies greus en el fetus, i que així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per dos metges especialistes diferents del que la practiqui o la dirigeixi.

- Quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida i així consti en un dictamen emès amb anterioritat per un metge o una metgessa especialista diferent del que practiqui la intervenció o quan es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic.

Aquest canvi normatiu, juntament amb els diferents factors de tipus demogràfic, social, professional i organitzatiu que han incidit darrerament a Catalunya, fa necessaris nous enfocaments per mantenir i millorar la qualitat dels serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a l'hora de donar resposta a les demandes de les dones i de les seves parelles. En aquest sentit, el nombre total d'IVE que es fan a Catalunya (22.614 l'any 2011, amb una disminució del 7% respecte de l'any anterior)⁶ justifica que es plantegin accions per millorar la garantia i l'equitat^{7,8} en l'accés a aquesta prestació dins dels serveis públics i que alhora es planifiquin accions per identificar riscos durant l'embaràs⁹ i accions per evitar embarassos no desitjats, amb atenció especial als grups de població en situació de més vulnerabilitat, com ara les dones joves i les dones estrangeres amb dificultats.

1.2. Justificació

L'embaràs es pot produir de manera imprevista, la qual cosa pot fer que moltes dones se sentin confoses i amb dificultats per enfrontar-se a la situació. També pot succeir que en el curs d'un embaràs que ha estat desitjat aparegui algun motiu que transformi la situació i la converteixi en no desitjable per a la dona.

En totes dues situacions, l'angoixa, la culpa, els dubtes, les pors, els valors, etc., poden dificultar el fet de trobar possibles solucions al problema que es planteja per a la dona, sola o amb la seva parella.

En aquesta situació, l'acompanyament és imprescindible per tal d'explorar els sentiments que la dona viu, valorar-ne la capacitat de resposta, el grau d'ansietat o por i identificar si requereix una atenció especialitzada per a l'angoixa o la depressió extrema que pot viure.

Un bon acompanyament en aquesta situació afavoreix que la dona (sola o amb la seva parella) compregui millor el que 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. La comunicació efectiva amb els professionals ajuda la dona a incrementar la seva confiança per fer front a les seves experiències sexuals i reproductives amb més responsabilitat. 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 dona ha de tenir l'oportunitat de tenir aquest espai sola o, si ella vol, amb la seva parella.

En tots els casos, s'han de considerar el marc ètic¹⁰ i el marc legal:

- Respecte a la dignitat, la privacitat i la confidencialitat.
- Dret a una informació completa, veraç i adequada.
- Dret a l'autonomia de la dona.
- Dret a la llibertat de consciència i d'expressió.

El propòsit d'aquest document és donar elements útils als professionals per a l'acompanyament i l'atenció a la dona en cas que s'enfronti a la situació d'un embaràs no desitjat, de manera que pugui prendre una decisió lliure i informada, d'acord amb la legalitat vigent, les seves conviccions i la seva situació.

2. Aspectes que cal tenir en compte

2.1. Informació per a la dona i la seva parella

Cal afavorir que tots els professionals dels centres que reben la dona per primer cop siguin especialment sensibles i tinguin en compte la dificultat de la dona, que hi pot anar sola o acompanyada per la seva parella, per poder expressar clarament el que succeeix, des de l'atenció telefònica i administrativa fins a l'atenció a la consulta.

Des d'un inici, al taulell administratiu s'ha d'orientar la dona de manera clara i dirigir-la al recurs corresponent, en aquest espai es valora la possibilitat d'atenció immediata o es programa una visita amb caràcter preferent. Cal trobar un espai més reservat, si és necessari, per garantir la privacitat, on es puguin obtenir les dades mínimes d'informació amb relació al procés i es pugui derivar la dona al professional adequat.

L'atenció a la dona en la seva primera visita ha de generar relacions de confiança, evitar els judicis, garantir el respecte i permetre que sigui ella qui, dins les limitacions d'ordre legal, decideixi el que vol fer amb l'embaràs. És imprescindible donar la informació legal preceptiva, informació sobre la intervenció i el tipus de procediment, informació sobre els efectes de la intervenció en la seva salut i, també, aclarir qualsevol dubte que tingui.^{9,10} Si hi ha dubtes en la decisió, cal considerar l'edat gestacional i, en funció d'aquesta, permetre un temps per a la reflexió i la presa de la decisió. En el cas d'embarassos fins a 14 setmanes, el temps mínim de tres dies de reflexió ve determinat per la Llei.

L'objectiu final ha de ser que la dona sola o, si ella ho demana, amb la seva parella, després d'haver expressat els seus dubtes, els seus sentiments i les seves necessitats i d'haver estat informada de les opcions possibles amb relació a la seva situació, decideixi i organitzi com vol resoldre aquesta situació de conflicte de la millor manera.

2.2. Aspectes psicològics

La sospita o la confirmació d'un embaràs no desitjat suposa per a la gran majoria de les dones una situació aguda de conflicte en què es confonen sentiments de desig i de rebuig que poden generar patiment i ansietat.

Les diferents situacions que poden portar a no desitjar la gestació comporten per a la dona embarassada un procés de reflexió per prendre les decisions que li permetran fer front a aquesta situació de no-desig, tenint en compte els condicionants individuals, com ara la situació socioeconòmica, la situació familiar o les creences, entre altres.

El desig té a veure amb l'inconscient, mentre que el fet de «volar» o «no voler» té a veure amb la raó. «Jo voldria, però no puc» i «ara no és possible» són exemples de com es poden verbalitzar aquests sentiments de desig i de rebuig. D'altra banda, els valors culturals, religiosos i familiars poden afavorir la culpa, la vergonya, la por i la soledat, així com les contradiccions i els dubtes.

La intervenció dels i de les professionals davant els embarassos no desitjats ha de permetre a la dona i a la seva parella, quan la dona vulgui fer-la participar, analitzar i avaluar els aspectes biopsicosocials que tenen a veure amb la presa de la decisió:

- Edat i situació personal.
- Entorn familiar.
- Salut física i psíquica de la dona i del progenitor.
- Situació afectiva i estabilitat de la relació amb el progenitor.
- Desig de ser mare i capacitats sentides per fer aquest rol.
- Necessitats que pot tenir el fill o la filla o altres fills o filles que es tinguin.
- Consideracions amb relació als estudis o les perspectives professionals.
- Realitat social i econòmica, en especial en el cas del procés migratori.
- Creences culturals o morals sobre l'avortament i la maternitat.

Darrere de les situacions que hi pugui haver quan una dona es planteja no continuar un embaràs, normalment hi ha conflictes psíquics que no s'han pogut manifestar ni reconèixer. Aquests conflictes tenen lloc freqüentment en situacions d'estrès emocional, situacions discordants amb la parella o després de pèrdues (dol). L'embaràs fa aparèixer el conflicte que no es podia reconèixer o al qual no es podia posar remei i, alhora, genera una nova situació discordant. Per aquest motiu és important resoldre aquesta situació adequadament i reduir el risc que es repeteixi. Quan hi ha una elaboració correcta de la decisió i aquesta es pren sense pressions i amb llibertat, les conseqüències psicològiques no solen ser greus.

Els professionals han de posar molta atenció en tots aquests aspectes per tal d'oferir l'ajut necessari durant tot el procés, així com per detectar factors de risc, ambivalència emocional, ansietat o depressió extrema que la dona pot viure, valorar-ne la capacitat de resposta i el grau d'ansietat o por i fer una derivació correcta si la dona requereix l'atenció especialitzada d'un altre o una altra professional experta o experta en psicologia i/o psiquiatria.

2.3. Aspectes ètics

Amb relació a l'IVE, cal normalitzar-ne l'atenció per tal d'assegurar que aquesta activitat sanitària es fa de la manera més respectuosa i segura possible, i també per garantir que la promoció i l'educació en salut sexual contribueixen a la disminució dels embarassos no desitjats.

Com a acte sanitari *legítim* que és, el professional ha de fer el següent:

- No discriminar les persones en funció de les seves idees o creences, i no abandonar-les mai fins que trobi la persona que pot atendre-les.
- Ajudar la dona a trobar el professional que l'ajudi quan no li sigui possible atendre-la.
- Ser atent en relació amb la situació de vulnerabilitat que pateix una dona en aquest procés i, per tant, procurar-li un tracte eficient, respectuós i afable.
- Respectar el dret de la dona a exercir la seva autonomia reproductiva, cosa que significa donar-li una informació àmplia, detallada i en un llenguatge adequat, si cal mitjançant un mediador o una mediadora intercultural, perquè pugui donar el seu consentiment amb relació al procés.
- Respectar la dignitat i la privacitat de la dona, requisits imprescindibles en qualsevol acte sanitari.
- Garantir i respectar la confidencialitat de la informació obtinguda.

- Fer tots els possibles perquè l'atenció que es dispensa tingui continuïtat i incorpori tots els plantejaments que siguin necessaris abans, durant o després del procediment.

2.4. Aspectes sobre l'objecció de consciència

El professional de la salut té el dret que es respecti la seva objecció de consciència, és a dir, a no participar en procediments que vagin en contra de les seves creences o conviccions morals.¹⁰ No obstant això, sempre s'ha de tenir en compte el següent:

- L'atenció a les persones és un deure. Per tant, en determinades situacions i en els supòsits que preveu la Llei, aquest deure ha de prevaler per damunt del dret d'objecció. En conseqüència, no es pot al·legar objecció quan la interrupció de la gestació és necessària per evitar a la dona embarassada un perill de mort o un altre perjudici greu per a la salut que no es pugui evitar d'una altra manera.
- Només poden ser subjectes que poden al·legar objecció de consciència les persones físiques, i no les jurídiques ni altres col·lectius.
- Els professionals de la salut han de formular l'objecció de consciència de manera prèvia davant la direcció assistencial del seu centre, que té l'obligació d'ordenar els seus recursos per satisfer la necessitat assistencial de les dones. Aquesta objecció pot quedar documentada en un registre que cada centre hauria d'habilitar amb aquesta finalitat. El document ha de reflectir l'acte específic que s'objecta i que, en qualsevol cas, no pot ser ni l'atenció prèvia ni l'atenció posterior al procediment.
- Poden al·legar objecció únicament les persones la intervenció de les quals sigui necessària per a la realització del procediment, però no les que hi intervenen, tant abans com després, ja que l'atenció a la dona no pot ser objecte d'objecció de consciència.
- La pràctica o la cooperació en avortaments en institucions privades deixa sense efecte la possible objecció del mateix o la mateixa professional en l'àmbit de l'atenció pública.

3. Atenció a la demanda

Per garantir una atenció de qualitat des d'un inici, hi ha d'haver una comunicació entre els professionals de les unitats d'atenció a la persona usuària i els professionals de salut. Establir aquesta comunicació permet resoldre els possibles dubtes que es plantegin en aquest primer contacte.

Cal tenir en compte el següent:

- La importància d'observar les diverses expressions verbals que es poden utilitzar en el plantejament del problema, tant si és per telèfon com si és al mostrador d'un centre sanitari, com ara: «em falta la regla», «tinc un problema», «estic embarassada», «tinc problemes amb la regla». La dona pot tenir dificultats per expressar el que li passa, ja sigui perquè no se li pregunta obertament o per la por del judici que se'n pugui fer.
- La importància d'escoltar el problema preservant la intimitat i la confidencialitat.
- L'obtenció d'algunes dades que puguin orientar sobre el temps d'embaràs a partir del temps d'amenorrea, per tal de valorar una atenció immediata. S'ha de considerar el següent:
 - Sospita d'embaràs proper a les 14 setmanes.
 - Sospita de problemes de salut materna o fetal en un embaràs proper a les 22 setmanes.
- La rellevància de detectar els sentiments que es generen en la dona en aquesta situació, com ara l'ansietat, la por, les contradiccions, la necessitat de resolució immediata i de compartir el problema, entre altres.
- Les diferents situacions especials i/o vulnerables que pot presentar la dona:
 - La discapacitat.
 - El risc d'exclusió social relacionat amb la procedència.
 - La patologia mèdica associada.
 - La infecció pel VIH.
 - La problemàtica psicològica o psiquiàtrica.
 - El context de crisi emocional.
 - La desestructuració del context sociofamiliar.
 - La soledat sense xarxa de suport.
 - El maltractament o la sospita de l'exercici de violència masclista.
 - Dones a les quals la privacitat del procés els pot suposar una situació conflictiva.
 - El consum de substàncies tòxiques.
 - L'exercici de la prostitució.
 - L'edat jove associada a un comportament de risc.
- La importància de procurar una atenció, si cal, immediata o fer una derivació correcta al centre de referència.

3.1. Professionals implicats

Aquest tipus de demanda pot arribar indistintament a les unitats d'ASSIR, als equips d'atenció primària (EAP), als hospitals maternoinfantils (HM), als centres d'atenció a joves i a altres dispositius sanitaris. Els professionals que hi treballen han de poder escoltar la situació que planteja la dona, així com atendre-la o bé orientar-la al servei a què s'ha de dirigir per ser atesa.

En el sistema públic de salut, les persones que han de donar l'atenció són preferentment els professionals de l'obstetrícia i la ginecologia, en col·laboració amb els llevadors i les llevadores; els metges de família en col·laboració amb els infermers i les infermeres, i els professionals de la psicologia en els equips en què hi hagi aquesta possibilitat.

En tots els casos, en el primer contacte de la dona amb el centre al qual acudeix s'ha de procurar atendre-la en un espai amb la privacitat suficient per poder-la tranquil·litzar si cal i obtenir-ne les dades necessàries. Així es podrà valorar l'atenció immediata o la programació de la visita.

3.2. Història clínica

La història clínica recull el conjunt de documents relatius al procés assistencial que es generen en relació amb un problema de salut. En el marc de la història clínica, l'anamnesi i l'exploració són eixos fonamentals per garantir una atenció de qualitat, i s'ha d'assegurar en tot moment el dret a la intimitat de la persona atesa i la confidencialitat¹¹ de les dades registrades.

Anamnesi

L'entrevista ha de tenir en compte les possibles situacions que poden haver sofert les dones. Aquestes han de ser informades per separat del seu cònjuge, la seva parella o altres acompanyants, ja que aquesta mesura permet detectar situacions específiques que per temor, vergonya o subordinació no es reflectirien si no.

També cal garantir l'atenció en diversos idiomes i les consultes per part de dones sordes o amb discapacitats auditives i/o en la parla.

L'anamnesi comporta recollir algunes dades que són fonamentals per a l'atenció al procés, algunes han de ser recollides a la primera visita i d'altres poden ser recollides més endavant.

En destaquem les següents:

- Dades sociodemogràfiques:
 - País de procedència.
 - Anys d'estada a Catalunya (en el cas de dones estrangeres).
 - Nivell d'estudis.
 - Professió i ocupació.
 - Genograma.
 - Relacions de convivència.
 - Dades relacionades amb la parella o les parelles.
- Antecedents familiars d'interès.
- Antecedents de salut d'interès:
 - Hàbits tòxics.
 - Malalties psíquiques.
 - Malalties sistèmiques (DM, HTA, coagulopaties, anèmies, epilèpsia o altres) i infeccions (VIH, hepatitis B i C i altres ITS).
 - Controls i tractaments mèdics actuals (si escau).
 - Antecedents quirúrgics.
 - Grup i Rh, antecedents de transfusió.

- Al·lèrgies a fàrmacs i altres substàncies (anestèsics locals i especificació d'al·lèrgia al làtex).
- Dades ginecològiques i obstètriques:
 - Menarquia.
 - Edat d'inici de les relacions sexuals coitals.
 - Tipus menstrual i característiques dels darrers cicles menstruals.
 - Data de l'última regla i característiques.
 - Visites ginecològiques prèvies.
 - Antecedents de patologia i/o cirurgia ginecològica i/o tocúrgia.
 - Paritat i característiques dels parts.
 - Antecedents d'anticoncepció.
 - Mètode anticonceptiu en els darrers cicles.
 - Problemes relacionats amb els mètodes anticonceptius.
 - Antecedents de contracepció d'emergència i tipus.
 - Antecedents d'interrupcions de gestació i experiències prèvies.
 - Simptomatologia genital actual.

Exploracions i proves complementàries

Per tal de confirmar l'embaràs s'ha de practicar una prova d'embaràs en orina.

L'ecografia i/o el tacte vaginal són exploracions no imprescindibles però que en ocasions poden complementar el diagnòstic d'embaràs o ajudar a determinar-lo i aproximar l'edat gestacional.

L'exploració genital és necessària si hi ha simptomatologia genital o sospita d'ITS, i en aquests casos cal valorar la pràctica de proves de detecció i tractament.

Si a la dona mai se li ha practicat una exploració ginecològica, es pot oferir en aquest moment encara que no hi hagi simptomatologia, per evitar que la primera exploració genital que es faci a la dona sigui en el moment de l'IVE.

En alguns casos es pot considerar el cribratge de càncer de coll uterí i la pràctica de la citologia cervicovaginal.

Diagnòstic d'embaràs

En cas que no es confirmi l'embaràs, cal prosseguir l'estudi de l'amenorrea.

Si es confirma l'embaràs, s'ha d'obrir un espai d'entrevista en què la dona pugui expressar tot allò que sent i li preocupa en un entorn acollidor i sense interrupcions. És important que el professional que atén la dona no en pressuposi la decisió.

El professional ha de poder donar respostes a les demandes d'informació que vagi fent la dona, i al mateix temps ha de fer el següent:

- Aportar elements que l'ajudin en la reflexió per a la presa de la decisió i, segons les característiques del procés, determinar la necessitat d'una segona entrevista.
- Informar la dona de les opcions que permet el marc legal segons la situació de cada cas, i també informar-la dels circuits que cal seguir. Aquesta informació ha de ser clara i precisa, i s'ha de transmetre en un llenguatge adequat.

- Valorar la derivació per a suport psicològic i/o social quan es detectin situacions amb especial vulnerabilitat, així com la participació d'altres professionals mèdics especialitzats quan es detecti una patologia associada que ho requereixi.

És important considerar aspectes associats a comportaments de risc que hagin pogut ser detectats a l'anamnesi i que estiguin relacionats amb l'embaràs i amb el contagi d'ITS o el VIH. En aquest moment es pot iniciar l'educació sanitària per a la prevenció dels riscos i la promoció de comportaments sexuals saludables, tot valorant la capacitat de la dona per comprendre i assimilar aquesta informació i tenint en compte el seu estat psicoemocional.

3.3. Elements clau a l'entrevista

L'entrevista ha d'implicar la comunicació verbal i la no verbal en un context d'empatia, sense prejudicis. Es tracta d'oferir un espai d'escolta que permeti a la dona verbalitzar la seva situació i les seves reflexions sobre el tema.

Alguns elements clau que cal considerar en aquesta entrevista són els següents:

- Donar temps a la dona perquè pugui expressar els seus sentiments.
- Demanar-li què vol fer i informar-la de les diverses possibilitats dins del marc legal segons la seva situació.
- Acceptar els seus dubtes i la seva ambivalència si es presenten.
- Evitar fer judicis de valor negatius sobre la dona o les seves decisions.
- No influenciar la decisió de la dona amb els criteris ètics, morals o religiosos propis.
- Facilitar que la dona decideixi lliurement.
- Manifestar-li suport/relació d'ajuda.
- Considerar la relació amb la parella (valorar el risc de violència masclista). En cas que s'identifiqui una situació de violència masclista, els professionals han d'intervenir obligatòriament¹² d'acord amb els protocols específics (art. 11.1 de la Llei 5/2008).
- Explorar la xarxa de suport (parella, família, amistats).
- Promoure la reflexió sobre el motiu pel qual s'ha produït l'embaràs amb relació a la utilització o no d'un mètode anticonceptiu i sobre els problemes relacionats amb l'anticoncepció.
- Explorar comportaments de risc envers la salut sexual.
- Explorar experiències anteriors i sentiments envers el fet (a les IVE de repetició).
- Oferir suport psicològic d'un professional especialitzat en cas que es consideri necessari.
- Oferir informació sobre contracepció perquè es pugui iniciar després de l'episodi.

Introduir informació sobre contracepció en la primera entrevista pot ajudar que la dona estableixi la seva estratègia per a la utilització d'un mètode contraceptiu un cop finalitzat el procés, i també prevenir episodis futurs de situacions no desitjades.

L'anticoncepció pot ser iniciada immediatament després de l'IVE, per la qual cosa s'ha de garantir, si la dona així ho desitja, l'accés al mètode anticonceptiu el mateix dia o l'endemà de la intervenció, tant si és al centre mateix com a l'ASSIR.

En la proposta del mètode anticonceptiu cal considerar, segons les recomanacions de l'OMS,¹³ la innocuïtat, l'eficàcia, l'accessibilitat amb relació al cost i la dificultat d'ús, la reversibilitat i l'afectació del patró de sagnat d'aquest. També cal tenir presents els riscos relacionats amb el contagi d'ITS o el VIH. A l'hora d'escollir el mètode, la dona ha de poder fer un procés de reflexió sobre els factors que han donat lloc a l'embaràs no desitjat i, a partir d'això, cal ajudar-la a establir una estratègia per evitar que torni a succeir.

Taula 1. Mètodes anticonceptius (actualitzada segons la 4a edició)

Avortament (espontani o induït)						
Si existeix risc de contagi d'ITS i/o VIH, s'ha de recomanar l'ús correcte i regular de preservatius masculins o femenins, sols o en combinació amb altres mètodes.						
Anticonceptius hormonal combinats						
		Primer trimestre	Segon trimestre	Immediatament després d'avortament sèptic		Aclariments
AOC*, PAC*, AVAC*, AIC*		1	1	1		
Anticonceptius de progesterona sola						
AOPS, LNG/ETG, D/NE		1	1	1		L'administració dels anticonceptius de progesterona sola pot iniciar-se immediatament després d'un avortament.
Dispositius intrauterins						
DIU	DIU-Cu	1	2	4		Els DIU poden ser col·locats immediatament després d'un avortament de primer trimestre, tant si és espontani com induït.
	DIU-LNG	1	2	4		
Mètodes de barrera						
C, E, D		1	1	1		El diafragma i el caputxó cervical no són apropiats fins a després de 6 setmanes d'un avortament de segon trimestre.
Mètodes basats en el coneixement de la fertilitat (MBCF)						
	Postavortament					
SINT	El mètode normalment es proporciona en condicions de rutina, però amb preparació i precaucions addicionals. Per als MBCF, això generalment implica que potser es necessiti una orientació especial per assegurar l'ús correcte del mètode per part de la dona que està en aquesta circumstància.					
CAL	L'ús d'aquest mètode s'ha de retardar fins que la condició sigui avaluada o corregida. Cal oferir altres mètodes anticonceptius temporals.					
Esterilització quirúrgica femenina						
	Sense complicacions	Sèpsia o febre postavortament	Hemorràgia abundant postavortament	Traumatisme greu del tracte genital durant l'avortament	Hematomètria aguda	Perforació de l'úter
EQF	No hi ha raons mèdiques per negar l'esterilització a una persona en aquesta condició.	El procediment s'ha de retardar fins que la condició sigui avaluada i/o corregida. Cal proporcionar mètodes temporals alternatius d'anticoncepció.				El procediment s'ha de dur a terme en llocs que comptin amb cirurgians i personal experimentat i l'equip necessari per proveir anestèsia general i suport mèdic. Aquestes condicions requereixen, a més, la capacitat de decidir sobre el procediment més apropiat i el règim d'anestèsia. Si és necessari referir la pacient o si hi ha qualsevol altre retard, cal oferir mètodes temporals alternatius d'anticoncepció.
	Si s'efectua cirurgia exploratòria o laparoscòpia, es pot reparar el problema i prosseguir l'esterilització tubàrica al mateix temps si no hi ha risc addicional involucrat.					

AOC: anticonceptius orals combinats
 PAC: pegat anticonceptiu combinat
 AVAC: anell vaginal anticonceptiu combinat
 AIC: anticonceptiu injectable combinat
 AOPS: anticonceptius orals de progesterona sola
 LNG/ETG: implants de levonorgestrel i etonogestrel
 D/NE: acetat de medroxiprogesterona de dipòsit (AMPD)/
 enantat de noretisterona (EN-NET)
 DIU-Cu: DIU de coure

DIU-LNG: DIU alliberador de levonorgestrel (20 µg/24 h)
 C: condons masculins de làtex, condons masculins de poliuretà, condons femenins
 E: espermicides
 D: diafragma (amb espermicida), caputxó cervical
 SINT: mètodes basats en símptomes
 CAL: mètodes basats en el calendari
 EQF: esterilització quirúrgica femenina

1. Una condició per a la qual no hi ha restricció pel que fa a l'ús del mètode anticonceptiu.
2. Una condició en què els avantatges de l'ús del mètode generalment superen els riscos teòrics o provats.
3. Una condició en què els riscos teòrics o provats generalment superen els avantatges de l'ús del mètode.
4. Una condició que representa un risc de salut inadmissible si s'utilitza el mètode anticonceptiu.

Adaptat de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4a ed. OMS.

4. Opcions possibles

La manca de desig de continuar l'embaràs pot ser conseqüència d'un embaràs imprevist o d'un canvi de situació en un embaràs prèviament desitjat. En totes dues situacions poden concórrer o no circumstàncies que estiguin recollides en el marc legal com a supòsits que permeten interrompre l'embaràs. De vegades el plantejament de no continuar l'embaràs pot ser una reacció a un fet inesperat, que es pot reconvertir en tolerància/acceptació, per bé que en altres casos pot conduir a un conflicte psicològic greu de difícil resolució.

En tot el procés és necessari garantir que la dona tingui la informació i els elements de reflexió necessaris per poder prendre una decisió lliure, autònoma i coherent amb els seus sentiments, valors, pensaments i expectatives, tenint en compte els límits marcats per l'edat gestacional i el marc legislatiu.

Després del procés de reflexió, la dona pot decidir continuar l'embaràs i assumir la maternitat, donar la criatura en adopció o interrompre l'embaràs en cas que concorri algun dels supòsits que estableix la Llei.

Opcions possibles
4.1. Continuar la gestació i assumir la maternitat.
4.2. Continuar la gestació i donar el nadó en adopció.
4.3. Interrompre la gestació en cas que concorri algun dels supòsits legals que ho permeten.

4.1. Continuar la gestació i assumir la maternitat

Quan la dona opta per continuar l'embaràs i assumir la maternitat, què cal fer?

- Iniciar el control i el seguiment de l'embaràs segons les recomanacions del Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya.¹⁴
- Fer l'acompanyament del procés considerant l'episodi inicial de dubtes i ambivalència.
- Identificar possibles riscos o situacions de vulnerabilitat i, en funció d'aquests, valorar:
 - La necessitat de suport psicològic.
 - La coordinació amb l'equip d'atenció primària.
 - La coordinació amb els serveis socials del territori.
 - La implicació d'altres recursos o serveis.
- En cas que posteriorment s'identifiqui alguna possibilitat que el fetus presenti anomalies greus, la dona és derivada a la unitat de medicina fetal, la consulta especialitzada per a la confirmació del diagnòstic, on, un cop confirmat el diagnòstic, s'informarà la dona de les opcions possibles i es coordinarà, si es continua la gestació, l'atenció necessària per al moment del part, l'avaluació i el tractament postnatal.
- Els recursos implicats són els següents:
 - Els equips d'atenció primària.
 - Les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva.
 - Els serveis socials del territori.
 - Els hospitals maternoinfantils.
 - Altres.

4.2. Continuar la gestació i donar el nadó en adopció

La dona té dret a conèixer i plantejar-se la possibilitat de continuar l'embaràs i donar la criatura en adopció.¹⁵ El professional ha de disposar d'informació sobre el procés d'adopció i oferir-la a la dona en el moment en què aquesta ho sol·liciti (vegeu l'annex I). En aquests casos, és recomanable el suport de professionals de la psicologia.

És important que els professionals tinguin una sensibilitat especial durant el contacte amb la dona al llarg de tot el procés d'embaràs, part i postpart.

Quan la decisió és continuar l'embaràs i donar la criatura en adopció, cal fer el següent:

- Iniciar el control del seguiment de l'embaràs segons les recomanacions del *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*.
- La identificació de possibles riscos o situacions de vulnerabilitat i la valoració de:
 - La necessitat de suport psicològic.
 - La coordinació amb l'EAP.
 - La derivació per al seguiment adequat de l'embaràs al centre hospitalari de referència en el territori, si escau.
 - La implicació d'altres recursos o serveis.
 - L'acompanyament del procés considerant mesures específiques en el control de l'embaràs, d'acord amb els desitjos de la dona:
 - La utilització d'auriculars per evitar que la dona escolti els batecs fetals.
 - La programació de visites de control de l'embaràs en trams horaris que evitin l'encontre amb altres dones embarassades.
- La coordinació del procés d'adopció amb els serveis socials del territori.
- La coordinació amb l'hospital i la comunicació de la intenció de donar el nadó en adopció.
- La coordinació amb l'Equip Funcional d'Infància (EFI) de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).
- La implicació dels recursos següents:
 - Els equips d'atenció primària.
 - Les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva.
 - Els serveis socials del territori.
 - Els hospitals maternoinfantils.
 - La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.

4.3. Interrompre la gestació en cas que concorri algun dels supòsits legals que ho permeten

Quan la dona es troba en algun dels supòsits previstos a la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, ha tingut un espai de reflexió adequat i la informació adient per prendre una decisió lliure i autònoma.^{11,16} Cal que conegui el següent:

- Les tècniques per practicar l'IVE (farmacològiques i quirúrgiques) i les possibles complicacions.
- Les condicions per a l'IVE previstes a la Llei.
- Els centres públics i autoritzats als quals es pot dirigir.

- Els tràmits per accedir a la prestació.
- Les condicions de cobertura per part del servei públic de salut.

Després que la dona ho hagi decidit, se li ha de demanar el consentiment per a la realització de l'IVE.

En el cas d'una jove menor d'edat, segons la normativa legal actual,¹⁷ s'ha de considerar que almenys un dels representants legals, el pare o la mare o persones amb pàtria potestat o tutors de les dones de 16 i 17 anys, ha de ser informat de la decisió de la dona. La dona de 16 o 17 anys ha de prestar el seu consentiment acompanyat d'un escrit que acrediti el compliment d'aquest requisit d'informació prèvia. En cas que la menor al·legui fundadament que això li provocaria un conflicte greu o manifesti el perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, maltractaments, o en cas que es produeixi una situació de desarrelament o desemparament, es pot prescindir d'aquesta informació. El metge o metgessa encarregat de practicar la interrupció de l'embaràs ha d'apreciar, per escrit i amb la signatura de la dona, que les al·legacions d'aquesta són fundades, i pot sol·licitar, si escau, un informe psiquiàtric, psicològic o d'un professional de treball social.

Quan la jove és menor de 16 anys, és necessari el consentiment dels pares. L'opinió de la noia sempre ha de ser escoltada i, si aquesta discrepa de la dels pares o tutors, ha de ser el jutge amb competència qui determini el criteri que ha de prevaler atenent l'interès de la menor.

4.3.1. Informació prèvia quan la dona embarassada sol·licita l'IVE

- En els casos en què les dones optin per la interrupció de l'embaràs a petició seva (regulada a l'article 14 de la Llei 2/2010), han de rebre, a més, un sobre tancat que contingui la informació següent:
 - Les ajudes públiques disponibles per a les dones embarassades i la cobertura sanitària durant l'embaràs i el part.
 - Els drets laborals vinculats a l'embaràs i a la maternitat; les prestacions públiques per a la cura i l'atenció dels fills i les filles; els beneficis fiscals i altra informació rellevant sobre incentius i ajudes al naixement.
 - Dades sobre els centres disponibles per rebre informació adequada sobre l'anticoncepció i el sexe segur.
 - Dades sobre els centres en els quals la dona pot rebre voluntàriament assessorament abans i després de la interrupció de l'embaràs.
- En el cas d'interrupció de l'embaràs per causes mèdiques quan no se superin les 22 setmanes de gestació i sempre que hi hagi risc d'anomalies greus en el fetus i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per dos metges especialistes diferents del que la practiqui o la dirigeixi, la dona ha de rebre, a més de la informació prèvia, informació per escrit sobre els drets, les prestacions i les ajudes públiques existents de suport a l'autonomia de les persones amb alguna discapacitat, i també sobre la xarxa d'organitzacions d'assistència social a aquestes persones.
- En tots els supòsits, i amb caràcter previ a la prestació del consentiment, s'ha d'informar la dona en els termes dels articles 4 i 10 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, i, específicament, sobre les conseqüències mèdiques, psicològiques i socials de la prossecució de l'embaràs o la interrupció d'aquest.

Aquesta informació s'ha de lliurar per escrit en un sobre tancat i també es pot oferir verbalment, si la dona ho vol; es pot donar en qualsevol centre sanitari públic o bé en els centres acreditats per a la interrupció voluntària de l'embaràs. S'ha d'adjuntar a aquest sobre un document acreditatiu de la data d'entrega.

La informació ha de ser clara, objectiva i comprensible. En el cas de les dones amb discapacitat, aquesta informació ha d'estar adaptada a formats i mitjans accessibles adequats a les seves necessitats.

4.3.2. Centres

El motiu de l'IVE i la complexitat del cas, tant si és per causa de la dona com del fetus, en el marc dels supòsits legals determina les característiques dels centres on s'ha de practicar l'IVE.

En el quadre adjunt s'esmenten de manera resumida les possibles situacions i l'edat gestacional.

	< 14 setmanes*	14-22 setmanes*	> 22 setmanes*
Interrupció de l'embaràs a petició de la dona			
	Hospitals maternoinfantils Nivell I-II i III ⁽³⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽¹⁾		
Interrupció per causes mèdiques			
Quan existeixi risc greu per a la vida o la salut de l'embarassada	Hospitals maternoinfantils Nivell I-II i III ⁽³⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats	Hospitals maternoinfantils Nivell II i III ⁽³⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽²⁾	
Quan hi hagi risc d'anomalies greus en el fetus	Hospitals maternoinfantils Nivell I-II i III ⁽³⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats	Hospitals maternoinfantils Nivell II i III ⁽³⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽²⁾	
Quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida i així consti en un dictamen emès amb anterioritat per un metge o una metgessa especialista diferent del que practiqui la intervenció, o quan es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic	Hospitals maternoinfantils Nivell I-II i III ⁽⁴⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽⁴⁾	Hospitals maternoinfantils Nivell II i III ⁽³⁾⁽⁴⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽²⁾⁽⁴⁾	Hospitals maternoinfantils Nivell II i III ⁽³⁾⁽⁴⁾ Centres extrahospitalaris autoritzats ⁽²⁾⁽³⁾

* setmanes de gestació (considerant com a inici la data de la fecundació)

(1) Centres extrahospitalaris autoritzats per la Generalitat (vegeu l'annex II) per a aquest tipus d'intervencions fins la setmana 14 d'embaràs.

(2) Centres extrahospitalaris autoritzats per la Generalitat (vegeu l'annex II) per a aquest tipus d'intervencions a partir de la setmana 14 d'embaràs.

(3) La interrupció de la gestació en els centres de nivell IIA, IIB, IIIA o IIIB ve determinada per la complexitat de la patologia materna i l'estudi anatomopatològic i genètic fetal (vegeu l'annex III).

(4) Si tenen servei d'estudi anatomopatològic i genètic fetal propi o concertat.

És important que les interrupcions de la gestació que requereixin un estudi fetal per al posterior consell genètic reproductiu es facin en centres qualificats per a aquesta finalitat, que disposin d'un servei d'anatomia patològica fetal i d'estudi genètic fetal propi o concertat, amb protocol de trasllat, si escau.

L'estudi anatomopatològic o genètic fetal s'ha de fer amb l'autorització dels progenitors, després d'explicar-los el que impliquen les diferents tècniques.

4.3.3. Consentiment informat

Per a la pràctica de l'IVE és necessari el seguiment acurat d'un procés d'informació ampli i detallat^{11,16} per part de l'equip assistencial que permeti obtenir el consentiment de la dona a la qual s'ha de practicar la intervenció.

S'ha d'oferir la informació a la dona amb antelació suficient perquè s'hi pugui implicar lliurement. S'ha de fer en llenguatge adequat i s'ha d'incloure una explicació sobre el procediment més adient al cas, els riscos i les possibles complicacions relacionats amb la intervenció, l'edat gestacional i les característiques de la dona embarassada.

Un cop el professional s'assegura que la dona ha comprès la informació rebuda, a la història clínica ha de quedar constància que s'ha rebut el consentiment mitjançant la signatura d'un document.

La dona pot retirar el seu consentiment amb plena llibertat en qualsevol moment previ a la intervenció, tenint en compte que en els casos en què el procediment sigui farmacològic la intervenció s'entén iniciada des de la presa o l'administració del primer fàrmac.

4.3.4. Gestió de la interrupció de l'embaràs

Segons les setmanes d'embaràs, la gestió de l'IVE té algunes característiques diferenciades en relació amb els circuits d'atenció, amb la complexitat de les tècniques que s'han d'utilitzar per a la intervenció i amb els estudis posteriors en cas que se n'hagin de fer.

Cal establir uns criteris consensuats per a les derivacions que es puguin fer en alguns casos des dels centres de menys complexitat fins als centres de referència de més alta complexitat en cada territori.

En qualsevol cas, el procés des de la demanda d'atenció fins a la realització de l'IVE no hauria de ser superior a set dies si no hi ha causa que ho justifiqui, encara que no hi hagi urgència per raó de les setmanes de gestació o qualsevol altra circumstància.

a. Interrupció de l'embaràs fins a 14 setmanes a petició de la dona

Els centres autoritzats per fer l'IVE en aquest període poden rebre la sol·licitud d'atenció de l'IVE directament de la dona o a través de les unitats ASSIR, les unitats de diagnòstic prenatal o altres dispositius sanitaris. En tots els centres hospitalaris i extrahospitalaris autoritzats ha d'estar identificada la persona o les persones referents per a la recepció de la demanda i els horaris d'atenció.

Si es vol accedir a aquesta prestació amb càrrec públic, la dona ha d'adreçar la seva petició a través dels dispositius sanitaris públics, que la informaran de les opcions disponibles al territori. En tots els casos s'ha d'informar la dona d'acord amb el que s'estableix a l'article 17 de la Llei orgànica 2/2010. La

normativa que regula aquesta prestació en l'àmbit del Servei Català de la Salut és la Instrucció 02/2012.¹⁸

En aquesta primera visita que fa la dona al centre on se li practicarà l'IVE, siguin quins siguin els motius pels quals es faci la intervenció, se l'ha d'informar àmpliament i amb detall de la tècnica farmacològica o quirúrgica proposada per a l'evacuació uterina i dels riscos que se'n deriven, considerant les seves característiques particulars. La dona necessita percebre una seguretat tant tècnica com de relació amb l'equip de professionals que la segueix; aquesta seguretat sentida pot afavorir que s'estableixi un vincle de confiança, que va en benefici de la bona evolució de tot el procés. També en aquesta visita s'ha de sol·licitar el consentiment de la dona mitjançant la signatura del document de consentiment per tal de complir els requisits esmentats més amunt (apartat *Consentiment informat*).

El metge o la metgessa que practica la interrupció de l'embaràs és qui, seguint la normativa legal, emplena la butlleta de notificació d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'enregistrament obligat, que s'ha de fer arribar al Departament de Salut.

Finalitzada l'IVE, s'ha d'oferir a la dona un control posterior, preferentment en el mateix centre on s'ha fet la intervenció, i cal recordar la importància de la visita posterior a la unitat d'ASSIR, on la dona ha de dur l'informe assistencial.

b. Interrupció per causes mèdiques

Actualment es pot interrompre l'embaràs excepcionalment per causes mèdiques quan concorri alguna de les circumstàncies següents:

- Que no se superin les 22 setmanes de gestació i que existeixi risc greu per a la vida o la salut de l'embarassada, i que així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge o una metgessa especialista diferent del que la practiqui o la dirigeixi. En cas d'urgència per risc vital per a la gestant, es pot prescindir del dictamen.
- Que no se superin les 22 setmanes de gestació i que existeixi risc d'anomalies greus en el fetus, i que així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per dos metges especialistes diferents del que la practiqui o la dirigeixi.
- Quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida i així consti en un dictamen emès amb anterioritat per un metge o una metgessa especialista diferent del que practiqui la intervenció o quan es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic.

4.3.5. Diagnòstic i circuits d'atenció

Els diagnòstics d'embarassos amb criteris mèdics perquè se'n plantegi la interrupció es poden fer, segons les circumstàncies de cada cas, en l'àmbit de l'atenció primària o hospitalària.

En tots els casos, el professional, després d'explicar a la dona quina és la seva situació particular, ha de derivar-la, segons el cas, al centre hospitalari de referència o bé informar-la dels centres extrahospitalaris autoritzats on es pot fer l'IVE.

a. Abans de les 22 setmanes:

- **Quan es detecti risc greu per a la salut o la vida de l'embarassada**, s'ha de confirmar amb un dictamen emès per un o una especialista diferent del que posteriorment pugui practicar l'IVE si la dona la sol·licita.
- **Quan es detecti causa mèdica fetal perquè hi hagi risc d'anomalies greus en el fetus**, es requereix que dos especialistes diferents del que posteriorment pugui practicar l'IVE en cas que la dona la sol·liciti emetin un dictamen. En aquests casos, la dona ha de ser derivada a la unitat de diagnòstic prenatal del centre hospitalari de referència del territori on l'especialista en obstetrícia confirmarà el diagnòstic amb l'assessorament, si es requereix, de professionals experts. Un cop confirmat el diagnòstic, la dona ha de rebre informació sobre l'opció d'interrompre l'embaràs i també informació explícita de les possibilitats d'un tractament postnatal. Aquesta informació s'ha de donar a la dona, sola o amb la seva parella, d'una manera clara i entenedora per tal que pugui prendre una decisió autònoma i informada.

Les unitats d'ASSIR i els EAP han d'establir i donar a conèixer al personal implicat els circuits de continuïtat assistencial en aquest procés, els quals han d'estar coordinats amb l'hospital de referència o establir canals de comunicació amb els centres autoritzats extrahospitalaris.

En tots els centres hospitalaris i extrahospitalaris autoritzats ha d'estar identificada la persona o les persones referents per a la recepció de la demanda i els horaris d'atenció. El circuit intern dels centres ha d'estar ben definit i l'ha de conèixer tothom del centre que hi estigui implicat; i en arribar la derivació, la programació de la visita ha de tenir sempre caràcter preferent.

b. Davant d'una anomalia fetal incompatible amb la vida:

- Cal que l'especialista en obstetrícia sol·liciti el dictamen d'un metge o una metgessa especialista diferent del que posteriorment pugui practicar l'IVE si la dona la sol·licita. En cas que es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic, s'ha de sol·licitar la valoració del cas per part d'un dels comitès clínics designats pel Departament de Salut per a aquests casos; aquest és qui ha de confirmar el diagnòstic. Les especificitats de funcionament del comitè clínic queden reglamentades a la Instrucció 2/2012 de prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs en l'àmbit del CatSalut.

En aquestes situacions s'ha d'oferir suport psicològic en tot el procés, tant si es continua l'embaràs com si se'n considera la interrupció.

4.3.6. Mètodes per a la interrupció de la gestació

La interrupció de la gestació s'ha de fer sempre als centres hospitalaris o extrahospitalaris autoritzats, considerant l'edat gestacional i les garanties de seguretat per a la dona.

La tècnica d'evacuació uterina pot ser farmacològica, instrumental o quirúrgica, i ha d'estar determinada per l'edat gestacional i per la necessitat d'anàlisis posteriors que requereixin preservar les estructures fetals.

En els casos d'alteració fetal, i si el cas requereix l'estudi de teixits, cal sol·licitar a la dona el seu consentiment per dur a terme l'autòpsia fetal i els estudis necessaris que ajudin a establir el risc de

repetició d'aquesta alteració en properes gestacions (consell reproductiu). Així, doncs, els centres on es facin aquestes interrupcions han de poder garantir la realització d'aquesta investigació.

Finalitzada l'IVE, cal recordar a la dona la importància del seguiment en el mateix centre on se li ha practicat la intervenció i a la unitat d'ASSIR amb l'informe assistencial; per aquest motiu és necessari programar la visita de control posterior per lliurar els resultats i, si s'han fet estudis específics, segons les causes fetals o maternes que s'hagin determinat cal considerar l'assessorament reproductiu per part de professionals experts.

4.3.7. Producte de la interrupció de la gestació i aspectes ètics

En principi, tots els fetus nascuts morts de més de 180 dies o més de 500 grams de pes han de ser registrats segons la norma legal,¹⁹ i els teixits fetals producte de la interrupció de la gestació haurien de ser processats, seguint la legislació sobre la matèria per a la gestió d'aquest tipus de teixits^{20,21} En una societat plural com la nostra s'han de considerar els desitjos de la mare o la parella en relació amb la manera d'eliminar els teixits fetals, per exemple: la incineració, la cessió del fetus per a la investigació o l'enterrament en un cementiri. El centre que practica la interrupció ha d'informar de les possibilitats, i la dona té el dret de seguir de prop totes les decisions que es prenguin, però també que es respecti el seu dret de no rebre aquesta informació en cas que no ho desitgi.

5. Atenció posterior a la situació d'embaràs no desitjat

5.1. Atenció a les complicacions després de la interrupció de la gestació

En el període immediat a la intervenció, algunes dones poden presentar algun problema relacionat amb el procés de més o menys gravetat, complexitat i urgència. Tant els centres autoritzats on s'ha practicat la intervenció com les unitats d'ASSIR i els serveis d'urgències dels hospitals maternoinfantils han d'estar especialment implicats en la resposta a aquestes situacions i garantir l'atenció o l'accés al dispositiu adequat, d'acord amb el que s'estableix a la Instrucció 2/2012 i complint els compromisos adquirits en les diverses conferències internacionals sobre població i desenvolupament.^{22,23} «En tots els casos les dones han de tenir accés a serveis de qualitat per al tractament de les complicacions relacionades amb la interrupció de la gestació.»

5.2. Atenció a les unitats d'ASSIR després de la interrupció de la gestació

La visita a l'ASSIR un cop finalitzat l'episodi té una importància rellevant per tal de donar continuïtat a l'acompanyament i poder actuar en la prevenció de situacions similars i en la promoció de la salut sexual i reproductiva. Aquesta visita posterior ofereix l'oportunitat a la dona de conèixer i exercir els seus drets en salut sexual i reproductiva, atès que sovint l'embaràs no desitjat és el motiu pel qual moltes dones contacten per primer cop amb un servei sanitari. Els professionals s'han d'implicar en aquest procés i donar tota la informació i l'assessorament necessaris.

En alguns casos les dones poden tenir preocupacions o necessitats no resoltes que exigeixin un acompanyament a més llarg termini, sobretot quan s'hagin patit situacions especialment traumàtiques com ara abusos sexuals o en les situacions de més vulnerabilitat. En altres casos, després de l'IVE, el dol pot estar acompanyat de forts sentiments depressius i de culpabilitat.²⁴ Els professionals de la salut que intervenen en el procés han de reconèixer aquestes situacions i adreçar les dones als serveis apropiats per a un seguiment psicològic.

En aquesta visita posterior es pot recomanar el cribratge del càncer de coll uterí en els casos en què prèviament no s'hagi efectuat, així com detectar comportaments de risc amb relació a les ITS o el VIH.

5.3. Atenció després de la finalització de l'embaràs i donació del nadó en adopció

Quan l'embaràs finalitza en adopció, el dol per la pèrdua pot ser més llarg, i els trastorns emocionals de més intensitat. En aquest episodi, l'acompanyament i el suport professional psicològic especialitzat són fonamentals.

També en aquests casos és important el consell reproductiu individualitzat d'acord amb les característiques de cada dona.

5.4. Consell reproductiu

El consell reproductiu ha d'estar centrat en la dona i la seva parella, i ha de permetre a la dona manifestar quin és el seu projecte futur amb relació a la maternitat a curt i llarg termini.

Quan la dona, després d'un procés relacionat amb una alteració fetal, es planteja un embaràs posterior, cal tenir en compte les recomanacions fetes per les persones expertes i avaluar l'estat emocional de la dona per donar suport al seu desig o bé oferir-li l'assessorament de genetistes i/o psicòlegs o psicòlogues que la puguin orientar per prendre una decisió.

Si la dona no desitja un proper embaràs, cal oferir-li consell anticonceptiu. Seria òptim que aquest consell anticonceptiu s'hagués iniciat en la visita prèvia a la finalització de l'embaràs. En cas que no hagi estat així, s'ha d'incorporar en aquest moment, recordant que l'oferta de l'anticoncepció ha de ser clara, accessible i d'acord amb les circumstàncies particulars de la dona i les seves necessitats, amb el risc més baix i el benefici més alt.

A l'hora d'escollir el mètode, la dona ha de poder dur a terme un procés de reflexió sobre els factors que van donar lloc a l'embaràs no desitjat i, a partir d'això, se l'ha d'ajudar a establir una estratègia per evitar que torni a succeir.

Si la dona ja ha iniciat l'anticoncepció, la unitat ASSIR ha de fer un seguiment personalitzat del mètode que està utilitzant, considerant la seguretat del mètode per evitar que es repeteixi la situació i tenint en compte les recomanacions de l'OMS (apartat 3.3, taula 1).

6. Organització de recursos i serveis

La xarxa de sanitat pública a Catalunya disposa de diversos dispositius de salut repartits per tot el territori amb punts d'atenció propers a la ciutadania, amb unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció primària, i hospitals maternoinfantils.

A més, hi ha establiments sanitaris privats que han sol·licitat autorització a la Generalitat i que poden practicar interrupcions de la gestació (vegeu l'annex II). Aquest registre consta a la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut i s'actualitza cada any.

L'accés a la prestació de l'IVE amb càrrec al CatSalut s'ha de sol·licitar a través del dispositius sanitaris públics. Si la dona decideix interrompre l'embaràs, se la informa sobre els mètodes per a la pràctica de l'IVE, segons les seves característiques i el temps de gestació. En cas d'IVE amb mètodes farmacològics, es deriva la dona a la unitat ASSIR autoritzada del territori, en cas d'IVE quirúrgica se la deriva, des de l'ASSIR o des d'un altre dispositiu autoritzat per CatSalut per fer la derivació, al centre o la clínica autoritzada contractada que correspon a cada territori.

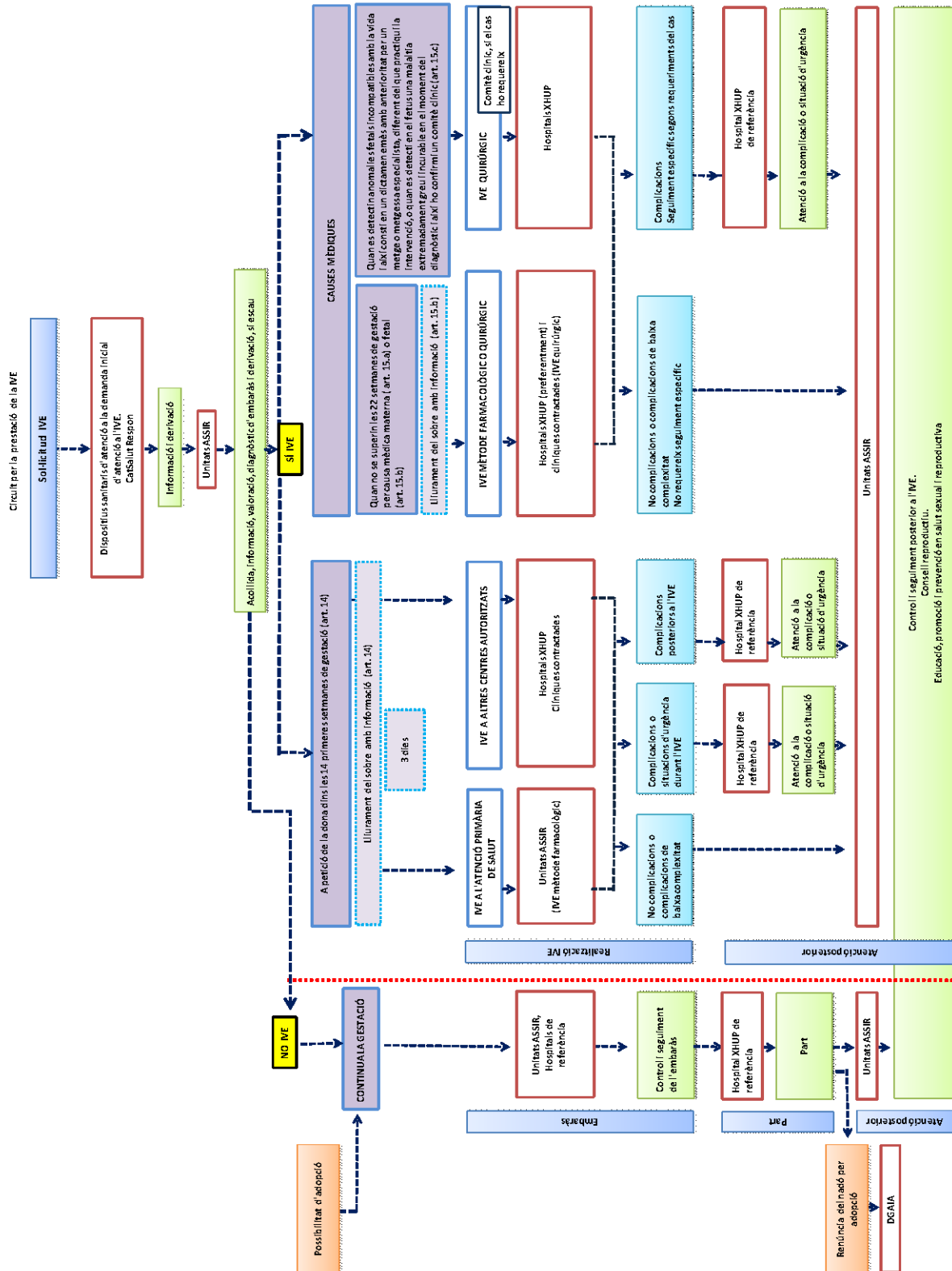
És convenient que els professionals coneguin els centres i els recursos de la xarxa implicats en aquest procés per tal d'afavorir l'accessibilitat i garantir l'eficàcia i l'eficiència. També és imprescindible disposar de canals d'informació adequats per tal que la informació arribi a totes les dones, atesa la dificultat més gran per accedir-hi de les dones migrades i amb discapacitat.

En aquest document se segueix el circuit general d'atenció tal com està recollit a la Instrucció 2/2012 del CatSalut i es proposa la importància i la necessitat d'establir circuits d'atenció per a aquest procés que siguin adequats a cada territori, que ofereixin el màxim de continuïtat per evitar pèrdues d'informació i que garanteixin un bon acompanyament. La proposta és de caràcter general i cal que s'adapti a les característiques de cada territori, tenint en compte les necessitats particulars de les dones en aquesta situació.

En aquest sentit, el circuit general inclou l'atenció durant tot el procés, des de la demanda inicial fins al control i el seguiment posterior a l'IVE, tenint en compte la possibilitat que la dona decideixi continuar l'embaràs o bé donar la criatura en adopció.

És important que els circuits estiguin ben definits a cada territori i també que els canals de comunicació establerts a través d'informes de derivació i assistencials permetin conèixer l'evolució de cada cas amb garanties absolutes de confidencialitat i privacitat.

Gràfic 1. Esquema del circuit



7. Annexos

7.1. Annex I. Dones que decideixen continuar l'embaràs i donar el seu fill o filla en adopció

Informació jurídica

L'atenció a les dones embarassades que volen donar el seu nadó en adopció ha d'incloure suport psicològic, orientació social i mèdica, i legal.

Els professionals han d'oferir espais de reflexió i informació sobre les alternatives per poder conservar el seu fill o filla que no pressionin la dona a decidir-se, ja que això podria agreujar el conflicte a l'hora de prendre una decisió sobre la situació i donar lloc a situacions posteriors de risc per al nadó.

Quan la dona comunica el seu desig de donar el fill o la filla en adopció als o les professionals que l'atenen durant l'embaràs o a l'hospital on serà atès el part, cal trametre una comunicació a la DGAIA per establir la coordinació que permetrà garantir el rigor legal, administratiu i tècnic de tot el procés.

En el moment del naixement del nadó, l'hospital ha de comunicar a la DGAIA la voluntat de la mare de donar el fill o la filla en adopció, per tal que pugui donar resposta immediata d'intervenció.

Per a la intervenció, es desplacen a l'hospital dos professionals de la DGAIA, un tècnic o una tècnica i un jurista o una jurista, que valoren la situació, donen suport tècnic i assessoren jurídicament la mare, donen constància dels fets i recullen la voluntat de la mare en una acta de declaració d'abandonament dels drets i els deures inherents a la maternitat d'un nadó i de sol·licitud d'acolliment preadoptiu. En aquesta acta, la mare, i si escau el pare, manifesta que d'acord amb l'article 13.1 c) de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció al menor desemparat i d'adopció, abandona els drets i els deures inherents a la seva condició i dóna la seva conformitat perquè el nadó visqui i creixi en una família en acolliment preadoptiu com a pas previ a l'adopció.

La voluntat de la mare, i si escau del pare, de donar el fill en adopció està emparada pel dit article 13 de la Llei 37/1991, i no li pot comportar cap responsabilitat penal o civil.

La DGAIA ha de recollir les dades personals i el domicili que designi la mare a l'efecte de la possible citació judicial per a la constitució de l'adopció.

En cas que concorri alguna presumpció de paternitat, si es té constància de qui és el pare, és possible que la mare no vulgui manifestar res sobre ell. Això s'ha de recollir en la voluntat d'adopció del fill o la filla.

Si la mare és menor d'edat o es troba incapacitada per sentència, han de signar l'acta els representants legals.

La DGAIA dicta resolució per la qual s'aprecia la situació de desemparament del menor i l'Institut Català de l'Acolliment i l'Adopció selecciona una família adoptiva i constitueix l'acolliment simple en una família i, una vegada transcorreguts trenta dies després del part, l'acolliment preadoptiu. També s'inscriu el nadó al Registre Civil, on han de constar els cognoms de la mare.

Adreces de la DGAIA

Organisme	Adreça	Telèfon/Fax
Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) www.gencat.cat/benestar/dgaia	Serveis Centrals de la DGAIA Servei a Barcelona ciutat Servei a Barcelona comarques	Av. Paral·lel, 50 08001 Barcelona Tel.: 934 831 000 Tel.: 900 300 777 Fax: 935 524 510
	Serveis Territorials a Girona	C/ Emili Grahit, 2 17002 Girona Tel.: 972 486 060 Fax: 972 941 272
	Serveis Territorials a Lleida	C/ Sant Martí, 1 25004 Lleida Tel.: 973 727 707 Fax: 973 727 955
	Serveis Territorials a Tarragona	Av. Andorra, 7 bis 43001 Tarragona Tel.: 977 251 986 Fax: 977 241 176
	Serveis Territorials a les Terres de l'Ebre	C/ Ruiz d'Alda, 33 43870 Amposta Tel.: 977 706 534 Fax: 977 706 751

7.2. Annex II. Centres extrahospitalaris autoritzats per a l'IVE

Centro de Reproducción Humana
 Centre Mèdic Giness
 Centre Mèdic Les Corts
 Centro Casanovas de Ginecología y Planificación Familiar
 Centro Médico Aragón
 Clínica D'Ara - Agrupació Tutor Mèdica
 Estudio Médico Especializado en Contracepción y Esterilidad (Emece, SA)
 Instituto Ginetec
 Técnicas Científicas de Barcelona
 Adalia Centre Mèdic
 Centro Médico Aragón
 Centre Mèdic Eira
 Clínica Ginecològica Sants
 Assir Autoritzats

Llistat disponible a Canal Salut. Ciutadania. Cercador de Centres.

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.8498000bf3fb227d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=681e9008b331d210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=681e9008b331d210VgnVC M2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

7.3. Annex III. Classificació d'hospitals per nivell d'atenció a la complexitat

Nivell I

- H. Comarcal de la Vall d'Aran
- H. de la Seu d'Urgell
- H. Comarcal del Pallars
- H. de Puigcerdà
- Pius H. de Valls
- H. de Sant Pau i Santa Tecla
- H. Santa Caterina
- H. de la Selva
- H. Comarcal Sant Bernabé de Berga
- H. El Vendrell
- H. General de Vic
- H. General de l'Hospitalet
- H. General d'Igualada
- H. Sant Jaume de Calella
- H. de l'Esperit Sant
- H. Sant Joan de Déu de Martorell
- F. Privada H. de Mollet
- H. Comarcal de l'Alt Penedès
- H. Residència Sant Camil
- H. de Sant Boi
- H. Comarcal Móra d'Ebre
- H. de Campdevàrol
- H. Sant Jaume d'Olot

Nivell IIA

- H. de Tortosa Verge de la Cinta
- H. de Figueres
- H. de Palamós
- H. de Manresa
- H. de Mataró
- H. del Mar
- H. U. Sagrat Cor

Nivell IIB

- H. U. Arnau de Vilanova
- H. U. Sant Joan de Reus
- H. General de Granollers
- H. Mútua de Terrassa
- H. de Terrassa

Nivell IIIA

H. U. Joan XXIII
H. U. de Girona Dr. Josep Trueta
H. U. Germans Trias i Pujol
H. de Sabadell
H. Clínic (Maternitat)
H. de la Santa Creu i Sant Pau

Nivell IIIB

H. de Sant Joan de Déu d'Esplugues
H. de la Vall d'Hebron

8. Referències bibliogràfiques

- ¹ Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol, de reforma de l'article 417 bis del Codi penal. 1985.
- ² Reial decret 2409/1986, de 21 de novembre, sobre centres sanitaris acreditats i dictàmens preceptius per a la pràctica legal de la interrupció voluntària de l'embaràs. 1986.
- ³ Ordre del Departament de Salut, de 10 de desembre de 1986, per la qual es disposa el procediment de recollida de dades relatives a les interrupcions voluntàries d'embaràs dutes a terme de conformitat amb la Llei orgànica 9/1985, de 5 de juliol. 1986.
- ⁴ Estatut d'autonomia de Catalunya. 2006.
- ⁵ Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.
- ⁶ Servei d'Informació i Estudis. Estadística de la interrupció de l'embaràs. Catalunya 2010. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, octubre de 2011.
- ⁷ Grupo de Interés Español en Población DySR. Acceso al aborto en España. Análisis comparativo entre las comunidades autónomas. 2008.
- ⁸ Grupo de Interés Español en Población DySR i Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. Acceso al aborto en el Estado español. Un mapa de inequidad. 2008.
- ⁹ Catsalut. Instrucció 07/2008. Programa de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals a Catalunya. 2008.
- ¹⁰ Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre la interrupció de la gestació. Barcelona, 2008.
- ¹¹ Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. 2002.
- ¹² Llei 5/2008, de 24 d'abril, sobre el dret de les dones a eradicar la violència masclista. 2008.
- ¹³ Organització Mundial de la Salut. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4.^a edición. Ginebra, 2009.
- ¹⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. II edició actualitzada. Barcelona, 2005.
- ¹⁵ Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció als menors desemparats i de l'adopció. 1992.
- ¹⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Comitè de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Edició actualitzada. Barcelona, 2003.
- ¹⁷ Reial decret 825/2010, de 25 de juny, de desplegament parcial de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.
- ¹⁸ CatSalut. Instrucció 02/2012 de prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs en l'àmbit del CatSalut.

- ¹⁹ Reial decret de 14 de novembre de 1958 pel qual s'aprova el Reglament del Registre Civil. 1958.
- ²⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia de gestió dels residus del grup I en els centres sanitaris. 2003.
- ²¹ Llei 15/2003, de 13 de juny, de modificació de la Llei 6/1993, de 15 de juliol, reguladora dels residus. 2003.
- ²² Nacions Unides. Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament. El Caire, 1994.
- ²³ Nacions Unides. IV Conferència Internacional sobre la Dona. Pequín, 1995.
- ²⁴ Mansilla Izquierdo, F. Un abordaje de las secuelas psicopatológicas en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). An Psiquiatr. 2002;18:355-8.