



AGRUPACION TUTOR MEDICA- CLÍNICA D'ARA
LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI IN SPAGNA

DR. SANTIAGO BARAMBIO
AGRUPACION TUTOR MEDICA-CLÍNICA D'ARA

BARCELONA - SPAGNA

Inanzitutto ringraziare alla Dott.ssa Silvana Agatone e a LAIGA per affidarmi un tema che per me, e la sperienza vissuta me lo dimostra, é molto importante e spero lo sia anche per voi .

Preambolo :

Parlare di "Come é la pratica medica in Spagna?" È sempre molto difficile perché la Spagna è in realtà un regno con 17 repubbliche dove le competenze mediche vengono trasferiti alle Comunità autonome (CA). Queste non hanno tutte le competenze fiscali, e allora ognuna applica le leggi generali dello Stato come gli sembra: secondo ideologie politiche o possibilità in termini di risorse economiche, il che significa che possono complicarle di più o di meno a secondo delle diverse opinioni. Quindi l'applicazione pratica di qualsiasi legge può essere diversa in ogni CA.

Al momento stiamo facendo Aborto Provocato (AP) pubblici e privati, praticamente gli stessi di quelli realizzati negli ultimi 30 anni, perché il settore pubblico (tabella 4) non ha mai voluto entrare in questa pratica in modo che non è insegnata nella formazione professionale o meglio dovrei dire si evita imparare a riconoscere la complessità di cura e di acquisire prestigio.

Cenni storici : evoluzione delle tecniche in spagna :

Prima degli anni 1985, esistevano aborti clandestini e mal fatti. Ma esistevano pure giovani medici (pochi) che viaggiavamo ed eravamo coscienti dei primi movimenti della pianificazione familiare internazionale. Dopo aver visto le complicazioni e morti negli ospedali dove ci formavamo, abbiamo deciso farli. Bisogna non dimenticare che nel 1974 la memoria fiscale Corte Suprema ha parlato di 300.000 aborti e nel #76 Ibanez e Garcia Velasco (1) parla di 200-300 morti all'anno (2).

Questi medici abbiamo iniziato a fare aborti con una "cover up". Per esempio, nei #70's ero uno dei pochi ecografisti ostetrici a Barcellona che trovava aborti interni, la quale cosa mi permesse montare una unità per la loro evacuazione, già che, i medici che mi mandavano alle pazienti non si azzardavano, per non essere accusati di abortisti, mentre le donne lo esigevano. Questo mi dava il "cover up" in modo che potevamo commettere qualche "errore". Altri facevano regolazione mestruale o curettage biopsia.

Ovviamente non esiste documentazione sulle tecniche utilizzate.

Le tecniche, in principio, erano solo strumentali: con un curettaggio tradizionale. Ma quelli che viaggiavamo abbiamo conosciuto la canula di Karman e la tecnica de Dilatazione e Aspirazione (D&A) ed, alcuni di noi, ci siamo organizzati per averle in Spagna o fabbricarle. Oggi giorno io lavoro con degli equipaggiamenti trasportabili da me disegnati, per le zone con difficoltà per ottenere un approvvigionamento mantenuto (immagine A)

Coloro che hanno lavorato in studio proprio lo facevano con anestesia locale e quelli a cui la "copertura" non glielo permetteva, con anestesia in clinica.

Nel 1985 abbiamo avuto la prima legge moderna. Era una legge che dava molta accessibilità ma era poco garante. Questo ha fatto che la medicina pubblica e le cliniche private (tante della Chiesa) non accettassero farli.

I medici disposti a fare AP abbiamo dovuto stabilire le nostre cliniche e ottenere autorizzazioni amministrative, secondo la classificazione fatta dal governo, dopo interpretata da ogni CA.

Le cliniche, a secondo delle loro caratteristiche tecniche erano divise in: fino alla 12 settimana di gravidanza o dalla 12 settimane o più.

I professionisti che lavoravano fino alle 12 settimane si sono adattati, in modo rápido, alla canula senza problemi.

Io stesso, come ecografista, introdussi l'ecografia nel controllo intraoperatorio, la quale cosa andò incorporandosi alla pratica quotidiana, perché riduce i tempi ed evita perforazioni. In Spagna questo viene fatto in tutti i centri specializzati.

Gli anestesisti hanno dovuto imparare a fare la sedazione, in quel tempo una novità, perché la cosa importante era che i pazienti alterassero il meno possibile la vita quotidiana.

La legge che avevamo ci costrinse ad avere, dentro della equipe assistenziale, un psichiatra ed una assistente sociale che ci hanno insegnato l'importanza del sostegno per ridurre al minimo l'impatto psicopatologico (3).

Per coloro che abbiamo organizzato cliniche per di più di 12 settimane é stato più complicato. Alcuni ampliarono, piano piano, la loro esperienza con cannule sempre di più calibro fino 14-16 settimane Altri abbiamo portato i medici olandesi e inglesi per insegnarci la Dilatazione ed Evacuazione (D&E), che progressivamente si praticó dalle 14 settimana fino alla 16-19 settimane. Degli inglesi abbiamo imparato a fare la D&E in due passi fino alla 24 settimana e ancora utilizzando la vecchia Laminaria. E più tardi il dilatatore osmotico Dilapan®



AGRUPACION TUTOR MEDICA- CLÍNICA D'ARA

Nel 1996, le PGE1, famose in principio, per l' aborto chimico prima delle settenove settimane, sono state incorporate nella preparazione della cervice grazie a che avevamo nella nostra comunità a J. Ll. Carbonell uno dei suoi padri. Questo farmaco utilizzato prima e dopo le 12 settimane, è servito per abbandonare la tecnica di D&E in due fasi per quanto ci permette arrivare sino alle 23 a 24 settimane in un solo passo.

Il Mifepristone, che apparse per l'aborto chimico fino alle 7 settimane (4) è stata omologata in Spagna nel 2000. È stata poco accettata dalle spagnole per l'aborto chimico, ma è stato molto efficace per migliorare le tecniche di AP in settimane avanzate, in più di 14 settimane con cervice difficili, e di routine in tutte quelle di più di 20 settimane, ottenendo l'ottimizzazione del processo dandogliela 24-48 ore prima del Misoprostol.

Nel 1997 si fondó l'Associazione di Cliniche Accreditate per l'interruzione della gravidanza (ACAI), fatto questo determinante per l'omogeneizzazione della pratica dei AP in Spagna.

ACAI ci ha permesso di interagire, comunicare la conoscenza, consultarci i dubbi, avere consulenza legale e un Dipartimento di Comunicazione, la quale cosa ci ha permette unificare criteri e ci ha dato, inoltre, il riconoscimento pubblico, grazie ai molti lavori e studi osservazionali collettivi o di associati, che abbiamo pubblicato nei media a secondo delle necessità politiche, mediche o sociali, In tal modo che, in questo momento, tutte le cifre usate in Spagna sono quelle del l'ACAI o di qualche loro associato (5).

Solo i centri specializzati formano i medici nelle tecniche per realizzare un AP. L'istruzione universitaria si limita al l'insegnamento di come fare un feticidio e creare una situazione di aborto in corso, con ripetute dosi di misoprostol, per agire allo stesso modo che nelle situazioni ostetriche di emergenza con tecniche d'assistenza convenzionale. Mifepristona solo prima di 7-9 settimane. Nel loro programma di insegnamento neanche esiste (6).

Le uniche classi su AP all'Università di Barcellona le davo io, e sono state sospese.

Nel l'ignoranza sulla D&E si ricorre, in forma eccessiva, alla microcesarea, quando il metodo chimico non é applicabile o il Misoprostol crea problemi di sanguinamento, mancanza di dinamica o mancata progressione della parte presentata.

Formazione attuale dell'operatore in cliniche specializzate:

Questo processo, segnato dalla evoluzione storica, ci ha insegnato un percorso che si è dimostrato efficace per avere buoni risultati nella progressione della formazione del professionista, che arriva, volendo imparare la pratica dell' 'aborto provocato", ma anche di assistenza infermieristica, nel postoperatorio immediato o tardo, e quello dei professionisti che hanno cura de l'accoglienza, l'accompagnamento e la raccolta d'informazione previa alle cure mediche per,

-LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI IN SPAGNA- LAIGA NAPOLI 2014

DR. SANTIAGO BARAMBIO santibarambio@gmail.com

AGRUPACION TUTOR MEDICA- CLINICA D'ARA BARCELONA TEL 0034934192626

AGRUPACION TUTOR MEDICA- CLÍNICA D'ARA

in questo modo, dare migliore attenzione alla paziente in termini medici e psicosomatici, prendendo il più breve tempo possibile della vita quotidiana della paziente e non consumando risorse inutili. .

Fattori da prendere in considerazione nella formazione degli operatori:

A- Noi crediamo sia importante:

- 1) Que i team professionisti si sentano orgogliosi del lavoro che fanno,
 - Devono voler migliorare il loro lavoro.
 - Devono voler comunicare la loro conoscenza.

Quelli che cercavano solo una uscita professionista, o compievano un dovere a loro imposto dal servizio di Ginecología non sono mai stati i migliori in questo lavoro.

- 2) Gli operatori dovrebbero imparare gradualmente, con un periodo di tutoraggio di circa 100/200 casi (in base alle capacità personali) seguendo le sei fasi di progressione che sono :
 - entro le 12 settimane.
 - tra le 12 e le 14 settimane.
 - tra le 14 e le 17 settimane.
 - tra le 17 e le 19 settimane.
 - tra le 19 e le 23 settimane.
 - oltre le 23 settimane.

Il numero di casi può sembrare eccessivo, ma perché si dia un caso critico, devono essercene molti, e se non è protetto, il medico inesperto, potrebbe non sapere come risolverlo. Inoltre, in una clinica specializzata (che è dove si raccomanda farlo ed imparare), 100 di 14 settimane, casi vengono coperti in 15 giorni di attività, e quelli di più settimane, in circa 6 mesi.

- 3) La infermeria e gli operatori devono essere in grado di eseguire e leggere immagini ecografiche intraoperatorie.
- 4) I team che fanno interruzioni fino alla 12 settimane non devono essere necessariamente ginecologi ma devono averli a sua disposizione perché stabiliscano i protocolli e siano in grado di risolvere in caso di dubbio.
- 5) Gli operatori che eseguono interruzioni oltre le 14 settimane, e specialmente dopo le 18 settimane, è conveniente che siano specialisti in ginecología e ostetricia.

B.- Competenze necessarie per affrontare l'AP

Condizioni generali:

- Sapere determinare ecograficamente: le settimane di gravidanza, il numero di embrion/feti, se é una gravidanza é intrauterina o extrauterina e alterazioni uterine. L'eco cambia il modo di procedere nel 12% dei casi (7)
- Sapere valutare la difficoltà del canale vaginale/cervicale e della tecnica per affrontarlo.
- Essere in grado di valutare se ci sono alterazioni anatomiche della cervice e dell'utero.
- Sapere come e quando usare le risorse (farmaci, strumenti)
- Conoscere la pratica del feticidio.
- Gestire l'isteroscopia per scartare/ risolvere sinechie nella cavita uterina e/o il canale cervicale
- Conoscere la practica nella microcesarea e l'isterectomia

Nelle gravidanze prima delle 12 settimane:

- Scegliere se si affronta come strumentale o chimico, o in combinazione, e con quale sequenza.
- Sincronizzarsi con l'apoggio dei ultrasuoni/ecografia.
- In questa fase non si dovrebbe affrontare un aborto farmacologico senza sapere che lo si può finire strumentalmente per via vaginale.
- Non allungare inutilmente qualsiasi tecnica
- In farmacologico se non abortisce in 48-72 ore, é meglio un finale strumentale.
- Nello strumentale, quando esiste ecograficamente linea **endometriale** del vuoto, fermarsi.
- Sapere quando dare la Dimensione limitata (test Aldrete modificata per l'aborto).
- Avere esperienza per riconoscere, anche telefonicamente, le vere urgenze nel l'immediato periodo post-parto (7-10 giorni). Non inviare ad urgenze qualsiasi chiamata.
- Risolvere le cose più comuni per telefono (dolore uterino crampi, febbre 24 ore, espulsione dell'ematometra).
- Un buon controllo del tardo e immediato post-parto (dopo 10 giorni) e non raschiare di nuovo inutilmente (sapere usare il Doppler color).

Nelle gravidanze dalle 12 alle 14 settimane:

- Tutto ciò che serve per 12 settimane.
- La tecnica eletta deve essere la D&A, bisogna sapere quando e quali supporti extra usare come la Mifepristona, il Misoprostol e il Dilapan®.

Nelle gravidanze dalle 14 alle 19 settimane:

- La scelta deve essere la D&E perché offre migliori garanzie. In questa tecnica è molto importante un previo aiuto farmacológico con Misoprostol durante il tempo adeguato per preparare il canale cervicale uterino, e se possibile anche la Mifepristona, ed inoltre il supporto ecográfico, sono le misure che, in modo importante, fanno diminuire le lesioni del cervice e dell'utero. Come si vede nella (Tabella III).

Buoni risultati si ottengono se la D&E è padroneggiata. Quando non si hanno tutte le conoscenze nella cura dell'aborto, si può affrontare solo l'aborto di più di 12 settimane avanzate farmacologicamente, la quale cosa crea stress fisico, rischio, meno comfort, il ritorno ritardato alla vita quotidiana della donna, ed inoltre aumenta il costo economico, per l'importo di risorse consumate.

Nelle gravidanze dalle 20 alle 23 settimane:

- Quando è possibile, è fornito mifepristone 24-48 ore prima Misoprostol e collocazione Dilapan®, qualora ciò sia necessario.
- Quando si può si pratica una amniotomia e si dá ossitocina finché si produce un espulsivo spontaneo e quando si è in grado, si fá un finale Strumentale (FS).

Nelle gravidanze oltre le 23 settimane:

Basicamente è lo stesso che tra le 19 e le 23 settimane salvo che, il Finale Strumentale (FS), ha bisogno di una maggiore perizia e mantenere la tecnica, e solo si affronta se l'espulsivo si ferma per mancata progressione della parte presentata.

Con la attuale legge Spagnola il limite legale è di 22.6 settimane salvo alterazioni fetali molto importanti, e con un rapporto positivo eseguito da un comitato pubblico.

Difesa della D&A della D&E e della FS:

Se vogliamo che il benessere delle donne sia il centro dell'attenzione della AP, devono preservarsi i metodi strumentali, come dimostrato in precedenti pubblicazioni (CDC) che danno alla D&E il rischio più basso con 0,7%

complicanze maggiori (8) e, attualmente, è rafforzata da migliori risultati per via dei farmaci. (Tabella II e III).

Una revisione Cochrane de Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. En 2008 (9) riassume :

“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”.

Anche Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. (10) dicono:

“The findings show that women prefer the surgical method. The study also produced some evidence that the surgical method is associated with better short term psychological outcome but this evidence needs confirming by undertaking a larger trial that is adequately powered. The implications from these results indicate that women should have the option of surgical termination.”

COSA SUCCEDE QUANDO NON SI È ESPERTO IN TUTTE LE TECNICHE:

Oggi giorno, a differenza del resto della Spagna, dove l'aborto è concertato con centri specializzati, in Catalunya, il settore pubblico ha iniziato a fare gli aborti in stabilimenti pubblici. Si dimostra, in quei centri che si sono incorporati, senza passare per tutto il processo, e sconoscono i metodi strumentali, che stanno lavorando solamente con metodi chimici, il che vuol dire non imparare niente. Con i farmaci si crea un problema ostetrico che si risolve con tecniche ostetriche classiche, con tutto ciò che questo rappresenta per le donne.

Se l'intenzione è che la donna abortisca con metodi farmacologici lo ottengono nel 97 e il 91 % o minore, a secondo degli autori e di quello che viene considerato un fallo, ma sappiamo che questi metodi richiedono, alle donne, di una lunga dedizione, a soffrire molto dolore ed essere esposte a maggiori rischi, come dimostrato dagli studi effettuati nella mia clinica in Catalogna (11) e a livello internazionale (12)

Grossman D1, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters*. 2008 May;16(31 Suppl):173-82. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31379-2.

Current evidence suggests that, given trained providers and where otherwise feasible, D&E is preferable to medical induction. A larger randomised controlled trial is needed that directly compares outcomes between the two methods, examines acceptability to women and explores clinicians' perspectives on providing them.

Tanto è vero, che ci sono Comunità Autonome come Cantabria che hanno limitato l'aborto chimico pubblico al 5% dovuto il sovraccarico della domanda nel reparto di emergenza.

In Catalunya le donne che lo esigono e riescono ad essere inviate ad un centro specializzato a carico della spesa pubblica, o hanno i soldi per pagare un metodo strumentale, riescono a risparmiare tempo, dolore, rischi e costi finanziari per il pagatore di servizio, questo rappresenta una mancanza di equità, perché solo le persone con risorse sociali quali informazioni o soldi hanno un migliore aborto rispetto a quelli che non li hanno.

Purtroppo in Catalunya questa informazione sul rischio e la sofferenza delle donne sono conosciute solamente per le informazione date dalle proprie donne o da conversazioni con i professionisti pubblici di ginecologia generale, per niente entusiasti con questa metodo.

La medicina pubblica solo pubblica la domanda di servizi ma non i risultati o le sue complicazioni.

Tuttavia posso presentare un confronto dei risultati tra i APs strumentali di tutte le settimane di gravidanza, verso aborti con sostanze chimiche di prima delle 7 settimane, che ho ricavato e sono assolutamente dimostrative.

CONCLUSIONI

In Spagna:

**I MEDICI SPECIALIZZATI SONO BASICAMENTE PRIVATI
(carga a la spesa pubblica o no)**

Dominano tutte le tecniche e le abbinano, l'ecografie, introoperatoria e il controllo puerperale

Distinguendo coloro che fanno:

- Fino alla 12 settimana che dominano básicamente la D&A e i possibili farmaci associati
- Oltre la12 sett. dominano la D&E i farmaci associati e anche i dilatatori osmotici e la FS

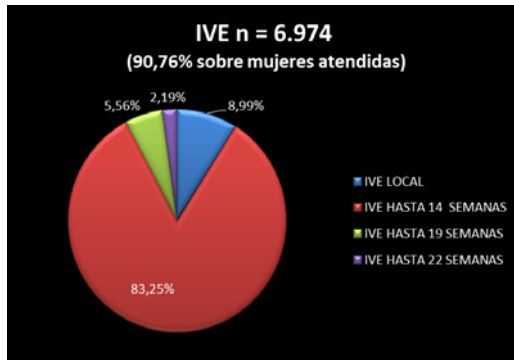
I GINECOLOGI GENERALI, NORMALMENTE PUBBLICI, SOLO USANO I FARMACI

Quelli che fanno prima delle 7-9 settimane solo conoscono i farmaci

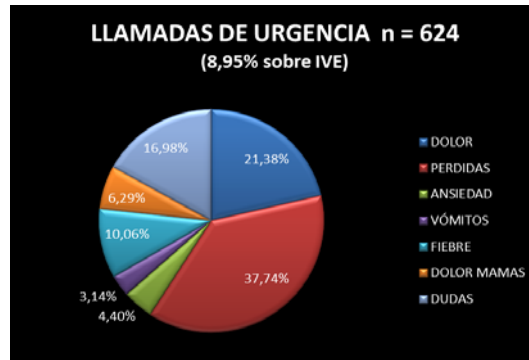
Quelli che fanno oltre le 12 settimane solo conoscono il Misoprostol e i metodi chirúrgici come microcesárea e isterectomía

E dimostrato che i risultati dei centri specializzati sono migliori che quelli dei generali pubblici e privati

AGRUPACION TUTOR MEDICA- CLÍNICA D'ARA INTERVENCIONES INSTRUMENTALES COMPLICACIONES (REALES O SENTIDAS)



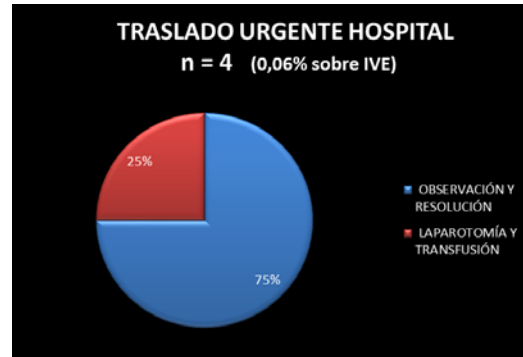
DONNE ASSISTITE



% SULLE URGENZE



% SUL TOTALE DEI AP



RICOVERI DALLA CLINICA

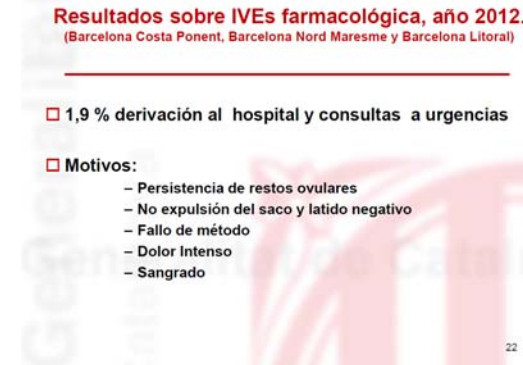
98.5% RISOLTI TELEFONICAMENTE

- 1'41 APPUNTAMENTI PROGRAMMATI
- 0,09 DERIVATA AL CENTRO D'URGENZE
- 0'045 OSSERVAZIONE
- 0'045 RASCHIAMENTI

INTERVENCIONES QUIMICAS 1602 casi



COMPLICACIONES



INGRESOS HOSPITALARIOS URGENTES

Resultados sobre IVEs farmacológica, año 2012.

- ✓ Carne Coll, ASSIR Barcelona Maresme (628)
- ✓ Neus Prat, ASSIR Barcelona Costa Ponent (913)
- ✓ Carne Ollé, ASSIR Barcelona Litoral (63)

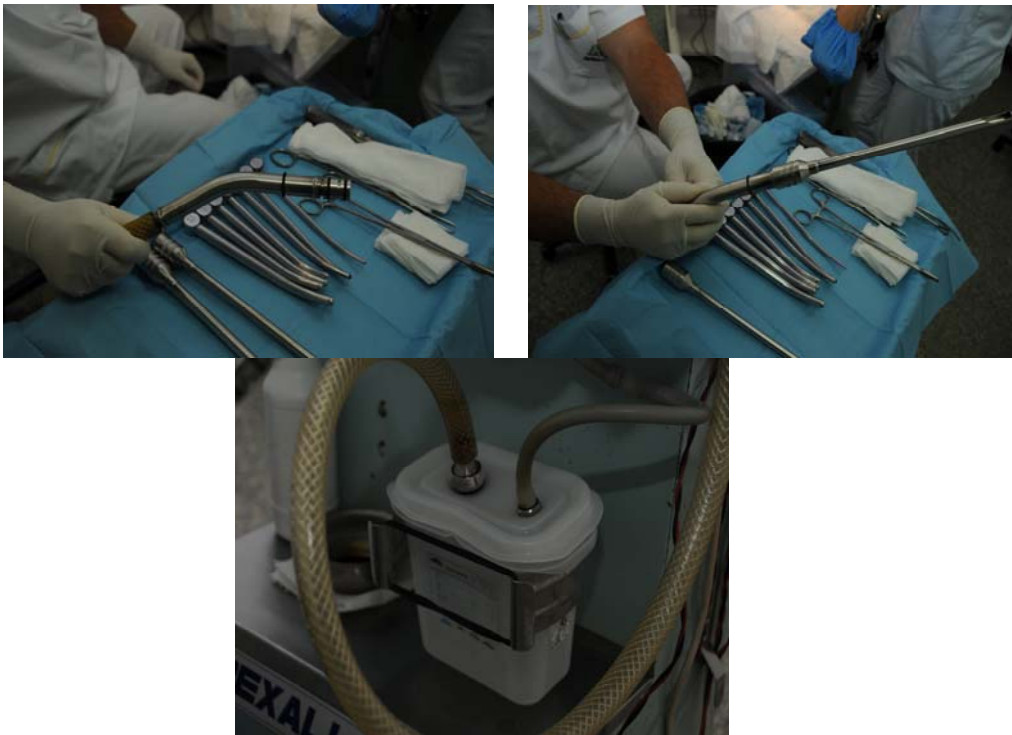
14

CENTROS Y Nº DE CASOS (1602)

IMÁGENES:

Imágenes A

CANNULA BARAMBIO, MODELLO ETERNA



RECAMBIOS EN CUALQUIER GRAN ALMACEN
PARTI IN QUALSIASI, GRANDE NEGOZIO
NON HANNO BISOGNO DI FORNITORE UFFICIALE

Tablas:

DISTRIBUCION DE CASOS POR AÑOS Y TIPOS DE CENTROS

Tabla 4

Distribución porcentual del número de abortos realizados según tipo de centro. Total Nacional.

Año	Centros públicos			Centros privados		
	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)	total (%)	hospital (%)	extrahosp. (%)
2012	6,48	2,78	3,70	93,51	7,06	86,45
2011	2,68	1,65	1,03	97,28	8,17	89,11
2010	1,84	1,84	0,00	98,16	9,61	88,55
2009	2,03	2,03	0,00	97,97	10,25	87,72
2008	1,91	1,91	0,00	98,09	10,86	87,23
2007	2,08	2,08	0,00	97,92	10,55	87,36
2006	2,51	2,51	0,00	97,49	9,11	88,38
2005	2,91	2,91	0,00	97,09	9,88	87,21
2004	3,57	3,56	0,00	96,44	9,72	86,73
2003	2,86	2,41	0,44	97,15	10,13	87,02

En las siguientes tablas se ponen de relieve las complicaciones comparando resultados entre uso de ayudas o no en métodos instrumentales y los tiempos que implican. (13)

Tabla II Porcentajes de complicaciones / estancia en aborto provocado de 13 o mas sem.

TÉCNICA	NUMERO	COMPLICACIONES MAYORES	COMPLICACIONES MENORES	TIEMPO MEDIO DE ESTANCIA
ASPIRACIÓN	446	1 (0.2%)	10 (2.24%)(*)	1h. 32min.
PG+ASPIRACIÓN	64	0 (0.0%)	0 (0.00%)	3h. 45 min.
D&E	221	4 (1.8%)	7 (3.10%)	2h. 41min.
PG+ D&E	62	0 (0.0%)	0 (0.00%)	4h. 35min..
D&E 2 PASOS	25	0 (0.0%)	0 (0.00%)	27h.10min.
TOTALES	818	5 (0.6%)	17 (2.07%)	

(*) Incluye las amenorreas (0.6%)

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

Semanas	Misoprostol			Misoprostol+ Dilatan		
	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 %

Comparativa de Complicaciones entre clínicas de ACAI donde se demuestra que los resultados se mantienen

Tabla 5																	Años 2003-2005			
Complicaciones comunicadas por tres clínicas de ACAI*																	m=Menores M=Mayores			
Clínica	A						B						C							
Año	2003		2004		2005		2003		2004		2005		2003		2004		2005			
Compli.	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M		
%	.12	.06	.02	.05	.2	.04	.29	.02	.69	.02	.9	.02	.16	.0	.27	.45	.86	.86		
% Total	.18		.07		.24		.31		.71		.11		.16		.72		1.72			

* Computo interpretado por el autor de las referencias y no homologado ni estandarizado por centro

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Ibáñez y García Velasco J.L. La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo xx, siglo xxi, 1992
- 2) <http://www.laicismo.org/detalle.php?pk=29138>
- 3) <http://www.tutormedica.com/hemeroteca/estudios/20100520-PsicopatologiaVE.pdf>
- 4) E. Aubeny, Étienne-Émile Baulieu
- 5) www.acaive.com
- 6) <http://www.hospitalclinic.org/Asistencia/AtencionHospitalaria/ICdeGinecologiaObstetriciaNeonatalogia/Docencia.aspx>
- 7) Barambio S. Congreso FIAPAC Paris 2000
- 8) Cates W, Schultz K.F., Grimes DA. Dilatation & evacuation for induced abortion in developing countries: Avantages & disavantages Stud Fam Plann. 1980;11:128-33 y Koonin L. MMWR CDC Surveill Summ 2002;51(SS-03):1-32
- 9) OLohr 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).
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%E2%80%9CThe+number+of+women+experiencing+adverse+events+was+also+lower+with+D%26E+than+with+mifepristone+and+misoprostol+\(OR+0.06%2C+95%25+CI+0.01-0.76](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%E2%80%9CThe+number+of+women+experiencing+adverse+events+was+also+lower+with+D%26E+than+with+mifepristone+and+misoprostol+(OR+0.06%2C+95%25+CI+0.01-0.76)
- 10) Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. BJOG 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02712.x <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20860598>
- 11) <http://www.tutormedica.com/hemeroteca/estudios/2013-JIVEC.pdf>
- 12) Grossman D¹, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. Reprod Health Matters. 2008 May;16(31 Suppl):173-82. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31379-2.
- 13) 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