

Autores:

Eva Rodríguez Armario

Coordinación:

Inocencia Nieto Valverde
Instituto Andaluz de la Mujer

Edita:

Instituto Andaluz de la Mujer
C/ Alfonso XII, nº 52
41002 SEVILLA.

Imprime:

Tipografía Católica, S. Cooperativa A. Córdoba.

Dep. Legal CO- 1.123 - 96

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO I.V.E.

El aborto puede producirse de forma espontánea o a petición de la mujer. En este caso, se denomina Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.) o aborto voluntario o electivo.

UN REPASO POR LA HISTORIA

A través de la historia de la humanidad, conocemos cómo los pueblos han intentado controlar su fertilidad, así se han dictado normas jurídicas o morales; penalizando las relaciones sexuales o retrasando la edad de inicio en ellas, limitando el número de contactos o de matrimonios e incluso favoreciendo y hasta obligando al aborto.

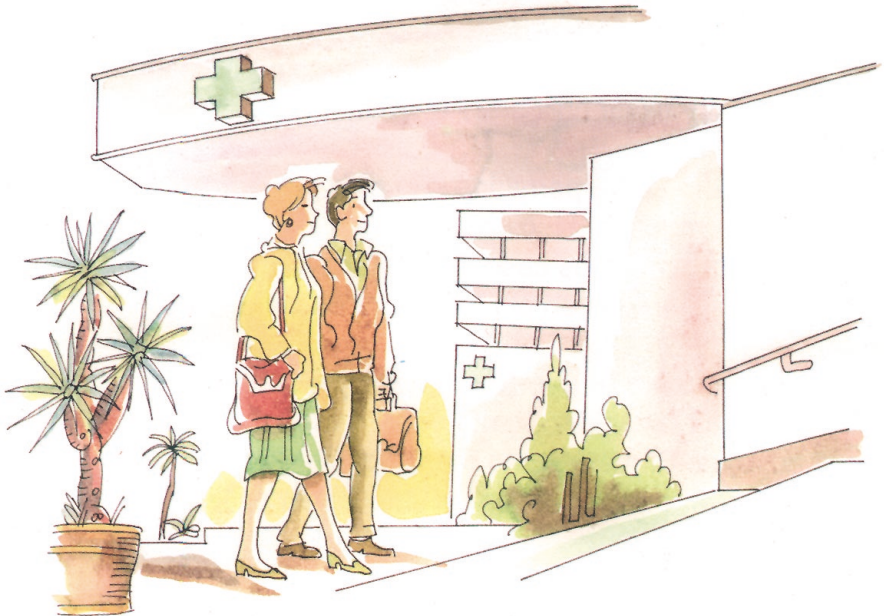
Pero el aborto, no sólo se ha permitido con el objeto de limitar la población; se practica, en muchos casos, por razones sociales, de salud, etc. Podemos encontrar numerosos casos en culturas muy diferentes, en sus costumbres y muy separadas en el tiempo y el espacio.

Existen referencias sobre el aborto inducido y sus técnicas en toda la historia escrita de la humanidad, tanto en los libros científicos, como en los relatos o novelas. El manuscrito más antiguo que se conoce, se remonta a más de cuatro mil años, es un libro chino y recoge métodos y formas de abortar.

En los libros de medicina griegos y latinos, se describen también diversas técnicas. En la Edad Media las comadronas, utilizaban hierbas e instrumentos.

En nuestra cultura, no siempre se ha mantenido una misma postura sobre este asunto, viéndose sometida esta práctica a distintas situaciones de aceptación o de rechazo.

El aborto no es asunto de nuestros tiempos como hemos visto, sin embargo, las mujeres siempre han sufrido las consecuencias de unas técnicas peligrosas para su salud. Incluso en nuestro medio, no están lejanos los tiempos, en los que someterse a una interrupción del embarazo le podía costar la vida a la mujer.



Hoy en día, con los avances de la técnica, las cosas en este sentido han cambiado mucho, ya que en nuestra sociedad, es posible acceder a un aborto sin complicaciones médicas.

Aún así, miles de mujeres mueren en el mundo por esta causa, sobre todo, en aquellos países en los que las leyes sobre el aborto son inexistentes o muy restrictivas. **Se puede comprobar que en los países en los que el aborto es ilegal, el aborto clandestino, es un de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva o fértil.**

La negativa de una sociedad o un gobierno, a permitir el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo; no pone fin a su práctica, muy por el contrario, se sigue realizando, aunque, en condiciones de clandestinidad por personal no cualificado o con escasas medidas de higiene, que ponen en peligro la salud y, en muchos casos, la vida de la mujer.

Los partos muy frecuentes y en condiciones de salud muy precarias; también son causa importante de muertes de mujeres en todo el mundo. Se estima que cada año mueren más de 600.000 mujeres como consecuencia del embarazo y parto y 70.000 por abortos. Las Naciones Unidas acordaron en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Pekín 1995, como definición de salud sexual y reproductiva la siguiente: "La capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia"

LAS LEYES Y EL ABORTO

Las primeras leyes que se promulgaron en torno al aborto, surgen a partir de 1930. En esta década, España durante el periodo de la república, fue uno de los primeros países, junto con Islandia, Suecia y Dinamarca, en despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo.

Desde entonces, la liberación o despenalización del aborto ha continuado. Así, en la mayoría de los países de nuestro entorno, salvo Irlanda, el aborto está permitido de una forma u otra.

Dinamarca, Francia, Holanda, Grecia, son algunos de los países que han optado por la ley de Plazos, despenalizando totalmente el aborto que se practique dentro de las 12 semanas de gestación. A partir de este tiempo, sólo se permite en determinadas circunstancias.

Otro tipo de regulación es la empleada por Alemania, Gran Bretaña, Suiza, etc. En estos países, el aborto puede practicarse generalmente ante un amplio número de circunstancias.

Y por último, Portugal, Luxemburgo y España, en las que el aborto está despenalizado; pero sólo es posible optar al mismo, bajo un sistema de indicaciones más restrictivas.

Las mujeres que han recurrido a la interrupción voluntaria del embarazo, señalan que es una experiencia compleja y difícil; motivada por razones muy diversas que se sitúan en el núcleo más íntimo de las personas.

En definitiva, la I.V.E. debe ser una cuestión de opción individual y de respeto a la libertad de la mujer para decidir.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL ABORTO

La mayoría de las mujeres en nuestra sociedad, tienen una vida reproductiva, que abarca, desde los trece a los cincuenta y dos años, es decir, unos cuarenta años. Según las estadísticas, muchas mujeres comienzan, actualmente, a mantener relaciones sexuales alrededor de los 17 años.



Esto supone que durante más de 30 años de su vida; ha de tener en cuenta la anticoncepción.

Aunque se ha avanzado bastante, en relación, a los métodos anticonceptivos, se han realizado campañas de información al respecto y se ha universalizado el derecho gratuito a la planificación familiar; aún existe en nuestra sociedad, grandes tabúes y actitudes negativas sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Esto se plasma, en el rechazo irracional que algunas personas sienten ante éstos métodos: "La píldora sienta mal, el DIU me da miedo, el preservativo es incómodo, etc..." Estas son algunas de las frases con las que nos encontramos muy a menudo los/as profesionales de la salud. Del mismo modo, encontramos muchas personas confiadas en la seguridad de métodos tan poco eficaces como el coito interrumpido o el Ogino.

Todavía, persisten actitudes contrarias, en personas de cierta edad, a permitir el acceso a los métodos anticonceptivos.

La juventud, aunque no lo parezca, está poco informada y poco motivada hacia actitudes responsables en el terreno de la anticoncepción. Muchas familias cierran los ojos ante la evidencia de que sus hijos e hijas crecen y comienzan un día a mantener relaciones sexuales. Estos mismos jóvenes, pueden ver en los profesionales de los centros de planificación familiar a personas adultas, que podrían reprender su comportamiento en lugar de ayudarles.

A esto hay que añadir la vergüenza que sienten al comprar un preservativo, o cuando uno se encuentra con la negativa de algunas farmacias a venderlos.

Pero no sólo los jóvenes creen percibir obstáculos. Es habitual, que muchas mujeres a partir de cierta edad, de 40 a 50 años, dejen de acudir a los centros de planificación familiar porque consideran que *"eso es cosa de jóvenes"* y que ellas ya no tienen edad.

Por todo lo expuesto, son muchas las parejas que utilizan y confían en métodos anticonceptivos, que presentan una gran proporción de fallos.

Por otro lado, no todas las personas pueden utilizar los mismos métodos anticonceptivos toda la vida, incluso los métodos más seguros a veces fallan; y son muchos años de fertilidad en los que no se puede bajar la guardia en ningún momento.

También, existen algunos casos de mujeres que quedan embarazadas, a través de una relación sexual forzada.

Así, son muchas las mujeres que cada año quedan embarazadas sin desearlo.

Un embarazo no deseado; puede cambiar la vida de una persona. Puede conducir a una boda precipitada y/o a un fracaso matrimonial, a ser madre soltera; con lo que eso supone de carga familiar, y en determinados ambientes sociales, de estigma y acabar con las oportunidades educativas y laborales de la mujer. En casos de corta o avanzada edad de la madre, mayores riesgos para el futuro/a hijo/a y la embarazada.

En otros casos, tratándose de un embarazo deseado y buscado; ocurren circunstancias, como enfermedades de la embarazada o malformaciones fetales, que desaconsejan la continuación del embarazo. Con las técnicas actuales de control prenatal (ecografía, amniocentesis etc.), se diagnostican cada vez más malformaciones o patologías fetales intraútero.



Por eso, desde hace bastantes años, muchas personas han reivindicado el derecho de las mujeres a decidir sobre el futuro de su embarazo, y a poder optar por una I.V.E., por muy difícil y dolorosa que, a veces, pueda resultar esta decisión.

La mayoría de las mujeres, creen que nunca se encontrarán ante un embarazo conflictivo o no deseado. Pero la realidad, es que son muchas las que a lo largo de su vida se encuentran en esta situación. Es por esto, que cuando ocurre se puedan encontrar desconcertadas y aturdidas.

Tomar la decisión de interrumpir un embarazo no es nada fácil. Se debe pensar con serenidad y valorar distintas posibilidades. Si no estamos informadas, buscar con rapidez la información y el apoyo que necesitamos, para ello la Junta de Andalucía pone a nuestra disposición el Teléfono de Información Sexual para Jóvenes 901 406 969. Consultar con profesionales de confianza o en el Centro de Salud, con alguna amiga que haya pasado por la misma situación o en un Centro de la Mujer o Juvenil, puede ser de gran ayuda.

SI CREE QUE ESTÁ EMBARAZADA

El síntoma fundamental del embarazo, es la falta de menstruación o amenorrea. Toda mujer, en edad fértil, que mantenga relaciones sexuales con penetración, y le falte la regla, debe sospechar que está embarazada.

En las mujeres con ciclo menstrual regular, la situación es más clara, pues fácilmente pueden apreciar que no tienen la regla en los días habituales. Esto se complica un poco en las mujeres con ciclos menstruales muy irregulares. En estos casos, si se mantienen relaciones coitales, sin un método anticonceptivo seguro y han pasado dos meses desde la última menstruación, habría que determinar si está embarazada.



Además de la falta de regla, el embarazo se acompaña en muchas ocasiones de otros síntomas que nos pueden hacer sospechar; tensión en las mamas, molestias en el bajo vientre, náuseas por la mañana, aumento del apetito y del sueño. También, son muchas las mujeres que no sienten nada especial al quedar embarazadas. Esto puede variar en una misma mujer de un embarazo a otro, de forma que, si durante uno se sintió algún síntoma significativo no tiene por qué sentirlo en otro.

En caso de sospechar que se está embarazada se debe confirmar el embarazo cuanto antes. Aunque parezca algo muy claro, muchas personas olvidan algo tan simple, como asegurarse de que verdaderamente está embarazada o se retrasan en hacerse la prueba.

La mejor forma de saberlo precozmente es el test de gestación. Se debe realizar con la primera orina de la mañana. Los test actuales son muy sensibles, y pueden confirmar un embarazo con sólo unos días de retraso en la menstruación.

La orina se puede llevar a una farmacia para que realicen allí el test o hacerlo en casa con alguno de los que venden en farmacias. Los dos son fiables, pero si se hace en casa hay que seguir bien las instrucciones.

Si el resultado es positivo, es prácticamente seguro, que se está embarazada. Si es negativo; habría que repetirlo pasados unos días, pues puede ser que todavía, no exista suficiente cantidad de la hormona que se mide en orina.

Otra forma de detectar el embarazo es la ecografía. Pero hay que tener en cuenta que hasta las 5 ó 6 semanas de gestación; no puede confirmarse el embarazo ecográficamente.

DÓNDE Y CUÁNDO ACUDIR

Cuando se ha pensado recurrir al aborto, es importante:

- **El momento más adecuado se sitúa entre las cinco y nueve semanas de amenorrea**, es decir, el tiempo transcurrido desde la última regla.

Después de las doce o catorce semanas, ha aumentado el tamaño del útero y serán necesarios más medicamentos y anestesia general.

- Debe elegir el lugar más adecuado para realizarlo cuanto antes en Centros Acreditados, en los que se garantiza la confidencialidad, la intimidad y le prestan el apoyo que necesite antes, durante y después de la intervención.
- Tampoco hay que precipitarse, se debe pensar con detenimiento y tomar una decisión razonada y sin dejarse presionar. Si lo cree conveniente, es de gran ayuda consultar con un/a profesional o alguien, de su confianza.

En Andalucía, existen centros acreditados en todas las provincias. El Servicio Andaluz de Salud suscribe conciertos con algunos de estos centros garantizando, de esta forma, el derecho al aborto y la asistencia gratuita de acuerdo con la legislación actual.

Para informarse debidamente, sobre estos centros y los servicios que prestan puede acudir:

- Al personal sanitario de su Centro de Salud o consulta de Planificación Familiar. Las jóvenes que necesiten información pueden acudir a las consultas de Atención y Educación Sexual para Jóvenes que dependen del Servicio Andaluz de Salud.



- A los Centros de la Mujer

Si decide acudir directamente, a los centros donde se practica, allí también podrá recibir el asesoramiento o la información que desee, de la mano de personal cualificado, que atenderán sus necesidades.

CÓMO SE REALIZA LA I.V.E.

Las técnicas de I.V.E., varían en función, fundamentalmente, de las semanas de gestación; pero también en función de los deseos de las usuarias y de los profesionales que las indiquen.

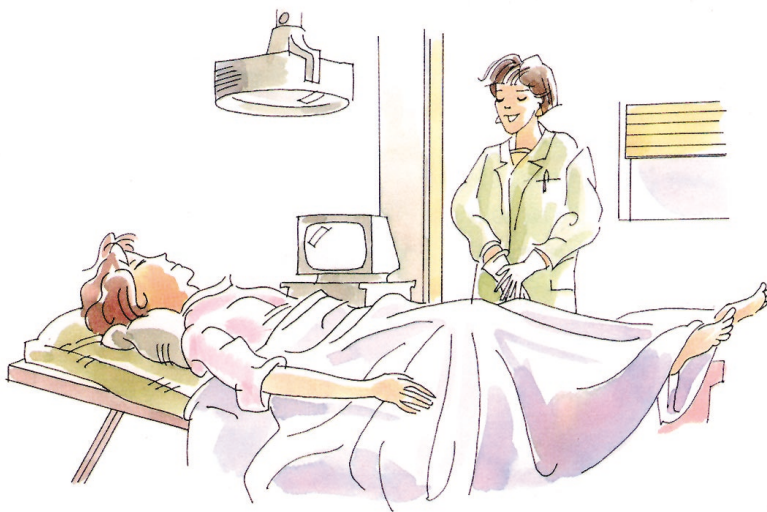
Método de dilatación y aspiración

Es un método rápido y poco traumático. Consiste en colocar el espéculo vaginal y limpiar la zona, dilatar el cuello del útero o matriz lo suficiente (mediante dilatadores progresivos) y, aspirar el contenido de la cavidad uterina, hasta la limpieza o vaciamiento total de esta. Este método se usa, generalmente, hasta las 16 o 17 semanas de gestación; pero tiene múltiples variantes. Hasta las doce semanas de gestación, se suele realizar con anestesia local porque es una técnica rápida (dura entre 3 y 5 minutos) y se controla el dolor fácilmente, con el anestésico local.

A partir de las 12 semanas, se suele realizar con anestesia general o sedación profunda. Se trata de una anestesia rápida, en la que la mujer se despierta a los pocos minutos (de 5 a 10 minutos) y se realiza de manera ambulatoria, es decir, se puede abandonar la clínica en pocas horas.

Esta anestesia se usa a veces en I.V.E. de menos de 12 semanas, por indicación médica o por deseo de la usuaria.

En gestaciones de más de 12 semanas, se suele preparar el cuello del útero, previamente, con una medicación (Prostaglandinas vaginales u orales) para facilitar, posteriormente, la dilatación mecánica del cuello, con lo que se consigue una técnica menos agresiva y más rápida. Hay situaciones, como en el caso de mujeres muy jóvenes que no han tenido hijos, o por indicación médica, que se usa esta medicación para I.V.E.s de menos semanas de gestación.



El método de dilatación y aspiración es el que más se usa en España, y se podría decir, que casi no presenta complicaciones importantes, si se realiza en condiciones sanitarias y profesionales adecuadas. Como parece lógico, las complicaciones aumentan, ligeramente, según aumentan las semanas de gestación, si la anestesia es general y si la usuaria tiene alguna enfermedad importante.

Método de Dilatación y Evacuación (D+E)

Este método, se indica a partir de 17 semanas y, en algunos casos, hasta la 20 o incluso 22 semanas de gestación. Muchos profesionales usan esta técnica. Se trata de una intervención que se realiza ambulatoriamente (puede requerir entre 5 y 12 horas de estancia), con anestesia general y en dos tiempos. Esto quiere decir que, como en el caso de la técnica de aspiración de segundo trimestre (más de 12 semanas de gestación), es necesaria la preparación previa del cuello del útero, para facilitar la dilatación. Luego, se procede a la evacuación del útero con diversos instrumentos quirúrgicos. Esto último, puede durar entre 10 y 30 minutos. Este método, requiere una gran pericia y experiencia del personal sanitario que lo practica.

Método farmacológico

Podríamos dividirlo en dos, claramente diferenciados, el precoz y el tardío o de segundo trimestre.

Precoz: Este método se ha legalizado en España en febrero de 2000 y por lo tanto no es muy popular todavía en nuestro país; aunque se viene usando en Francia desde hace 12 años y allí casi el 50% de los abortos voluntarios se hacen así.

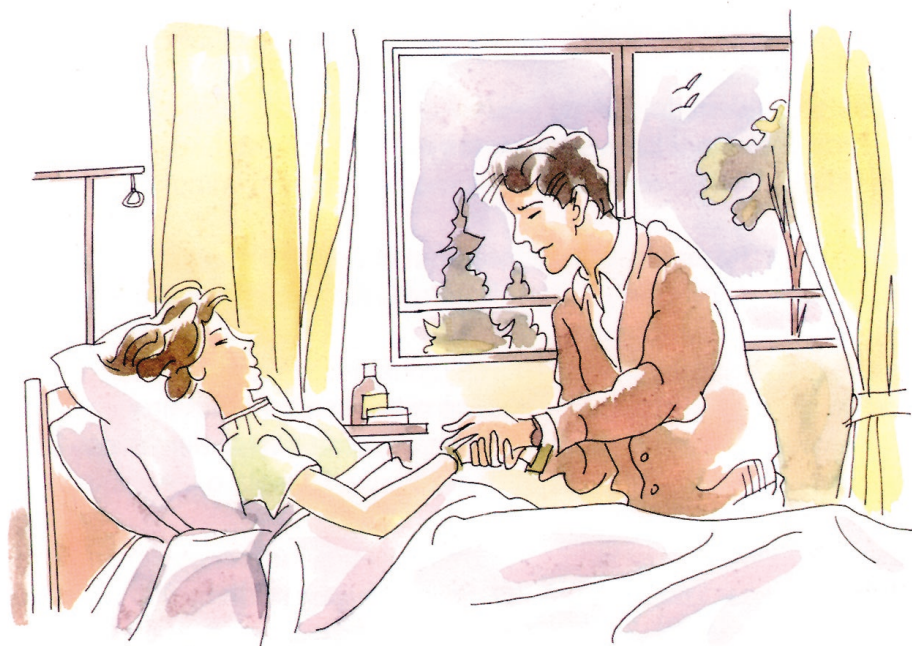
Se puede utilizar en embarazos en los que han transcurrido menos de 50 días desde la última regla, (hay que tener en cuenta que casi el 80 % de los abortos que se realizan en España se hacen en este tiempo).

Consiste, en tomarse unos comprimidos por vía oral de una sustancia llamada Mifepristona (Myfegine) que, en un gran número de casos, detiene el embarazo pero no se produce la expulsión. La toma del medicamento, sólo se puede realizar delante de personal sanitario autorizado, previa consulta médica, y previa autorización de la I.V.E. Después de la toma, la usuaria se marcha a su casa, aunque se le facilita un teléfono de contacto para posible dudas o incidencias. En

la mayoría de los casos, se le proporcionan también otros comprimidos (Prostaglandinas) para usarlos transcurridas 36 ó 48 horas (sí en ese tiempo no se ha producido el aborto).

Generalmente, entre media y dos horas después de la segunda toma, se comienza a sangrar y se produce la expulsión del saco gestacional. Unas horas después, debe volver a la clínica, para comprobar que se ha producido la expulsión. A veces, se prefiere que la usuaria acuda a la clínica acreditada para la toma de las Prostaglandinas y que permanezca allí hasta la expulsión del saco.

De no producirse, se puede optar por esperar un poco más o repetir la dosis de Prostaglandinas. En caso de no expulsarse en unos días, se procede a la técnica de aspiración.



Sólo algunas enfermedades importantes, contraindican la utilización de esta píldora.

Como efectos indeseables, puede aparecer sangrado muy abundante, dolor abdominal, náuseas, cefaleas, vómito, escalofríos, elevación de la temperatura, diarrea etc., aunque suelen ser leves, en la mayoría de los casos, a veces, son importantes. Un alto número de mujeres que han usado este método, asegura que el grado de confort fue alto o muy alto.

La eficacia del método, es algo más baja, que la del método de dilatación y aspiración y requiere más visitas a la clínica y un grado de comprensión y aceptación mayor del método.

Tardío: En el segundo trimestre o tardío, más de 17 semanas, se usa comúnmente, otro método farmacológico llamado inducción. Una vez valorado el caso por parte del equipo sanitario adecuado, se ingresa a la usuaria; y se comienza a provocar la dilatación y expulsión del embarazo por medio de Prostaglandinas, y otros medicamentos que colaboran en dicho proceso. Este, se suele realizar con analgésicos potentes y sedación o con anestesia epidural, suele durar entre 6 y 24 horas, estando la media en unas 10 a 12 horas.

Actualmente, muchos profesionales usan la toma de Mifepristona, el día anterior al comienzo de la inducción, para facilitar el proceso. Con este medicamento se ha disminuido, considerablemente, el tiempo total de la inducción y los efectos indeseables que los antiguos fármacos producían.

A pesar de esto, sigue siendo un proceso lento y algo más molesto que los anteriores; pero muy eficaz y con pocas complicaciones.

CUIDADOS Y RECOMENDACIONES PARA DESPUÉS DEL ABORTO

Aunque dependerá del tipo de intervención realizada y del número de semanas de gestación; la mayoría de las mujeres pueden hacer su vida con normalidad, evitando excesos de esfuerzo, durante la primera semana.

Deberá evitar bañarse, los primeros quince días, pero podrá ducharse diariamente. Tampoco, usará tampones. No podrá practicar el coito mientras dure la hemorragia.

Algunas mujeres, presentan pequeñas molestias en el vientre, como dolor leve o sensación de hinchazón que se alivia con analgésicos. Otras, tienen un sangrado algo más abundante que la regla o expulsan algún coágulo. Siendo todo ello normal.

Es importante, realizar una revisión ginecológica entre 10 a 30 días tras la I.V.E. La mayoría de los centros, recomiendan que esta revisión se realice a los 15 días. Es conveniente, que la revisión incluya una ecografía, pues obtendremos una imagen precisa del estado del útero tras la I.V.E..

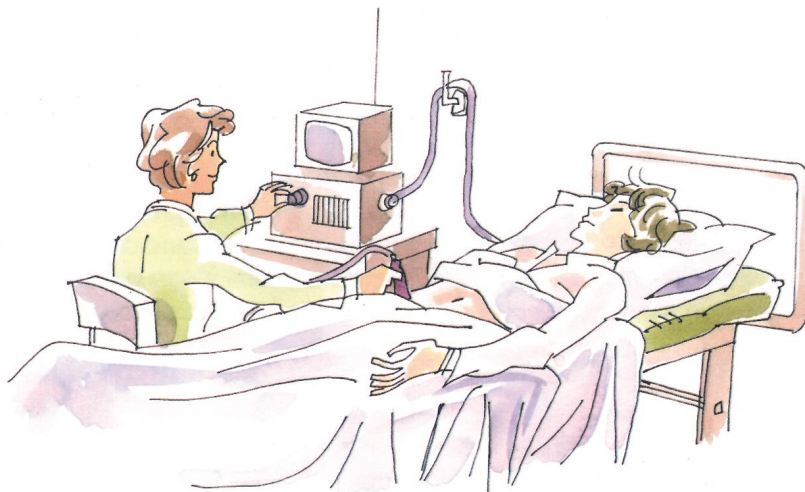
Se puede consultar para ello en el centro ginecológico al que se acuda habitualmente. Existe también, la posibilidad de realizarla en la misma clínica donde se practicó la intervención.

Entre los 25 y los 50 días tras la I.V.E. comenzará la primera regla. A partir de este momento, los ciclos volverán a ser como antes. Se ha restablecido totalmente la normalidad. No es necesario ninguna revisión ginecológica más, salvo las habituales revisiones periódicas preventivas.

COMPLICACIONES

La I.V.E., practicada por profesionales con experiencia y en condiciones técnicas y sanitarias satisfactorias, es una intervención casi sin riesgos y sin complicaciones médicas posteriores.

Realizada en centros acreditados y por personal competente y cualificado, las complicaciones graves son excepcionales, pero pueden presentarse algunas de carácter menos grave.



La retención de restos poco frecuente (1/1000), se manifiesta con hemorragia persistente y dolor abdominal. Con tratamiento médico suele resolverse, sólo en determinados casos, se deberá realizar una nueva intervención.

La retención de sangre o hematometra (2/1000) presenta síntomas similares. Suele remitir también con tratamiento médico. Sólo en ocasiones, habrá que aspirar la sangre retenida.

La infección es otra complicación posible, pero todavía menos frecuente. Se puede manifestar con dolor, fiebre o pérdidas vaginales. En general, con el tratamiento adecuado los síntomas desaparecen.

Tras la I.V.E. la fertilidad se recupera de inmediato y no tiene trascendencia para posibles embarazos posteriores. A los pocos días, es casi imposible conocer si una mujer ha tenido un aborto, mediante una exploración ginecológica.

Para la mayoría de las mujeres, no es fácil tomar la decisión de interrumpir su embarazo. Quedar embarazada sin desearlo supone, casi siempre, una situación de crisis personal. A esto se une el miedo a la intervención, a sus consecuencias y

al dolor. En muchos casos, supone una responsabilidad que hay que asumir en solitario o se comparte con una sola persona, muchas veces a espaldas de los que te rodean.

Por ello, la situación psicológica previa a la I.V.E. no suele ser buena. Así y todo, para muchas mujeres, un embarazo no deseado, supone una situación tan conflictiva y estresante que el aborto supone una mejoría de los síntomas previos y no un empeoramiento. Una mayoría suele referir sentirse aliviadas tras la IVE.

La mayoría de los trastornos posteriores, aparecen en mujeres con trastornos psicológicos previos, mujeres con fuerte ideología contraria al aborto o que tomaron la decisión presionadas. A veces, nos precipitamos en tomar la decisión y con esto aumentamos el riesgo de sufrir después conflictos emocionales, por no dejarnos tiempo para analizar y asumir la situación. Otras veces, el sentimiento de ambivalencia es tan fuerte, que cualquier decisión se percibe como poco satisfactoria. No hay que despreciar tampoco los sentimientos de dolor que aparecen, cuando después de buscar y vivir con alegría un embarazo, se conoce que el feto presenta una malformación grave y se decide Interrumpir la gestación.

Todos estos conflictos se manifiestan, posteriormente, como sentimientos de culpa, de arrepentimiento, miedo a no recuperar la fertilidad o trastornos del sueño y ansiedad. Aunque, raramente, la sintomatología es tan intensa que necesite tratamiento psicoterapéutico.



Cuando la decisión de interrumpir el embarazo se toma con conocimiento, responsabilidad y se recibe el apoyo de los seres queridos, la I.V.E. no suele presentar complicaciones psicológicas. En este sentido, la presión social es muy importante. En las sociedades más permisivas con el aborto, las mujeres se sienten más libres a la hora de tomar una decisión, lo que disminuye los sentimientos de culpa y las complicaciones psíquicas.

LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA PREVENCIÓN

Conocer cómo funciona nuestro cuerpo y nuestra sexualidad, es fundamental para poder decidir qué métodos anticonceptivos usar en cada momento de nuestra vida reproductiva, evitando el riesgo de un embarazo, cuando este no se desea.

Se debe aprovechar la consulta de la revisión tras la I.V.E., para tratar el tema de la anticoncepción. Tras un aborto la fertilidad se restablece a los 10 ó 15 días. Por ello, es importantísimo elegir un método seguro y usarlo eficazmente (consultar Cuaderno de Anticoncepción de esta misma serie). Se puede también comenzar con la anticoncepción hormonal o con el DIU en el momento de la I.V.E., a los 15 días o tras la primera regla. Los métodos de barrera, preservativo, diafragma, etc.. Se pueden comenzar cuando se reanuden las relaciones coitales. Estas mismas, si consideramos que nos producen miedo, tras la interrupción anterior, deberíamos hablarlo con nuestra pareja y modificar durante algún tiempo nuestras costumbres o prácticas sexuales.

La mejor manera de evitar volver a pasar por la experiencia de un embarazo no deseado, es responsabilizarse de la anticoncepción y usar un método seguro.

Si no tiene la posibilidad de consultarlo en la primera visita tras la I.V.E., sería conveniente, solicitar una cita para ello cuanto antes, en cualquier centro de planificación familiar. Los/as profesionales de las consultas de planificación familiar pueden asesorar teniendo en cuenta la situación personal, la salud, así como otros factores importantes a la hora de elegir un método.



Legislación del aborto en la UNIÓN EUROPEA

Países	Límite en semanas de gestación	Circunstancias	Año de legislación
Alemania	12 semanas 22 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Situación de emergencia o conflicto • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Razones eugenésicas • Eugenésico 	1992
Bélgica	12 semanas Sin límite	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer por situación angustiosa • Por grave peligro para la madre o el feto 	1990
Dinamarca	12 semanas 22 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Eugenésico 	1973 1999*
Francia	12 semanas Sin límite	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Eugenésico 	1975 1997* 2001*
España	12 semanas 22 semanas Sin límite	<ul style="list-style-type: none"> • Violación • Eugenésico • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer 	1985
Gran Bretaña	24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Riesgo para la salud física o psíquica de los otros hijos • Eugenésico 	1967
Grecia	12 semanas 20 semanas 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer • Violación • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Eugenésico 	1986
Holanda	24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer 	1981
Irlanda		<ul style="list-style-type: none"> • En caso de riesgo de muerte de la mujer o de suicidio 	1992
Italia	13 semanas Más de 13 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Violación • Eugenésico 	1978
Luxemburgo	12 semanas 22 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • A petición de la mujer en situación angustiosa • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Violación • Eugenésico 	1978
Portugal	12 semanas 16 semanas 24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo para la salud física o psíquica de la mujer • Violación • Eugenésico 	1984 1997*

*Fecha de modificación de la ley original