

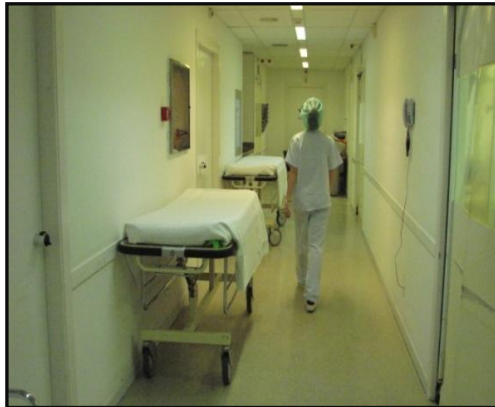
**Jornada: LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE
L'EMBARÀS A CATALUNYA, 2012-2013**



ASSOCIACIÓ DE
PLANIFICACIÓ FAMILIAR
DE CATALUNYA I BALEARS

LA ATENCIÓN A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.

UN AÑO DE COLABORACIÓN PÚBLICO - PRIVADO.



CLÍNICA D'ARA AGRUPACIÓN TUTOR MÈDICA

Dr. Santiago Barambio

Barcelona 28 de Mayo de 2013

1.- PRESENTACIÓN

La Ley Orgánica Española 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ofreció un nuevo escenario en la atención a la IVE, que ahora puede realizarse a petición de la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación, o por causas médicas, en diferentes semanas de gestación según las causas.

En el mes de noviembre del 2011, se inició la cobertura pública sanitaria de la IVE mediante concierto de prestación de servicios con dos clínicas autorizadas de Catalunya.

Desde 1990 Agrupación TUTOR MÈDICA presta sus servicios como centro de referencia en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción del Embarazo, persiguiendo una prestación de excelencia en clínica y acompañamiento.

El equipo que Tutor Medica, que ha asistido en este periodo, ha estado formado por 32 profesionales del ámbito social y sanitario con una larga experiencia asistencial y de gestión. La Clínica está especialmente diseñada para la aplicación de técnicas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y de día, autorizada en estos momentos por la Direcció General de Recursos Sanitaris de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, para la realización de cirugía ginecológica y urológica, con una autorización específica para realizar interrupciones del embarazo, de menos y de más de catorce semanas.



Nuestra cartera de servicios concertada con el Servei Català de la Salut incluye los siguientes tratamientos:

- IVE hasta doce semanas de gestación, practicada bajo anestesia local.
- IVE hasta doce semanas de gestación, practicada bajo sedación consciente.
- IVE hasta quince semanas de gestación, practicada bajo sedación consciente.
- IVE hasta diecinueve semanas de gestación, practicada bajo sedación consciente.
- IVE hasta veintidós semanas de gestación, practicada bajo sedación consciente.

Este estudio recoge los datos de las intervenciones practicadas desde el mes de noviembre de 2011 al de octubre de 2012, ambos incluidos, es decir, es el resumen de un año de concertación entre el Servei Català de la Salut i Clínica D'Ara – Agrupación Tutor Medica.

2.- EVALUACIÓN

Resultados

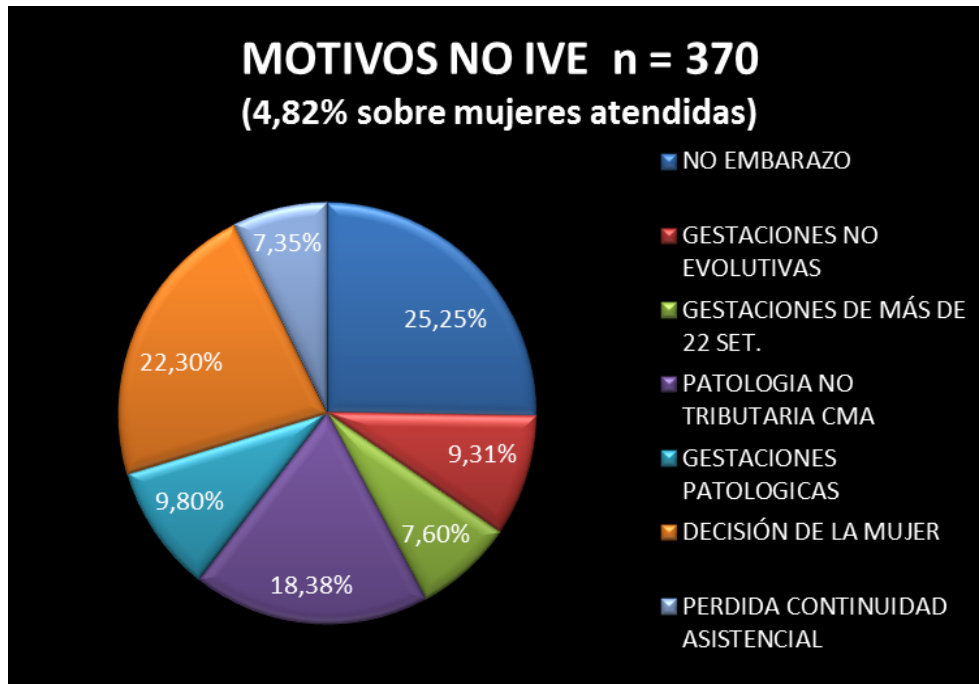
En el periodo evaluado se han atendido 7.684 mujeres, de las cuales 6.974 se han realizado la IVE instrumental y/o combinado con fármacos, lo que supone el 90,76% de las mujeres atendidas.

Los motivos para no realizar la IVE los vemos en el gráfico siguiente, excepto un pequeño porcentaje (3,93%) que corresponde a las mujeres que se han realizado los preoperatorios dentro del periodo estudiado, pero no la intervención.



Una vez realizada la ecografía de diagnóstico de embarazo, no se ha realizado la IVE a 370 mujeres por los siguientes motivos:

- 103 no estaban embarazadas
- 38 corresponden a embarazos no evolutivos (sin vitalidad, huevo huero...)
- 31 presentaban un embarazo de más de 22,5 semanas de gestación.
- 75 presentaban patologías no tributarias de ser atendidas en CMA.
- 40 presentaban gestaciones patológicas (aborto en curso, mola, ectopico...)
- 91 expresaron dudas sobre su decisión el día de la primera visita.
- 30 no se presentaron el día de la cirugía y no ha sido posible contactarlas.

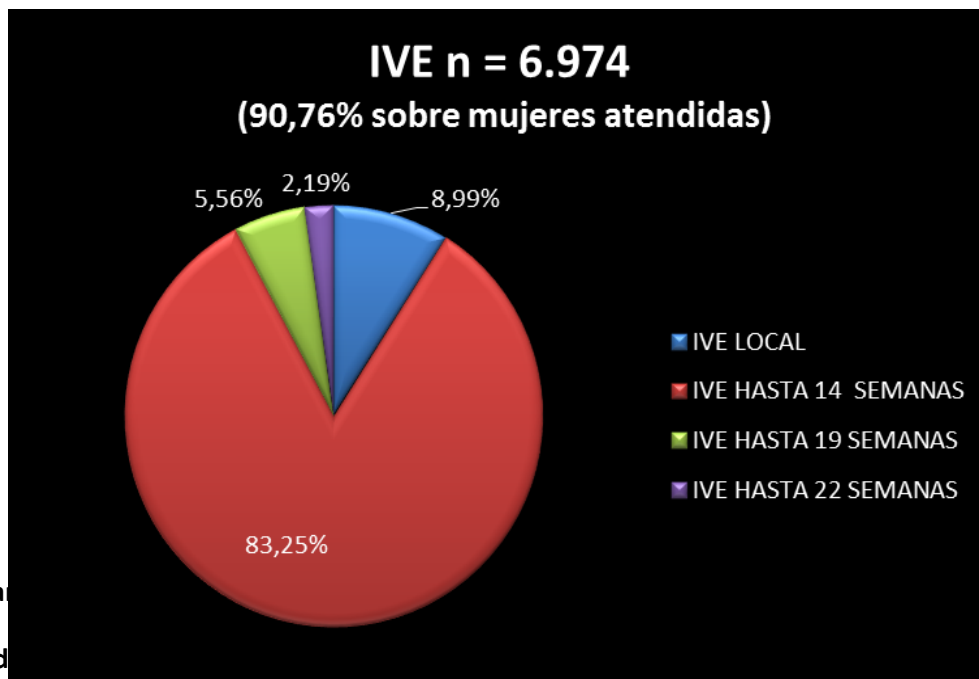


Esto supone una derivación defectuosa, sin haber realizado una buena evaluación. Considerando que si no se hiciera ninguna evaluación la probabilidad de que la mujer no esté embarazada, el embarazo no sea evolutivo, no corresponda a las semanas de amenorrea o tenga una patología sobre añadida, sería un porcentaje muy pequeño, por lo que el error es muy grande. Supone también que la Clínica es quien hace la acogida, información y valoración del caso a su costa, puesto que no recibe ninguna remuneración por ello, lo que podría en según que casos llevar a actuaciones que alteraran las estadísticas.

En todos los casos se ha realizado la ecografía diagnóstica e informe por escrito del resultado, derivando a la mujer al recurso más adecuado para realizar el seguimiento de su problemática (ASSIR, Hospital)

De IVE

las



Dr. Sa
Presid

realizadas, el desglose por tipo de tratamiento es el siguiente:

En el apartado del tipo de anestesia/analgesia solicitado hasta la 14 semana de amenorrea que es optativo, las usuarias escogen en un 90% sedación por el confort que les ofrece.

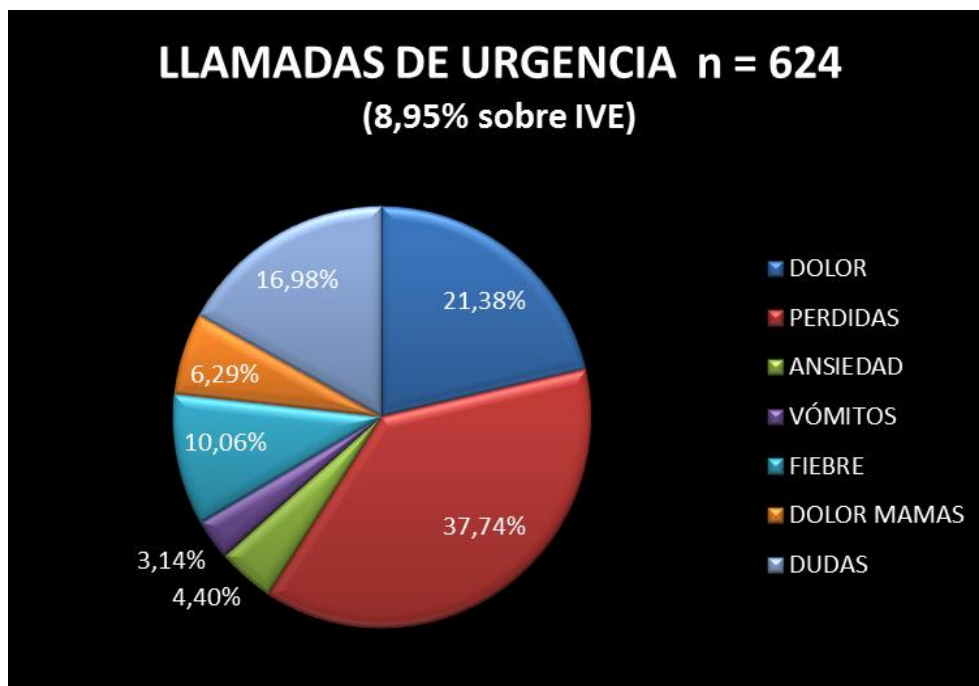


Dentro del control de calidad protocolizado en nuestro centro en el año 2010, hacemos una recogida de las llamadas "de urgencia real o sentida" de las mujeres ya atendidas. Se incluyen las llamadas realizadas tanto a la clínica dentro del horario de apertura, como al teléfono permanente de 24 horas.

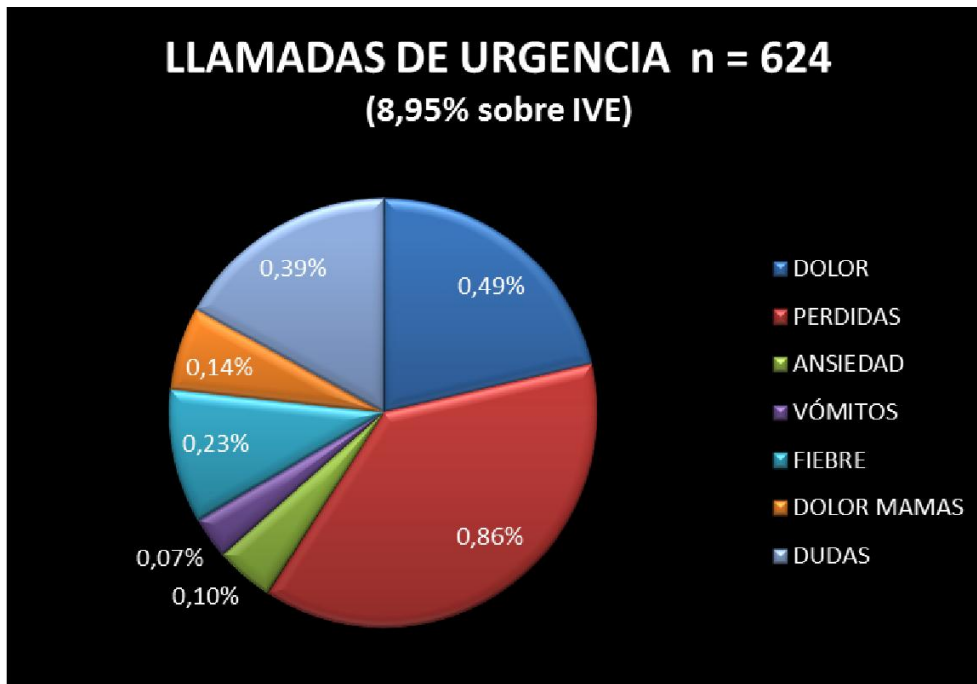
Aunque espontáneamente se da algún caso, no recomendamos que la usuaria se dirija a su hospital o se ponga en contacto con el sistema de emergencias (061),

porque la asistencia en trato telefónico o domiciliario no ha resultado ser experto, o sencillamente ha sido derivada al hospital, donde, salvo raras excepciones les realizan sistemáticamente un legrado. Con nuestro servicio de atención telefónica un médico evalúa la consulta y si necesita una asistencia u hospital con o sin traslado lo indica o solicita personalmente.

Cabe destacar que el 95,83% de estas urgencias se resuelven telefónicamente, siendo mayoritariamente las derivaciones a la clínica por problemas de comprensión oral (problemas idiomáticos y/o bajo nivel cultural). Hay un 0,09% (6) de mujeres derivadas al centro hospitalario del área de su domicilio, con una resolución fácil en un 50% (0,045% del total IVE) (tratamiento farmacológico y observación) y un 50% (0,045% del total IVE) de reintervenciones en las que **todavía no hemos podido establecer ni la causa ni la resolución final (anatomía patológica).**



PORCENTAJE SOBRE LAS LLAMADAS DE URGENCIA



PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE INTERVENCIONES

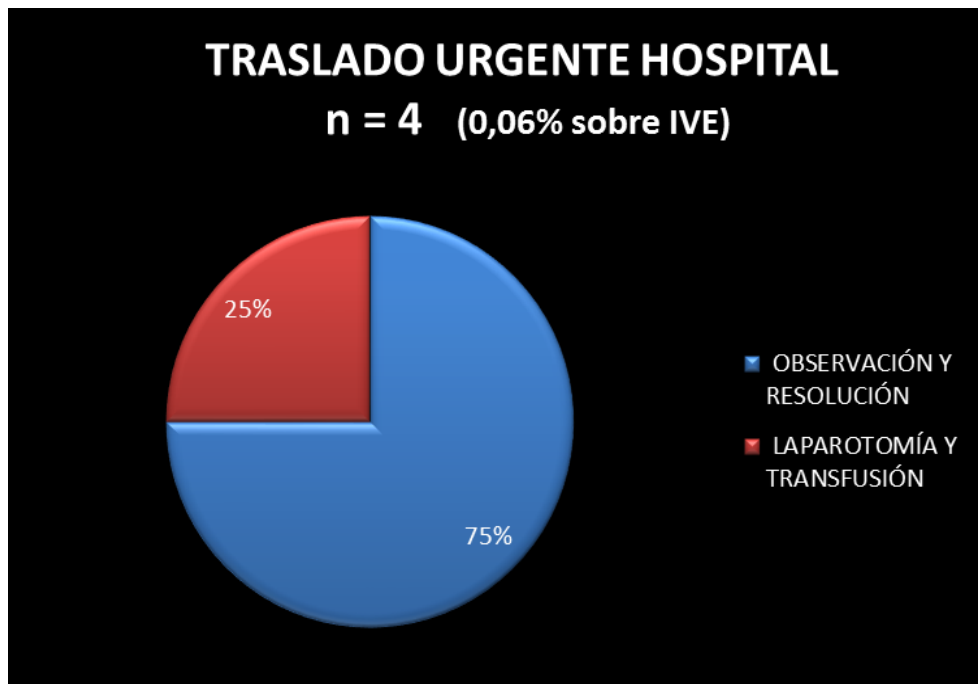
Los motivos de las llamadas telefónicas de urgencia son principalmente, de más a menos incidencia:

- Pérdidas superiores a una menstruación, con aparición de coágulos, que normalmente, se acompañan de dolor.
- Dolor uterino, tipo cólico, que no cede con la medicación pautada.
- Dudas, principalmente con la medicación (dosis, interacciones...) o con las normas a seguir (relaciones sexuales, ejercicio...)
- Fiebre, temperatura superior a 37°C.
- Dolor de mamas, por la subida de la leche.
- Ansiedad, normalmente provocada por una mala aceptación de los hechos, sentimientos de culpa, conducta inadecuada postintervención...
- Vómitos, principalmente en mujeres que ya sufrían náuseas y vómitos durante el embarazo.

En todos estos casos el profesional pauta la medicación o actuación a seguir, haciendo un seguimiento de una a veinticuatro horas posteriores (según el caso) con una buena resolución en un 95,83% es decir el 100% de las atenciones telefónicas.

En relación a las complicaciones mayores (perforación, hemorragia por atonía uterina) en el momento de la intervención o en el postoperatorio inmediato, se han presentado

en cuatro casos de las IVE practicadas, lo que supone un 0,06% de complicaciones mayores. Todas ellas han sido trasladadas en condiciones estables al Hospital de III nivel de referencia del centro (H. Clínic-Maternitat).



Sólo en un caso (0,014% del total IVE) fue necesario realizar una laparotomía para controlar una hemorragia, que precisó también de transfusión sanguínea.

Aunque nos consta algún caso, no disponemos de datos de las mujeres atendidas en otros centros hospitalarios con posterioridad a la IVE, por complicaciones reales o subjetivas. Lo que demuestra la falta de comunicación entre centros a pesar de ser todos del sistema público de salud y en todo caso de un registro de complicaciones por la técnica, el embarazo o alguna patología sobreañadida lo que daría una información precisa sobre las variaciones de calidad que evidentemente debemos tener y que en este momento conocemos por la concentración de la mayoría de los casos en un centro, pero que presumiblemente se desconocerán en el momento actual al dispersarlos por numerosos centros de atención.

3.- EXPERIENCIA Y CONCLUSIONES

La puesta en marcha del protocolo de derivación por parte de los ASSIR ha mejorado algo la comunicación y información sobre las características y problemáticas de las mujeres atendidas, si bien los primeros meses faltaba esta información, actualmente se está implementando algo mejor en los ASSIR derivantes. Aunque todavía nos encontramos con numerosos profesionales de ASSIR poco implicados y/o informados sobre la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, y poco receptivos a nuestras propuestas.

La colaboración con los Hospitales de la XHUP, es muy diversa. Hay centros que están bastante implicados en la atención y otros centros que no quieren saber nada.

Sobre el Servei d'Emergències Mèdiques, no sabemos que incidencia tienen en la atención instrumental aunque de momento no lo recomendamos, pendientes de unos cursos de capacitación que se iniciaron con uno informativo, pero que no ha tenido continuidad, ya que el de atención practica no se ha realizado.

La carga de trabajo es demasiado variable, lo que hace muy difícil la correcta planificación de la atención, si bien normalmente las mujeres entienden esta situación temporal. El índice de reclamaciones se ha situado en un 0,38 por mil (3).

4.- ANALISIS ENTRE ATENCIÓN FARMACOLOGICA E INSTRUMENTAL

La información oficial mas reciente del sistema puesto en marcha por el Servei Català de la Salut es la de la Dra. Carme Ollé sobre 1604 casos en tres regiones sanitarias catalanas en la Jornada: **AVANCES EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA** en Valencia el 9 de mayo 2013 donde la Dra Carme Olle en su ponencia "Despliegue de la Ley Sexual y Reproductiva i de la Interrupción del Embarazo en Catalunya" no da ni uno de los datos que apporto a pesar de haber estado comunicados por nosotros al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, esperemos que por error y no por ocultación de los meritos de la técnica ni de los centros especializados, sin embargo sí comunica unos datos sobre el aborto farmacológico antes de las 7 semanas de amenorrea que son los únicos que parece conocer y que no pueden competir con estos en cuanto a calidad asistencial.

Resultados sobre IVEs farmacológica, año 2012.

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

Resultados sobre IVE farmacológica, año 2012.

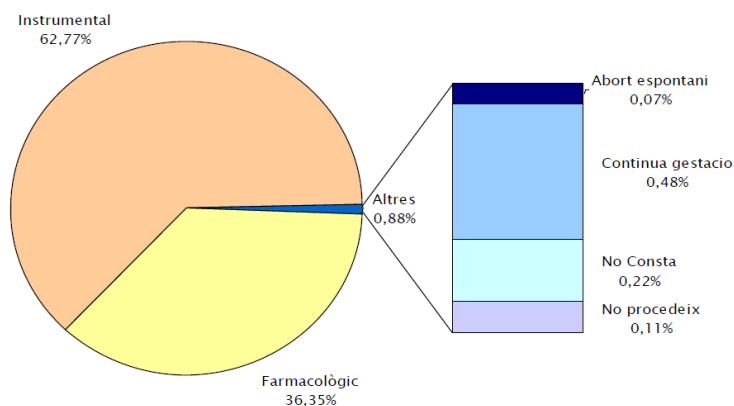
(Barcelona Costa Ponent, Barcelona Nord Maresme y Barcelona Litoral)

Jornada L

Distribución según método

El punto

primer que



sorprende es que las mujeres escojan libremente el aborto farmacológico en un 36,35% en los ASSIRs con las incomodidades que suponen y el método quirúrgico prefieran en un 90,25% la sedación sobre la local, solo por el confort que ofrece.

Cuando en la misma presentación se le reconocen: unas molestias considerables con dolor en el 72 % (intenso en el 35%) de los casos, sangrados superiores a la menstruación en el 71% de los casos y un 52 % de efectos secundarios.

(Barcelona Costa Ponent, Barcelona Nord Maresme y Barcelona Litoral)

Efectos secundarios

✓ **Dolor abdominal:**

- Intenso en el 35 %
- Moderado en el 37%
- Leve en el 26%
- No dolor o muy escaso 2%

Mayor intensidad en mujeres mas jóvenes y en gestaciones próximas a las 7 semanas

✓ **Sangrado:** Superior al de la menstruación 71,1%

✓ **Otros síntomas:** náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, cefalea, diarrea, malestar general,... en un 52%

✓ **Sospecha endometritis:** 0.80%

21

Así mismo se reconocen en el método farmacológico 1,9% derivaciones de urgencia frente a un 0,09 en el instrumental (quirúrgico).

Resultados sobre IVEs farmacológica, año 2012.

(Barcelona Costa Ponent, Barcelona Nord Maresme y Barcelona Litoral)

□ **1,9 % derivación al hospital y consultas a urgencias**

□ **Motivos:**

- Persistencia de restos ovulares
- No expulsión del saco y latido negativo
- Fallo de método
- Dolor Intenso
- Sangrado

22

No dispongo, porque no conozco ninguna publicación del Departament de Salut ni de ningún hospital con resultados sobre la atención a los casos de más de 14 semanas en hospitales. No se si usan las técnicas instrumentales como la Dilatación y Evacuación con reputación de ser las mejores y como lo acreditan las publicaciones:

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 y

Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD006714. Review

Aunque por mi información personal se que usan métodos farmacológicos o cesareas que suponen mucho mas tiempo de separación de la mujer de la vida cotidiana.

5.- RECOMENDACIONES

Sería conveniente incidir en la formación sobre salud sexual y reproductiva e IVE a los profesionales de atención primaria dedicados a atender a las mujeres que acuden en demanda de IVE.

Ahora que ya se tienen resultados lo suficientemente significativos como los 1604 de este trabajo sobre aborto antes de la 7 semana realizado exclusivamente por el método farmacológico y los casi 7000 practicados por el método instrumental y /o combinado con fármacos en 2º trimestre, que presento yo realizados en nuestro medio, con la sensibilidad a las molestias de nuestra población, recomiendo que se informe de los resultados nuestros en lugar de los, en ocasiones, mas optimistas de otras poblaciones.

Creemos que se tendría que protocolizar la colaboración de todos los agentes implicados, con conocimiento de las técnicas de actuación de los diversos actores, y establecer una recogida de complicaciones (menores y mayores), para poder instaurar un mejor modelo de atención y mejorar la calidad del servicio.

Se deberían establecer mecanismos de relación y derivación entre centros para poder mejorar la planificación de la atención.