Como todos y todas sabemos, ACAI es la única asociación Española que hasta ahora agrupa y representa al colectivo de los profesionales que realizan abortos en España. Si bien no están asociados todos, si una mayoría. Como asociación que tiene entre sus fines garantizar la prestación sanitaria del aborto de calidad, nos planteamos la necesidad de consensuar unos protocolos sanitarios de actuación para esta práctica. Ya elaboramos una guía de recomendaciones en el año 2010.Titulada "Requisitos básicos para la atención sanitaria en el aborto provocado" En esta ocasión nos centramos principalmente, en el circuito de atención a la IVE, teniendo en cuenta los requisitos legales, tanto en materia de la legalidad en sí de los abortos, como en la obligación de confidencialidad y tratamiento de datos, recomendaciones sobre el acompañamiento y en los requisitos legales mínimos en cuanto a instalaciones, material, personal, etc.

Ahora nos proponemos dar un paso más iniciando una estrategia de mejora continua en nuestra práctica clínica, orientada a ayudarnos a utilizar el mejor conocimiento disponible, a reducir la variabilidad no deseada en nuestras actuaciones y a dotarnos de herramientas que nos permitan conocer nuestros resultados. De esta forma podremos proponernos mejorar aquellos aspectos que consideremos necesarios y afianzar aquellas prácticas que muestren un mejor funcionamiento.

Disponemos de mucha experiencia, por tanto podemos generar conocimiento científico propio, pues muchos de nuestros procesos no son objeto de interés científico para otros ámbitos.

Por otro lado, como sociedad científica, el disponer de protocolos bien diseñados, basados en la mejor evidencia disponible y consensuada entre profesionales, nos aportará seguridad y avalará nuestras actuaciones clínicas.

Pretendemos abordar todas aquellas prácticas en las que detectemos una variabilidad excesiva, unos resultados menos satisfactorios o que por tratarse de una innovación, requieran un análisis en profundidad y una metodología de consenso de expertos para ser introducidas en la práctica

cotidiana. Esto incluirá tanto las prácticas farmacológicas e instrumentales, como las quirúrgicas del aborto.

El primer paso es conocer el punto de partida, hacer un análisis de situación.

Para ello hemos comenzado por elaborar unos cuestionarios para nuestros socios/as, para tener en primer lugar una idea de los protocolos que en este sentido utiliza cada clínica. Con ello pretendíamos ver las similitudes y diferencias entre centros. Y más tarde cotejar esto con la bibliografía médica disponible, comprobando así si estos se adecuan a la evidencia médica disponible en esta materia.

Se elaboraron tres cuestionarios con el objetivo que los centros acreditados de la Asociación den respuesta a su metodología de trabajo en la práctica del aborto provocado

Uno de ellos recoge el procedimiento instrumental (aspiración) de IVE hasta 14 semanas. De un total de 29 clínicas, cinco no respondieron al cuestionario, por lo que han participado un 82.76 % del total de clínicas de la Asociación.

Al segundo cuestionario sobre el método farmacológico del primer trimestre han respondido también el mismo porcentaje de clínicas.

Y al tercero referido al procedimiento de IVE de más de 14 semanas, diferenciando en este último caso entre el método de aspiración y DYE o el método de inducción. En este caso han participado el 100 % de las clínicas de ACAI que realizan esta práctica

En los tres casos el cuestionario se ha divido en 3 bloques principales con los siguientes parámetros de estudio:

Procedimiento pre operatorio: Realización de Rh, administración de Gamaglobunina Anti-D, realización de analíticas, preparación y medicación pautada

Práctica de la IVE: Canalización de vía, administración de sueros, tipo de anestesia, utilización de antiséptico, tipo de cánula y dilatador, seguimiento ecográfico, monitorización, finalización del método

Procedimiento post operatorio: Cuidados, tiempos de vigilancia, medicación pautada y ecografía post.

Una vez procesados y analizados los datos obtenidos se ha revelado que existen importantes similitudes pero también diferencias. Muchas de las diferencias en cuanto a protocolos encontradas son las mismas que existen entre otros profesionales de otros países y son fuente de investigación y debates no cerrados en los congresos profesionales y publicaciones especializadas.

PARA EMPEZAR

Hay que tener en cuenta que las cuestiones legales del aborto no tienen que ver con las médicas, realidad que el ministerio de Sanidad español no quiso tener en cuenta al hacer el decreto de autorizaciones para la práctica de IVE tras la aprobación de la ley de 2010. En España las autorizaciones a los centros para la práctica de IVE se dividen hasta 14 semanas y más de 14 semanas y por eso hemos solicitado los datos así, pero para compararlos con otros países y consultar bibliografía o estudios científicos, la división que se hace siempre es primero y segundo trimestre, es decir hasta 12 semanas y a partir de 13. En España se tuvo más en cuenta la división legal que la puramente médica.

PROTOCOLOS DE PRIMER TRIMESTRE (EN NUESTRO CASO HASTA 14 SEMANAS)

Podríamos decir que las clínicas autorizadas hasta 14 semanas ofrecen todas las dos técnicas de elección para estos abortos. El aborto por **aspiración y el aborto farmacológico**. Todas ofrecen la posibilidad de realizar el aborto por aspiración con **sedación**, aunque la mayoría con propofol y el 80% cuenta con anestesista las que no, usan otras técnicas de sedación consciente como el Kalinox o el midazolam. El porcentaje de mujeres que se inclinan por una u otra técnica es muy variable de una clínica a otra.

Los porcentajes de farmacológico que declaran hacer las clínicas del estudio son muy variables desde dos clínicas que dicen no hacer ninguno,

hasta una clínica que realiza el 59% por este método. He agrupado los datos así

% de FARMACOLÓGICO	
N DE CASOS	**%**
< ó = 10	61,90
20 a 30	33,33
>30	4,76

En el estudio que hemos presentado esta mañana **219 mujeres**, que corresponden al **22% del total han escogido el método farmacológico.** Esto se debe a que una de las clínicas que ha participado activamente en el estudio es de las que hace un porcentaje más alto, sobre un 30 %

Con respecto al aborto realizado con sedación o anestesia local los porcentajes también son muy variables y muchas veces se deben a que en algunas comunidades autónomas los Servicios de Salud no abonan el importe de la sedación a las clínicas.
En tres comunidades la anestesia no la costea el Servicio de Salud, sino la propia usuaria, estas comunidades son: Aragón, Castilla-león, Murcia y Andalucía, en el resto si, Asturias, Galicia, C. de Madrid, C. Valenciana, Cataluña y Castilla la Mancha. El Porcentaje de intervenciones con sedación oscila según las clínicas entre el 5 y el 100 % situándose la media en 60.7%.

% de SEDACIÓN	
Nº DE CASOS	**%**
< ó = 20	17,39
40 a 60	30,43
> ó = 80	52,17

La cifra sale algo más alta que la que muestra el estudio presentado esta mañana. Depende también de las clínicas que han participado o no en el estudio y también hay que tener en cuenta que este trabajo se ha

realizado sobre una muestra de mujeres con gestación de hasta 7 semanas.
Un 51.5 % de ellas lo realiza con anestesia local paracervical y un 48.5% con los diferentes tipos de sedación o anestesia general.

La administración de gammaglobulina antiD en caso de RH negativo es universal y todas las clínicas realizan la determinación del mismo, previamente. En diferentes dosis:

Hasta 12	**Más de 12**	**%**
150µg	300µg	33,33
75µg	150µg	55,56
50µg	75µg	11,11

En una revisión publicada en 2002 por K. Gemzell at al, en la que se analizan publicaciones y guías de práctica clínica de 11 expertos y sociedades científicas, se concluye que con dosis de 50µgrs.es suficiente para la isoinmunización en el primer trimestre. La presentación comercial en España de la gammaglobulina es en un vial de 300µg, la dosis habitual en un parto. Sería conveniente que se comercializaran dosis menores para tratamientos en IVEs.

Observamos que existe más variabilidad en cuanto la premedicación y así se realizan o no otros análisis previos.
En todos los casos se monitoriza a la usuaria.

En todas las clínicas se usa la **ecografía** tanto para los diagnósticos, como para el seguimiento durante el procedimiento, como para la confirmación del resultado del mismo. Aunque esto es lo que os parece normal aquí, no está generalizado en otros países. Pero el uso sistemático de la misma incrementa la seguridad y el éxito de la intervención. En nuestras clínicas tenemos ecógrafos dentro de quirófano y personal instruido en el seguimiento de la intervención por ecografía.

El 54.17% de las clínicas **canalizan una vía** para realizar la intervención con anestesia local y el resto (43,48) no. El 33.33% pone algún tipo de suero y los demás sólo la medicación.
En cuanto a la técnica en sí misma es muy similar, si bien existen diferencias de "preferencias" en cuanto al anestésico local usado, tipo de cánula etc.
Los uterotónicos no se suelen, excepto dos clínicas, indicar sistemáticamente, más desde que desapareció el methergin oral del mercado, pero si se hace i.m o i.v en caso de sangrados, hematometras o a partir de ciertas semanas.
Los analgésicos recomendados o profilaxis antibiótica son muy diversos. La mayoría de las clínicas recomiendan analgésicos a demanda y en cuanto a antibioterapia pos se pauta en casi todas las clínicas

FARMACOLÓGICO PRECOZ

En 2010 la HAS (Haute Autorité de Santé) publicó una guía de buenas prácticas sobre aborto farmacológico en el que se analiza multitud de estudios sobre dosis de mifepristona, tipos de prostanglandinas, dosis, vías de administración y efectos secundarios. Si bien la francesa es la más actualizada, he consultado además otras guías como la de la NAF o la OMS sobre aborto farmacológico para plantear estas controversias.

El 85% de las clínicas usan dosis de 200 mg. Dos clínicas usan 400 y una dice dar dosis variables entre 200 y 600, aunque no especifica cuanta y en qué casos. Los análisis de diversa instituciones como la OMS y otras sociedades científicas aseguran que para los abortos precoces las dosis de mifepristona de 200 son comparables en eficacia a las dosis de 600. Sin embargo no existe ningún estudio en el que se haya ensayado con dosis de 400. Lógicamente si 200 y 600 son comparables, no parece que dosis de 400 mejoren los resultados tanto en el primer como en el segundo trimestre (Ashok et al.2004, Gemzell-Danielson and Lalitkumar 2008, Lohr et al. 2008, Wildschut et al.2011), por lo que no parece justificado usar dosis de 400 (al menos no hay evidencias al respecto) y aumenta el costo de la IVE.

En IVEs de primer trimestre, si encuentra diferencias entre dosis de 200 y 600 de mifepristona para abortos de 8 y 9 semanas, no así hasta la 7ª. En

nuestras clínicas hemos encontrado que la mayoría usa el aborto farmacológico sólo hasta la 7ª semanas sólo una clínica lo hace nada más que hasta las 6 semanas.

Si bien cuando se autorizaron los fármacos para el aborto farmacológico en España se hizo hasta los 49 días de amenorrea, estudios posteriores demostraron la eficacia de hasta los 63 días y su uso fue autorizado por la Agencia europea y americana del medicamento, actualmente la ficha técnica del producto (mifepristona) española lo autoriza hasta los 63 días, pero también dice que el uso tendrá que adaptarse a la legislación de cada país; y no tenemos conocimiento que la autorización inicial se haya modificado.

Otra diferencia desde que se autorizó hasta ahora, es que en un principio tanto la dosis de mifepristona como la de misoprostol se hacían en la clínica con seguimiento del proceso de expulsión; pero actualmente a la vista de los resultados de múltiples experiencias exitosas en varios países, muchas clínicas ofertan la posibilidad de hacerlo a domicilio, con la posibilidad, por supuesto, de consultar telefónicamente o acudir a la clínica en caso de dudas o efectos secundarios importantes y cumpliendo ciertos requisitos de proximidad geográfica (28% ponen límites geográficos) acompañamiento y comprensión del método. Estas clínicas también ofrecen, si la mujer así lo desea, ir a la clínica para la administración de misoprotol y permanecer en ella, para control del tiempo necesario, pero la mayoría de las mujeres prefieren el aborto a domicilio.

En un principio la vía autorizada para el misoprotol era la oral, pero otras vías como la vaginal, la sublingual y la bucal han sido estudiadas y han resultado más eficaces y con menos efectos secundarios, sobre todo náuseas y diarreas, que la oral. Sin embargo según todos los estudios consultados la oral es la preferida por las mujeres.

La vía vaginal se muestra como eficaz y con menos efectos secundarios, pero está puesta en entredicho después de los casos de muertes (aunque muy escasos) por infección por clostridium y según múltiples estudios es la menos deseada por las mujeres. Sin embargo es la más usada en España.

Vía	
Vaginal	76,19%
Vag. Sólo	28,57%
Bucal	9,52%
Oral	9,52%
Sublingual	4,76%

La vía sublingual se muestra más eficaz que la vaginal y bucal, con menos dosis (400 vs 800), pero presenta significativamente, los mayores efectos secundarios, sobre todo fiebre y dolor. Volvemos a que esta vía al menos en principio es preferida por las mujeres. La vía bucal y vaginal son comparables en cuanto eficacia, pero de nuevo la primera presenta más efectos secundarios (parecidos a la sublingual) más alteraciones del gusto.

En cuanto a las dosis en España encontramos mucha variedad desde 200 a 800 mg. Cuando en la mayoría de los estudios se han estudiado dosis de 400 u 800.

MISOPROSTOL (Dosis)	
400mcg	23,81%
600mcg	33,33%
800mcg	33,33%
200-400mcg	4,76%
400-800mcg	4,76%

En nuestro gráfico una clínica usa 200 mcg y no pocas usamos frecuentemente dosis de 600 mg. Esta es la menos usada en otros países (al menos reportada) y de la que casi no existen datos, pero los que existen se muestran similares a dosis de 400 u 800. Ante esta situación los/as profesionales hemos creído que dosis mayores a 400 son más eficaces, pero las de 800 presentan significativamente más efectos secundarios y son más difíciles de aceptar por las usuarias (más comprimidos). Quizás esto podía ser objeto de estudio en el futuro.

DATOS DE SEGUNDO TRIMESTRE, EN NUESTRO CASO MÁS DE 14 S

Si bien en los hospitales públicos españoles la tendencia generalizada es a la práctica de métodos de inducción farmacológica para el segundo trimestre, en nuestros centros todos usamos técnicas instrumentales hasta al menos las 18 semanas, aunque casi siempre apoyadas con preparación cervical farmacológica.

ASPIRACIÓN	
SEMANAS	
HASTA 13-14	60%
HASTA 16-17	40%
D Y E	
SEMANAS	
HASTA 18	20%
HASTA 19	30%
HASTA 20	30%
HASTA 21	20%

La mayoría de las clínicas hacen **preparación cervical** desde las semana 15, aunque una clínica lo utiliza sólo a partir de las 17 semanas. Un 40% habitualmente solo con misoprostol y un 60% lo combina con dilatadores osmóticos sistemáticamente. El misoprostol se usa siempre vaginal, 60% lo deja entre 1 y 2 horas y el 40% entre 2 y 6 horas, dependiendo fundamentalmente de las semanas de gestación y la paridad. El nº de dilatadores osmóticos que se insertan también es muy variable y oscila entre 1 y 5.

Incluso en las primeras 14 semanas algunas clínicas (25%) usan sistemáticamente y sin depender de las semanas de gestación, misoprostol para la preparación cervical, sublingual o vaginal en dosis desde 200 a 400 mgrs. El 8.33% nunca y el resto (66.67%) lo usa o bien en caso concretos, como dificulta la dilatación, pero sobre todo en función de las semanas, lo más frecuente a partir de 12 semanas.

NUNCA	**SIEMPRE**	**CASOS**
8,33	25,00	66,67

En gestaciones más avanzadas la mayoría tiende a técnicas de inducción farmacológica o combinación de las mismas. Otra diferencia significativa con respecto a los hospitales públicos es que para inducciones todos usamos la mifepristona antes, excepto una clínica (que la administra en el momento del ingreso antes (incluso alguna la usa para para aspiración y D y E). Esto, como refleja toda la literatura al respecto, hace que aumente el efecto de las prostaglandinas con lo que mejora su eficacia sobre la preparación cervical y disminuye considerablemente el tiempo de inducción.

Sin embargo en la literatura consultada las dosis recomendadas son de 200 mg, y en los estudios realizados no existe ninguna diferencia en cuanto la eficacia al aumentar la dosis. En cualquier caso, en la ficha técnica del producto, se recomienda que para preparación cervical las dosis son de 200, pero para inducción las dosis recomendadas son de 600.

Si bien la mayoría la administra con 48 horas de antelación que es el tiempo más recomendado y que se ha demostrado más eficaz (200 mg mifepritona+ 800 mcg misoprostol 36-48h después + 400 cada 3 horas, Gemzell and Lalitkumar 2008, Lor et at 2008, Wldschut et al. 2011) por cuestiones de organización, sobre todo en mujeres que vienen de lejos, incluso de otros países, y no pueden permanecer dos días en la ciudad en la que se les va a practicar, 24 horas también se ha demostrado útil.

La mayoría de nosotros, al manejar las técnicas instrumentales también hacemos terminaciones instrumentales en caso de inducciones, cuando se complican con sangrados, en distocias o simplemente cuando se alarga o el cuello es favorable. Esto mejora considerablemente el bienestar de las mujeres y reduce las complicaciones de la inducción, aunque aumenta las posibilidades de desgarros cervicales y perforación, en manos expertas esto se reduce considerablemente.

En la bibliografía consultada los datos de complicaciones son difíciles de encontrar y merecerían una búsqueda más exhaustiva por nuestra parte, pues cada vez que los consultamos, nos encontramos con cifras muy por encima de las que nosotros registramos.

En la clínica en la que trabajo desde hace 27 años Clínica El Sur de Sevilla, venimos registrando y analizando los datos de nuestras complicaciones desde hace años. El cuadro que les traigo es el resultado de analizar 71.103 abortos. Sobre los abortos de hasta 12 semanas no hemos registrado ninguna perforación, ni complicación que hayan requerido ingreso hospitalario. Todos los casos de complicaciones mayores los hemos registrado a partir de 13 semanas.

Traigo datos de otros autores de algunas de las complicaciones para evidenciar la diferencia con ellos Sobre dehiscencia de sutura: Daskalasi et al. 2005, Mazuni et al. 2006, Complicaciones mayores: Autry et al 2002, Turok et al. 2008, En 2º tri. la necesidad de evacuación quirúrgica se reporta entre el 5 y el 30% : Ashok et al.2004, Goh and Thong 2006, Chai et al. 2009, Bourns et al. 2010, Dickinson et al. 2010.

		CASOS: 14.333	**CASOS: 71.103**	
TOTALES		**% SOBRE MÁS DE 12**	**% SOBRE TOTAL IVES**	**% OTROS AUTORES**
PERFORACIONES	13	0,09	0,02	0,2
ATONIAS	5	0,03	0,01	
DEHISCENCIAS DE SUTURA	4	0,03	0,01	0,9 A 2
DESGARROS CERVICALES	52	0,36	0,07	1
FALLO DE INDUCCIÓN	6	0,04	0,01	
HOSPITAL	21	0,15	0,03	
COMPLICACIONES MAYORES	22	0,15	0,03	less 1 A 11

Además las mujeres prefieren las técnicas instrumentales como la D y E a la inducción, fundamentalmente por el dolor y el tiempo que dura el procedimiento (Grimes et al. 2004, Kelly et al. 2010) a lo que yo añadiría, por el confort general también a nivel de conciencia del aborto que redunda en mayor bienestar emocional durante y tras el aborto. No es lo mismo la percepción del aborto “como un parto” que entrar en quirófano dormirse y abandonar las clínica en pocas horas.

En el caso de las aspiraciones y las D y E la mujer suele permanecer en la clínica entre tres y seis horas. Teniendo en cuenta el tiempo empleado en la historia clínica, pruebas complementarias, preparación cervical, intervención y observación.

Para los casos de inducción a veces se alarga más el tiempo, pero rara vez excede de 12 ó 16 horas. Por lo que las mujeres en contadas ocasiones pernoctan en las clínicas. Los datos de tiempo medio de inducción se sitúan en 9 horas.

PARA TERMINAR

Muchas de nuestras clínicas y ACAI en conjunto han realizado trabajos de investigación sobre diversos temas, o en compromiso de mejora continua de la calidad se realizan registros sobre complicaciones, satisfacción de las usuarias, consultas de urgencias, revisiones posteriores etc. que nos permiten evaluar nuestro trabajo. Así, en esta línea, algunas clínicas han enviado sus resultados con lo que hemos comprobado la baja tasa de complicaciones y el alto grado de satisfacción de las usuarias.

Pero nos encontramos con que son pocas las clínicas que nos han enviado estos datos sistemáticamente recogidos. E incluso las que lo han hecho, la diferente forma de recoger los datos y analizarlos, nos dificulta compararlos. Los que traigo son los que me han enviado y que se han elaborado con una recogida y análisis sistemático. En el caso de las encuestas de satisfacción la de Ginegranada y Ginealmería se ha puntuado de 1 a 5 y en caso del El Sur de 1 a 10. Estos últimos datos llevamos recogiéndolos y analizándolos más de 10 años y he traído el último trimestre, pero cualquiera que hubiera escogido nos aporta datos similares.
La experiencia ha sido positiva, pero poco concluyente. Estamos convencidos que tenemos mucho potencial, por la experiencia que acumulamos entre todos; por lo que merece la pena plantearnos una forma de sistematizar nuestros datos para ponerlos en común y poder sacar conclusiones valiosas de esto.

Creemos que nuestro siguiente paso sería consensuar los temas más relevantes por los que empezar el trabajo. Una vez establecidos, realizar búsquedas bibliográficas al respecto y analizar el grado de consenso que

existe sobre los temas seleccionados. En caso de no existir esta nos planteamos realizar estudios que nos permitan poder elegir la mejor opción.

Somos conscientes del reto que realizar esto supone para una asociación como la nuestra, pues será necesaria la implicación de todos nuestros socios/as y la ayuda de profesionales externos expertos en materias concretas, pero ¿estamos dispuestos a intentarlo?