

Protocol de l' Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica.

Fins els 49 dies d'embaràs.

© 2011 Generalitat de Catalunya

Departament de Salut

Trav. de les Corts, 131-159

Edifici Ave Maria

08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edició: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Coordinació editorial: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris

Assessorament i correcció lingüística: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, novembre de 2011



Sumari

1.	Introducció	4
2.	Antecedents	5
3.	Justificació	6
4.	Descripció dels fàrmacs	7
4.1.	Mifepristona.....	7
4.2.	Misoprostol.....	7
4.3.	Interaccions amb altres fàrmacs	8
5.	Pauta terapèutica per a l'IVE fins als 49 dies d'embaràs	9
5.1.	Contraindicacions absolutes	9
5.2.	Consideracions mèdiques	10
5.3.	Eficàcia.....	11
5.4.	Efectes secundaris	11
5.5.	Complicacions	12
5.6.	Risc de malformacions fetals	12
6.	Maneig clínic de l'IVE farmacològica fins als 49 dies d'embaràs	12
6.1.	Primera visita.....	12
6.2.	Segona visita, a les 72 hores de la primera	14
6.3.	Tercera visita, als 15 dies de la segona visita.....	16
6.4.	Indicacions per a l'evacuació uterina després de l'IVE farmacològica.....	17
6.5.	Indicacions de derivació a un centre hospitalari.....	17
7.	Registre de la pràctica de l'IVE	18
8.	Consentiment informat	19
9.	Annexos	20
9.1.	Annex 1	20
9.2.	Annex 2	21
9.3.	Annex 3	22
10.	Bibliografia	26
11.	Professionals	27
11.1.	Direcció	27
11.2.	Coordinació	27
11.3.	Grup de Treball Redactor	27
11.4.	Grup de Treball Revisor.....	27

1.Introducció

Es calcula que cada any en el món hi ha uns 205 milions d'embarassos i d'aquests, 42 milions finalitzen com a avortaments induïts.

La meitat d'aquests avortaments induïts, uns 20 milions, es practiquen en circumstàncies insegures, i comporten complicacions com ara les infeccions i les hemorràgies, que són la causa de la mort d'unes 70.000 dones, (un 13% de les morts maternes anuals al món) i d'efectes secundaris temporals o permanents com ara l'esterilitat per a 5.000.000 de dones. La gran majoria d'avortaments induïts insegurs es practiquen en països pobres.

L'embaràs pot produir-se de forma imprevista i per diversos motius, el més freqüent és la manca d'ús d'un mètode anticonceptiu, usar-lo de manera incorrecta, o bé la fallida del mètode.

Cap mètode anticonceptiu és eficaç el 100%, ja que fins i tot en un escenari en el que tothom utilitzés correctament algun mètode anticonceptiu es produirien 6.000.000 d'embarassos accidentals anuals (vegeu l'annex 1).

La manca d'informació, les dificultats en l'accés a una anticoncepció adequada, les dificultats per establir relacions igualitàries i les situacions de violència de gènere, són factors que també afavoreixen l'embaràs imprevist i no desitjat.

També es pot ocórrer la circumstància en que l'embaràs hagi estat desitjat, i fins i tot planificat, però algun motiu el converteixi en no desitjable.

En tots aquest casos la dona es pot plantejar la interrupció de la gestació i buscar la manera d'accedir a l'avortament induït.

La Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament (CIPD) celebrada al Caire l'any 1994 va reconèixer l'avortament induït practicat en condicions insegures com un tema prioritari de salut pública i va adquirir, en el Programa d'acció, el compromís de millorar i estendre l'oferta de serveis de planificació familiar.

D'altra banda, la Plataforma d'Acció de Pequín acordada en la IV Conferència de Nacions Unides sobre la Dona celebrada el 1995 va concloure que "els drets humans de les dones inclouen el dret a tenir el control i a decidir lliurement i responsablement sobre la seva sexualitat, inclosa la salut sexual i reproductiva, lliure de pressions, discriminació i violència".

L'any 1999, l'Assemblea General de les Nacions Unides va revisar i avaluar el Programa d'acció de la CIPD (CIPD+5) i va acordar que "en circumstàncies en què l'avortament no es trobi fora de la llei, els sistemes de salut han de capacitar i proveir els serveis de salut, i prendre altres mesures per assegurar que aquests avortaments siguin sense risc i accessibles. S'haurien de prendre mesures addicionals per preservar la salut de les dones".

En l'àmbit de la Unió Europea, l'any 2001, el Parlament Europeu va aprovar la Resolució 2001/2128(INI) sobre salut sexual i reproductiva i els drets associats que té com a base, entre altres consideracions, la constatació de les enormes desigualtats entre les dones europees en

l'accés als serveis de salut reproductiva, a l'anticoncepció i a la interrupció voluntària de l'embaràs en funció dels seus ingressos, el seu nivell de renda o el país de residència.

Actualment, la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) està regulada legalment i es permet a pràcticament tots els països de la Unió Europea (UE). No obstant això, els requisits establerts varien entre els països.

A Espanya, la Llei orgànica 2/2010, 3 de març, de salut sexual i reproductiva de la interrupció voluntària de l'embaràs, ofereix un nou context en l'atenció a l'IVE que pot ser a petició de la dona dins de les primeres 14 setmanes de gestació, o per causes mèdiques en diferents setmanes de gestació. La llei estipula un període de reflexió de tres dies un cop rebuda la informació sobre els seus drets i les prestacions públiques que donen suport a la maternitat. L'IVE s'ha de realitzar en centres autoritzats per a la pràctica de l'avortament (tant hospitalaris com extrahospitalaris) i és una prestació inclosa en la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut.

2. Antecedents

La història de l'avortament farmacològic es remunta als anys setanta, amb els anàlegs de prostaglandines, que van demostrar una alta eficàcia, però amb efectes adversos secundaris molt importants perquè s'usaven en dosis molt elevades.

Als anys vuitanta, la mifepristona, coneguda també com "RU 486", va obrir noves expectatives en l'avortament farmacològic en el primer trimestre. La baixa eficàcia, lleugerament superior al 60%, va contribuir a propostes de diverses pautes per tal d'aconseguir més eficàcia i seguretat en relació amb l'edat gestacional, el tipus de prostaglandina, les vies d'administració i les dosis terapèutiques.

En els darrers anys, han estat les pautes combinades amb mifepristona i anàlegs de les prostaglandines, entre d'altres, les que han millorat l'eficàcia i la seguretat dels mètodes mèdics.

La pauta combinada es basa fonamentalment en l'administració d'un antiprogestagen (mifepristona) que atura la progressió de l'embaràs, seguida de l'administració d'un anàleg sintètic de prostaglandina (misoprostol o gemeprost), per afavorir-ne l'expulsió, a l'estimular les contraccions uterines i la dilatació cervical.

A Catalunya, l'any 2001, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va elaborar un Protocol de consens d'ús amb mifepristona i misoprostol per a l'avortament farmacològic en el primer trimestre de l'embaràs amb la participació de professionals sanitaris diversos de l'àmbit assistencial, de les societats científiques i de l'Administració. El grup de treball elaborador del protocol advertia de la necessitat de revisar-lo amb certa periodicitat per tal d'actualitzar-lo d'acord amb l'avenç i l'evidència científics en matèria de seguretat i eficàcia.

El 2010, s'ha actualitzat el protocol i s'ha elaborat sobre la base del coneixement i l'evidència científica actual, tal com queda documentat en l'informe elaborat per l'Agència d'Informació,

Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS)¹ i les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).²

Actualment, en el context europeu, l'ús de la mifepristona combinada amb misoprostol és la pràctica habitual i amb menys efectes adversos. Per als dos principis actius, hi ha medicaments autoritzats i indicats per a la interrupció terapèutica de l'embaràs pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, encara que cal destacar que per al principi actiu misoprostol, el medicament autoritzat no està disponible ja que no es comercialitza a l'Estat espanyol.

Com avala l'informe d'avaluació, es proposa d'utilitzar dosis i vies d'administració diferents a les descrites en les respectives fitxes tècniques dels medicaments autoritzats amb misoprostol i mifepristona:

- Mifepristona, 200 mg per via oral per deglució.
- Misoprostol, 800 µg per via oral per absorció de la mucosa bucal (no sublingual).

Atesa tota aquesta informació, i d'acord amb la Instrucció 05/2010 del CatSalut sobre "Utilització de medicaments autoritzats en condicions diferents de les establertes en la fitxa tècnica", s'estableix aquest protocol per a la interrupció voluntària (IVE) farmacològica fins als 49 dies d'embaràs.³

3. Justificació

L'IVE mèdica amb mifepristona i misoprostol és eficaç i segura. La taxa d'eficàcia per a l'IVE farmacològica fins a 49 dies d'embaràs⁴ (7 setmanes), amb la pauta combinada, és molt elevada ja que s'estima entre el 94-98%. La simptomatologia que se sol presentar és controlable i les complicacions són escasses.

¹ Sunyer B, Sola-Morales O. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

² Progress in Sexual and Reproductive Health Research WHO. Núm. 75. 2007.

³ Instrucció del CatSalut 05/2010 http://www10.gencat.net/catsalut/cat/historic_instruc.htm

⁴ Els 49 dies d'embaràs són calculats a partir de la data de la darrera menstruació. En dones amb cicles irregulars cal determinar el temps exacte de gestació mitjançant una ecografia.

Es pot concloure que l'avortament farmacològic és segur, d'ús fàcil i de bona tolerància en la majoria de les dones, independentment de la seva edat, i pot ser d'elecció en els casos següents:

- Quan no és necessari fer l'estudi anatomopatològic del producte gestacional.
- Dones amb un índex de massa corporal > 30 i sense riscos cardiovasculars afegits.
- Dones amb malformacions uterines i/o miomes i/o antecedents de cirurgia cervical anterior.
- Dones que consideren el tractament farmacològic com el seu mètode d'elecció davant de l'avortament per aspiració o quirúrgic.

Aquesta proposta pretén actualitzar el protocol elaborat anteriorment pel Departament de Salut, d'acord amb el coneixement científic i l'evidència actual, i també millorar l'oferta d'aquesta pauta i incorporar-la a l'àmbit de l'atenció primària de la xarxa sanitària d'ús públic.

4. Descripció dels fàrmacs

4.1. Mifepristona

La mifepristona és un esteroide sintètic, que actua principalment bloquejant els receptors de la progesterona, i en conseqüència anul·la l'acció d'aquesta hormona en la implantació del blastòcit a l'endometri i en la progressió de l'embaràs.

Aquest fàrmac també contribueix a augmentar la sensibilitat del miometri a les prostaglandines i la contractilitat, així com afavoreix la preparació cervical per a la dilatació.

La utilització exclusiva d'aquest fàrmac per a l'IVE de primer trimestre no és prou efectiva, ja que només es produeix l'expulsió de l'embrió en un 60-80% dels casos.

La seva farmacocinètica no és lineal. Després d'una primera fase de distribució del fàrmac, es produeix una eliminació lenta en les primeres 72 hores, que posteriorment s'accelera, i se n'estima una semivida de fins a 90 hores.

4.2. Misoprostol

És un anàleg de la prostaglandina sintètica E1, que indueix de forma ràpida les contraccions uterines i l'estovament del coll uterí. Recentment aquest fàrmac ha estat aprovat per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris del Ministeri de Sanitat i Consum, amb indicació per a l'IVE.

Els estudis d'ús de misoprostol com a pauta única en l'IVE de primer trimestre, suggereixen una efectivitat més baixa i un procés de més llarga durada que en el règim combinat amb mifepristona.

El misoprostol mostra avantatges importants en relació amb les altres prostaglandines, com són l'estabilitat a temperatura ambient, la seguretat i el baix cost.

També cal destacar la possibilitat de diverses vies d'administració, com són la vaginal, la sublingual, l'oral per deglució o l'oral per absorció de la mucosa bucal. Aquesta darrera via, l'oral per absorció, es caracteritza per introduir el comprimit a la cavitat bucal i mantenir-lo en contacte amb la galta fins que es dissolgui. Si passats 30 minuts no s'han dissolt totalment, els fragments restants s'han d'empassar.

Els estudis d'alta evidència científica sobre la utilització per absorció bucal del misoprostol en la interrupció del embaràs en les diferents etapes de la gestació en què s'utilitza la formulació del misoprostol en comprimits orals, demostren que l'absorció per la mucosa bucal és equiparable a la vaginal amb dades farmacocinètiques.^{5, 6, 7, 8}

Les vies d'administració vaginal i oral per absorció bucal presenten una biodisponibilitat i una eficàcia similars, que es caracteritzen per un pic màxim als 30-40 minuts de l'administració, amb uns nivells de concentració plasmàtica no excessivament elevats que es mantenen estables al llarg d'unes 4 hores. Els efectes secundaris són majors en la via oral per absorció bucal, respecte a la vaginal.⁹

La via sublingual i la via oral es caracteritzen per una absorció ràpida, quasi immediata a l'administració, amb uns nivells de concentració plasmàtica elevats que cauen de forma brusca al llarg de les primeres dues hores. Per aquest motiu els efectes secundaris, sobretot els gastrointestinals són importants, especialment en la via sublingual en què el pic màxim de concentració plasmàtica duplica el de la via oral.

4.3. Interaccions amb altres fàrmacs

Mifepristona: no hi ha estudis específics d'interacció, però sobre la base del tipus de metabolisme del fàrmac, es pot considerar que l'associació amb:

- El ketoconazole, l'itraconazole, l'eritromicina o el suc de pomelo, en poden augmentar els nivells sèrics.
- L'herba de Sant Joan, la rifampicina, la dexametasona, o alguns anticonvulsionsants com ara la fenitoïna, el fenobarbital i la carbamazepina en poden disminuir els nivells sèrics.

⁵ Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*. 2009 Sep; 80(3): 282-6. Epub 2009 May 2.

⁶ Meckstroth KR, Whitaker AK, Bertisch S, Goldberg AB, Darney PD. Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response. *Obstet Gynecol*. 2006 Sep; 108(3 Pt 1): 582-90.

⁷ Schaff EA, DiCenzo R, Fielding SL Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception*. 2005 Jan; 71(1): 22-5.

⁸ Ellis SC, Kapp N, Vragvov O, Borgata L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception* 2010 May; 81(5): 441-5.

⁹ O.S.Tang, K.Gemzell-Danielsson,P.C.HO Pharmacokinetics profiles, effects on the uterus and side-effects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. (2007) 99, 5160-67.

Misoprostol:

- Es pot inhibir per l'efecte de l'acenocumarol.
- Associat a antiàcids com ara el magnesi, es pot afavorir i augmentar la intensitat de les diarrees.

4.4. Dispensació dels fàrmacs

Per al lliurament de la medicació que aquest protocol estableix per a l'IVE farmacològica, cal tenir en compte:

- Que només s'entregui la quantitat establerta de cada medicament.
- Que tota la medicació s'entregui en un sistema tancat (tipus bossa o caixa).
- Que cadascuna de les unitats dels medicaments ha d'estar identificada:
 - Descripció del principi actiu, nom i quantitat
 - Lot
 - Caducitat
- Que s'inclogui en cada sistema (bossa o caixa) el document d'informació per a la pacient (segons el model de l'annex 2).

5.Pauta terapèutica per a l'IVE fins als 49 dies d'embaràs

D'acord amb el coneixement i l'evidència científica actual, s'ha considerat com a pauta més recomanable la següent:

- Mifepristona, 200 mg per via oral per deglució seguida de misoprostol, 800 µg per via oral per absorció bucal a les 36-48 hores de l'administració de la mifepristona. Excepcionalment, es pot plantejar l'administració del misoprostol per via vaginal en els casos d'intolerància per via oral per absorció bucal (en el cas d'utilitzar la via vaginal, els comprimits s'han de mullar prèviament amb 2-3 gotes d'aigua o de sèrum salí, per tal de millorar-ne l'absorció).

5.1. Contraindicacions absolutes

- Hipersensibilitat a la mifepristona i/o al misoprostol.
- Contraindicació prèvia per als fàrmacs oxitòcics.
- Sospita o diagnòstic de gestació ectòpica.
- Malaltia trofoblàstica.
- Porfíria hereditària.
- Insuficiència suprarenal crònica.
- Asma greu que no s'aconsegueix controlar amb tractament.
- Coagulopaties i altres trastorns hemorràgics no etiquetats.
- Anèmia greu: Hb < 9 g/l.
- Portadora de DIU, si no ha estat possible l'extracció.

5.2. Consideracions mèdiques

No es recomanable el seu ús en:

- Insuficiència renal.
- Insuficiència hepàtica.
- Desnutrició, considerant com a marcador el valor d'índex de massa corporal inferior a 18,5.

Cal una atenció especial en situacions com les següents:

- Anèmia no greu amb valors de Hb > 9 g/dl. S'ha de considerar que el sagnat postavortament farmacològic pot ser abundant i superior al que es pot produir en l'avortament quirúrgic.
- Malaltia cardiovascular establerta o risc de malaltia cardiovascular.
- Tractaments de llarga durada amb corticoides.
- Epilèpsia o antecedents d'epilèpsia.
- Alletament matern. Els dos fàrmacs poden passar a la llet materna i les repercussions clíniques són incertes:
 - En el cas del misoprostol: atès que a les 6 hores d'administració la seva concentració en la llet materna és insignificant, es podria administrar el tractament en acabar l'alletament i no tornar a alletar fins a 6 hores després.
 - En el cas de la mifepristona: s'han detectat augments de l'hormona adrenocorticoide i del cortisol en el fetus; en conseqüència, cal evitar l'administració de mifepristona durant l'alletament.

No té característiques de contraindicació l'aplicació d'aquest tractament en:

- La disfunció tiroïdal i la diabetis insulíndependent, ja que en tots dos casos no sembla que se n'alteri el control clínic per aquest tractament.
- L'embaràs múltiple.
- L'obesitat: no hi ha evidència que es necessitin dosis diferents en funció de l'índex de massa corporal.
- La cesària prèvia o les intervencions uterines (en un embaràs molt incipient).
- El tabaquisme.
- Les malformacions uterines congènites i adquirides.
- La cirurgia prèvia del coll uterí.

5.3. Eficàcia

S'estima que aproximadament només un 1-2% de les dones tractades amb la pauta de mifepristona i misoprostol en els primers 49 dies d'embaràs requerirà una evacuació quirúrgica (aspirat o raspat intrauterí) per resoldre un avortament incomplet, un embaràs que continua, o per controlar el sagnat.

5.4. Efectes secundaris

La mifepristona no sol produir efectes secundaris. Ocasionalment pot produir mareig, nàusees, vòmits, diarrea, cefalea, fatiga i taquicàrdia, i en els pocs casos en què provoca l'expulsió del producte de l'embaràs, dolor i sagnat.

Els efectes secundaris en la majoria dels casos apareixen a les 4-6 hores de l'administració del misoprostol, i els més rellevants són:

- **Sagnat abundant** (en un 70% dels casos és superior al de la menstruació habitual). L'hemorràgia vaginal disminueix progressivament en les dues primeres setmanes després de l'avortament. En alguns casos aquest sagnat pot arribar a durar fins a 45 dies.
- **Dolor abdominal** (similar a la dismenorrea) pel mateix procés abortiu i per l'efecte de les prostaglandines.
En un 33% el dolor és com el d'una regla. En un percentatge superior, el dolor és intens i de les característiques d'una dismenorrea important i, excepcionalment, el procés és molt dolorós. Hi ha alguns casos que es resolen sense pràcticament dolor. L'analgèsia profilàctica és essencial per prevenir el dolor.
Diversos estudis refereixen menys dolor en dones múltiples, de més edat i en avortaments en les primeres setmanes de gestació.
- **Simptomatologia gastrointestinal:** diarrea, nàusees i vòmits.
- **Calfreds**
- **Febrícula o febre fins a 38,5 °C** en les primeres dues hores després del tractament amb misoprostol. Aquesta és una febre d'origen central que es manté durant unes dues hores i no sol causar problemes. No necessita tractament ja que desapareix espontàniament.
- **Exantema i pruija** a les plantes dels peus i als palmells de les mans.

5.5. Complicacions

- **Hemorràgia vaginal:** el sagnat vaginal en alguns casos, pot ser molt intens i comportar la necessitat de l'hemostàsia quirúrgica, en un 0,36–0,71% i excepcionalment la transfusió en un 0,08–0,48% dels casos.
- **Infecció:** l'endometritis pot ser una complicació que s'ha de considerar encara que la freqüència és baixa, del 0,15–1,57%.
- Cal conèixer una complicació greu i letal, com es el **xoc tòxic per *Clostridium sordellii*** (sols hi ha descrits 5 casos al món, 4 a Califòrnia i 1 a Cuba) malgrat la seva excepcionalitat. Es manifesta inicialment amb una simptomatologia de nàusees, vòmits i dolor, i destaca l'absència de la febre i que a les 24-48 hores empitjora amb hipotensió, taquicàrdia, leucocitosi, hemoconcentració, edema generalitzat i xoc tòxic.

5.6. Risc de malformacions fetals

El misoprostol pot induir potencialment a malformacions fetals. Per tant, és cabdal assegurar la finalització de l'embaràs en el cas d'haver iniciat el tractament amb aquest fàrmac.

6. Maneig clínic de l'IVE farmacològica fins als 49 dies d'embaràs

6.1. Primera visita

Història clínica, que ha de permetre explorar aspectes biopsicosocials de la dona, garantir la comunicació, confirmar l'embaràs i donar informació en base a la normativa vigent.

Anamnesi:

- Dades socials i demogràfiques personals.
- Antecedents familiars d'interès.
- Antecedents de salut personals d'interès.
- Dades ginecològiques i obstètriques.
- Detectar situacions amb especial vulnerabilitat i derivació per a suport psicològic o un altre si cal.
- Avaluar contraindicacions clíniques o altres per a l'avortament mèdic.

Exploracions i proves complementàries:

- Confirmar l'embaràs i determinar l'edat gestacional.
- Descartar la gestació ectòpica en els casos de presència de signes o símptomes d'alarma.

- En els casos d'incertesa, les analítiques de laboratori i/o l'ecografia poden ser útils per al diagnòstic de l'embaràs.
- Determinar el grup sanguini i el tipus de Rh, si es desconeix. Cal proporcionar prescripció de gammaglobulina anti-D a les dones amb Rh negatiu.
- Altres estudis segons la detecció de factors de risc: un exemple pot ser la determinació d'hemoglobina.
- Extracció del dispositiu intrauterí si la dona n'és portadora.

Cal tenir en compte la necessitat:

- D'actualitzar el cribratge de càncer de coll uterí si es possible i oportú.
- De fer el cribratge d'infeccions de transmissió sexual (ITS) d'acord a l'anamnesi, signes i símptomes.
- D'avaluar l'ús de mètodes anticonceptius.

Informació a la dona:

- Marc normatiu de la Llei de 3 març de 2010.
- Diferents mètodes d'IVE farmacològica i quirúrgica.

Si la dona decideix l'opció de l'IVE farmacològica, cal informar detalladament en què consisteix aquest mètode:

- **Tipus de fàrmacs** que s'utilitzaran, pautes i vies d'administració.
- **Mecanisme d'actuació** de la mifepristona que és la causa de l'aturada de l'embaràs del misoprostol que és el que contribueix a l'expulsió.
- **Seguretat i eficàcia.** Efectes adversos i complicacions possibles.
- **Controls que haurà de seguir.** Importància del compliment i de l'assistència a les visites programades.
- **Acompanyament** i possibilitat de consultes al llarg del tractament.
- **Resolució en cas de fracàs del mètode farmacològic.**

Aquesta informació és molt important per a l'eficiència del protocol i una part important de la decisió recau sobre dos eixos: la independència de la dona i l'eficiència de l'IVE mèdica. Si els professionals fallen en el consell previ, aquests dos eixos es poden veure molt afectats. Cal que el llenguatge que s'utilitzi sigui l'adequat i entenedor per a la dona. La informació inclou:

- **L'entrega de full informatiu i del consentiment informat específic de l'IVE farmacològica.**
- **L'entrega d'informació escrita en un sobre tancat** i el document acreditatiu de la data de lliurament segons la normativa legal vigent.
- **La programació del calendari de visites** (segona visita als 3 dies i tercera visita als 15 dies de la segona).

6.2. Segona visita, a les 72 hores de la primera

Administració de mifepristona i prescripció de misoprostol

En aquesta segona visita s'ha de:

- **Recollir el consentiment informat** expressat i signat després de corroborar que la dona disposa de la informació adequada.
- **Garantir que la dona compleix els criteris** per a l'IVE farmacològica fins a 49 dies.
- **Controlar els resultats:** analítica, ecografia o altres proves que s'hagin sol·licitat prèviament.
- **Recordar la informació sobre la mifepristona, i assenyalar el compromís de la continuïtat del tractament autoadministrat amb misoprostol a les 48 hores de la ingesta de mifepristona.**
- **Establir la pauta de la mifepristona:**
 - **Cal destacar** que a la dosi administrada no solen presentar-se efectes secundaris i que aquest és el fàrmac responsable de la interrupció de la gestació de forma irreversible. Un cop es pren es produeix l'aturada de la gestació, s'inicia el procés de l'IVE, i ja no es pot tornar enrere.
 - **Administrar la mifepristona:** una dosi oral, de 200 mg.
 - **Cal advertir** que, en alguns casos excepcionals (1-6%), amb aquest únic tractament es pot produir també l'expulsió del sac gestacional de forma espontània.
 - **Administrar gammaglobulina anti-D** a les dones amb Rh negatiu.
- **Prescriure i entregar el misoprostol**, amb l'explicació específica per a l'autoadministració entre les 36-48 hores posteriors de la ingesta de la mifepristona.
 - **Via oral per absorció bucal:** 800 µg de misoprostol. S'han d'introduir els 4 comprimets a la cavitat bucal humida, i mantenir-los en contacte amb la mucosa bucal, 2 a cada galta, o bé entre la geniva i el llavi inferior (no a sota de la llengua) fins a 30 minuts. Cal advertir que la sensació a la boca d'aquests comprimets és similar a la produïda pel "guix". Si passats els 30 minuts els comprimets no s'han dissolt, s'han d'empassar.
 - **Informar dels efectes secundaris que es poden presentar després de l'administració del misoprostol:**
 - Dolor abdominal tipus dismenorrea.
 - Pèrdua hemàtica genital que pot ser superior a una regla.
 - Trastorns gastrointestinals (diarrea, nàusees i vòmits).
 - Altres.
 - **Destacar els signes i símptomes d'alarma de gravetat:**

- Pèrdua de sang de més de dues compreses (ultra super) en una hora durant tres hores.
 - Dolor pelvià intens que no cedeix amb analgèsics.
 - Febre de més de 38,5 °C.
- **Prescriure i entregar la pauta analgèsica** profilàctica del dolor amb informació específica que **s'ha de prendre uns 30 minuts abans d'iniciar la pauta del misoprostol**:
 - Paracetamol 600 mg / codeïna 30 mg + ibuprofèn oral 600 mg i continuar la pauta a les 6-8 hores si persisteix el dolor.
 - Per garantir l'eficàcia, la pauta analgèsica s'ha de realitzar uns 30-40 minuts abans de la pauta del misoprostol.
 - La pauta analgèsica afavoreix la maduració del coll uterí i no interfereix en la contractilitat uterina.
 - És important advertir de no associar aquesta pauta amb altres analgèsics, amb una atenció especial a l'àcid acetilsalicílic.
 - Cal advertir sobre el comportament que cal seguir en el cas de persistència d'un dolor intens.
 - **Informar de com es produirà l'avortament després de la pauta autoadministrada**, que és en aquest moment quan s'inicia pròpiament el procés que desencadenarà l'expulsió del sac gestacional.
 - **L'expulsió del sac gestacional es produeix en les primeres 4 a 6 hores** posteriors a la ingesta del misoprostol en dues de cada tres dones. En alguns casos aquest període es pot allargar fins a 15 dies i això no ha de ser necessàriament un problema.
 - **Atendre dubtes i qüestions** que pugui plantejar la dona. **Oferir les consultes telefòniques o per correu electrònic a l'ASSIR i a Sanitat Respon.**
 - **Informar de quin és l'hospital maternoinfantil de referència assistencial territorial** i en quins casos hi haurà d'accedir.
 - **Prescriure antiemètics i antidiarreics** en el cas de simptomatologia gastrointestinal.
 - **Informar de la possibilitat d'iniciar una pauta de contracepció hormonal combinada després de la pauta amb misoprostol i, si convé, prescriure la pauta i explicar el mètode.**
 - **Entregar la informació escrita de la pauta farmacològica de l'IVE**:
 - Instruccions
 - Efectes adversos
 - Signes i símptomes d'alarma
 - Recomanacions que cal seguir
 - **Redactar i entregar l'informe assistencial.**

6.3. Tercera visita, als 15 dies de la segona visita

Confirmació de l'avortament acomplert

En aquesta tercera visita s'ha de:

- **Confirmar la finalització de l'embaràs**

- **L'anamnesi i el tacte vaginal** poden ser suficients per confirmar la finalització de l'embaràs. En els casos en què aquest diagnòstic sigui dubtós cal practicar una ecografia.
- **El test d'orina d'embaràs (β HCG) es pot mantenir positiu durant les setmanes posteriors a un avortament acomplert.** La persistència de la positivitat d'aquest test no és indicativa de la continuïtat de l'embaràs.
- **La persistència del sagnat i/o d'alguna resta de producte conceptiu, en dones que es troben bé, (asintomàtiques), pot ser freqüent, i no està justificada per aquest motiu l'evacuació uterina instrumental.** Molt sovint l'expulsió completa del contingut uterí es produeix de forma espontània en el primer episodi menstrual després de l'IVE. Cal cautela i prudència i fer un seguiment clínic fins poder confirmar la finalització de l'embaràs.
- **L'augment del gruix de l'endometri detectat per l'ecografia** després dels tractaments administrats no és significatiu de continuïtat de l'embaràs intrauterí o d'avortament incomplert, i només justifica la realització instrumental de l'avortament en els casos en què aquesta imatge s'acompanya de persistència de pèrdua hemàtica genital i/o dolor i/o visualització del sac gestacional.
- **La persistència de símptomes o signes d'embaràs i/o l'absència o escassetat de sagnat** després dels tractaments administrats són indicadors que no s'ha produït la interrupció de l'embaràs i l'expulsió. En aquest cas s'ha de practicar una ecografia i, si convé, s'ha de practicar un avortament instrumental.
- **El dolor i/o la persistència dels símptomes d'embaràs han de fer sospitar d'una gestació ectòpica.** En aquests casos s'ha de fer estudi ecogràfic i analític amb determinacions seriades de gonadotrofines coriòniques (β HCG).

- **Oferir consell contraceptiu**

- **L'ovulació es pot produir de forma precoç als 10 dies** de l'avortament de primer trimestre.
- **Es pot iniciar la contracepció hormonal combinada** el mateix dia de l'administració del **misoprostol**.
- Cal esperar per iniciar la contracepció amb **implants de progesterona o amb medroxiprogesterona IM** després de la confirmació de la finalització de l'embaràs perquè poden causar amenorrea o trastorns en el cicle menstrual i dificultar el diagnòstic de confirmació de la finalització de l'embaràs.
- **L'esterilització tubàrica i la inserció del DIU es poden fer quan s'ha confirmat la finalització de l'embaràs.**

6.4. Indicacions per a l'evacuació uterina després de l'IVE farmacològica

En les dones asimptomàtiques: ni l'hemorràgia persistent, ni la presència a l'úter de teixit residual de l'embaràs (detectat per ecografia) són una indicació per a una actuació instrumental.

Les restes de productes de la concepció que persisteixen a la cavitat uterina s'acabaran eliminant durant el sagnat menstrual posterior.

Són indicació d'evacuació instrumental uterina:

- El sagnat intens o perllongat que provoca anèmia.
- El fet que la sol·licitin les dones amb persistència de sagnat vaginal.
- El diagnòstic o la sospita d'infecció genital.
- El dolor persistent.

6.5. Indicacions de derivació a un centre hospitalari

- La sospita o confirmació de gestació ectòpica.
- La impossibilitat d'extracció del DIU en dones que en portin.
- El requeriment d'un raspat evacuador.
- La patologia greu.
- El sagnat intens amb anèmia que requereixi transfusió.
- La malaltia inflamatòria pelviana que no millori amb tractament antibiòtic ambulatori.

7.Registre de la pràctica de l'IVE

Totes les interrupcions voluntàries de l'embaràs que es realitzen en els centres autoritzats de Catalunya, independentment de quin sigui el lloc de residència de la dona, s'han de declarar al Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) del Departament de Salut.

Aquest registre recull les dades relatives a les característiques de les dones que realitzen una IVE a Catalunya i a les circumstàncies clíniques i procediments de la interrupció, amb finalitat de realitzar estudis estadístics i epidemiològics, tal com s'estableix en la normativa catalana (Ordre de 10 de desembre de 1986 i Llei 12/1989, de 9 de maig, de la funció estadística pública). Les dades recollides també formen part de l'estadística d'interrupció voluntària de l'embaràs del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat on s'envien les dades, d'acord amb el procediment i qüestionari d'informació aprovat per la Resolució de 27 de juliol de 2007.

Tal com s'esmenta en la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març de 2010, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, i en la mesura que no es facin públiques noves regulacions, aquestes normes són les de referència.

Com en el cas de totes les dades estadístiques, estan sotmeses a secret estadístic per tal de garantir que no es puguin identificar les persones físiques o jurídiques de manera directa o indirecta. A més, la informació estadística recollida es publica en els informes corresponents del Departament i del Ministeri. Aquests informes inclouen una descripció d'aquesta intervenció agrupada en funció de diferents característiques de les dones o per territori i s'hi pot accedir a través dels llocs web de les dues institucions.

En l'annex 3 d'aquest protocol, hi figuren les instruccions per emplenar la butlleta de declaració d'IVE, així com un exemple relatiu a una IVE farmacològica. Cal fer esment que aquest document manté el format i les variables corresponents a l'antiga norma, de manera temporal. Tot i això, tal com indiquen les instruccions esmentades, les variables que s'han modificat amb la nova normativa s'han de declarar seguint els criteris que aquesta estableix i a aquest efecte cal fer anotacions manuals al document si cal.

Un cop s'estableixi una nova reglamentació, s'hi haurà d'adaptar aquest document i el sistema de declaració i s'aurà d'adaptar als nous criteris legals i, a més, a les noves formes de prestació del servei i a la informació requerida pel Ministeri.

8. Consentiment informat

LOGO ASSIR

Document de consentiment informat per a la interrupció voluntària de l'embaràs fins a 49 dies amb tractament mèdic

Nom i cognoms _____

Edat _____ DNI _____ Núm. d'HC _____

Metge/essa que n'informa _____ Núm. de col·legiació _____

Descripció del procediment: interrupció de la gestació mitjançant l'administració de 200 mg de mifepristona per via oral per deglució i, a les 36-48 hores posteriors, de 800 µg de misoprostol per via oral per absorció per la mucosa bucal per aconseguir l'expulsió dels productes de la gestació. Aquest procediment pot tenir alguns **efectes secundaris** freqüents com ara dolor abdominal, igual o superior a una regla dolorosa, i sagnat vaginal més abundant al d'una regla. Altres efectes possibles són: mal de cap, marejos, calfreds, fogots, nàusees, vòmits o diarrees, exantema palmar o plantar i febre. Les **complicacions** són molt poc freqüents: per exemple, sagnat que requereixi transfusió o aspiració i, molt rarament, infecció de l'úter.

Manifesto que he estat correctament informada, fins i tot per escrit, de les característiques de la interrupció mèdica de l'embaràs i dels signes d'alarma pels quals he de consultar en cas que apareguin. També he estat informada de la possibilitat del **fracàs del tractament**, que pot ocórrer en l'1,5 i el 5% dels casos i que, si això succeeix, seran necessàries altres mesures per finalitzar el procés d'avortament, com són prendre noves dosis de medicament o fer una aspiració o un raspament uterí.

Entenc que un cop presa la mifepristona ja s'ha iniciat l'avortament i el procés és irreversible, per la qual cosa em comprometo a finalitzar el tractament amb la presa de misoprostol i a fer els controls necessaris. M'han informat de la possibilitat de malformacions en el fetus causades pel misoprostol i de la importància d'assegurar la finalització de l'embaràs.

He rebut informació dels altres mètodes alternatius existents per a la interrupció de l'embaràs (avortament quirúrgic mitjançant l'aspiració o el raspament) i de les característiques que tenen.

He pogut aclarir els dubtes que he tingut en llegir o escoltar la informació que se m'ha donat i comprenc que, en qualsevol moment, sempre que no hagi iniciat el tractament, puc revocar el consentiment que ara presto, sense haver de donar cap explicació.

Prenc lliurement la decisió de realitzar aquest tractament mèdic i hi dono el meu consentiment.

Lloc i data _____

Signatures

Pacient

Metge/essa informador/a

Representant legal

9. Annexos

9.1. Annex 1

Taula 1. Càlcul estimatiu mundial d'embarassos accidentals com a conseqüència de fallides en l'anticoncepció (estimacions per al 1993)

Mètode anticonceptiu	Taxa estimada de fallida en % (ús perfecte) 1	Taxa estimada de fallida en % (ús típic) 1	Nombre d'usuaris 2 000s	Nre. d'embarassos imprevistos (ús perfecte) 000s	Nre. d'embarassos imprevistos (ús típic)000s
Esterilització femenina	0,50	0,50	201.000	1.005	1.005
Esterilització masculina	0,10	0,15	41.000	41	62
Injectables	0,30	0,30	26.000	78	78
DIU	0,60	0,80	149.000	894	1.192
Pastilles	0,10	5,00	78.000	78	3.900
Preservatiu masculí	3,00	14,00	51.000	1.530	7.140
Barrera vaginal	6,00	20,00	4.000	240	800
Abstinència periòdica	3,00	25,00	26.000	780	6.500
Coit interromput	4,00	19,00	31.000	1.240	5.890
Total			607.000	5.886	26.567

1 Trussel (1998). Estimacions basades en informació d'Estats Units. La taxa de fracàs expressada en percentatge de dones que s'han quedat embarassades durant un any d'ús del mètode.

2 Divisió de la Població de les Nacions Unides (2002). Nombre estimat de dones entre 15-49 anys casades o en cohabitació.

9.2. Annex 2

Protocol d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica

Com heu de prendre aquests medicaments?

Quan us ho hagin indicat (entre 36 h i 48 h després d'haver pres la mifepristona a la consulta), haureu de prendre la pauta analgèsica:

- 2 comprimits, paracetamol + codeïna 300/15 mg
- 1 comprimit d'ibuprofèn 600 mg

Aquests medicaments serveixen per prevenir el dolor.

S'han d'empassar amb aigua, amb l'estómac ple.

No els associeu amb altres analgèsics, especialment amb l'àcid acetilsalicílic (ja que pot produir risc d'hemorràgia).

Aproximadament **al cap de 30-40 minuts** d'haver pres els medicaments per al dolor, heu de prendre aquest altre medicament per **via oral per absorció de la mucosa bucal**:

- 4 comprimits de misoprostol 200 µg

Aquest medicament serveix per ajudar a l'expulsió del contingut uterí.

Els 4 comprimits s'han d'introduir a la cavitat bucal humida, i mantenir-los simultàniament (tots 4 a la vegada) en contacte de la mucosa bucal, **2 a cada galta**, o bé entre la geniva i el llavi inferior (**no a sota de la llengua**) fins a 30 minuts. Si passat aquest temps els comprimits no s'han dissolt, cal que us els empassau.

A les 6-8 hores, si persisteix el dolor, podeu repetir l'administració de la pauta analgèsica.

- 2 comprimits, paracetamol + codeïna 300/15 mg
- 1 comprimit d'ibuprofèn 600 mg

Aquests medicaments serveixen per prevenir el dolor.

S'han d'empassar amb aigua, amb l'estómac ple.

No els associeu amb altres analgèsics, especialment amb l'àcid acetilsalicílic (ja que pot produir risc d'hemorràgia).

Per a qualsevol dubte d'aquest procés, podeu consultar amb el centre mèdic on us han atès i teniu a la vostra disposició la línia telefònica de **SANITAT RESPON: 902.111.444**

9.3. Annex 3

Instruccions per emplenar la butlleta per a les IVE farmacològiques

Dades generals	
Número d'història clínica o de registre intern	Assignació pel centre.
Número de butlleta	És el número que la butlleta porta imprès. No cal fer res.
Codi del centre	Codi del centre. Cada centre ha d'omplir el seu codi.
Concertat 1. Sí _____	Centre públic o concertat pel CatSalut.
2. No _____	
Dades de l'embarassada	
Data de naixement	Data de naixement de la dona.
Conviu en parella 1. Sí _____	El que correspongui
2. No _____	
Estat civil 1. Soltera _____	El que correspongui
2. Casada _____	
3. Vídua _____	
4. Divorciada _____	
5. Separada _____	
País d'origen	País de naixement de la dona.
Nacionalitat	Nacionalitat de la dona, si és nascuda a l'estranger. NOTA: Aquesta variable no figura impresa a la butlleta, s'hi ha d'afegir manualment (vegeu la butlleta d'exemple).
Any d'arribada a l'Estat espanyol	Any d'arribada de la dona a l'Estat espanyol. Només cal omplir aquesta dada si és nascuda a l'estranger.
Lloc de residència Municipi	Municipi de residència en el moment de la intervenció. Només cal omplir aquesta dada si és nascuda a l'Estat espanyol.
Comarca/província	Comarca/província de residència en el moment de la intervenció. Només cal omplir aquesta dada si és nascuda a l'Estat espanyol.

Codi postal	Codi postal de la dona en el moment de la intervenció. Només cal omplir aquesta dada si és nascuda a l'Estat espanyol.
Nivell d'instrucció 1. Analfabeta <hr/> 2. Sense estudis <hr/> 3. 1r grau <hr/> 4. 2n grau, 1r cicle <hr/> 5. 2n grau, 2n cicle <hr/> 6. 3r grau (escoles universitàrieso equivalents) <hr/> 7. 3r grau (facultats, escoles tècniques superiors o equivalents i postgraduats) <hr/> 8. No classificables per graus i no prou especificats	En el cas de les estudiants, es marca el nivell en què es troben actualment. En la resta de casos, es marca el nivell superior assolit.
Situació laboral de la dona 1. Empresària o professional amb treballadors al seu càrrec <hr/> 2. Empresària o professional sense treballadors al seu càrrec <hr/> 3. Treballa a sou, jornal, comissió o una altra classe de remuneració <hr/> 4. Pensionista <hr/> 5. Estudiant <hr/> 6. Busca ocupació per primer cop o es troba a l'atur <hr/> 7. Mestressa de casa <hr/> 8. Altres	Es considera la situació actual.
De la persona sustentadora 1. Empresària o professional amb treballadors al seu càrrec <hr/> 2. Empresària o professional sense treballadors al seu càrrec <hr/> 3. Treballa a sou, jornal, comissió o una altra classe de remuneració <hr/> 4. Pensionista <hr/> 5. Estudiant <hr/> 6. Busca ocupació per primer cop o es troba a l'atur <hr/> 7. Mestressa de casa <hr/> 8. Altres	Es considera la situació actual de qui la dona consideri la principal persona que sustenta la unitat familiar.
Té ingressos econòmics propis (la dona) 1. Sí <hr/> 2. No	El que correspongui

Nombre de fills vius actualment	El que correspongui
Data del darrer part	El que correspongui
Data de la darrera IVE	El que correspongui
Centre de planificació 1. Sí, públic 2. Sí, privat 3. Sí, altres 4. No	Servei o centre sanitari on ha anat per a la utilització o el control dels mètodes anticonceptius en els darrers dos anys. (Exclou qualsevol visita relacionada amb l'IVE actual.)
Dades de la intervenció	
Lloc de la informació 1. Centre sanitari públic 2. Centre sanitari privat 3. Altres	On es va informar per primera vegada de la possibilitat d'interrompre aquest embaràs.
Setmanes de gestació	Setmanes de gestació en el moment de la intervenció, estimades pel/per la metge/essa.
Data d'ingrés	Data de la primera visita.
Data de la intervenció	Data de la segona visita, administració de mifepristona i prescripció de misoprostol.
Data d'alta	Data de la 3a visita. Confirmació de l'avortament aconpleert.
Motiu 1 de la interrupció de l'embaràs (perill per a la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada)	Si és a petició de la dona, abans de la setmana 14, cal codificar la causa posant el codi: AAAAA. Si hi ha causa mèdica, cal notificar-la. Es poden declarar fins a tres causes.
Motiu 2 de la interrupció de l'embaràs (suposició que el fetus naixerà amb greus tares)	Cal notificar la causa mèdica. Es poden declarar fins a tres causes. (si s'escau, es pot declarar més d'un motiu).
Mètode utilitzat en la intervenció 00. Gel intracervical 01. Aspiració xeringa 02. Dilatació i evacuació 03. Raspat uterí 04. RU-486 05. Injecció intravenosa 06. Injecció intrauterina 07. Histerotomia 08. Histerectomia 09. Altres	En l'espai 09. Altres, cal escriure: mifepristona + misoprostol (vegeu l'exemple). En cas que s'hagi fet alguna altra intervenció complementària, cal assenyalar-la i escriure la data de realització al costat.

Notes:

- Les butlletes s'han de trametre al Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), degudament emplenades un cop s'hagi realitzat la visita de control. S'han de fer arribar mitjançant els sobres adjunts.
- Dels dos fulls de la butlleta d'IVE, tan sols s'ha d'enviar el full blanc. El full rosa (autocopiador), se l'ha de quedar el centre que ha realitzat l'IVE.
- En cas que la 3a visita (data d'alta) no s'arribés a produir, s'ha d'enviar la butlleta amb les dades completes, excepte la data de visita de control (alta) passat un mes de la data de la intervenció.

10. Bibliografia

1. Sunyer B, Sola-Morales O. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/ive_farmacologica_aiags2011ca.pdf
2. Progress in Sexual and Reproductive Health Research WHO. Núm. 75. 2007.
<http://www.nrifp.org.cn/books%5CProgress%5C%E8%8B%B1%E6%96%87%5CProgress76%E8%8B%B1%E6%96%87.pdf>
3. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico. OMS 2008.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243594842_spa.pdf
4. First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures. IPPF. International Planned Parenthood Federation. September 2008.
http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/D84AFDB1-B6CC-4899-8E3C-5D3392A85F8F/0/abortion_protocol.pdf

11. Professionals

11.1. Direcció

Carles Constante

Director General de la Direcció General de Regulació Planificació i Recursos Sanitaris (DGRPRS)

Maria Luisa de la Puente

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

David Elvira

Director General de la Direcció General de Recursos Sanitaris (fins desembre 2010)

Dolors Costa

Adjunta a la Direcció General de Planificació i Avaluació (fins desembre 2010)

11.2. Coordinació

Josep Fusté

DGRPRS

Pilar Magrinya

CatSalut

Ramon Escuriet

DGRPRS

Carme Ollé

DGRPRS

11.3. Grup de Treball Redactor

Margarita Aznar

Consorci Sanitari Terrassa

Neus Prat

ASSIR Costa Ponent

Carme Coll

ASSIR Barcelonès Nord i Maresme

Joaquim Calaf

Universitat Autònoma de Barcelona

Gemma Falguera

ASSIR Catalunya Central / Vallès

Carme Ollé

DGRPRS

11.4. Grup de Treball Revisor

Amelia Acera

ASSIR Cerdanyola / Ripollet

Elisenda Prats

ASSIR Garraf

Rosa Almirall

ASSIR Barcelona Esquerra

Nereida Prats

ASSIR Garraf

Angels Avecilla
ASSIR BSA, Badalona

Roser Boser
DGRPRS

Elena Català
DGRPRS

Rosa Gispert
DGRPRS

Josep Grau
ASSIR Osona

Cristina Martinez
ASSIR Àmbit Barcelona Ciutat ICS

Hildegard Mausbach
ASSIR Mataró-Maresme

Dolors Muñoz
Institut d'Estudis de la Salut

Manel Rabanal
DGRPRS

Neus Rams
DGRPRS

Marta Roig
CatSalut

Josefina Rovira
Sanitat Respon

Pilar Soteras
ASSIR Cerdanyola / Ripollet

Berta Sunyer
AIAQS

Eva Vela
ASSIR Barcelona Esquerra