

**Avaluació de la primera fase d'implantació de
les recomanacions del Protocol de
l'Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE)
Farmacològica.**



© 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: Divisió de Planificació i Avaluació Operativa. CatSalut. 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.	Presentació	4
2.	Antecedents	4
3.	Avaluació quantitativa	6
3.1.	Recollida i control de qualitat de les dades.....	6
3.2.	Resultats	6
3.2.1.	Perfil de les dones.....	7
3.2.2.	Visites.....	8
3.2.3.	Efectes secundaris	11
3.2.4.	Analgèsia	12
3.2.5.	Satisfacció de les dones.....	13
3.2.6.	Pèrdua de casos	13
3.2.7.	Atenció a l'hospital després de l'IVE farmacològica.....	14
3.2.8.	Eficàcia del tractament farmacològic.	14
4.	Avaluació qualitativa	15
4.1.	Metodologia.....	15
4.1.1.	Objectiu.....	15
4.1.2.	Sistemàtica.....	15
4.2.	Anàlisi descriptiva.....	15
4.2.1.	Protocol i aplicació del protocol	15
4.2.2.	Procés assistencial.....	15
4.2.3.	Continuïtat assistencial dels diferents dispositius sanitaris implicats	16
4.2.4.	Registre de les dades.....	16
4.2.5.	Lideratge professional	16
4.2.6.	Repercussions en els professionals	17
4.3.	Aspectes clau	17
5.	Conclusions	18

1. Presentació

L'any 2010, el Departament de Salut va promoure l'elaboració d'un protocol per a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als quaranta-nou dies d'embaràs, en el marc de les polítiques de salut sexual i reproductiva i en aplicació de la *Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs*. El febrer de 2011 es va iniciar la implantació del protocol en cinc centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR). Aquest informe presenta els resultats de l'avaluació dels dos primers mesos d'aplicació del protocol.

La implicació dels professionals d'aquests cinc centres ha contribuït a l'inici del desplegament d'aquesta prestació i a la realització d'aquesta avaluació.

2. Antecedents

La interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) està legalment regulada i permesa a pràcticament tots els països de la Unió Europea. La Llei orgànica espanyola 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva de la interrupció voluntària de l'embaràs, ofereix un nou escenari en l'atenció a l'IVE, que pot realitzar-se a petició de la dona dins de les primeres catorze setmanes de gestació o per causes mèdiques en diferents setmanes de gestació.

Aquesta Llei estableix la inclusió de la prestació de l'IVE en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut. Per tal de garantir aquesta prestació, el Departament de Salut, en coordinació amb el Servei Català de la Salut, ha previst la implementació progressiva d'un model d'atenció en el qual les dones puguin accedir a aquest dret amb garanties de qualitat.

En el model d'atenció a l'IVE, s'ha considerat la conveniència d'incorporar el mètode farmacològic per gestacions dintre de les primeres set setmanes, en l'àmbit de l'atenció primària, a les unitats d'ASSIR. Per aquest motiu, el Departament de Salut va sol·licitar a l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) una revisió de l'eficàcia, la seguretat i l'eficiència de les diferents tècniques d'IVE farmacològica i, especialment, de la que fa referència als quaranta-nou primers dies de gestació. El resultat d'aquesta revisió és un informe que, entre d'altres punts, conclou que l'IVE farmacològica, quan combina mifepristona i misoprostol, és eficaç, segura i eficient i que, per tant, és una alternativa vàlida i preferible a l'IVE quirúrgica en els primers quaranta-nou dies de gestació.

El Departament de Salut, amb la col·laboració d'un grup d'experts, d'acord amb el coneixement científic i l'evidència actual, seguint les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), ha elaborat el *Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)*

farmacològica fins als quaranta-nou dies d'embaràs, que dóna continuïtat i actualitza el que va realitzar, l'any 2001, el Departament de Sanitat i Seguretat Social (*Protocol de consens d'ús amb mifepristona i misoprostol per a l'avortament farmacològic en el primer trimestre de l'embaràs*).

Algunes dades que cal destacar del mètode farmacològic per a l'IVE són:

- Es pot practicar amb diferents fàrmacs. En el context europeu, la pràctica habitual i amb menys efectes adversos és l'ús de mifepristona combinada amb misoprostol.
- La seva aplicació fins als quaranta-nou dies d'embaràs (set setmanes) té una taxa d'eficàcia molt elevada (94-98%). En els casos de fracàs, s'ha de fer una aspiració per extreure el contingut uterí.
- Pot ser un mètode d'elecció fins als quaranta-nou dies d'embaràs (set setmanes):
 - Quan no hi ha contraindicació mèdica.
 - Quan no calen estudis anatomopatològics o genètics fetals.
 - En malformacions uterines i/o miomes i/o antecedents de cirurgia cervical anterior.
 - En l'obesitat important, sense riscos cardiovasculars afegits.

La prestació de l'IVE farmacològica en l'àmbit de l'atenció primària a través de les unitats d'ASSIR, s'ha iniciat el mes de febrer de 2011 en una primera fase en cinc centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) –Barcelona Esquerra, Garraf, Cerdanyola/Ripollet, Maresme i Osona. Per tal de monitorar el maneig clínic d'aquest protocol i amb l'objectiu d'identificar aspectes millorables en l'aplicació, el Departament de Salut, el CatSalut i els mateixos professionals que varen participar en la revisió i el consens d'aquest Protocol, s'ha realitzat una avaluació dels dos primers mesos d'implantació des de dues perspectives:

- Avaluació quantitativa: recollida de dades de les 205 IVE farmacològiques realitzades durant dos mesos als centres participants.
- Avaluació qualitativa: realització d'una sessió de grup amb els professionals dels centres participants.

En aquest informe es presenten els principals resultats dels dos mètodes d'avaluació i les conclusions que se'n deriven.

3. Avaluació quantitativa

3.1. Recollida i control de qualitat de les dades

Amb la participació dels professionals que van elaborar el protocol de l'IVE farmacològica i que havien d'aplicar-lo, es va dissenyar un full de recollida de dades relacionades amb el seu maneig clínic, els circuits de coordinació entre l'ASSIR i altres dispositius assistencials, i la satisfacció de la dona. La recollida de dades es va realitzar durant les tres visites previstes al protocol.

Van participar-hi els cinc ASSIR esmentats anteriorment. Es van incloure tots els casos en què es va atendre la petició de l'IVE farmacològica en aquests cinc centres entre el 7 de febrer i el 31 de març de 2011.

Per tal de preservar l'anonimat i la confidencialitat de les dades, a cada centre se li va assignar un codi identificatiu (A, B, C, D i E) i els casos es van codificar mitjançant un número correlatiu. Els fulls, sense cap dada identificativa de la dona, es van trametre a la Divisió de Planificació i Avaluació Operativa del CatSalut, que es va encarregar de fer l'explotació de les dades.

3.2. Resultats

En el període avaluat s'han realitzat 205 IVE farmacològiques. S'han exclòs de l'anàlisi 12 dones que no van acudir a la tercera visita, atès que és en aquesta visita on es recullen les dades més rellevants del procés. Per tant, l'explotació de les dades s'ha fet sobre 193 casos (taula 1).

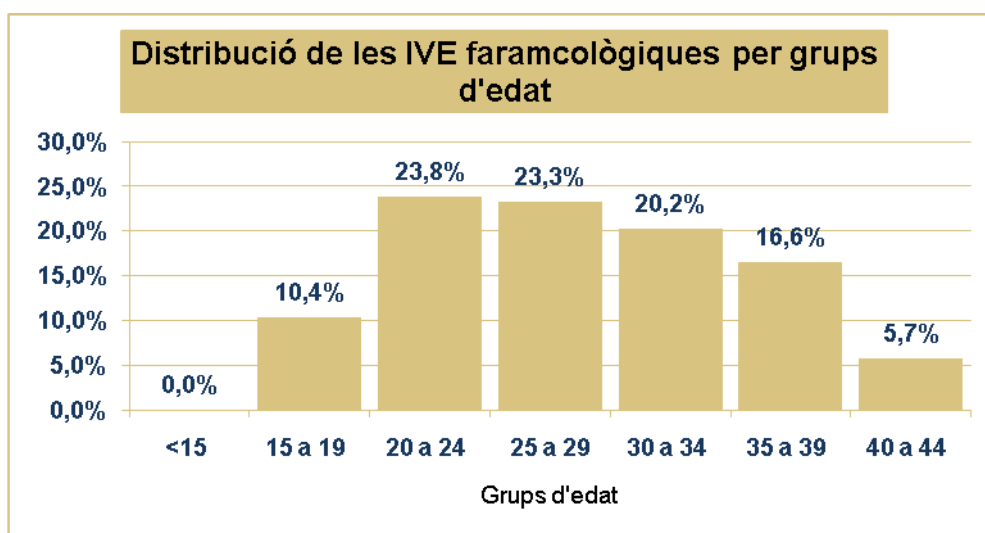
Taula 1. Distribució dels casos registrats segons els ASSIR

ASSIR	Casos	%
Barcelona Esquerra	45	23,3
Cerdanyola/Ripollet	24	12,4
Garraf	31	16,1
Mataró	68	35,2
Osona	25	13,0
Total	193	100

3.2.1. Perfil de les dones

L'edat mitjana de les dones ateses és de 28 anys (DE: 7,01). Per grups d'edat, els percentatges més elevats corresponen al de les dones entre 20 i 24 anys (23,8%) i al de les dones entre 25 i 29 anys (23,3%) (taula 2).

Taula 2. Distribució de les IVE farmacològiques per grups d'edat



Del total de casos, 80 (41,5%) corresponen a dones residents a Catalunya que han nascut a l'estranger (taula 3).

Taula 3. Distribució de les IVE farmacològiques per grups d'edat i procedència de la dona

Grups d'edat	Procedència			
	Autòctona		No autòctona	
	Casos	%	Casos	%
<15	0	0,0	0	0,0
15 a 19	14	12,4	6	7,5
20 a 24	27	23,9	19	23,8
25 a 29	23	20,4	22	27,5
30 a 34	24	21,2	15	18,8
35 a 39	19	16,8	13	16,3
40 a 44	6	5,3	5	6,3
Total	113	100	80	100

El protocol estableix l'aplicació de l'IVE farmacològica fins als quaranta-nou dies d'embaràs (set setmanes). Els dies d'embaràs són calculats a partir de la data de la darrera menstruació, mentre que en dones amb cicles irregulars es determina el temps exacte de gestació mitjançant ecografia. En el període avaluat, la mitjana d'edat gestacional en el moment d'interrompre l'embaràs ha estat de 6,1 setmanes.

3.2.2. Visites

El maneig clínic de l'IVE farmacològica, segons el protocol, estableix la realització de tres visites a l'ASSIR.

a) Primera visita

En aquesta visita, segons el protocol, es fa l'acollida a la demanda, la història clínica (anamnesi, exploració i proves complementàries si es requereixen) i es dona la informació i l'assessorament sobre l'IVE.

Si la dona decideix interrompre l'embaràs i compleix els criteris per al mètode farmacològic, s'informa detalladament sobre aquest procediment (tipus de fàrmac, mecanisme d'actuació, seguretat, eficàcia, controls a seguir, etc.), i se la cita a les 72 hores (3 dies) per a la segona visita.

Dels 193 casos avaluats, en el 87,6% dels casos aquesta primera visita l'ha realitzat una llevadora o llevador (taula 4).

Taula 4. Distribució segons el centre i el professional que ha realitzat la primera visita

ASSIR	Ginecòleg/òloga	Ginecòleg/òloga i llevador/a	Llevador/a	Total
Barcelona esquerra	1	0	44	45
Cerdanyola/Ripollet	0	1	23	24
Garraf	11	1	19	31
Mataró	9	1	58	68
Osona	0	0	25	25
Total	21	3	169	193

b) Segona visita

El protocol estableix un interval mínim de tres dies des de la informació sobre l'IVE farmacològica de la primera visita fins a la realització de la segona visita. En els casos avaluats, la durada mitjana d'aquest interval ha estat de 4,4 dies.

D'acord amb el protocol, en la segona visita es determina el compliment dels requisits per a l'IVE farmacològica i, si la dona l'accepta, signa el consentiment informat, s'administra la mifepristona i es prescriuen i lliuren les pautes d'autoadministració del misoprostol i de l'analgèsia profilàctica (paracetamol/codeïna + ibuprofèn). Alhora, se la informa de com es produirà l'avortament i dels possibles efectes secundaris, destacant els signes i símptomes d'alarma i de gravetat. En aquesta segona visita, si escau, també es dona consell contraceptiu i es pauta l'anticoncepció hormonal combinada oral. Finalment, se cita la dona per a una tercera visita de seguiment als quinze dies.

En 133 casos (68,9%), s'ha realitzat una ecografia abans de l'IVE, en 119 de les quals (89,5%) el motiu ha estat informat com "altres" (taula 5).

Taula 5. Distribució de les ecografies realitzades abans de l'IVE per motiu

Motius de realització de l'ecografia	n	%
Altres	119	89,5
Cicles irregulars	10	7,5
Metrorràgies	1	0,8
Discordança TV / DUR	3	2,3
Total	133	100

El diagnòstic és un punt crític del procés, tal com queda recollit a l'informe de l'AIAQS ("cal assegurar que la gestació es produeix a l'úter i no es tracta d'un embaràs ectòpic"). El motiu de realització de l'ecografia per a "confirmació de gestació intrauterina" no s'ha registrat de forma específica i probablement ha quedat inclosa dins la categoria indefinida d'altres motius.

En aquesta segona visita tots els casos s'han realitzat sota la direcció del ginecòleg o ginecòloga; s'ha administrat la mifepristona i s'han prescrit les pautes d'autoadministració de misoprostol i dues dosis d'analgèsia profilàctica. Així mateix, s'ha donat consell contraceptiu en tots els casos. Un 65% han optat per iniciar l'anticoncepció hormonal combinada oral el mateix dia de la pauta de misoprostol (taula 6).

Taula 6. Distribució dels mètodes anticonceptius prescrits

Mètodes anticonceptius	n	%
Hormonal combinada	126	65,0
Preservatiu	47	24,4
Altres	18	9,3
Sense dades	2	1,0
Total	193	100,0

c) Tercera visita

Segons el protocol, es proposa realitzar una visita de control posterior al tractament farmacològic als quinze dies de la segona visita, amb la finalitat principal de confirmar la finalització de l'embaràs. A més, permet realitzar el seguiment de l'autoadministració del misoprostol i de l'analgèsia, dels possibles efectes secundaris i/o complicacions que s'hagin presentat, de com s'ha produït l'avortament, i controlar el compliment de l'anticoncepció.

En els casos avaluats, la mitjana de temps entre la segona i la tercera visita ha estat de 16,7 dies. El 68,9% dels casos han estat atesos en la tercera visita pel ginecòleg o ginecòloga (taula 7).

Taula 7. Distribució per ASSIR i professional que realitza la tercera visita

ASSIR	Ginecòleg/òloga	Ginecòleg/òloga i llevador/a	Llevador/a	Total
Barcelona Esquerra	30	8	7	45
Cerdanyola/Ripollet	24	0	0	24
Garraf	4	0	27	31
Mataró	50	5	13	68
Osona	25	0	0	25
Total	133	13	47	193

L'autoadministració del misoprostol s'ha realitzat en 192 casos. En un cas no s'ha fet perquè es va produir una expulsió parcial a les 24 hores de l'administració de la mifepristona i es va extreure el sac del canal cervical a les 72 hores a l'ASSIR.

La mitjana de temps entre l'administració de la mifepristona i l'autoadministració del misoprostol se situa en l'interval recomanat pel protocol entre les 36-48 hores .

La via d'autoadministració del misoprostol més utilitzada ha estat la bucal (77,1% dels casos), que és la recomanada al protocol, mentre que en el 22,9% restant de casos s'ha utilitzat la via vaginal (encara que aquesta via l'ofereix el protocol amb caràcter excepcional quan hi ha intolerància per via bucal).

Dels 193 casos, la finalització de l'embaràs constatada per l'expulsió del material embrionari s'ha produït en 189 (98%). En 14 casos (7,3%) s'ha produït després de l'administració de mifepristona, amb una mitjana de temps entre l'administració i l'expulsió de 15 hores. En 175 casos (90,6%) s'ha produït després del tractament amb mifepristona i misoprostol, amb una mitjana de temps des de l'administració del misoprostol de 6,2 hores.

En aquesta tercera visita s'ha fet una ecografia per confirmar la finalització de l'embaràs en 57 casos (29,5%).

En 45 casos (23,3%) s'han realitzat una o més consultes i/o visites addicionals a les tres previstes al protocol, les quals majoritàriament han estat consultes telefòniques als ASSIR.

3.2.3. Efectes secundaris

Els efectes secundaris detectats han aparegut, en la majoria dels casos, a les 4-6 hores de l'administració del misoprostol. Els més rellevants han estat dolor abdominal i sagnat abundant.

a) **Dolor abdominal:** amb major o menor intensitat, totes les dones, amb excepció d'una, han referit dolor.

Per tal de mesurar-ne la intensitat, s'ha utilitzat una escala numèrica de percepció subjectiva del 0 al 10, classificant el dolor com a lleu (1-4), moderat (5-7) i intens (més de 7). El dolor ha estat de caràcter intens en 67 dones (34,9%), moderat en 56 (29,2%) i lleu en 69 (35,9%). La intensitat ha estat més elevada quan el misoprostol s'ha administrat per via bucal (taula 8).

Taula 8. Intensitat del dolor segons la via d'administració de misoprostol

Intensitat del dolor	Via administració de misoprostol		
	Bucal	Vaginal	Total
Lleu	35,8	38,6	36,1
Moderat	27,0	34,1	28,9
Intens	37,2	27,3	35,0
Total	100,0	100,0	100,0

D'altra banda, les dones més joves perceben una major intensitat del dolor (taula 9).

Taula 9. Intensitat del dolor segons grups d'edat

Grups d'edat	Trams de dolor							
	Lleu		Mitjà		Intens		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15 a 19	4	20,0	7	35,0	9	45,0	20	100,0
20 a 24	14	31,1	14	31,1	17	37,8	45	100,0
25 a 29	12	26,7	14	31,1	19	42,2	45	100,0
30 a 34	19	48,7	12	30,8	8	20,5	39	100,0
35 a 39	15	46,9	5	15,6	12	37,5	32	100,0
40 a 44	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	100,0
Total	69	35,9	56	29,2	67	34,9	192	100,0

- a) **Sagnat abundant:** han presentat un sagnat superior al de la menstruació el 74,1% de les dones (143). Cap cas ha requerit transfusió o feroteràpia intravenosa.
- b) **Altres efectes secundaris:** 101 dones (52,3%) han presentat un o més dels efectes secundaris següents:
- Nàusees: 44 dones (22,8%)
 - Vòmits: 40 dones (20,7%)
 - Calfreds: 25 dones (13,0%)
 - Febre < 38,5°: 14 dones (7,3%)
 - Diarrea: 9 dones (4,7%)
 - Granissada cutània: 3 dones (1,6%)
 - Altres: 21 dones (10,9%)

D'aquestes 101 dones, 62 (61,4%) han presentat un sol efecte secundari, 26 (25,7%) dos efectes, 10 (9,9%) tres efectes i les 3 restants quatre efectes secundaris.

En les dones que han presentat un o més efectes secundaris, el misoprostol s'ha administrat per via bucal en el 73,3% dels casos i per via vaginal en el 26,7% restant.

3.2.4. Analgèsia

El protocol recomana una primera dosi d'analgèsia profilàctica de 30 a 40 minuts abans de la pauta de misoprostol, que es pot repetir cada 6-8 hores si persisteix el dolor.

La primera dosi d'analgèsia profilàctica l'han pres gairebé la totalitat de les dones (191 dones). La pauta proposada al protocol (paracetamol/codeïna + ibuprofèn) va ser utilitzada per 144 dones (75,4%) (taula 10).

Taula 10. Distribució del tipus d'analgèsia en la primera dosi

Tipus d'analgèsics	N	%
Altres	2	1,0
Ibuprofèn (I)	2	1,0
Paracetamol/codeïna (PC)	34	17,8
Paracetamol/codeïna + ibuprofèn (PCI)	144	75,4
Paracetamol/codeïna + ibuprofèn + altres (PCIA)	9	4,7
Total	191	100

113 dones (58,5%) han pres alguna dosi addicional d'analgèsia, de les quals 66 (58,4%) han utilitzat la pauta proposada al protocol (PCI) (taula 11).

Taula 11. Distribució del tipus d'analgèsia en la segona o altres dosis

Tipus d'analgèsics	N	%
Ibuprofèn (I)	5	4,4
Paracetamol/codeïna (PC)	36	31,9
Paracetamol/codeïna + ibuprofèn (PCI)	66	58,4
Paracetamol/codeïna + ibuprofèn + altres (PCIA)	6	5,3
Total	113	100

En relació amb la intensitat del dolor, el nombre de dosis i el tipus de pauta analgèsica utilitzada ha estat diversa:

- De les 69 dones amb dolor lleu, 30 (43,5%) han pres dos o més dosis d'analgèsia i, d'aquestes, 19 han utilitzat les dues dosis de PCI recomanades al protocol.
- De les 56 dones amb dolor moderat, 35 (62,5%) han pres dues o més dosis d'analgèsia i, d'aquestes, 19 han utilitzat les dues dosis de PCI.
- De les 67 dones amb dolor intens, 48 (71,6%) han pres dues o més dosis d'analgèsia i, d'aquestes, 26 han utilitzat les dues dosis de PCI.

3.2.5. Satisfacció de les dones

Per tal de conèixer la satisfacció de les dones, se'ls ha preguntat si recomanarien a una altra dona aquest mètode. De les 190 dones que han respost, 171 (90%) ho han fet afirmativament.

Han respost negativament 19 dones (10%), la majoria d'elles per una percepció de la intensitat del dolor alta i/o els efectes secundaris. En aquest grup estan incloses les dones que han requerit una evacuació quirúrgica per resoldre l'avortament incomplet.

3.2.6. Pèrdua de casos

Tal com s'ha dit a l'inici de l'informe, de les 205 IVE realitzades en el període avaluat, 12 han estat excloses per manca de dades. D'aquestes, es s'ha pogut obtenir informació respecte a la finalització de l'embaràs en 7 casos.

Per tant, del total de 205 IVE realitzades, 5 casos (2,4%) es poden considerar pèrdues.

3.2.7. Atenció a l'hospital després de la IVE farmacològica

Dels 200 casos dels quals finalment es disposa d'informació sobre la finalització de l'embaràs, 11 han estat atesos a l'hospital.

D'aquests, 9 casos (4,5%) han estat derivats des de l'ASSIR a l'hospital de referència:

- 2 casos per sagnat abundant (1 ha estat tractat amb ergòtics i l'altre amb aspiració intrauterina).
- 1 cas per dolor intens, que ha estat tractat amb un analgèsic intramuscular.
- 2 casos per sospita d'infecció (endometritis), que han estat tractats amb antibiòtics (en un cas s'ha practicat aspiració intrauterina).
- 4 casos per continuïtat de l'embaràs: en 3 s'ha practicat l'evacuació quirúrgica i en el cas restant la dona ha decidit continuar l'embaràs.
- 2 casos (1%) han anat a l'hospital per iniciativa pròpia per sagnat abundant acompanyat d'un component intens d'ansietat (una de les dones no havia informat a cap altra persona del seu entorn de la decisió d'interrompre l'embaràs). En ambdós casos s'ha practicat una aspiració intrauterina amb el criteri d'avortament en curs.

Així, doncs, s'ha practicat un tractament quirúrgic (aspiració o raspat intrauterí) per resoldre un avortament incomplet o un embaràs que continuava i/o un control del sagnat en 7 casos (3,5%) dels 200 casos coneguts, dada inferior al 5%, considerat com a límit en l'informe de l'AIAQS .

3.2.8. Eficàcia del tractament farmacològic

Dels 200 casos amb informació sobre la finalització de l'embaràs, no s'ha produït la interrupció després del tractament amb mifepristona/misoprostol en 4 (2%), dada similar a l'estimada en l'informe de l'AIAQS, que és del 2-6%.

A tots els casos en què no s'ha produït l'IVE després del tractament farmacològic, se'ls ha proposat tractament quirúrgic per finalitzar l'embaràs; un cas, malgrat haver-lo informat específicament dels riscos, ha decidit continuar la gestació.

4. Avaluació qualitativa

4.1. Metodologia

La Unitat de Qualitat de la Divisió d'Atenció al Ciutadà del CatSalut ha desenvolupat una dinàmica de treball qualitativa amb els professionals dels cinc territoris que han aplicat el protocol.

4.1.1. Objectiu

Identificar des de la percepció dels professionals els principals punts que poden millorar l'aplicació de l'IVE farmacològica a Catalunya.

4.1.2. Sistemàtica

S'ha analitzat el protocol i identificat les diferents activitats que es realitzen durant tot el procés. Aquesta sistemàtica ha permès identificar les àrees d'interès/preguntes que s'havien de plantejar al grup de professionals.

S'ha fet una sessió de grup participativa, conduïda per personal tècnic de la Unitat de Qualitat, amb 10 professionals representants de tots els 5 ASSIR (7 llevadors i 3 ginecòlegs).

4.2. Anàlisi descriptiva

4.2.1. Protocol i aplicació del protocol

- Satisfacció pel fet de disposar d'un protocol consensuat a Catalunya que garanteix la legitimitat del procediment.
- Cada ASSIR ha aplicat el protocol amb algunes característiques específiques.
- Els recursos, tant de personal com d'equipament, han determinat l'aplicació del protocol, i aquests han d'estar garantits.
- Debat i diferents opinions en relació amb l'aplicació del protocol amb modificacions.

4.2.2. Procés assistencial

- Valoració positiva de les tres visites proposades el protocol i del compliment de les dones.
- És Important conèixer i realitzar les activitats recomanades al protocol en cada una de les tres visites.

- Es destaca la rellevància del primer contacte amb la dona i es considera la possibilitat de poder disposar d'un taulell o d'un espai específic per garantir la privacitat.
- Necessitat de transmetre a les dones que l'IVE farmacològica no és un mètode anticonceptiu.
- Importància de sortir de la consulta amb la programació de la visita següent.
- Es proposa un seguiment telefònic personalitzat.

4.2.3. Continuitat assistencial dels diferents dispositius sanitaris implicats

És un tema que no sorgeix espontàniament i que cal introduir-lo.

- Es percep una bona relació amb l'hospital. S'especifica que en gairebé cap cas ha estat necessari derivar cap dona.
- Es cita la importància de la coordinació amb l'hospital, que estiguin assabentats del desenvolupament de l'aplicació del protocol.
- És rellevant la coordinació dels diferents àmbits assistencials implicats en el circuit i que aquests puguin disposar de la informació clínica del procediment que s'ha realitzat.
- Es valora en positiu la relació amb el servei de farmàcia proveïdor del tractament.

4.2.4. Registre de les dades

És un tema que no sorgeix espontàniament i que cal introduir-lo.

- Es considera que el registre utilitzat per a l'avaluació del protocol és útil perquè permet disposar d'informació clínica, tenint en compte que el Registre d'IVE del Departament de Salut es bàsicament de caràcter epidemiològic.

4.2.5. Lideratge professional

- No s'ha identificat una figura única ni compartida que lideri l'aplicació del protocol.
- Es considera que l'existència de líders per a l'aplicació del protocol depèn de l'equip responsable de cada centre.
- Es considera necessari que l'equip de treball estigui ben cohesionat, coordinat i reconegut perquè funcioni l'aplicació del l'IVE farmacològica. Cal sentir-se recolzat com a professional.

4.2.6. Repercussions en els professionals

- L'aplicació del protocol segons les característiques de l'ASSIR pot ser percebuda com una sobrecàrrega de treball. Es fa referència a la capacitat d'esforç, adaptació i motivació dels professionals en l'execució de la prestació de l'IVE farmacològica.
- La pràctica de l'IVE farmacològica es valora com una experiència subjectiva molt positiva i satisfactòria; també es percep la satisfacció de les dones que han realitzat el tractament.
- Quant a l'objecció de consciència, es considera rellevant per a la cohesió de l'equip conèixer el posicionament dels seus professionals per poder valorar-ne el nivell d'implicació, sempre des del respecte de les diferents opinions. En general, sembla que hi ha pocs casos en els quals es doni aquesta situació en els diferents equips. El col·lectiu de professionals està al costat de la dona.

4.3. Aspectes clau

- L'acompanyament dels professionals a la dona al llarg de tot el procés. Es proposa un seguiment telefònic personalitzat.
- L'explicació detallada dels efectes secundaris i complicacions de l'IVE farmacològica, de com prevenir-los i/o tractar-los.
- La informació en llenguatge adequat i adaptat a cada dona i a la persona que l'acompanyarà en el procés.
- Compartir la informació clínica entre els professionals implicats en el maneig de l'IVE farmacològica.
- Difondre entre les dones que l'IVE farmacològica no és un mètode anticonceptiu.
- Programar la visita següent després de cada visita.
- Tot l'equip de l'ASSIR ha de conèixer el mètode d'IVE farmacològica per garantir la transmissió de la informació adequada.
- Col·laboració dels professionals que han desenvolupat l'aplicació inicial del protocol en les sessions de formació dels nous professionals que s'incorporen.
- Incorporar metodologies teòriques i pràctiques en la formació.
- Perquè funcioni l'aplicació del protocol de l'IVE farmacològica cal un equip cohesionat, coordinat i amb criteri propi.

5. Conclusions

- Els resultats de l'avaluació d'aquesta primera fase d'aplicació del protocol han estat satisfactoris, especialment pel que fa a l'eficàcia i la seguretat, la finalització quirúrgica i les complicacions.
- El diagnòstic de confirmació de l'embaràs i de finalització posterior s'ha realitzat en tots els casos excepte en un petit percentatge que no ha pogut ser controlat després del tractament.
- Els efectes secundaris han estat diversos i tots de caràcter lleu. Cal destacar que les consultes relacionades amb els efectes secundaris poden contribuir a incrementar el nombre de visites i consultes suplementàries.
- El seguiment del protocol ha estat correcte en un percentatge elevat per les dones que han optat per l'IVE farmacològica i la gran majoria d'elles han finalitzat el procés havent incorporat un mètode anticonceptiu.
- L'aplicació del protocol de l'IVE farmacològica en una primera fase ha estat satisfactòria, des de la percepció de les dones i també des de la dels professionals.
- La implicació i la qualitat tècnica dels professionals que hi han participat ha estat notable i un element clau en el desenvolupament d'aquesta primera fase; la seva col·laboració pot contribuir a l'elaboració de recomanacions en l'extensió del protocol.
- Caldrà mantenir l'alerta respecte a alguns punts crítics, per tal de mantenir els resultats i millorar-los, tot garantint l'eficiència del protocol. Aquests punts crítics, ja apuntats per l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, són:
 - Diagnòstic d'embaràs adequat.
 - Diagnòstic de la finalització de l'embaràs.
 - Informació adequada prèvia a la dona.