



Resumen del Tercer Congreso en Maastricht, Holanda

15/16 de Octubre 1999

La acogida y los debates fueron remarcablemente bien organizados por los miembros de los equipos holandeses de la FIAPAC.

En este tercer seminario, el número de participantes va en aumento, con más de 100 personas venidas de diferentes países europeos: Bélgica, Holanda, Alemania, Austria, España, Dinamarca y Francia.

Elisabeth AUBÉNY, presidenta de la FIAPAC animó, en el curso de su bienvenida, a adherirse a la FIAPAC.

Se sucedieron 3 mesas redondas. Los comunicados libres concluyeron la jornada.

1ª Mesa Redonda: La formación del personal médico y paramédico que trabaja en el terreno del aborto, moderada por M. ALBLAS.

Se reseñaron casos de diferentes países.

-Sudáfrica

M. ALBLAS dio parte de su experiencia en Sudáfrica, donde la legislación no contempla todos los problemas de las IVE, particularmente la movilización de médicos. Las dificultades son claramente mayores para las clases pobres, mientras que las acomodadas encuentran a menudo las opciones incluso en la ilegalidad.

El personal que practica el aborto lo constituyen ginecólogos, médicos generales con experiencia, enfermeros y curanderas.

La gratuidad se aplica en los hospitales públicos pero hay pocos médicos y pocos hospitales que realicen el aborto, abundando las clínicas privadas y costosas, principalmente en las ciudades.

Se utiliza CYTOTEC para inducir metrorragias y permitir así una hospitalización.

-USA

En los 44 Estados en los que el aborto es legal, éste se practica por médicos

generales formados.

-Gran Bretaña

1/3 en los hospitales (NHS)

2/3 en clínicas privadas, donde hay escasez de médicos.

-Alemania

Ginecólogos formados, en hospitales públicos.

Más fácil en el norte del país.

Los centros Profamilia, no lucrativos, tienen escasez de médicos.

-Francia

Ginecólogos y médicos generales con formación práctica, en centros concertados públicos o privados, mal remunerados.

-Bélgica

Ginecólogos en hospitales públicos y médicos generales, en los centros privados.

En Valonia: 41% en hospitales y 59% en clínicas privadas

En Flandes: 11% en hospitales y 89% en clínicas privadas

Escasez de médicos

-Holanda

Ginecólogos en hospitales públicos: 7%

Médicos generales en el sector privado: 93%

Los médicos reciben una formación específica por el 1º y 2º trimestres.

-Dinamarca

El servicio hospitalario asegura la casi totalidad de las IVE.

Los médicos reciben una formación inicial.

Existe una cláusula de conciencia.

-España

La mayoría de las IVE se realiza en clínicas privadas, por ginecólogos, hasta un límite muy avanzado.

-Austria

Los médicos pueden realizar las IVE en su consulta.

El personal paramédico es reclutado por médicos sin formación específica. Ningún control ni evaluación del trabajo.

Conclusión

En Francia, Bélgica y Holanda hay mucho personal pluridisciplinar, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros.

La asistencia es obligatoria en Francia y facultativa en Bélgica.

A C. BIRMAN (Francia) le preocupa que la psicologización desplace el problema de las IVE, del colectivo al individuo, y ve una actitud sexista.

P. CESBRON (Francia) desea intercambios entre profesionales y feministas.

C. FIALLA (Austria) señala el importante papel de los paramédicos en las IVE farmacológicas.

H. GOLSTEIN (Dinamarca) insiste en la especificidad de la IVE y en la necesidad del personal paramédico de una formación particular.

2ª Mesa Redonda: Responsabilidad de los profesionales que envían a otro país a la mujer que solicita una IVE

Moderador: A. VEROUSTRAETE (Bélgica)

Hay que insistir en la demora y complicaciones de las pacientes que deben formalizar su dirección. Los médicos prefieren aplicar la ley a las extranjeras (con reservas para las IVE del 2º trimestre). Habida cuenta de las distancias, la IVE constituye una urgencia que hay que resolver en un solo día.

Informar adecuadamente a las mujeres sobre las leyes del país de acogida. Orientar a las pacientes con un informe ginecológico y general. Informar sobre el precio, los desplazamientos, la ciudad y los métodos practicados.

Se recomienda al centro que practique el aborto prevenir las ulteriores complicaciones constatadas en la visita de control. Se habla a veces de ☐turismo abortivo☐. Habría que hablar, si acaso, de mujeres inmigrantes involuntarias.

En Europa

Las irlandesas acuden al Reino Unido

Las polonasas acuden a Minsk y Holanda

Las portuguesas acuden a España

En Holanda el servicio es libre. Hay que disponer del formulario europeo E111 para obtener asistencia complementaria.

En Francia y Alemania está prohibido dar la dirección, lo que contraviene la libre circulación de información.

De la discusión general resulta que, a la espera de que las IVE puedan realizarse correctamente en cada país, hay que informar a las pacientes sobre las posibilidades de la IVE del segundo trimestre y es preciso que los médicos se informen sobre las clínicas que las practican.

El MFPF (Planning francés) informa que no hay ninguna posibilidad judicial de información de las IVE más allá del plazo legal, en el extranjero.

En Francia, el ANCIC insiste en el hecho de que son muchos los médicos dispuestos a aceptar pacientes con el límite sobrepasado.

Igualmente informa de sus posiciones, deseando la despenalización y la ampliación del límite legal de la IVE hasta el día en que sea viable y de su lucha en este terreno.

Entre dos mesas redondas, algunos informes breves□

-Presentación de la Asociación Española de Clínicas ACAI que desea adherirse a la FIAPAC

-Congreso español en Sevilla, en Mayo de 2000, de esta asociación.

-Informe de viaje por Albania y Kosovo de un médico lionés que insiste en el alto número de violaciones.

3ª Mesa Redonda: Antibioterapia y aborto.

Moderador: P. MOONENS (Bélgica)

Situación en Bélgica: D. ROYNET

El 98% de las IVE son extrahospitalarias con personal poco médico. La prescripción antibiótica se impone, ligada a una exploración en función de la edad, la precocidad sexual y el número de parejas.

El Informe subraya la frecuencia de portadores asintomáticos, el aumento de la prominencia de clamidias, 3%. Los gonococos tienden a desaparecer.

Así son definidos los criterios de exploración:

- Más de 2 parejas al año
- Solicitud de IVE
- Ante la colocación de un DIU
- Pareja infectada por una ETS
- Píldora antes de los 18 años
- Dolores abdominales
- Exploración de ETS

Tratamiento. 200 mg de DOXYCYCLINA durante 2 días antes. Informe de IVE de 1 semana en caso de clamidias.

Holanda

Clamidias: 5 a 20%

Gonococos: 0,2% a 3%

En la práctica: Profilaxis si la mujer es menor de 30 años. DOXYCYCLINA 300 mg la víspera y 100 mg al día durante 2 días, o 200 mg durante 7 días.

Holanda (A. TALENS)

Prescripción de METRODINAZOL, más allá de 18 semanas de amenorrea, sabiendo que el riesgo aumenta con el límite. La conclusión de la práctica holandesa es la de la necesidad de tratar a todas las mujeres que solicitan una IVE.

Francia (P. CESBRON)

En Francia de 1990 a 1995: 1.000.000 de IVE realizadas. Hubo 4 fallecimientos ligados, sin certeza, a una infección, 1 0/00 de peritonitis y alrededor de 1% de complicaciones menores, hasta 12 semanas de amenorrea.

Hay pocas secuelas post-infecciosas. Las mujeres con antecedentes de infección pélvica presentan un claro riesgo de complicación infecciosa.

El orador informa sobre un estudio norteamericano:

1/1400 IVE son hospitalizadas

1/4500 suponen una infección severa.

Antibioterapia: dosis única de DOXYCYCLINA 200 mg, 2 horas antes; 200 mg 12 horas después.

En resumen, actualmente se desconoce la incidencia de las infecciones.

La mayoría de centros no practican la antibioterapia sistemáticamente.
La discusión pone en evidencia las diferencias en las prácticas.
En España la DOXYCICLINA es sistemáticamente administrada durante 5 días. En Alemania hay exploración de clamidias con tratamiento si resulta positiva.
Un caso particular es el de las mujeres rusas, que sufren una alta tasa de abortos, ligada a un aumento de clamidias.

Conclusión: Aunque sea un tema cuantificable, no es posible el consenso.

Comunicados Libres.

MIFEPRISTONE: Diferencias en Europa pese a la autorización europea

(E: AUBÉNY y C. FIALA)

Austria: Sólo en hospital

Alemania: No disponible. En estudio

Grecia: Hospital

Holanda: Considerado inútil

España: No hay precio definido

Suiza: RU = Veneno, por tanto, prohibido

Francia: Por disposición legal. 75% posteriormente retribuido. Una semana de reflexión antes de la toma de MIFEPRISTONE, así como asistencia social. Control ecográfico entre 10 y 14 días si hay dudas. Resultado: 98,5% de éxito.

Embarazo evolutivo 1 0/00. Los médicos no están bien retribuidos.

Austria: La IVE se realiza por médicos en consulta privada sin plazo de reflexión.

La Iglesia presiona a la Sanidad Pública. 40 000 IVE anuales. Sólo un hospital público utiliza MIFEPRISTONE. La consulta es telefónica. Hay falta de información. Éxito: 97%

Elección de método

En Francia: El método se percibe como menos agresivo, más □natural□.

Representa el 14% de las IVE en 1990 y de 30 a 40% en 1998.

En Austria: La elección se hace en función de la precocidad de la solicitud.

Método no quirúrgico con posibilidad de presencia de la pareja. Se cuestiona si el método podría alargarse a 63 días.

La discusión muestra el interés en desmedicalizar este método y en practicarlo a

domicilio (postulado por A. BUREAU, Francia) hasta 49 días de amenorrea. También se admite la necesidad de insistir en los estudios prácticos a fin de disminuir las dosis de MIFEPRISTONE hasta 200 mg y de estudiar los diferentes protocolos.

Este tercer seminario concluye tras unas sesiones ricas en enseñanzas sobre las prácticas de los diferentes participantes.

Se decide una modificación de los estatutos por los miembros fundadores. En lo sucesivo, la FIAPAC, por razones democráticas y de voto, deja de ser una asociación de asociaciones y pasa a ser una asociación de miembros individuales. En adelante la cotización será individual y de 250 E para el año 2000.

Se acuerda un reencuentro en Paría paa el 4º seminario, los días 24 y 25 de Noviembre de 2000.

Se adjunta el programa de estas jornadas.