"IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA"

"Implementation of the voluntary interruption of pregnancy in a hospital in cordoba".

Autores: Álvarez, Rocío Cruz[a]; Astegiano, Cecilia[b]; Gallina, Flavia Alejandra[c]; Castillo, Héctor Sebastián[d]

[a] Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Docente del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas,Universidad Nacional de Córdoba. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9362-0584

[b] Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Nacional de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

[c] Médica Especialista en Medicina Familiar y General. Magister en Efectividad Clínica Hospital Municipal Príncipe de Asturias.

[d] Médico Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Municipal Príncipe de Asturias, Córdoba Capital.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
mail: alvarezrociocruz@gmail.com

Conflicto de intereses: las autoras y el autor declaran no tener conflicto de intereses con este artículo.

Recibido: 29/05/2024

Aceptado: 13/07/2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Este artículo examina la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en un hospital de Segundo Nivel de Atención de la ciudad de Córdoba, Argentina, tras la promulgación de la Ley Nacional 27.610.
MÉTODOS: Estudio descriptivo, analítico y de seguimiento longitudinal. Se incluyó a todas las personas que consultaron por IVE entre enero y junio de 2021.
RESULTADOS: Se realizaron 109 acompañamientos, de los cuales 69 fueron ambulatorios con misoprostol y 40 fueron instrumentales con Aspirado Manual Endouterino (AMEU). La totalidad de la muestra fueron mujeres cisgénero. La mayoría de las usuarias que recibieron tratamiento con Misoprostol consultaron espontáneamente, mientras que las que recibieron AMEU fueron en su mayoría derivadas de otros Centros de Salud. Las tasas de efectividad de ambos tratamientos fueron similares a las descritas en la bibliografía, mientras que las tasas de complicaciones fueron más bajas. La mayoría de las usuarias tuvo acceso a la práctica en un plazo de 10 días y a un método anticonceptivo post-evento obstétrico, siendo el DIU el más elegido.
Las usuarias se caracterizaron por ser una población joven (Edad Promedio: 27,3). El 75,23% reportó no haber tenido abortos inducidos previos. Además, el 75,23% estaba utilizando una práctica anticonceptiva.
CONCLUSIONES: Los resultados resaltan la importancia de una implementación equitativa y de calidad de la IVE para garantizar los derechos de las personas gestantes. Se requieren estudios con mayor casuística que permitan estandarizar los circuitos de atención y, a su vez, evaluar la satisfacción de las usuarias.

PALABRAS CLAVES: Aborto Legal, Misoprostol, Legrado por Aspiración

ABSTRACT

INTRODUCTION: This article examines the implementation of Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) in a second-level hospital in Cordoba, Argentina, following the enactment of National Law 27.610.
METHODS: Descriptive analytical study with longitudinal follow-up. All patients who consulted for abortion between January and June 2021 were included.
RESULTS: 109 abortions were performed, of which 69 were outpatient with misoprostol and 40 were instrumental with Manual vacuum aspiration (MVA). The entire sample was cisgender women. Most of the users who received misoprostol treatment consulted spontaneously, while those who received MVA were mostly referred from other health centres. Effectiveness rates for both treatments were similar to those described in the literature, while complication rates were lower. The majority of users had access to the practice within 10 days and to a post-obstetric contraceptive method, with the IUD being the most commonly chosen.
The users were characterized as a young population (mean age: 27.3). 75.23% reported no history of previous induced abortions. In addition, 75.23% were using a contraceptive practice.
CONCLUSIONS: The results highlight the importance of equitable and quality provision of abortion to guarantee the rights of pregnant women. Studies with a larger number of cases are needed to standardize care circuits and also assess user satisfaction.

KEYWORDS: Legal Abortion, Misoprostol, Vacuum Curettage.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende caracterizar la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), regulada por la Ley Nacional 27.610, en un Hospital Municipal de Segundo Nivel de Atención de la ciudad de Córdoba, a partir de la sistematización de los acompañamientos tanto medicamentosos como instrumentales.

Los abortos, a pesar de constituirse como un problema de salud prevalente, fueron invisibilizados y criminalizados en Argentina, lo cual repercutió en los Procesos-Salud-Enfermedad-Atención de las personas con capacidad de gestar y abortar (Mujeres, lesbianas, intersex, no binaries, varones trans).

A nivel mundial, existe amplia bibliografía que caracteriza a los países con legislaciones más restrictivas como aquellos que tienen más cantidad de abortos. La mayoría de estos resultan inseguros[1]. De acuerdo con la OMS, en América Latina y el Caribe solo 1 de cada 4 abortos se realiza de forma segura[2].

Previamente a la sanción de la Ley Nacional 27.610, en nuestro país existía el acceso a las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) por causales, de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal y ratificado por el Fallo FAL en 2012[3]. El acceso a los Servicios de Salud Sexual y (no) Reproductiva se considera un derecho humano de acuerdo con nuestra Constitución Nacional y pactos internacionales, sin embargo no se garantiza de manera homogénea. "Los contextos y la calidad de atención de los servicios de ILE son diversos. Los hospitales públicos de tercer nivel son los que mayores déficits presentan en términos del cuidado emocional de las mujeres, especialmente cuando se trata de internación, mientras que las experiencias más satisfactorias se dan en espacios de atención ambulatoria tanto del sector público como del privado"[4]. Respecto a los conocimientos y percepciones de los Equipos de Salud, una investigación realizada previa sanción de la Ley de Aborto Voluntario reportó que más del 30% de las personas encuestadas desconocía la normativa que regulaba el acceso al aborto y solo el 66% planteó que realizaría la práctica de IVE si estuviera permitida[5].

Por otra parte, investigaciones en materia de la accesibilidad al aborto en nuestro país describen miedo y desconfianza por parte de las usuarias "ya sea por malas experiencias previas, por temor a ser juzgadas ó sufrir maltrato ó a ser atendidas por médicos que no están a favor del aborto"[6]. También se problematiza la provisión de atención en espacios compartidos inadecuados como salas de partos que "afectan a las mujeres negativamente y contribuyen a despertar sentimientos de culpa, arrepentimiento y malestar"[7].

En Argentina existen experiencias previas de servicios de salud orientados a garantizar los derechos sexuales y (no) reproductivos, como el ejemplo de las políticas de salud pública aplicadas en la ciudad de Rosario, donde se aplica el aborto por causales desde 2007 y donde no se han registrado casos de muertes maternas por abortos desde 2012[8]. Sin embargo, dado que la IVE se constituye como una práctica relativamente nueva (sanción de la Ley 27.610 en Diciembre de 2020), no se cuenta con investigaciones que avalen estándares y normativas que garanticen un proceso de acompañamiento de calidad de forma igualitaria para todas las personas que solicitan la práctica.

Con respecto a la prevalencia, el Ministerio de Salud de la Nación reportó la realización de 73.487 IVE/ILE en todo el territorio nacional hasta el 31 de diciembre de 2021, de las cuales 2.844 corresponden a la provincia de Córdoba y 1.179 específicamente a la ciudad de Córdoba. Esto resulta en una casuística inferior si lo comparamos con otras provincias con menor población que registraron más acompañamientos como Santa Fe (4.383), Mendoza (2.916) y Tucumán (4.162)[9].

Por fuera del sistema de salud público se han realizado y se siguen realizando abortos autogestionados. Las sistematizaciones anuales de Socorristas en Red informan

que en Argentina se han acompañado 7.280 interrupciones en 2018, 12.575 en 2019, 8.867 en 2020 y 5.614 en el primer semestre del 2021[10][11]. De este último año, el 57,2% sabía de la existencia de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y solo el 22% de las personas que se comunicaron decidieron que se las acompañara en el sistema de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la implementación de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), tanto medicamentosas como instrumentales (AMEU), en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias, Ciudad de Córdoba en el período enero-junio 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar el perfil de usuarias acompañadas en el Hospital.

Comparar los resultados de los tratamientos efectuados por vía medicamentosa con Misoprostol y por vía instrumental mediante la técnica de Aspirado Manual Endouterino (AMEU).

Relacionar edad, edad gestacional y días de efectivización del procedimiento según IVE medicamentosa/IVE instrumental.

Analizar la relación entre edad, edad gestacional y días de efectivización del procedimiento en función de las complicaciones.

Evaluar la anticoncepción previa y la anticoncepción post aborto de las usuarias.

MÉTODOS

Diseño y población: Esta investigación consistió en un estudio descriptivo analítico de seguimiento longitudinal. Se incluyeron todas las personas que consultaron por la práctica de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias, ciudad de Córdoba, Argentina, dentro del período comprendido entre enero y junio de 2021.

Los criterios de inclusión fueron: todas aquellas usuarias de 15 a 45 años de edad que solicitaron un aborto espontáneamente ó por derivación, con una edad gestacional desde 5 semanas hasta 13,6 semanas y que finalmente fueron asistidas en la misma institución, ya sea por tratamiento medicamentoso ó por AMEU.

Se excluyeron de este análisis a las usuarias que solicitaron un aborto con la edad gestacional mayor a 13.6 y por tanto fueron derivadas a otra institución de mayor complejidad. También se excluyeron a aquellas personas que consultaron para solicitar información pero decidieron no interrumpir. Se excluyeron aquellas personas que consultaron por abortos espontáneos o incompletos derivadas desde otras instituciones.

Se realizó muestreo no probabilístico, consecutivo según el orden de atención.

Procedimiento: Los datos se recopilaron a partir de las Historias Clínicas de las personas atendidas y fueron registrados en una base de datos especialmente diseñada para la investigación en Excel® 2010, versión 16.4.

Las usuarias que solicitaron IVE recibieron una consulta inicial por parte del equipo de Medicina Familiar, teniendo también la posibilidad de consultas interdisciplinarias con los servicios de Trabajo Social y Psicología. En esta instancia de consulta inicial presencial se efectuaron anamnesis completa, ecografía ginecológica, asesoría respecto del marco legal argentino incluyendo la firma del consentimiento informado luego de la explicación detallada de las opciones de tratamiento disponibles, resultados esperados, beneficios, efectos adversos y complicaciones, como así también se trabajó el derecho al acceso a un método anticonceptivo posterior. Las mujeres fueron quienes tomaron la decisión final sobre la modalidad de su tratamiento. En todos los casos se brindó un turno de control posterior, ya sea en la misma institución o referenciado al Centro de Atención Primaria de la Salud correspondiente. Aquellas mujeres que concurrieron al control en el hospital tuvieron

una consulta de seguimiento con examen físico, control ecográfico y recibieron nuevamente atención para garantizar una práctica anticonceptiva. Fueron también las mujeres quienes eligieron ó no el uso del método.

Las mujeres que realizaron tratamiento medicamentoso con Misoprostol recibieron la indicación recomendada por la Organización Mundial de la Salud de 800 mcg de Misoprostol por vía sublingual/bucal/vaginal cada 3 horas, 3 dosis en total.[12]

Las mujeres que realizaron el procedimiento de Aspiración Manual Endouterina fueron sometidas a un laboratorio previo con citológico completo, APP y KPTT para valorar la coagulación y detectar anemia previa. La preparación preoperatoria consistió en la ingesta de 400 mg de Ibuprofeno para el manejo del dolor, 500 mg UD de Azitromicina para profilaxis antibiótica y 400 mcg de Misoprostol sublingual para la preparación cervical. El equipamiento empleado para la técnica fueron las cánulas EasyGrip y la jeringa de aspiración Ipas Plus[13].

Variables: Las variables estudiadas fueron: edad (en años), gestas previas (nuligestas, primigrestas, secun-trimigestas, multigestas), número de partos vaginales previos, número de cesáreas previas, número de abortos previos, tipos de abortos previos (aborto espontáneo, legrado, aborto autoadministrado), uso de práctica anticonceptiva previa, en adelante PAC (si/no), tipo de PAC (anticoncepción oral, anticoncepción inyectable, método de barrera, método de los días, otros –parches, DIU, implante subdérmico–).

Con respecto al circuito de atención se sistematizaron las variables de modo de ingreso (espontáneo, o derivado desde otro servicio del hospital, socorristas, organización barrial, de otro hospital y desde un centro de salud de primer nivel de atención). La edad gestacional (tiempo de gestación del embrión según ecografía en semanas gestacionales) de la usuaria en la primera consulta y la edad gestacional al momento de garantizar el tratamiento, la cantidad de días de efectivización de la práctica (momento en que se efectiviza el procedimiento abortivo desde el momento de la primera consulta, medido en días).

En cuanto al tratamiento, se estudiaron también la vía de misoprostol elegida, ya sea en primer ó segundo tratamiento medicamentoso, esta puede ser sublingual, bucal, vaginal, y para los casos de doble tratamiento las combinaciones resultantes.

Prosiguiendo con el circuito de atención, se estudió el acceso a control posterior, cantidad de días hasta la consulta de control, realización de la práctica anticonceptiva post evento (si, no) y el tipo de PAC post evento elegido (DIU, implante subdérmico, anticoncepción oral, anticoncepción inyectable, barrera, quirúrgico, parches, doble método, abstinencia).

En cuanto al resultado de la intervención, se estudiaron para los casos de tratamiento medicamentoso las variables de resolución (aborto completo, aborto incompleto y falla) como así también su forma de resolución (uso de 800 mcg de Misoprostol, realización de segundo esquema completo de misoprostol, AMEU) y sus complicaciones posteriores.

Para los tratamientos realizados con AMEU se estudiaron las variables de resultado de procedimiento (evacuación completa y evacuación incompleta), complicaciones durante el procedimiento (sin complicaciones, desgarro uterino, hemorragia, infección), resolución de complicación durante procedimiento (Misoprostol 800 mcg, legrado, tratamiento antibiótico) y las complicaciones posteriores al procedimiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó una descripción general de los datos utilizando Media, Mediana y Desvío Estándar para las variables continuas, y Tablas de Frecuencia para las variables categóricas y dicotómicas. Se realizó un análisis bivariado, utilizando t-test para las variables continuas de distribución normal, y Ranksum test para las variables continuas de distribución no normal.

Se realizó test de chi^2 para proporciones para las variables categóricas. El nivel de significancia fue $p<0,05$.

RESULTADOS

En el período enero-junio 2021 se realizaron 109 Interrupciones Voluntarias del Embarazo, de las cuales el 63,3% correspondió a tratamiento medicamentoso y el 36,7% a AMEU. (Tabla 1)

Tabla 1. Frecuencia IVE (n=109)

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
Misoprostol	69	63.3%	63.3
AMEU	40	36.7%	100
Total	109	100%	

PERFIL DE LAS USUARIAS:
La totalidad de las personas que consultaron fueron mujeres cisgénero. La edad promedio de las pacientes fue de 27,3 años con una desviación estándar (DE) de 6,5.

Con respecto a la paridad de las usuarias, el 37,61% fue nuligesta, seguido del 29.36% de secundi-trigestas y un 10,9% de multigestas. El 75,23% reportó no haber tenido un aborto previo y el 22,94% reportó haber tenido aborto espontáneo.

El 75,23% de las usuarias estaba empleando algún método anticonceptivo. Los más utilizados fueron los métodos de corta duración: barrera con 32.11% seguido de ACO con 26.61%. Un 5.5% de las usuarias utilizaba el método de control de los días. (Tabla 2)

Tabla 2. Tipo de PAC previo (n=109)

	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
No usaba	27	24.77%	24.77
ACO	29	26.61%	51.38
ACI	7	6.42%	57.8
Barrera	35	32.11%	89.91
Otros*	5	4.58%	94.5
“Método de los días”	6	5.5%	100
Total	109	100%	

*Otros: DIU, Implante Subdérmico, Parches.

ATENCIÓN:

Con respecto a la forma de ingreso a la consulta, se pudo observar que el 40.37% de las usuarias consultó espontáneamente, un 35.78% fue derivado de otro Centro de Salud, un 15.6% fue derivado por activistas feministas socorristas, un 5,5% desde otro Hospital y el 1,83% desde otro servicio del mismo Hospital.

La edad gestacional promedio en la primera consulta fue de 8,8 semanas con una DE de 2,3 siendo un 93,8% menores a 13 semanas, mientras que la edad gestacional promedio en el momento de resolución de la práctica fue de 9,5 semanas con una DE de 2,11.

La efectivización promedio de la práctica fue de 4 días con una DE de 5,2. Del total de las prácticas, el 89.52% fue garantizado dentro de los 10 días.

TRATAMIENTO:

Misoprostol: De las 69 usuarias que realizaron tratamiento medicamentoso con Misoprostol, el 98,55% optó por la vía sublingual y solo 1,45% eligió la vía bucal. No se reportó uso de vía vaginal.

El resultado de los tratamientos medicamentosos efectuados fue un 71.01% de abortos completos, 10.14% abortos incompletos y otro 10.14% de fallas de tratamiento.

La resolución final se realizó al 10.14% con Misoprostol 800mcg para abortos incompletos y de las fallas se resolvió un 8.7% con AMEU y el 1.45% con un segundo esquema completo de Misoprostol.

El 92.75% no presentó complicaciones. El 4,35% presentó hemorragias.

AMEU: Se obtuvo como resultado el 97,5% de evacuaciones completas y 2,5% de evacuaciones incompletas.

De los 40 aspirados efectuados, el 92,5% fue realizado sin complicaciones. Se produjo 1 evacuación incompleta que debió ser resuelta con legrado. En cuanto a complicaciones durante el procedimiento, se produjo 1 desgarro de cuello uterino y 1 diagnóstico de infección pelviana que fue abordado con tratamiento médico. Las 2 hemorragias durante el procedimiento se resolvieron con 800mcg de Misoprostol.

Tabla 3. Tipo de PAC posterior (n=109)

	Frecuencia	Porcentaje	F Acumulada
No eligió	4	3.6%	3.6
DIU	42	38.53%	42.2
Implante subdérmico	12	11.01%	53.21
ACO	22	20.18%	73.39
ACI	11	10.09	83.49
Quirúrgico*	2	1.83%	85.32
Barrera	2	1.83%	87.16
Parches	1	0.92%	88.07
Doble método	3	2.75%	90.83
Abstinencia	2	1.83%	92.66
Referido	3	2.75%	95.41
No vino a control	5	4.95%	100
Total	109	100%	

*Quirúrgico: ligadura tubaría, vasectomía.

No se reportaron complicaciones posteriores al procedimiento.

SEGUIMIENTO:

Del total de las usuarias que solicitaron IVE, el 73.39% realizó efectivamente su control en el Hospital, el 22.02% fue referido a su Centro de Salud y el 4.59% no concurrió al control de seguimiento.

El promedio de días de control posterior fue de 11,79 días con una DE de 5,3.

En cuanto a la anticoncepción post-IVE, se encontró que el 88,08% de las usuarias inició una práctica anticonceptiva, ya sea en la primera consulta o en el seguimiento.

La tabla 3 de PAC post-IVE muestra que el DIU fue el método más elegido (38.53%) seguido de ACO (20.18%), Implante subdérmico (11.05%) y ACI (10.09%) respectivamente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Como puede observarse en la Tabla 4, el promedio de edad de las pacientes que recibieron IVE medicamentosa fue de 26,87 años mientras que el promedio para las que recibieron IVE por AMEU fue de 28,05 años, siendo esta diferencia no significativa (p=0,36). El 85,32% fue menor de 21 años y solo un 2,75% fueron menores de 18 años (3 adolescentes).

Con respecto a las gestas previas en las pacientes que recibieron IVE medicamentosa fue de 1,28 vs. 1,55 en las que recibieron IVE por AMEU. Esta diferencia no fue significativa.

La mayoría de las pacientes no tuvieron abortos previos. No hubo diferencia significativa entre el grupo que recibió tratamiento medicamentoso (78,26%) y el grupo que recibió AMEU (80%) (p=0.05).

Tabla 4. Perfil usuarias y modalidad de ingreso

	Misoprostol (n=69)	**AMEU (N=40)**	**valor de p**
Edad	26,87	28,05	0,36
Gestas previas	1,28	1,55	
Abortos previos	78,9%	80%	0,05
Modalidad de ingreso			
Consulta espontánea	50,72%	22,5%	0,0038
Derivado de Centro de Salud	14,49%	72,5%	0,000
Edad gestacional en 1° consulta (Promedio, DE)	8,05 +/- 1,79	10,19 +/- 2,49	0,000

Al estratificar la modalidad de ingreso según fuera consulta espontánea, se puede observar que el 50,72% de las pacientes que recibieron IVE medicamentosa consultaron espontáneamente mientras que esta modalidad de consulta fue del 22,50% para quienes recibieron AMEU, siendo esta diferencia significativa p=0,0038. Por lo tanto, las usuarias que realizaron tratamiento medicamentoso para IVE presentan una mayor frecuencia de consulta espontánea que las que realizaron AMEU.

Al realizar la misma estratificación según fuera derivada de un Centro de Salud, se observa que el 72,5% de las pacientes que recibieron AMEU fueron derivadas desde un Centro de salud mientras que las que realizaron medicamentoso fueron derivadas en el 14,49% de los casos. Esto también se constituye como una diferencia significativa con una p=0,000.

Al analizar la variable edad gestacional en la primera consulta, se encontró que el promedio de edad gestacional es mayor en el grupo de AMEU siendo esta diferencia significativa (p=0,000).

No se encontraron diferencias significativas entre IVE medicamentosa e IVE AMEU con respecto a los días de efectivización de la práctica y la multiparidad.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO:

La tasa de falla de IVE medicamentosa registrada fue de 20,19% (14 casos). Al analizarla con las otras variables, no se relacionó de manera significativa con la edad de la paciente, edad gestacional de la primera consulta, vía de administración del misoprostol o multiparidad.

La tasa de falla tampoco se relacionó con los días de efectivización del tratamiento.

El promedio de días de efectivización fue mayor en el grupo con falla (5,85 días con DE de 8,53) a comparación del promedio del grupo sin falla (3,2 días con DE de 4,47) siendo esta diferencia no significativa (p= 0.1508).

El porcentaje de pacientes asistidas después de los 10 días fue del 12,77% en el grupo que no tuvo falla y del 15,79% en el grupo con falla, pero dicha diferencia tampoco fue significativa (p=0,1050).

Solo se reportaron como complicaciones 3 casos con hemorragia correspondientes al 4,35%.

La Tasa de Complicaciones no pudo ser relacionada con el antecedente de abortos previos (p=0,619), el número de gestas previas (p=0,57), el antecedente de PAC previo (p=0,4).

Tampoco se relacionó con la derivación desde el Centro de Salud (p= 0,9), la edad gestacional en la primera consulta (p=0,72) ni con el número de días posteriores al control (p=0,41).

El promedio de edad de las pacientes con complicaciones fue francamente menor (20.66 DE 0.88) al promedio de las pacientes sin complicaciones (27.15 DE 0.8), sin embargo, esta diferencia fue no significativa (p=0,09).

TRATAMIENTO INSTRUMENTAL CON AMEU:

La tasa de falla de IVE por AMEU encontrada fue de 2,5%.

No pudo ser relacionada con edad de la paciente (p=0,93), edad gestacional de la primera consulta (p=0,6335), días de efectivización (p= 0,3131), abortos previos (p=0,613) o multiparidad (p=0,671).

Como se observa en la Tabla 5, la tasa de falla del procedimiento fue del 20,29% para tratamiento medicamentoso con misoprostol y de 2% para el tratamiento instrumental con AMEU, siendo esta una diferencia significativa (p=0,009).

Por otra parte, al comparar la tasa de complicaciones, esta fue del 4,35% en el grupo que recibió Misoprostol vs. el 10% del grupo que realizó AMEU, siendo esta diferencia no significativa (p=0,246).

Tabla 5. Comparación Fallas de tratamiento y complicaciones			
	Misoprostol (n=69)	**AMEU**	**valor de p**
Tasa de falla de tratamiento	20,29%	2,5%	0,009
Tasa de complicaciones	4,35%	10%	0,246

DISCUSIÓN

El perfil de población que consultó solicitando IVE se caracterizó por ser joven. El 85,32% fue menor de 21 años y solo un 2,75% fueron menores de 18 años. Esta casuística es francamente menor en edad si observamos los datos de los primeros años de implementación de la IVE en Uruguay, donde un 1% corresponde a adolescentes de 10 a 14 años y un 17% a adolescentes de 15 a 19 años. También es menor si la comparamos con las ILE garantizadas en CABA en 2019[14], donde el 14% fue menor de 20 años y la sistematización de Socorristas del mismo año que reportaron 15% de acompañamientos a la misma franja etárea[15]. Con respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría de las usuarias (75,23%) refirió no haber tenido abortos previos a pesar de que el 62,39% tuvo gestas previas. Esto puede deberse al subregistro de abortos inducidos realizados en contextos de clandestinidad.

Los resultados muestran que las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas tanto con tratamiento medicamentoso ambulatorio como instrumental con AMEU constituyen opciones seguras frente a los embarazos no intencionales. Las tasas de efectividad son similares a las descritas en la bibliografía.

La tasa de efectividad del Misoprostol reportada fue del 79,71% que es similar a la tasa reportada por una revisión sistemática de 42 estudios que dio como resultado un 78%[16].

Las tasas de fallas y complicaciones no pudieron relacionarse significativamente con ninguna variable. Esto puede deberse a la limitación de la muestra y la baja frecuencia reportada de estas fallas y complicaciones. En otros estudios pudo encontrarse relación con otras variables como con una edad gestacional de menos de 7 semanas[17][18], vías no orales de administración[19] y el tiempo de seguimiento temprano de los prestadores[20].

La tasa de efectividad de AMEU de 97,5% se asemeja a la reportada en otros estudios[21], mientras que la tasa de complicaciones fue un poco más alta en comparación con otros estudios. En una revisión sistemática de 57 estudios con una casuística total de 337.460 aspiraciones manuales endouterinas se encontraron con ≤ 0.1% de complicaciones [22]. Esto probablemente pueda deberse a la baja casuística (n=40). Esta tasa no pudo ser relacionada significativamente con ninguna variable. En otros estudios que se efectuaron anteriormente tampoco pudieron encontrarse relaciones entre la tasa de falla y otras variables como la capacitación del equipo[23] ó comorbilidades[24].

La modalidad de recepción de pacientes desde otros centros de salud y otros espacios de referencia como organizaciones barriales y activistas socorristas da cuenta de la articulación intersectorial y pone en relieve la importancia de la articulación de los niveles de atención de salud. El tratamiento medicamentoso ambulatorio puede garantizarse en gran parte los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Córdoba mientras que la práctica de AMEU se encuentra más

restringida a pocos espacios en la ciudad, incluso dentro de la provincia de Córdoba.

No se encontraron diferencias significativas en el perfil de las usuarias que solicitaron IVE, ya sea medicamentosa o AMEU. La edad gestacional diferenciada entre ambos grupos de pacientes podría explicarse por la derivación desde los centros de salud y la realización de tratamientos medicamentosos previos en el Primer Nivel de Atención.

En cuanto respecta a la variable de días de efectivización, se pudo corroborar mediante la revisión de las historias clínicas que en aquellos casos donde se tardó más de 10 días como estipula la ley, se debió a dificultades particulares de las usuarias.

Al revisar los hallazgos de anticoncepción, la mayoría de usuarias que consultaron en el Hospital utilizaban un método anticonceptivo (75,23%). Esta es una cifra francamente mayor a la reportada para nuestro país donde el 72,2% de las mujeres y personas gestantes con embarazos no intencionales no utilizaban ningún PAC[25][26][27].

La tasa de anticoncepción posterior fue de 88,08%, lo que demuestra un aumento significativo. En otras bibliografías se caracterizaba el aumento del uso de un método anticonceptivo, en especial de larga duración, si se brinda AIPEO (Anticoncepción Inmediata Posevento Obstétrico), ya que aproximadamente el 45% de las usuarias no regresan[28].

La tasa de uso de DIU previo al aborto encontrada fue baja, aún más que la media nacional de 9,2%[29]. Sin embargo, al evaluar la anticoncepción posterior, pudo observarse un aumento de la elección de este método anticonceptivo de largo plazo, siendo el más elegido con un 38,53%.

Según los datos de la OMS, "el 95% de las mujeres que cursan períodos de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes pero el 70% no usan métodos anticonceptivos"[30]. Se destaca entonces la importancia de garantizar el acceso a un método anticonceptivo después de un evento obstétrico para prevenir los embarazos no intencionales y las complicaciones que acarrean franca morbimortalidad en las mujeres y personas con capacidad de gestar, además de reforzar las garantías de derechos humanos.

La muestra de este trabajo constituye un corte inicial de los primeros seis meses de implementación de la ley 27.610. Se realizó un acompañamiento longitudinal de las usuarias respetando los principios rectores de la ley expresados en el artículo 5: trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, acceso a la información, y calidad conforme a los estándares de la Organización Mundial de la Salud y en el marco de los derechos humanos[31]. Asimismo, se garantizó un método anticonceptivo posterior para prevenir los embarazos no intencionales. Se destaca además la importancia del acceso a un control posterior, el cual fue realizado en el mismo servicio o bien contrarreferenciado al Centro de Salud correspondiente.

CONCLUSIÓN

Las Interrupciones Voluntarias del Embarazo constituyen un motivo de consulta prevalente. En el Servicio de Medicina Familiar del Hospital Municipal Príncipe de Asturias se dio respuesta a ellas de acuerdo con la reglamentación de la Ley Nacional 27.610, que entró en vigencia en enero de 2021. Para ello, se ofrecieron a las usuarias que así lo solicitaron dos opciones terapéuticas: tratamiento ambulatorio medicamentoso o bien tratamiento instrumental ambulatorio (AMEU), siguiendo los estándares de calidad de la OMS.

El proceso de atención se enmarcó en un paradigma de seguimiento longitudinal, situado e integral de las usuarias como sujetos de derechos, propiciando la autonomía en las decisiones concernientes a sus Procesos Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado.

En el período enero-junio 2021 se realizaron 109 acompañamientos, de los cuales 69

fueron medicamentosos ambulatorios y 40 fueron instrumentales (AMEU). Se registraron principalmente 2 modalidades de ingreso a la consulta. La mayoría de las usuarias que recibieron tratamiento con Misoprostol consultaron espontáneamente mientras que aquellas que recibieron AMEU fueron en su mayoría derivadas de otros Centros de Atención Primaria de la Salud. Las tasas de efectividad de ambos tratamientos fueron similares a las descritas en la bibliografía. Las tasas de complicaciones fueron más bajas en comparación con otros trabajos. La mayoría de las usuarias tuvo acceso a un seguimiento de control en el lapso de 10 días como estipula la ley; y a la garantía de acceso a un método anticonceptivo post-evento obstétrico, siendo el DIU el más elegido (38,53%).

Las usuarias acompañadas en el Hospital se caracterizaron por ser una población joven (edad promedio de 27,3 años), sin embarazos previos (37,61%). El 75,23% reportó no haber tenido abortos inducidos previos y el 22,94% refirió haber tenido aborto espontáneo. Además, el 75,23% estaba utilizando una práctica anticonceptiva, siendo los métodos de corta duración los más elegidos: barrera con 32.11% seguido de ACO con 26.61%.

Dado que es una práctica que está en reciente desarrollo en nuestro país, se requieren estudios con mayor casuística que puedan estandarizar los circuitos de atención, y a su vez que permitan evaluar la satisfacción de las usuarias para brindar la mayor calidad a la garantía del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health [Internet]. 2020;8(9):e1152–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6.

2. Organización Mundial de la Salud. Abortion [Internet]. Who.int. [citado el 6 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion

3. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE). Actualización 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2022.

4. Szulik D, Zamberlin N. La legalidad oculta: Percepciones de estigma en los recorridos de mujeres que descubren y acceden a la interrupción legal del embarazo por causal salud. Sex Salud Soc (Rio J) [Internet]. 2020;(34):46–67. Disponible en: https://www.scielo.br/j/sess/a/S7TPHSF96ZHKVTK7wsnphNf/abstract/?lang=es

5. Berra A, Amantea R, et al. Estudio sobre los conocimientos y opiniones de las/los profesionales de salud en torno al acceso a la interrupción legal del embarazo en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Anuario de Investigaciones, vol. XXVII,. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2020. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/3691/369166429047/html/

6. Ramos S, Romero M, Michel AR, Tiseyra MV, Ortiz MV. Aportes al debate por la despenalización del aborto [Internet]. Cedes.org. 2020. Disponible en: https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4580/1/Barreras%20ILE%2030%2011%202020.pdf

7. Tiseyra MV, Vila Ortiz M, Romero M, Abalos E, Ramos S. Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. Salud Colect [Internet]. 2022;18:e4059. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4059/es

8. Municipalidad de Rosario. Informe de gestión Mónica Fein: 2011-2019. 2019. p. 68.

9. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. ImplementAR IVE-ILE. Ley 27.610 Informe Anual 2021. Actualizacion 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. 2022. p. 34.

10. Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar realizados por Socorristas en Red (feministas que abortamos) durante el primer año por pandemia Covid-19. Socorristas en Red, Argentina. 2021

11. Socorristas en Red. Info acompañamientos a abortar realizados por SenRed durante el primer semestre del 2021. Socorristas en Red, Argentina. 2022.

12. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un Aborto Seguro [Internet]. Who.int. [cited 2024 Jul 9]. 2014. p.22 Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf

13. Frankel N, Mariana Abernathy. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip®: folleto instructivo. Segunda edición. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas. 2004. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/322/IPAS%20AMEU%20Plus.pdf?sequence=5&isAllowed=y

14. Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud, GCBA. Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. 2021. Situación y Respuesta. 2022. p.34 Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-02/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires%20Situaci%C3%B3n%20y%20respuesta%20%28actualizaci%C3%B3n%202021%29.pdf

15. Socorristas en Red. Sistematización de acompañamientos a abortar realizados en el año 2019 por Socorristas en Red (feministas que abortamos). Socorristas en Red, Argentina. 2020.

16. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2019 Jan;133(1):137-147. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003017

17. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT., Arustamyan K, Cabezas E., Gomez M et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. Lancet [Internet]. 2007;369(9577):1938–46. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60914-3

18. Zikopoulos KA, Papanikolaou EG, Kalantaridou SN, Tsanadis GD, Plachouras NI, Dalkalitsis NA, Paraskevaidis EA. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. Hum Reprod. 2002 Dec;17(12):3079-83. Disponible en: doi: 10.1093/humrep/17.12.3079.

19. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2019 Jan;133(1):137-147. Disponible en: doi: 10.1097/AOG.0000000000003017.

20. Bugalho A, Mocumbi S, Faúndes A, David E. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. Contraception. 2000 Jan;61(1):47-50. Disponible en: doi: 10.1016/s0010-7824(99)00116-x.

21. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;84(6):460–8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460

22. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration

abortion: a systematic review of the literature. Contraception. 2015 Nov;92(5):422-38. Disponible en:
doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.013.

23. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, Drey EA. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. Am J Public Health. 2013 Mar;103(3):454-61. Disponible en:
doi: 10.2105/AJPH.2012.301159.

24. Guiahi M, Schiller G, Sheeder J, Teal S. Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. Contraception. 2015 Nov;92(5):453-7. Disponible en:
doi: 10.1016/j.contraception.2015.07.005.

25. Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF. Registro de nacimientos en Argentina. Un estudio sobre la cobertura legal y estadística. 2017. Disponible en:
https://www.unicef.org/argentina/informes/registro-de-nacimientos-en-argentina

26. Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS).“Estadísticas vitales. Información básica. Secretaría de Acceso a la Salud, Argentina, 2018.

27. Secretaría de Gobierno de Salud. 2018.” Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) Indicadores básicos 2017”. República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación

28. Ardila Torres OP, Castillo Espitia PA. Anticoncepción posterior a interrupción voluntaria del embarazo en un servicio ambulatorio de ginecología en Yopal, Casanare, Colombia. Febrero 1 de 2017-Febrero 1 de 2018. Sociedad Española de Contracepción. 2018. Disponible en:
https://hosting.sec.es/Memorias_Master/IB/temas/IVE/Ardila_Torres_Castillo_Espitia_Memoria.pdf

29. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAda). Comité de Opinión sobre Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCS)”. Revista Amada, 2018 vol. 14, núm. 2. Disponible en:
https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-14-n-2-2018/51-revista/revista-n2-2018/262-comite-de-opinion-sobre-metodos-anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion-larcs-amada-2018

30. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Salud Sexual y Reproductiva. 2014

31. Boletín Oficial de la República Argentina. Legislación y avisos oficiales. (15 de 1 de 2021). Obtenido de Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo:
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115

ACCEDÉ A NUESTRO
SANATORIO FINOCHIETTO



Asociate hoy con descuento por un año

Medifé

estamos con vos

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL DE OBRAS SOCIALES Y ENTIDADES DE MEDICINA PRIVADA - 0800 222 SALUD (72583) - WWW.SSSALUD.GOB.AR - R.N.E.M.P. N°: 1199/15.