

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA

JULIETA CHIARELLI, MARÍA LAURA PISTANI, SILVINA MOISÉS,
SILVIA M. BÁEZ ROCHA, EDGARDO G. KNOPOFF

Área Programática Hospital Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina

Resumen El Código Penal Argentino en su artículo 86 especifica las causales para las interrupciones legales del embarazo. En el Área Programática del Hospital Piñero de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estableció un protocolo para realizarlas. Desde la implementación no se ha evaluado. El objetivo fue describir las características de dichas intervenciones en 2017. Se realizó un estudio descriptivo, como fuente de información se utilizó una planilla completada por los equipos luego de atender a las mujeres. Hubo 503 casos, la edad gestacional promedio de la primera consulta fue de 8.5 semanas. El 93.8% se resolvió en el primer nivel, el 94.5% de ellas en el primer trimestre de gestación. La causal salud integral fue la principalmente tenida en cuenta en los centros de salud, la causal violación lo fue en el hospital. El plazo de resolución de las interrupciones fue de 5.7 días en los centros de salud y de 1.3 días en hospital. La resolución fue medicamentosa en el 80.9% de los casos en los centros de salud. La tasa de complicaciones fue 8 cada 1000 interrupciones. La cobertura de método anticonceptivo posterior fue 16.7 cada 100 interrupciones. En cumplimiento del fallo F.A.L. (Suprema Corte de Justicia de la Nación), el acceso a las interrupciones legales del embarazo y la atención de las mujeres, implica un aumento en el acceso efectivo de los derechos sexuales y reproductivos y una disminución del número de las que se verán expuestas a prácticas inseguras que aumentan su riesgo de morbimortalidad en situación de embarazo.

Palabras clave: interrupción legal del embarazo, derechos, salud sexual y reproductiva, centros de salud, hospital

Abstract *Legal interruption of pregnancy in a public hospital and its programmatic area.* The Argentine Penal Code in its article 86 specifies the grounds for the legal interruption of pregnancy. In the Programmatic Area of the Piñero Hospital, city of Buenos Aires, a protocol to perform them was established. Since the implementation it had not been evaluated. The objective was to describe the characteristics of these interventions in 2017. A descriptive study was conducted, as a source of information a form completed by the teams after care for the women was used. There were 503 cases, the average gestational age at the first consultation was 8.5 weeks; 93.8% were resolved in the first level, 94.5% of them in the first trimester of pregnancy. The causal integral health was the main one addressed in the health centers, while in the hospital it was rape. The resolution period for the interruptions was 5.7 days in the health centers and 1.3 days in the hospital. The resolution was with medications in 80.9% of the cases in the health centers. The complication rate was 8 per 1000 interruptions. The subsequent contraceptive method coverage was 16.7 per 100 interruptions. In compliance with the sentence F.A.L. (Supreme Court of Justice), access to legal interruptions of pregnancy and women's care implies an increase in effective access to sexual and reproductive rights and a decrease in the number of those who will be exposed to unsafe practices that increase the risk of morbidity and mortality.

Key words: legal abortion, civil rights, reproductive health, ambulatory health centers, hospital

En Argentina, la mortalidad materna en el año 2016 fue de 3.4 cada 10 000 nacidos vivos, el 17.5% de las mismas fueron por causa de abortos¹. Como en la mayoría de los países donde el aborto inducido es una práctica clandestina es difícil estimar su número real, lo que

contribuye a invisibilizar la magnitud del mismo como problema de salud pública. Sin embargo, se estimó que en la Argentina se realizaron entre 48 000 y 520 000 abortos en los años 2004-2005².

En el artículo 86 del Código Penal Argentino se especifican las causales por las cuales el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible³. Esto fue ratificado en el año 2012 por la Corte Suprema de la Nación y se instó a las jurisdicciones a implementar protocolos de aborto no punible para garantizar el acceso a las mujeres que lo soliciten⁴. El aborto inseguro es un problema de salud

Recibido: 7-III-2019

Aceptado: 6-X-2019

Dirección postal: Dra. Julieta Chiarelli, Hospital Parmenio Piñero, Av. Varela 1301, 1406 Buenos Aires, Argentina.

julietachiarelli@yahoo.com.ar

pública, como también el acceso al cumplimiento del derecho a la salud de las mujeres.

En el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (Hospital y centros de salud), a partir del 2013 se estableció un protocolo de acción conjunto con servicios del hospital y centros de salud provenientes de diversas especialidades para comenzar a realizar los abortos no punibles o interrupciones legales del embarazo (ILEs). El mismo se implementó en el año 2014 y a partir del 2015 se comenzó a sistematizar la información de los equipos que acompañaban a las usuarias que requerían una ILE en el marco de la legislación vigente. De acuerdo a la información brindada por la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires, la cantidad de ILE realizadas creció exponencialmente, realizándose 5 en el año 2014 y más de 500 en el año 2017⁵. Desde su implementación en el Área Programática del Hospital Parmenio Piñero (APHPP) no se ha evaluado su funcionamiento, consideramos que, tanto la agenda política sanitaria del año 2018, como la propia evolución de la situación local, ameritan trabajar en la evaluación de lo realizado hasta la fecha.

Con el fin de mejorar la calidad de la atención de los equipos de salud en relación a la temática, para monitoreo y evaluación de la política de acceso a la ILE y para continuar garantizando derechos a las mujeres, de acuerdo con el artículo 86 del Código Penal Argentino, ratificado por la Corte Suprema de la Nación a través del fallo F.A.L., se realizó una descripción de las características de las ILES en el APHPP en el año 2017.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de las ILES durante el año 2017 en el APHPP de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para su atención se confeccionó un algoritmo de intervención del equipo de salud incluido en el anexo. Como fuente de información secundaria se utilizó una planilla Excel que es completada por los equipos de salud sexual de los centros de salud y del hospital luego de atender a las mujeres y es enviada semestralmente al Departamento Área Programática de Salud del Hospital mencionado.

Población blanco: mujeres que realizaron ILES en áreas programáticas pertenecientes a hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Población accesible: mujeres que realizaron ILES en el APHPP (centros de salud 6, 13, 14, 18, 19, 20, 24, 31, 40, 43 y 44 y Hospital) durante el año 2017.

Criterios de inclusión: ILES realizados en el APHPP durante el año 2017.

Criterios de exclusión: ILES realizadas fuera del periodo de investigación que abarca desde el 1° de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2017

Se realizó un muestreo de tipo sistemático lineal equidistante de paso 1, se fueron ingresando consecutivamente cada uno de los ILES siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión definidos.

El APHPP es una de las áreas más extensas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Abarca más de 26 km² e incluye parte de las comunas 6, 7, 8, 9 y 10 y tiene a su cargo 11

centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) y un centro de atención de día (LOBE) para asistir a una población de casi 310 000 personas que viven en el área de su responsabilidad. Según los datos del Censo 2010, el Área Programática tiene una densidad poblacional de 11 714 hab/km², siendo ésta menor a la de la Ciudad de Buenos Aires en su conjunto. El 17.1% de la población que habita en el área tiene necesidades básicas insatisfechas, este valor es casi tres veces mayor que el de la ciudad⁶ (Fig. 1).

Se realizaron análisis univariados y multivariados de las variables y los indicadores construidos.

Los datos contenidos en el presente trabajo constituyen una descripción estadística de servicios de salud obtenidos de fuentes secundarias. Se respetó la Ley Nacional de Secreto Estadístico N° 17.622/68 y Decreto reglamentario 3110/70 que establece la confidencialidad de los datos y de la identidad de las personas que aparecen en dichas fuentes de información. Para respetar la identidad de las usuarias se trabajó con una base de datos anonimizada.

Resultados

Se analizaron 503 ILES realizadas en el APHPP, que representaron el 27.6% de todas las ILES realizadas en la Ciudad de Buenos Aires en ese año⁷. Los grupos de edad prevalente de las mujeres que solicitaron una interrupción fueron de 20 a 24 años y de 25 a 29 años (Tabla 1).

Fig. 1.— Área Programática Hospital Parmenio Piñero. Áreas geográficas bajo responsabilidad de los CeSAC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018



La Figura puede observarse en color en www.medicinabuenosaires.com

El 38.2 % (n = 192) de las mismas se llevaron a cabo durante primer semestre del año. La edad gestacional (EG) promedio de la primera consulta en el efector que realizó la ILE fue de 8.5 semanas. La mayoría de las mujeres consultó durante el primer trimestre de gestación (Tabla 1, Fig. 2).

Con respecto al efector en que se realizó la práctica, el 93.8% (n = 4 72) se resolvió en el primer nivel de atención. La tasa de derivación del primer al segundo nivel fue de 6.2 cada 100 ILEs.

Si analizamos la edad gestacional se puede ver que el mayor porcentaje de usuarias (67.6%) consultó con menos de 10 semanas de EG, la mayor parte de las mismas lo hicieron en los centros de salud, mientras que

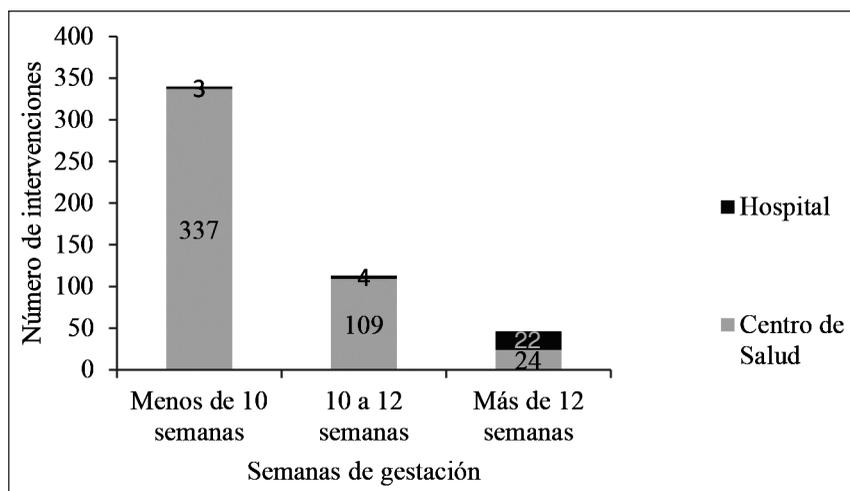
la mayoría de las que se resolvió en el hospital ya se encontraban en el segundo trimestre de embarazo (Fig. 2). Todas las interrupciones del segundo trimestre realizadas en centros de salud fueron menores a 14 semanas. Solo el 9.1% de las usuarias consultó en el segundo trimestre de gestación.

Las causales de interrupción se analizaron según como fueron consignadas por el equipo de salud que acompañó la situación, las posibles causales no son excluyentes, pudiendo la mujer presentar más de una, por esa razón las sumatorias de las causales excede a los casos atendidos por los efectores. Las causales analizadas fueron: violación, salud integral, riesgo para la vida y feto incompatible con la vida (Fig. 3).

TABLA 1.– Grupos de edad y edad gestacional al momento de la primera consulta. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017

Grupo de edad	Menos de 10 semanas	10 a 12 semanas	Más de 12 semanas	Sin dato	Total
10 a 14	4	2	3	0	9
15 a 19	56	20	11	0	87
20 a 24	85	30	8	0	123
25 a 29	79	31	8	2	120
30 a 34	52	19	5	1	77
35 a 39	45	9	8	0	62
40 a 44	15	0	2	1	18
45 a 49	1	2	0	0	3
Sin dato	3	0	1	0	4
Total general	340	113	46	4	503

Fig. 2.– Edad gestacional al momento de la primera consulta según efector. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017



El plazo de resolución promedio en la realización de la ILE fue de 1.3 días en el hospital, mientras que en los centros de salud fue de 5.7 días. En 223 casos (44.3%) no hay registro de la edad gestacional al momento de la práctica, por lo que no se cuenta con información suficiente para determinar el tiempo transcurrido para la resolución.

La modalidad de resolución de la ILE varía según el efector. En el hospital, al 87.1% de las mujeres (n = 27) se les realizó un legrado o raspado uterino evacuador (RUE). En el 77.8% (n = 21) de los casos fue la segunda opción luego de la falla del procedimiento con 12 comprimidos de misoprostol. Al porcentaje restante, un 22.2% (n = 6) se les practicó un RUE como primera opción. En ningún caso se practicó una aspiración manual endouterina. En los centros de salud la resolución se caracterizó por la utilización de tratamiento médico con misoprostol, el mismo fue utilizado en el 80.9 % (n = 382) de las usuarias.

La tasa de complicaciones hallada fue de 8 cada 1000 ILEs realizadas: En 4 mujeres (0.8%) se registraron complicaciones, 2 abortos infectados y 2 metrorragias abundantes que requirieron transfusión. No se registraron fallecimientos.

En los casos atendidos en el hospital no se registró ninguna consulta de control luego de la ILE, esto puede deberse tanto a que no se realizaron controles previos como a una falta de registro de los profesionales actuantes. En el caso de los centros de salud la ausencia de control se registró en el 81.2% (n=386) de los casos.

Con respecto a la cobertura de método anticonceptivo post ILE fue de 16.7 cada 100 ILEs. De las 86 mujeres que regresaron a control, 84 (n = 97.7%) de ellas optaron por un método anticonceptivo (MAC). El implante fue el MAC más elegido (Fig. 4).

Fig. 3.- Causales de las interrupciones legales del embarazo, 503 mujeres. Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017

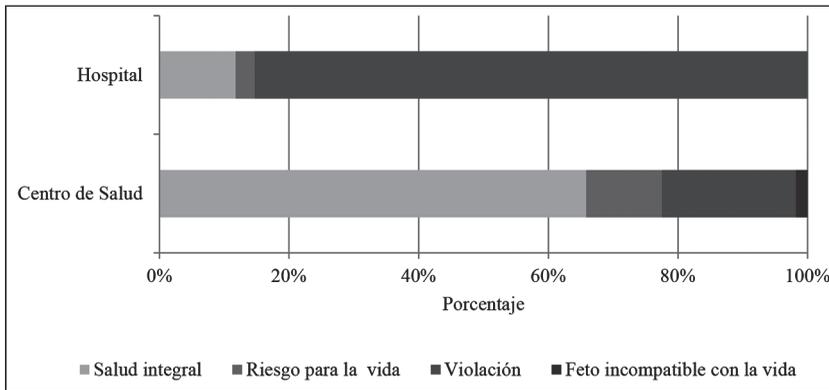
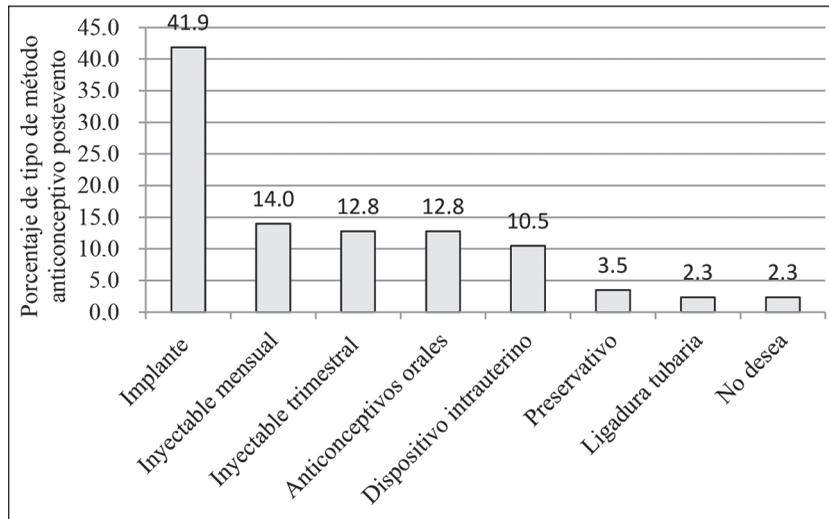


Fig. 4.- Porcentaje de tipo de métodos anticonceptivos provistos a las mujeres en la consulta de control luego de la interrupción del embarazo (n: 503). Área Programática Hospital Parmenio Piñero, 2017



El 56% de las mujeres ($n = 47$) que optaron por un método anticonceptivo lo hicieron por uno de larga duración (implante, dispositivo intrauterino o ligadura tubaria).

Discusión

Este trabajo evaluó los resultados de la implementación de un protocolo para la interrupción legal del embarazo, el mismo se enmarcó en el artículo 86 del Código Penal Argentino ratificado por el fallo "F.A.L." de la Corte Suprema de la Nación, así como una modalidad de trabajo colaborativo entre profesionales de distintos niveles de atención y que forman parte de organizaciones de diferentes "culturas institucionales".

La disparidad en la cantidad de ILEs entre el primer y el segundo semestre fue significativa, esto hace reflexionar sobre el crecimiento exponencial de esta práctica y como los equipos de los centros de salud se han apropiado de esta temática para fortalecerse como garantes de derechos. Aunque aún estemos lejos de garantizar la cobertura a todas las mujeres que transitan por estos procesos, el aumento del número de intervenciones nos habilita a suponer una franca mejora en el acceso a esta prestación de salud.

La mayor parte de las mujeres consultó en el primer trimestre de gestación (Fig. 2), representando esto embarazos de bajo riesgo y apoyados por la bibliografía para ser realizadas las ILEs de manera ambulatoria. De acuerdo a la evidencia disponible el riesgo de interrupción del embarazo en el primer trimestre es mucho menor que en el segundo, evidenciándose esto en la baja tasa de complicaciones observadas.

El primer nivel de atención respondió a la mayor parte de la demanda, dando esto una tasa de derivación al segundo nivel muy baja. Todas las ILEs que fueron resueltas en el hospital fueron evaluadas previamente por equipos de los centros de salud. Inferimos que este sería el motivo por el cual, el tiempo de resolución promedio en el nosocomio, es menor que el tiempo transcurrido para la intervención en los centros de salud, entendiendo plazo de resolución al plazo transcurrido entre el momento que la mujer hizo la primera consulta al sistema y el momento en el que se realizó la interrupción. Se entiende entonces que la resolución de dichos casos llevó un mínimo de 7 días (en ocasiones debemos sumar las demoras que implica las comunicación y acuerdos entre equipos de salud de distinta dependencia). En más del 44% de los casos no se pudo calcular el tiempo de resolución por ausencia del dato, haciendo esto que los promedios calculados podrían no ser representativos.

Con respecto a las causales, la causal predominante informada por el segundo nivel fue la violación (Fig. 3), mientras que la causal salud integral fue la más tenida en cuenta por el primer nivel. Estos resultados reflejarían

distintas miradas de los equipos asistenciales sobre la concepción de la salud integral, muchas veces determinada por la variedad de disciplinas que conforman los mismos. El trabajo interdisciplinario es mucho más frecuente y cotidiano en los centros de salud que en los hospitales, donde los equipos se agrupan clásicamente por servicios (conformados por profesionales de la misma profesión). El carácter interdisciplinario de los equipos de los centros de salud favorece una mirada integral y amplia del concepto de salud. La diferencia de concepciones de salud y de derechos, se ve muchas veces reflejada en las derivaciones que suceden desde el primer al segundo nivel, pudiendo significar un obstáculo agregado para el acceso a las intervenciones. Se verifica una compleja dinámica de colaboración y tensión entre la perspectiva de los actores profesionales, según el lugar en que estén ubicados en la organización. El trabajo de entendimiento y búsqueda de consensos en cada situación, nos permitió avanzar en el acceso al sistema de salud.

En el hospital se les practicó un raspado uterino evacuador a la mayoría de las mujeres, la mayor parte de ellas con una intervención medicamentosa previa. No se ha realizado aspiración manual endouterina en el hospital. La ausencia de realización de aspiración manual endouterina podría relacionarse con la falta de recursos materiales adecuados para realizar el procedimiento, con las prácticas instaladas en la propia historia institucional y/o con poca experiencia de los equipos con su uso, ya que observamos que no se corresponde con las cifras encontradas en otras organizaciones. En los centros de salud las interrupciones fueron principalmente medicamentosas. El uso de medicamentos coincide con las recomendaciones que figuran en los protocolos y se difunden a través de las capacitaciones en base a la evidencia disponible en la actualidad; estas situaciones que se resolvieron en el primer nivel de atención de manera ambulatoria, podrían considerarse como indicadores de accesibilidad y de buena calidad en el proceso de atención. Otro indicador de calidad podrá ser la resolución en el mismo nivel que se consulta y el tiempo estimado para la resolución.

El control médico posterior a la ILE fue bajo, esto trajo como consecuencia que la tasa de cobertura de MAC post ILE fuera baja, encontrando un amplio campo de acción futura en este terreno. La anticoncepción post evento obstétrico (incluyendo al ILE en tales eventos) es una estrategia reconocida y necesaria para prevenir nuevos abortos. La atención post ILE incluye el acceso a servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados⁸, así como para atender otros temas de salud integral de las mujeres. Suministrar información científicamente precisa y comprensible a las mujeres post ILE es un elemento fundamental para evaluar calidad de atención. La atención durante y después de la ILE debe integrar de forma sistemática una información exhaustiva sobre MAC⁹. Debido

a la baja tasa de cobertura, es importante, proseguir con la implementación de guías y recomendaciones para el mejoramiento de la atención post ILE, como así también la capacitación de los equipos, para garantizar una atención de buena calidad. El asesoramiento y la provisión de MAC postaborto es una parte integral de la atención, ya que evita otro embarazo no planificado, así como la posibilidad de repetir un aborto. La anticoncepción postaborto es significativamente más efectiva cuando se brinda antes de que las mujeres salgan del centro de salud donde recibieron la atención, como continuidad de la atención en el mismo efector que realizó la consejería, acompañamiento e intervención de ILE y cuando el método elegido es un método anticonceptivo reversible de acción prolongada¹⁰. Casi la mitad de las mujeres que se realizaron una ILE optaron por un MAC de larga duración (Fig. 4).

En nuestro conocimiento no se dispone de datos publicados respecto de otras experiencias de implementación de protocolos para ILE en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Nuestro compromiso de cuidar y preservar la salud sexual y reproductiva nos convoca a tomar esta iniciativa en la práctica y en la difusión, para “ser parte de la solución”.

A pesar de los avances con respecto a esta temática, es indispensable la sensibilización y capacitación de los equipos, para permitir revisar posturas ideológicas, prácticas, y diseñar estrategias de transformación. Nuestra iniciativa transitó fuertemente por forjar alianzas entre quienes pensamos parecido, pero también, por trabajar respetuosamente y anudar consensos con quienes pensamos distinto, poniendo en acto el compromiso de nuestros profesionales, con el cuidado de la salud de nuestra comunidad. Asimismo, la mejora en esta práctica es fundamental para una mejora en la calidad de atención de la salud. En esta misma línea, seguimos trabajando con capacitación continua y fortalecimiento de los equipos para seguir mejorando el acceso a una práctica que todavía tiene poca difusión y aun menor puesta en acto.

Detrás de la interrupción del embarazo hay una historia, hay una mujer transitando una circunstancia en la vida reproductiva, y la interrupción del mismo es una decisión personal, de acuerdo a cuan autónoma sea su decisión y cuan apoyada, acompañada y asesorada se encuentre, dependerá que la experiencia se viva como un drama que conmociona y desestabiliza o como una oportunidad, a partir de un hecho adverso, de reafirmar su autonomía¹¹ y aumentar una cultura de cuidados.

El trabajo realizado muestra que nos encontramos mejorando el acceso a las interrupciones legales del embarazo y la atención de las mujeres, lo que implica un aumento en el acceso al efectivo cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y una disminución en el número de mujeres que se verían expuestas a prácticas inseguras que aumentan su riesgo de morbi-

mortalidad en situación de embarazo. Para poder avanzar en la implementación de la política de acceso a la ILE, es indispensable la mejora en las prácticas y destrezas de los equipos, el monitoreo continuo del trabajo de los equipos que dan respuesta a las ILEs, y la construcción conjunta con los distintos sectores del subsector público, del mapa de actores que inciden y articulan localmente en la temática. La conformación de redes no solo facilita el acceso a la interrupción legal y segura, sino que facilita el acceso a cualquier práctica en salud, si se considera la misma como integral y a la atención como integrada. Se contribuye de esta manera a disminuir la morbimortalidad por aborto inseguro, causa principal de morbimortalidad materna en nuestro país, y a mejorar la calidad del sistema de salud, la accesibilidad de dicho sistema, la cobertura de prestaciones, así como la percepción de “cercanía institucional” en la población. El potencial de esta iniciativa de trabajo, de consensos y de compromisos, es el potencial de cambiar políticas públicas en salud en nuestro país.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e información en salud. Estadísticas vitales. Información básica 2016. Serie 5 N° 60. En: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/06/Serie5Nro60.pdf>; consultado marzo 2018.
2. Mario S, Pantelides EA. Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Notas de Población 87. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2009: 95-120. En: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12842/np87095120_es.pdf?sequence=1; consultado abril 2018.
3. Código Penal de la Nación Argentina. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>; consultado marzo 2018.
4. CSJN, “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva”. Sentencia del 13 de marzo de 2012, Fallos: 259: XLVI. En: <http://www.mpd.gov.ar/users/admin/FAL.pdf>; consultado febrero 2018.
5. Información brindada por la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires en marzo 2018.
6. Ministerio de Economía. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina. Censo Nacional de Hogares 2010; Argentina, 2010. En: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf; consultado junio 2018.
7. Información brindada por la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires. En: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/salud-sexual-y-reproductiva>; marzo 2018.
8. Ipas. La atención postaborto centrada en la mujer. Manual de referencia. 2da ed. Carolina del Norte: Ipas; 2014. En: <https://www.ipas.org/resources/la-atencion-postaborto-centrada-en-la-mujer-manual-de-referencia-segunda-edicion>; consultado junio 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. OMS, 2105. En: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/>

unsafe_abortion/abortion-task-shifting/es/; consultado julio 2018.

10. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 126 Suppl 1: S52-5. En: <https://core.ac.uk/download/pdf/81215848.pdf>; consultado septiembre 2018.

Anexo

Algoritmo de intervención del equipo de salud creado de manera conjunta con representantes de los 11 centros de salud y hospital para procedimientos de interrupción del embarazo (ILE) de forma segura

- Indagar acerca de las causas que motivan la duda o no aceptación.

- Determinar la edad gestacional por examen clínico, fecha de última menstruación y ecografía. La ecografía puede ayudar a identificar un embarazo intrauterino y descartar un embarazo ectópico a partir de las seis semanas de gestación. También para determinar la edad gestacional y diagnosticar patologías o la inviabilidad del embarazo.

- Recabar los antecedentes médicos de la mujer y realizar un examen pélvico bimanual y examen abdominal para evaluar con precisión el embarazo.

- Descartar embarazo inviable, huevo muerto y retenido, saco anembrionado y embarazo ectópico. Si no se cuenta con el recurso de la realización de la ecografía, solicitar estudio en otro CeSAC u hospital. El misoprostol no constituye tratamiento para el embarazo ectópico, que, si fuera el caso, continuará desarrollándose. El médico debe estar especialmente atento para detectar signos de un embarazo ectópico durante el examen pélvico.

- Evaluar el caso en el marco del artículo 86 del Código Penal que establece la situación de aborto no punible. Si el caso se inscribe dentro de las causales de aborto no punible se deberá dar una respuesta institucional. Se debe subrayar la importancia de tomar una decisión meditada pero no demorarla más allá de los 10 (diez) días.

Profesionales capacitados y espacio físico

Un profesional capacitado, independientemente de su especialidad, será el o la profesional que en cada CeSAC realizará el asesoramiento. Se garantizará la atención de dos disciplinas distintas como mínimo, a fin de contemplar la mayor cantidad de aspectos posibles en la evaluación de la situación de salud. Al menos uno de los profesionales deberá ser médico.

Las recomendaciones clínicas se harán de acuerdo con la condición clínica y social, respecto al método específico que se utilizará, a la vez que se consideran las preferencias de cada mujer respecto del procedimiento y del lugar de atención.

El asesoramiento y la información pueden ser muy importantes para ayudar a la mujer a considerar sus opciones y asegurar que puede tomar una decisión sin

11. Pistani ML, Ceccato MB. Práctica voluntaria del aborto e impacto subjetivo en mujeres. Representaciones, sentidos e imaginario en escenario de clandestinidad. *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría* 2014; 25: 363-9. En: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex117.pdf>; consultado septiembre 2018.

presiones. Se debe brindar a la mujer información completa, precisa y fácil de comprender sobre el procedimiento y sobre qué esperar durante y después de éste, en un formato accesible para ella y que la ayude a tomar una decisión y con su consentimiento voluntario.

En caso de que la causal fuera de salud, y estuviera relacionado con su salud mental, se solicitara la opinión y/o participación de profesionales del campo de la salud mental.

En caso de que la causal salud estuviera relacionada con el campo social, se requerirá participación de profesionales de esa disciplina.

- El CeSAC debe tener consultorio adecuado y debe contar con la medicación necesaria y suficiente para el procedimiento.

- Se debe contar con un lugar propio o de derivación para hacer las ecografías de diagnóstico y de seguimiento.

Criterios de inclusión de mujeres para realizar ILE en CeSAC

1. Mujeres embarazadas con diagnóstico de edad gestacional hasta 12 semanas por ecografía
2. Posibilidad de control y seguimiento
3. Presencia de profesional/es idóneo/s (al menos uno deberá ser médico/a)
4. Ausencia de enfermedades que contraindiquen el procedimiento
5. Opción por el tratamiento ambulatorio, por la libre decisión de la mujer

Criterios de exclusión de mujeres para realizar ILE en CeSAC, con derivación al hospital

1. Edad mayor a 14 años (según evaluación y criterio del equipo de salud)
2. Mujeres con diagnóstico ecográfico de embarazo mayor a 12 semanas
3. Imposibilidad de control y seguimiento
4. Antecedente de dos o más cesáreas anteriores
5. Mujeres que tengan DIU, y que éste no puede ser extraído

Circuito de comunicación para las derivaciones al hospital: Una vez que se toma la decisión de realizar la derivación al hospital para su resolución, se deberá notificar vía telefónica y/o personalmente a la referente del Área Programática sobre la derivación, elevando informe al Departamento Área Programática de Salud, a fin de evaluar sanitaria y legalmente los procedimientos y acordar con el Departamento materno infantil, los criterios a seguir. Se deberá en todos los casos realizar histórica clínica completa, en la que conste diagnóstico, consentimiento

“encuentro de discursos diversos”. Para cumplir con dicha práctica de cuidados, se acuerda que un médico u otro profesional del equipo de salud, acompañe a la paciente a la consulta.

Procedimiento en CeSAC

La información mínima que la mujer debe recibir incluye qué se hará durante el procedimiento y después de éste; qué es probable que sienta (por ejemplo, espasmos de tipo menstrual, dolor y sangrado); cuánto puede durar el proceso; qué tipo de manejo del dolor se le ofrecerá; los riesgos y las complicaciones asociadas con el método de aborto; cuándo podrá retomar su actividad normal, incluidas las relaciones sexuales; y la atención de seguimiento. Es recomendable también, introducir la temática de anticoncepción post evento.

En los casos de interrupción por causal violación, se debe prestar especial atención a la situación de violencia con perspectiva de género y tener en cuenta también la problemática o articular la derivación a profesionales capacitados.

Se utilizará misoprostol (al momento de escribir el trabajo es la única droga autorizada y disponible en nuestro país), de acuerdo con la siguiente normativa

Vías de administración de misoprostol:

- oral: los comprimidos se tragan de inmediato;
 - bucal: los comprimidos se colocan entre las encías y mejillas y se tragan después de 30 minutos;
 - sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y se tragan después de 30 minutos;
 - vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que se recueste durante 30 minutos.

Para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo, el método recomendado es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 µg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas. Para embarazos de mayor edad gestacional, se debe disminuir la dosis debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas.

La administración de la primera dosis de la medicación se efectuará en el CeSAC, en lo posible a primera hora de la mañana por parte del profesional idóneo. Se instruirá a la mujer acerca del intervalo interdosis para la segunda y tercer dosis, se le informará acerca de los posibles efectos secundarios y adversos y se le brindarán pautas de alarma específicas y eventual lugar de atención en caso de urgencia.

Se deben ofrecer medicamentos para el manejo del dolor en el caso de un aborto médico quirúrgico. En la mayoría, los analgésicos, o la sedación consciente complementada con unas palabras tranquilizadoras son

suficientes, considerando que el dolor es una sensación subjetiva que condensa muchas variables clínicas.

En caso de mujeres con determinación de Rh negativo, se recomienda la administración de 50 µg de inmunoglobulina Rh en los embarazos con menos de 12 semanas de gestación.

Control del procedimiento

En el caso de las mujeres que se sometan a un aborto médico, no se recomienda el uso profiláctico de antibióticos.

En la visita de control posterior, a la semana de la tercera dosis, se evaluará clínica y ginecológicamente a la mujer. Se solicitará nueva ecografía para evaluar respuesta al tratamiento. En caso de no haberse interrumpido el embarazo, y si la paciente lo consiente, se podrá repetir el tratamiento médico. Interrumpido el embarazo, pero aún con restos ovulares en la cavidad uterina (espesor medio endometrial mayor a 20 mm), se puede indicar nuevamente misoprostol y/o esperar la expulsión completa de los restos ovulares. El régimen recomendado con misoprostol para los casos de aborto incompleto es una dosis única por vía sublingual (400 µg) u oral (600 µg). En este caso, se agregará cobertura antibiótica.

Interrumpido el embarazo y evacuada la cavidad uterina, se debe realizar, en todos los casos, consejería en anticoncepción y proveer el método anticonceptivo que la mujer hubiese elegido, dejando constancia de lo actuado en la historia clínica.

Derivación al segundo nivel de atención

- Cualquier causal de exclusión
 - A pedido expreso de la mujer o su tutor
 - Cuando no se hubiera interrumpido el embarazo, posterior al primer o segundo tratamiento médico.

Salud Integral

Atento las causales que habilitan el procedimiento, en muchos casos, afectan a la salud integral de la mujer (tanto en causales de salud, cuanto en relaciones sexuales no consentidas o violentas), se deberá prestar especial atención a evaluar otros requerimientos de la paciente con relación a los cuidados necesarios para su salud.

Control de calidad y estadística

Se llevará un registro adecuado a fin de determinar el número de procedimientos realizados en los CeSACs, la respuesta al tratamiento y el seguimiento de cada mujer. Dicho registro se elevará mensualmente al Área Programática.