TRAYECTORIA DEL ABORTO: DE LA DECISIÓN A LA VUELTA

Autores:

Agüero, Lorena DNI 27086723 Médica Jefa de Residentes de Medicina General Alonso, Victoria Julia DNI 32323263 Médica Residente Medicina General Baldomiro, Sofía DNI 36688763 Médica Residente Medicina General Borio, María Montserrat DNI 32536217 Médica Residente Medicina General Brisnikoff, Johanna Soledad DNI 31208390 Médica Generalista Caviglia, Marcos DNI 33980832, Médico Residente Medicina General Cornell, Claudina Ágata DNI 33024019 Médica Residente Medicina General Diaz, Rocío Beatriz DNI 37328549, Médica Residente Medicina General García, Gonzalo Javier DNI 32482732 Médico Residente Medicina General Nygaard, Erika Jael DNI 33058128 Médica Residente Medicina General Rea, Laura Elizabeth DNI 36555885 Médica Residente Medicina General Rodriguez, Fernanda DNI 27951497 Médica Residente Medicina General Szlaen, Daniela Lucía DNI 34304319 Médica Residente Medicina General

Centro de Salud n° 3 Villa Concepción.

Independencia 876. Código Postal: 1650. San Martín, provincia de Buenos Aires.

Teléfono 4830-0723 E-mail: jefaturacaps3@gmail.com

Octubre 2019

Trabajo inédito

Trabajo de investigación

Categoría temática: Clínica ampliada.

Enfoque: cuantitativo

TRAYECTORIA DEL ABORTO: DE LA DECISIÓN A LA VUELTA

AGÜERO Lorena; ALONSO Victoria J.; BALDOMIRO Sofia; BORIO Maria M.; BRISNIKOFF Johanna

S.; CAVIGLIA Marcos; CORNELL Claudina A.; DIAZ Rocío B.; GARCÍA Gonzalo J.; NYGAARD Erika

J.; REA Laura E.; RODRIGUEZ Fernanda; SZLAEN Daniela L.

Centro de Salud n° 3 Villa Concepción.

Independencia 876. San Martín, provincia de Buenos Aires. Código Postal: 1650

Teléfono 4830-0723 E-mail: jefaturacaps3@gmail.com

Trabajo de Investigación con enfoque cuantitativo

Clinica Ampliada

Introducción: el aborto es un problema prioritario en salud pública, existe poca información

bibliográfica acerca de su abordaje en atención primaria en nuestro país. Nuestro centro de

salud es un centro de referencia para la atención de ILE. Objetivos: Caracterizar las consultas

realizadas por ILE en el período Julio 2017 — Diciembre 2018 en el CAPS N°3 de Villa Concepción,

Gral San Martín, Provincia de Bueno Aires.

Materiales y métodos: trabajo descriptivo — cuantitativo sobre la atención a personas con

capacidad de gestar que consultaron por embarazo no intencional. Fuentes primarias de

información: historias clínicas, base de datos interna del CAPS y del Sistema de Información de

Salud de San Martín (SISSaM). **Resultados y discusión**: 29% de les consultantes realizaron

seguimiento completo y 59,9% no volvieron a control luego de realizada la práctica. La cantidad

de consultas fue de 1,9 por usuarie para residentes de Gral San Martin y de 2,1 para no

residentes. 46% registran domicilio por fuera del partido de San Martín, de les cuales un 50%

pertenecen a municipios limítrofes al CAPS (Vicente López y CABA). El 41,2% optaron por MAC

de larga duración.

Conclusiones: la mitad de las ILE fueron de residentes de localidades aledañas al CAPS

Palabras clave: ILE, personas con capacidad de gestar, aborto no intencional.

Soporte técnico: computadora, proyector y pantalla.

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
Pregunta Problema	4
Justificación	4
Marco Contextual y Autores	4
Marco Teórico	5
Situación del aborto en Latinoamérica	5
Situación del aborto en Argentina	6
Algunos conceptos	10
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
MATERIALES Y MÉTODOS	12
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	15
PROPUESTAS	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANFXOS	21

INTRODUCCIÓN

Pregunta Problema

Del total de personas con capacidad de gestar que consultaron por una ILE durante el período Julio 2017 – Diciembre 2018 en el Centro de Salud N° 3 de Villa Concepción, ¿cuántas realizaron seguimiento completo?

Justificación

En Argentina se estima que ocurren entre 370.000 a 520.000 abortos por año, siendo ésta la segunda causa de muerte materna. Algunos trabajos presentados en Congresos previos hacen referencia a la dificultad de realizar el seguimiento post aborto debido a que muchas de las personas que atravesaron por dicha situación no vuelven al control post interrupción.

Socioculturalmente nos encontramos en un momento en el cual la ley por la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) está logrando, a través de distintas luchas sociales y feministas, visibilizar el tema y romper con el ocultamiento y la censura de la cual formó parte durante muchos años.

En los centros de primer nivel de atención, la práctica de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es relativamente novedosa. Si bien existe un Protocolo Nacional para la Atención de Personas con Derecho a la Interrupción del Embarazo, es una práctica que no se encuentra estandarizada y que tiene resultados variables entre los distintos efectores.

De esta forma nos interesa contribuir a la escasa información existente, colaborando con datos concretos y estadísticos y generando así nuevos interrogantes para futuras investigaciones. A su vez nos interesa, a través de los datos obtenidos, profundizar en el análisis de las prácticas que estamos llevando a cabo, y mediante las conclusiones a las que arribemos generar, si fuera necesario, alguna modificación de las mismas en pos de mejorar la calidad de atención.

Marco Contextual y Autores

El presente trabajo tiene lugar en El Centro de Atención Primaria de la Salud N° 3 (CAPS N° 3) se encuentra ubicado en el Barrio de Villa Concepción, Partido de General San Martín,

Provincia de Buenos Aires. Villa Concepción es un barrio obrero creado en 1947 por Juan Domingo Perón, con un lenguaje arquitectónico típico de la época. El centro de salud se construyó en 1952, con el nombre de Eva Perón y durante la época del Dr. Ramón Carrillo. El área programática del centro de salud está conformada por los barrios Villa Concepción, Villa La Rana, San Andrés. En sus inicios funcionaba como un hospital, contando con guardia de 24 hs e incluso un pequeño quirófano. Fue posteriormente con la inauguración del hospital Belgrano (que previamente funcionaba como hospital monovalente de tuberculosis), que el "hospitalito", como lo llamaban les vecines, pasa a ser un centro de salud.

Actualmente el mismo funciona de lunes a viernes en el horario de 8 a 17 horas. En el mismo trabajan distintas disciplinas del ámbito de la salud como Medicina General, Clínica Médica, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Psicología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Kinesiología, Fonoaudiología, Odontología, Enfermería, Laboratorio y Radiología. Además cuenta con una Farmacia, vacunatorio, servicio de test rápido de HIV y un dispositivo para el abandono de consumo problemático de sustancias.

Si bien el Centro de Salud depende del Hospital Municipal "Diego Thompson", tiene como hospital de referencia también por cercanía geográfica el Hospital Zonal General de Agudos "Manuel Belgrano", al cual pertenecía la residencia de medicina general antes de incorporarse al CAPS Nº3 en el año 2008.

Marco Teórico

Situación del aborto en Latinoamérica

Según datos de la OMS, se calcula que se producen 22 millones de abortos en condiciones inseguras cada año, de los cuales, el 98% son reportados en países en vías de desarrollo. Además, se conoce que como consecuencia de los abortos inseguros se generan incapacidades físicas en alrededor de 5 millones de personas (OMS, 2012).

Por otro lado, la tasa de aborto en Latinoamérica y el Caribe en el período 2010-2014 se estima fue de 44 por mil mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) y la proporción total de embarazos que terminan en aborto fue del 32% para el mismo período (Singh S et al.; 2017).

Más del 97% de las personas con capacidad de gestar en América Latina y el Caribe, viven en países con leyes de aborto restrictivas; asimismo, menos del 3% de ellas viven en

países en donde el aborto es legal en términos amplios (Cuba, Guyana, Puerto Rico y Uruguay) (Singh S et al.; 2017).

En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos; en esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Msal, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 3 tipos de abortos inducidos médicamente: aquellos que se producen de manera "segura", es decir con personal capacitado y método recomendado; los "menos seguros" que son los que se producen con el cumplimiento de una de las condiciones anteriormente mencionadas; y los "inseguros" en donde no se cumplen ninguno de los criterios mencionados para abortos seguros (Singh S et al.; 2017), es decir, aquellos que sean efectuados por personas no idóneas o que se realicen en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012; Msal, 2016).

Se conoce que durante el período 2010-2014 la mayoría (60%) de los abortos inducidos se practicaron en condiciones "menos seguras", y que más de 700 mil mujeres reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros cada año (hemorragias, abortos incompletos e infecciones). Además, en el año 2014 se registraron 900 muertes maternas producidas por abortos inseguros en la región de América latina y el Caribe (Singh S et al.; 2017).

El aborto en Latinoamérica y el Caribe es un tema más que relevante y, en aquellos países en donde existen políticas restrictivas, la situación es más compleja ya que los procedimientos se producen en situaciones de total inseguridad y clandestinidad, situación que empuja a aquellas mujeres, niñas, adolescentes y cualquier persona con capacidad de gestar, a poner en riesgo tanto su vida, salud y fertilidad (OMS, 2012). Mientras las personas con recursos económicos y simbólicos acceden a abortos seguros, las que no lo tienen mueren por realizarse prácticas inseguras y en condiciones infrahumanas, es así como las prácticas seguras terminan siendo un privilegio de clase.

Situación del aborto en Argentina

En nuestro país, desde el año 1921 el aborto es legal según causales. De esta manera lo expresa el Código Penal en su Artículo 86, incisos 1 y 2, en donde plantea que una mujer podrá acceder a un aborto no punible (o sea legal) en caso de que el embarazo represente un riesgo para su vida o para su salud, o el mismo sea producto de una violación.

En marzo del año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) dictó el conocido fallo "F., A. L. s/medida autosatisfactiva" en una solicitud de aborto ante un caso de violación. Este fallo reinterpreta el artículo 86 del Código Penal y da curso a los abortos no punibles sin necesidad de pedir autorización judicial alegando que: el hecho de retrasar la práctica de aborto seguro por tener que solicitar autorización judicial, pone en riesgo la integridad física de las personas y retrasa el acceso a un aborto en condiciones seguras. Además, exhortó a las provincias a proporcionar las condiciones necesarias para llevar adelante las interrupciones legales de embarazos de manera rápida, segura y accesible.

La lectura e interpretación amplia no restrictiva de la ley por parte del poder Judicial, viene a dar respuesta a un reclamo de los movimientos feministas que desde hace décadas ya daban argumentos sólidos acerca de la tendenciosidad de la restricción con que se interpreta el artículo 86 (Checa, 2006) a la hora de dar curso a un aborto no punible ya sea por poner en riesgo la salud o la vida de la persona con capacidad de gestar así como cuando es producto de una violación.

Ya en el año 2006, la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires (SCBA), había dejado sin efecto la sentencia recurrida por el Juzgado de Menores y la Cámara Civil de la Plata ante el caso L.M.R. (solicitud de aborto legal en un caso de violación de una mujer con retraso mental), dictaminando que el aborto podía realizarse y que no requería autorización judicial: La Corte declaró que: "a) la aplicación del art. 86, inc. 2 del Código Penal no requiere de autorización judicial; b) en vista de que el presente caso encuadra en un supuesto objetivo no incriminado por el ordenamiento jurídico (...) no corresponde expedir un mandato de prohibición a la práctica de interrupción del embarazo sobre la joven (...), en tanto esa intervención se decida llevar a cabo por profesionales de la medicina en función de sus reglas del arte de curar" (Fallo L.M.R.; 2006)

Después de 10 años consecutivos de que la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito y otros organismos y actores políticos y sociales presentaran el proyecto de IVE/ILE, finalmente en el año 2018 se le dio estado parlamentario a dicho proyecto y entre los meses de Junio y Agosto de ese mismo año, se debatió en el Congreso de la Nación la posibilidad de que Argentina dé un paso hacia adelante en materia de garantía de derechos y acceso a la salud. Lamentablemente les legisladores no estuvieron a la altura de las circunstancias y el proyecto con media sanción de Diputados no pasó el debate de la cámara alta.

Si bien en Argentina no existen estadísticas oficiales que reflejen la situación del aborto inseguro, se conocen datos sobre mortalidad materna relacionadas con una situación de aborto que acercan una idea de lo que sucede en nuestro país. En el 2016 según el ex Ministerio de Salud, las muertes maternas por aborto fueron del 17,6%. Esto significa que cada año se producen al menos 43 muertes de personas con capacidad de gestar por abortos (DINAMIA, 2016). En 2005, Mario y Pantelides realizaron un estudio para estimar la magnitud del aborto inducido. Para arribar a estos datos utilizaron estimaciones estadísticas a partir de los egresos hospitalarios de las maternidades del sistema público de salud. De allí se concluye que anualmente se producen en Argentina entre 486 y 522 mil abortos inducidos (Mario y Pantelides, 2009). Como decíamos antes, estas cifras son estimativas ya que se trata de una práctica clandestina y no se cuenta con datos precisos y confiables (Msal, 2016).

No existe un perfil definido de personas que abortan: abortan las del campo, las de la ciudad, las de escasos recursos, las de buenos ingresos, las universitarias y las analfabetas, las "señoras bien" y sus empleadas domésticas, les hijes y les nietes.

La interrupción de un embarazo depende de realidades sociales particulares de cada contexto, de cada país, de su situación legal, del acceso a servicios de salud, de las condiciones materiales y culturales, de las expectativas de vida de todas las personas con capacidad de gestar. Depende, asimismo, de los obstáculos que enfrentan para ejercer de manera libre su sexualidad, es decir, de que se garanticen sus derechos sexuales y reproductivos.

Situación de Aborto en el Municipio de General de San Martín. Experiencia de trabajo en el Centro de Salud Nro 3

La práctica de atención a las ILE en nuestro espacio de trabajo, data de por lo menos una década. En el marco de las primeras acciones implementadas para garantizar derecho, les trabajadores del CAPS Nro. 3 realizaban consultas enmarcadas en lo que conocemos como "reducción de riesgos y daños". De esta manera, daban acceso a información de calidad y asesoría de cómo realizar un aborto con pastillas. Estas prácticas fueron modificándose con el tiempo debido a la apertura del debate y la lucha por la legalización del aborto y el contexto político que dio lugar, con la sanción de leyes e implementación de políticas públicas, a la garantización de los derechos sexuales y reproductivos a toda la población.

Actualmente, se llevan a cabo las consultas enmarcadas en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos (Checa, 2006) y con perspectiva de género, de todas las demandas que se presentan relacionadas a la interrupción de embarazos y se enmarcan en ILE por causales, según lo contempla el Código Penal y el Protocolo para Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (MSal, 2016).

El equipo del CAPS está conformado por distintas disciplinas quienes atienden dicha problemática casi en su totalidad. Esta situación no fue siempre igual, ya que en sus inicios hubo mucha resistencia por parte de algunes de les miembres del equipo, y pasaron muchos años y mucha experiencia transitada hasta poder instalar esta forma de trabajo. Como decíamos antes, hoy el equipo de salud atiende y da respuesta a esta problemática de manera integral (Brisnikoff y col, 2018).

El municipio de Gral. San Martín también transitó diferentes momentos en cuanto a la atención del aborto. En estos momentos contamos con un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que ha construido las redes interinstitucionales para dar mejor acceso a la atención de las personas en situación de aborto. Contamos con un protocolo municipal y con diferentes instancias de resolución de problemas de la atención. Las estadísticas del último informe del Programa municipal de Salud Sexual, refieren que en el año 2017 se atendieron en total 398 ILE en todo el sistema de salud municipal, de los cuales el 90% se realizaron en el primer nivel de atención. Durante el primer semestre del años 2018 el total de ILE atendidas fue de 330 con más del 92% resueltos en los centros de salud (González, 2018).

Esta red de acceso a la ILE cuenta con posibilidad de que las personas que consultan puedan realizar una ecografía pre y post aborto; accedan de forma rápida a la consulta con cualquier miembro del equipo; en caso de no contar con medios económicos, se brinda el tratamiento farmacológico de manera gratuita; posibilidad de articulación con el 2do nivel en caso que lo requiera (falla de 2do tratamiento farmacológico; ILE causal violación; Edad gestacional mayor a 12.6 semanas, entre otros); capacidad de registro en historia clínica (HC) y en hoja epidemiológica (Brisnikoff y col., 2018).

Más allá de considerar que la red construida a lo largo de estos años tiene un funcionamiento continuo y da respuesta de calidad a la demanda de las personas en situación de aborto, entendemos que las acciones llevadas a cabo por el equipo no son suficientes, y esto es así porque existen barreras que obstaculizan y dificultan la práctica: muchas de ellas son inherentes a los equipos de salud, teniendo en cuenta por ejemplo que muchas de nuestras prácticas se asientan sobre determinados supuestos sobre "qué es la salud y los modos de recuperarla" (PMC Msal, 2005) pero existen otras variables directamente ligadas a las personas que consultan, las cuales tienen que ver con los determinantes de los procesos de saludenfermedad, los cuales están dados por aspectos culturales, económicos, políticos, históricos, morales, religiosos e ideológicos que caracterizan a las poblaciones y a los individuos y que condicionan las maneras de cómo transitan y resuelven las problemáticas de salud.

Con respecto a la atención de personas en situación de aborto, la autora Dosso (2013) realiza un amplio aporte al hablar de dos conceptos: "mujer en situación de aborto" y de la "trayectoria del aborto" contemplando diferentes momentos por los cuales atraviesa una persona que desea interrumpir un embarazo no intencional que va, según describe la autora, desde el instante en que se entera del embarazo hasta que consigue interrumpirlo o no.

Algunos conceptos

Para pensar nuestra práctica, creemos necesario explicitar algunos conceptos que a continuación detallaremos. Estos tienen que ver con cómo, a lo largo de nuestro trabajo y nuestra experiencia en atención a personas en situación de aborto, hemos decidido constituirnos como equipo de salud que atiende esta demanda y otras.

Entendemos por Aborto Inseguro al procedimiento para finalizar un embarazo no intencional por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno que carece de un estándar médico mínimo, o ambos (OMS, 2012).

Por otra parte, cuando nos referimos a "sequimiento completo" de un aborto y considerando los conceptos antes mencionados "trayectoria del aborto" y "mujer en situación de aborto" (Dosso, 2013), nos referimos a todas las instancias desde que la persona toma contacto con el equipo solicitando un aborto hasta que concluye el mismo. Estos momentos incluyen el diagnóstico de embarazo, el tratamiento farmacológico y la confirmación de un aborto completo. Con respecto a la determinación de la edad gestacional (EG) y el uso de ecografía, una revisión exhaustiva (Ipas, 2018) plantea con un grado de recomendación fuerte y una calidad de evidencia moderada, que la EG se puede determinar con la Fecha de Última Menstruación (FUM) asociada al tacto bimanual y que "no es necesario el uso rutinario de ecografía".

Considerando que existe la disponibilidad de recurso ultrasonográfico en nuestro medio, que esta indicación no retrasa el inicio del tratamiento, y la ya conocida utilidad de la ecografía para diagnosticar embarazos ectópicos, malformaciones o embarazos anembrionarios (Msal, 2016) (situaciones todas que requerirían otro tipo de intervención) entendemos necesario solicitar una ecografía pre aborto. Por otra parte, entendemos que es de buena práctica hacer uso de este estudio complementario, ya que es inocuo para la persona, de bajo costo, nos garantiza la práctica correcta y nos permite dar acceso a una atención efectiva y de calidad.

Con respecto al "tratamiento farmacológico" entendemos por tal al uso de misoprostol según recomendaciones (Ipas, 2018) con grado de recomendación fuerte y calidad de evidencia moderada (hasta la 9na semana) y baja (entre la 9na y 13ava semanas) a dosis de 800 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 hs., 3 dosis en total.

Para brindar atención a una persona en situación de aborto y garantizar sus derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, encuadramos la atención en el marco legalnormativo vigente el cual utiliza como concepto de salud el que formulara la OMS el cual plantea que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". De esta manera, el concepto de salud ampliada nos permite darle curso a los abortos en el marco de Interrupción Legal del Embarazo (ILE).

Por último, utilizaremos el concepto de "accesibilidad" propuesto por los autores Landini, Gonzalez Cowes y D'amore en donde plantean que la accesibilidad es la "articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud" (2014).

Objetivo General

Caracterizar las consultas realizadas por ILE en el período Julio 2017 – Diciembre 2018 en el CAPS N°3 de Villa Concepción, Gral San Martín, Provincia de Bueno Aires.

Objetivos Específicos

- Conocer distrito de residencia de les usuaries que consultaron por una ILE, su edad, la edad gestacional al momento de la primer consulta, método anticonceptivo (MAC) previo al embarazo y cuantificar intentos previos de aborto de la gesta en curso.
 - Conocer preferencia en vía de administración del tratamiento con Misoprostol.
- Conocer el resultado de la práctica y el seguimiento posterior, cantidad de usuaries que fueron derivadas al segundo nivel y cantidad de usuaries que al realizar un aborto completo optaron por un MAC de larga duración.
 - Conocer cantidad de consultas promedio por usuarie.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un trabajo descriptivo - cuantitativo sobre la atención a personas con capacidad de gestar que consultaron por embarazo no intencional en el periodo comprendido entre Julio 2017 y Diciembre 2018 en el Centro de Salud n°3 de Villa Concepción. Los datos se obtuvieron a partir de fuentes primarias de información: historias clínicas, base de datos interna del CAPS y del Sistema de Información de Salud de San Martín (SISSaM).

Las HC analizadas fueron obtenidas de la base de datos interna. En la misma se registraron sistemáticamente todas las consultas por embarazo no intencional en el periodo

estudiado, por lo cual los datos presentados representan el 100% de estas consultas en este lapso de tiempo, debido a lo cual no es necesario utilizar medidas de dispersión probabilística habituales en estudios epidemiológicos. El criterio de inclusión fueron las historias clínicas de usuaries que consultaron por embarazo no intencional durante el periodo julio 2017 a diciembre 2018. Los criterios de exclusión fueron: personas con capacidad de gestar que consultaron por embarazo no intencional y decidieron continuar con el mismo, las que nunca asistieron con una primer ecografía, quienes consultan por una ILE en marco de un embarazo no viable y las que se derivaron a 2° nivel para realización de la práctica -ya sea por edad gestacional mayor a 12,6 semanas o por vulnerabilidad social que ponía en riesgo a la persona en caso de tratamiento ambulatorio-.

Por otro lado, buscamos la estadística de personas con capacidad de gestar que consultaron en este periodo en el SiSSaM para comparar y detectar casos de subregistros en el mismo. Además, utilizamos los datos de este sistema para obtener los domicilios de les usuaries y para calcular la cantidad de consultas promedio realizadas por residentes del municipio de Gral. San Martin y de otros distritos.

Las variables recabadas de las HC fueron edad, edad gestacional de la primera consulta por ecografía precoz, MAC previo, vía de administración del misoprostol, intentos previos de aborto durante esa gestación, resultado de la intervención, control con la ecografía post aborto, continuación embarazo, derivación a 2° nivel y MAC post ILE.

Estos datos se volcaron en una planilla de Excel para su procesamiento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron 179 historias clínicas de las cuales se excluyeron 38 según los criterios mencionados en materiales y métodos.

Los resultados de las 141 historias clínicas fueron:

Con respecto a la edad de las personas consultantes por ILE, un 20,6% fueron adolescentes (14-19 años). Entre 20 y 24 años: 33,3%; entre 25 y 29 años: 16,3%; entre 30 y 34 años: 19,1%; mayor o igual a 35 años: 16,6%.

Como mencionamos previamente el mayor porcentaje de personas en situación de aborto atendidas en el periodo de estudio, tenían entre 20 y 24 años. Estos datos concuerdan con lo expresado en la bibliografía citada (Singh S. et al.; 2017), donde afirman que este es el grupo etario que mayor tasa de aborto presenta a nivel global.

Del total de las personas, 13 tuvieron intentos previos de interrupción de la gesta, sin distinción de las condiciones en que se realizaron. En cuanto a la vía de aplicación utilizada, en 76 casos fue por vía sublingual y 33 casos por vía vaginal, 1 de les usuaries utilizó ambas vías de aplicación y no se obtuvieron datos de 31 HC.

La edad gestacional promedio de la primera consulta fue entre la 8° y 9° semana de gestación. El 69,5% de las personas realizaron su primera consulta con una edad gestacional menor a 9 semanas. Teniendo en cuenta que la ILE ambulatoria se puede realizar hasta las 12,6 semanas, este dato nos parece de suma importancia ya que nos permite recibir precozmente a las personas en situación de aborto, pudiendo llevar a cabo todas las etapas pertinentes a la práctica (confirmación de embarazo con ecografía, consejería en opciones, contención emocional y social, eventuales interconsultas, consejería en métodos anticonceptivos, etc). Por otra parte, la detección temprana de la situación de aborto permite, en caso de falla de tratamiento, repetir el mismo.

Del total de consultantes, el 46% (76 personas) registran domicilio por fuera del partido de San Martín, de los cuales un 50% (38 personas) pertenecen a municipios limítrofes al CAPS (Vicente López y CABA). Cabe destacar un sesgo al interpretar estos datos: dado que el municipio solo otorga turnos ecográficos a personas residentes del municipio, con el fin de garantizar la accesibilidad del estudio, en algunos casos se modificó el domicilio en el SISSaM. Por lo tanto, existe un subregistro de la cantidad de personas que consultaron por ILE que efectivamente habitan fuera del municipio. Este resultado también nos permite pensar la importancia de ser parte de una red interinstitucional hoy ya consolidada que permite dar respuesta a esta demanda más allá de los límites geográficos. Además, la larga trayectoria de nuestro CAPS en el abordaje de esta problemática lo convirtió en un centro de referencia, al cual acceden pacientes que se enteran de su existencia por vías informales.

Al calcular la cantidad de consultas por paciente, obtuvimos los siguientes datos: de usuaries del partido de Gral. San Martín hubo un promedio de 1,9 consultas/persona, mientras que aquellas que viven en otro municipio se halló un promedio de 2,1 consulta/persona. Esto nos sugiere que la accesibilidad geográfica pudo no representar una barrera para el seguimiento en estos casos.

Del resultado del uso de misoprostol para la realización de ILE (tratamiento farmacológico) se observa que 41 personas resolvieron con aborto completo (29%); 16 no fueron registrados como completos (11,3%) -ya sea porque el resultado del tratamiento farmacológico terminó en aborto incompleto o aborto retenido, en cuyo caso se derivaron a 2do nivel para resolución- y 84 de elles no volvieron a control luego de indicada la práctica (59,5%). Este primer dato se corresponde a lo que definimos como "seguimiento completo", es decir a todas las instancias desde que la persona toma contacto con el equipo solicitando un aborto hasta que concluye el mismo. Estos momentos incluyen el diagnóstico de embarazo, el tratamiento farmacológico y la confirmación de un aborto completo mediante ecografía. En nuestra búsqueda bibliográfica no logramos encontrar otros antecedentes del trabajo actual, con variables de estudio similares a las nuestras que nos permitiera realizar una comparación al respecto. Debido a esto, no podemos arribar a un dato concluyente en relación a otras instituciones que abordan esta problemática.

Podemos observar una discrepancia entre el resultado de nuestro trabajo y lo que se describe en "Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un centro de salud de la provincia de Buenos Aires" (Dosso, 2013) con respecto a las personas que no regresaron; mientras que en nuestro trabajo registramos un total de 59,5% de personas que consultaban por una ILE y no regresaron; la autora describe sólo un 32%.

Del total de personas, 66 refirieron utilizar MAC previo, 43 no utilizaban y en 32 casos no se obtuvieron datos.

Una vez finalizada la ILE, de las 41 personas que realizaron el seguimiento completo el 82,9% (34 personas) finalizaron con un MAC. El 41,2% optaron por MAC de larga duración (implante subdérmico o DIU) siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la Secretaría de Salud de la Nación como práctica pertinente luego de un evento obstétrico.

CONCLUSIONES

En principio, nos gustaría reflexionar sobre fortalezas y debilidades del presente trabajo. La falta de datos en nuestro país sobre la problemática del aborto, en especial en su abordaje en el Primer Nivel de Atención, hacen necesarios estudios como el presente, no solo para empezar a contar con estadística local, sino para comenzar a cuestionar los procesos de atención y generar nuevas líneas de investigación en pos de mejorar la práctica. A su vez, al ser el CAPS Nro. 3 un centro de referencia dentro del Primer Nivel, contamos con una gran cantidad de usuaries que consultan para ILE, lo que permite contar con un número relevante de casos y significativamente representativo. Incluso trabajos previos de referencia en Argentina, como "Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Perspectivas Bioéticas." (DOSSO, 2013) presentan un número menor de casos analizados. Por otro lado, la gran cantidad de profesionales que acompañan ILE en este CAPS, sumado a la falta de un método de registro estandarizado en las HC y la base interna de datos, produce una heterogeneidad a la hora de recabar variables. A esto se le suma la complejidad que reviste el seguimiento que muchas veces se da por vía telefónica sin ser asentado formalmente en la HC. Esto hizo dificultosa la recolección de datos.

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que el mayor porcentaje de personas en situación de aborto atendidas en el periodo de estudio, tenían entre 20 y 24 años. Estos datos concuerdan con lo expresado en la bibliografía citada (Singh S et al.; 2017), donde afirman que este es el grupo etario que mayor tasa de aborto presenta.

Con relación a la edad gestacional de la primera consulta, la mayoría se dieron en edades gestacionales tempranas. Como se dijo anteriormente, esto nos abre la posibilidad de garantizar una atención integral y completa de las consultas por ILE. Por lo cual, este no pareciera ser un factor que limite la capacidad de realizar un abordaje correcto y por lo tanto el acceso a controles posteriores.

Respecto al lugar de procedencia de les consultantes, la mitad de las ILE fueron de residentes de localidades aledañas al CAPS. Esto nos lleva a pensar que en la trayectoria del aborto existen múltiples factores que influyen a la hora de acceder a un dispositivo que dé respuesta a la demanda: falta de acceso a la información, estigmatización y persecución social de la práctica del aborto, municipios que no cuentan con dispositivos de abordaje de ILE, equipos de salud no sensibilizados con la temática, falta de decisión política.

La mayoría de las personas que realizaron seguimiento completo, decidieron continuar con un método anticonceptivo, de las cuales casi la mitad optó por uno de larga duración. Esto sustenta la recomendación de considerar el seguimiento completo con la consulta post aborto en donde suele abordarse la temática de método anticonceptivo, evitando así la aparición futura de nuevos embarazos no intencionales. A la vez, la significativa cantidad de personas que no volvieron a consultas post-aborto refuerza la necesidad de abordar la consejería sobre MAC desde la primera consulta.

Si bien no fue objetivo de este trabajo identificar las causas por las que la mayoría de les consultantes no vuelven, no podemos dejar de mencionar que más de la mitad de elles no realizaron seguimiento completo. Dada esta situación, queremos plantear el debate sobre cuáles podrían ser los motivos: barreras geográficas, falta de recursos económicos y/o culturales, trabas administrativas o porque así lo deciden. En primer lugar, la cantidad similar de consultas/paciente entre usuaries que habitan dentro del municpio y les que residen fuera, nos permite dudar de fuertes barreras geográficas a la accesibilidad. Nuestra práctica se caracteriza por prestar atención inmediata de estas consultas y el municipio provee de manera rápida y gratuita tanto la realización de ecografías como tratamiento en casos de usuaries que no puedan costearlo; por lo tanto, también es difícil pensar en grandes barreras a la accesibilidad relacionadas a cuestiones administrativas y/o económicas. Consideramos fundamental evaluar en el futuro barreras culturales (socio-cultural y simbólica) para volver a poner en discusión los procesos de atención y mejorar nuestra práctica, considerando situaciones que puedan originarse tanto en la representación que pueda hacerse le usuarie de la práctica y su atención hasta otras originadas desde el momento mismo en el que entra a la institución incluyendo su paso por administración, sala de espera, etc.

Como limitación, identificamos la falta de trabajo interdisciplinario en ésta práctica concreta. Pensamos que esto puede estar relacionado con que no contamos con consultorio interdisciplinario en el CAPS como dispositivo de abordaje, la insuficiencia del recurso humano

en relación a la demanda, y que son consultas de atención inmediata (sin turno programado, donde se las atiende a demanda), entre otras causas.

PROPUESTAS

Teniendo en cuenta los resultados y las conclusiones, nos vemos en la necesidad de generar propuestas a nuestra práctica. Con respecto al abordaje de la consulta por ILE de manera interdisciplinaria, surge como propuesta la posibilidad de comenzar a implementar un consultorio interdisciplinario, el cual tendría lugar en determinado día y horario y sería llevado adelante por médiques generalistas, trabajadores sociales y psicologues. Esta herramienta nos permitirá poder abarcar distintas cuestiones que se generen en consultas más complejas, las cuales entendemos es necesario abordarlas de manera integral, incorporando los distintos saberes y focalizando no sólo en los aspectos biomédicos de la problemática, sino también en los determinantes sociales del proceso SEAC (Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado).

Además, esta propuesta se refuerza con la idea de proponer al espacio PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) que tiene lugar en el Centro de Salud y está formado por residentes de primer año de trabajo social, psicología, psiquiatría y de medicina general, la puesta en marcha de un consultorio exclusivo para la atención de personas que se acerquen en contexto de ILE, supervisades por profesionales de planta. Esta estrategia, no sólo tiene el propósito de promover la asistencia en forma interdisciplinaria, sino que también contribuye a uno de los principales objetivos de PRIM.

Con respecto a la información recabada, nos parece importante unificar criterios de registro en la HC y repensar los objetivos de la base de datos interna a fin de optimizar su uso.

Se nos presenta como desafío después de este trabajo seguir profundizando acerca de los factores que influyen en que les usuaries no vuelvan a consultas posteriores.

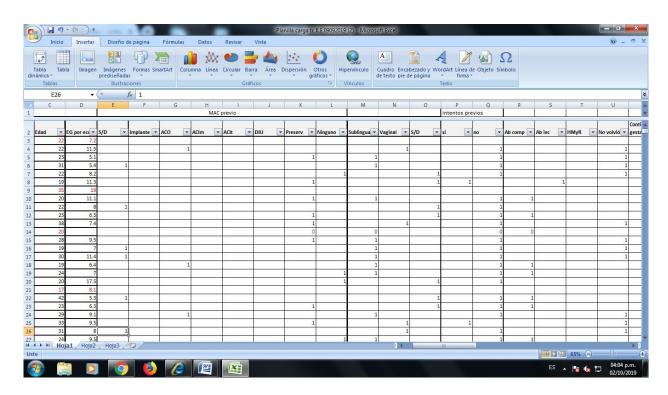
BIBLIOGRAFÍA

- Brisnikoff J y col. El derecho a decidir: un camino del barrio al sistema de salud.
 Relato de Experiencia. XXXIII de Medicina General. CABA. 2018.
- Checa S, comp. Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Edit Paidós. 1era Ed. 2006.
- Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Análisis de la Mortalidad
 Materno Infantil 2007-2016 a partir de la inf.ormación proveniente del Sistema de Estadísticas
 Vitales de la República Argentina. 2016
- Dosso D. Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Perspectivas Bioéticas. 2013 Nobuko Año 18 № 34: 75-93. Nov 2013. Disponible en: http://ojsbioetica.flacso.org.ar/index.php/pb/article/viewFile/95/94
- Fallo Causa "R.L.M., 'NN Persona por nacer. Protección. Denuncia'". SCJBA, 31 de julio 2006.
- Gonzalez Nancy. El costo del aborto inseguro. Informe presentado en la Honorable
 Cámara de Senadores de la Nación durante el debate por la Legalización del Aborto en
 Argentina. 2018.
- Landini F; Gonzalez Cowes V; D'amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultura. Cad. Saude Publica. Río de Janeiro 30(2):231-244. Feb 2014.
- Mario, S.; Pantelides, A.: "Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina", CEPAL, Notas de Población, 87: 95–120, 2009. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 1: Salud y Sociedad. 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación
 Responsable. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción
 legal del embarazo. 2da Ed. Revisión 2016.

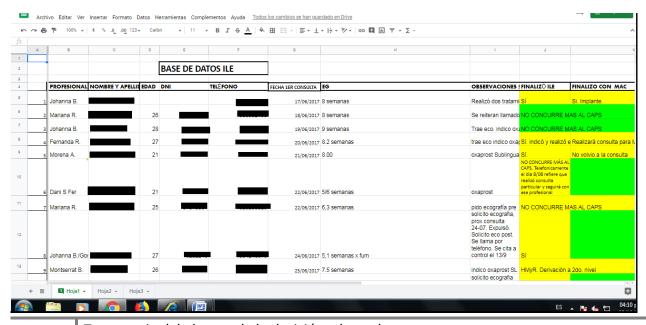
- Silvia M y Pantelides A. Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Año XXXV, N87, Cepal. Santiago de Chile. Población. 2009. Disponible http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842
- Singh S et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, New York: Guttmacher Institute. 2018. https://www.guttmacher.org/report/abortionworldwide-2017.

ANEXOS

Anexo 1. Planilla de registro de datos



Anexo 2. Base de datos interna



Anexo 3. SiSSaM

