

Estudio descriptivo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en personas con capacidad de gestar de la ciudad de Mar del Plata, de enero a mayo del 2023

Autoras:

- **Bullón, María Belén.** Médica Especialista en Medicina General. Jefa de Residentes de Medicina General PRIM Libertad de Mar del Plata. DNI 37010725
- **Madsen María Guadalupe.** Residente de Cuarto año de Medicina General PRIM Libertad de Mar del Plata. DNI 38291710
- **Roberto Rocío Antonella.** Residente de Cuarto año de Medicina General PRIM Libertad de Mar del Plata. DNI 39156918
- **Vignolo Lourdes.** Médica Especialista en Medicina General, de la Municipalidad de General Pueyrredon. DNI 31958604

PRIM CAPS Libertad.

Mar del Plata. Leguizamón Onésimo 552. CP 7600

Mail: guadamadsen@gmail.com; ro_ar23@hotmail.com

Tel: 2983457349; 2266415006

Septiembre 2023.

Mar del Plata

2023

Resumen

Estudio descriptivo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en personas con capacidad de gestar de la ciudad de Mar del Plata, de enero a mayo del 2023
BULLON, Maria B; MADSEN, Maria G; ROBERTO, Rocío A; VIGNOLO, Lourdes
Municipio de General Pueyrredón. CP 7600; guadamadsen@gmail.com ; ro_ar23@hotmail.com
Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo
Epidemiología
Trabajo inédito
<p>La Ley de IVE N° 27.610 de Argentina reconoce el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo en todo el país. En el Municipio de General Pueyrredón, 25 de los 33 CAPS existentes garantizan el acceso a dicha práctica, pero en la actualidad no existe un análisis estadístico acerca de los procedimientos de IVE y sus características desde la plena implementación de la ley.</p> <p>Objetivo: Analizar la situación de Salud con respecto a la IVE en siete CAPS de la ciudad de Mar del Plata desde enero a mayo del año 2023</p> <p>Materiales y métodos: estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo y corte transversal. Se realizó una búsqueda en las historias clínicas municipales de usuarias que realizaron IVE valorándose edad, antecedentes obstétricos, MAC previo, tipo de tratamiento utilizado para IVE, control posterior, eficacia del tratamiento, MAC posterior en siete CAPS de Mar del Plata. Los datos se analizaron mediante Microsoft® Excel.</p> <p>Resultados: 225 usuarias incluidas en el estudio. Media de edad de 26.8 años. El 64.9% sin abortos previos. El principal procedimiento utilizado en un 67,5 % es misoprostol 12 comprimidos por vía bucal. Alta eficacia del procedimiento con un porcentaje de falla de tratamiento del 3.6 %. La concurrencia al control post es el 62.2 %. Bajo porcentaje de uso de anticonceptivos posterior al procedimiento.</p> <p>Discusión y conclusiones. Necesidad de repensar estrategias para garantizar que las usuarias reciban la atención y el seguimiento necesario post IVE así como a la anticoncepción inmediata.</p>
Palabras clave: aborto; tratamiento domiciliario; misoprostol; mifepristona; anticoncepción

INTRODUCCIÓN

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) N° 27.610 de la República Argentina reconoce el derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo para mujeres y otras personas gestantes¹ en todo el territorio nacional, de forma gratuita y en todos los sistemas de salud: público, privado y obras sociales. La sanción de la misma se dió el 30 de diciembre del 2020 y se promulgó el 14 de enero del 2021. Sin duda fue el resultado de la organización y militancia de miles de mujeres que a través de los años reconocieron la necesidad de garantizar el acceso seguro y equitativo a prácticas abortivas que venían realizándose en la clandestinidad, y conllevando así riesgos tales como infecciones, hemorragias y muertes. Ejercer este derecho nos implica a todos, desde el Estado que tiene la obligación de garantizar su cumplimiento, los profesionales de la salud que deben formarse al respecto y garantizar el acceso, hasta las usuarias que necesitan conocer y ser propietarias de la información necesaria para poder ejercerlo.

El partido de General Pueyrredon tiene 682.605 habitantes según el Censo 2022. Cuenta con treinta y tres Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) municipales, dos hospitales provinciales, el Hospital Materno Infantil Don Victorio Tetamanti (HIEMI) y el Hospital Interzonal General de Agudos Dr Oscar Alende (HIGA) y dos instituciones nacionales, el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE). Tanto en los hospitales provinciales como en veinticinco de los treinta y tres CAPS se brinda atención a personas gestantes con deseo de interrumpir un embarazo con equipos generalmente interdisciplinarios.

A principios del año 2017 se formó la Red de profesionales de la salud por el derecho a decidir en Mar del Plata, gracias a la militancia de sus integrantes, trabajadores provinciales y municipales. La misma garantizó el acceso a la Interrupción Legal del embarazo previo a la sanción de la ley N° 27.610 en 2020. Gracias a la sanción de la ley se ampliaron los espacios de acompañamiento y el acceso a la medicación para realizar los tratamientos de forma

¹ *Debido a los diversos tiempos y procesos de aprendizaje de la puesta en práctica del lenguaje inclusivo del presente equipo de trabajo se optó por no utilizar el lenguaje inclusivo en este texto*

ambulatoria, tanto con comprimidos de misoprostol como de mifepristona asociada a misoprostol (conocido también como combipack).

Entre los CAPS que garantizan la práctica integral de IVE se encuentra el CAPS Libertad. Este a su vez es sede de residencia de la PRIM Libertad (Programa de Residencias Integrado Multidisciplinar), lugar de formación conformado por profesionales médicos realizando la especialidad de medicina general y/o familiar, trabajadoras sociales y psicólogos, del cual tres de las autoras forman parte. Es en este contexto y en articulación con el personal de planta de la institución, que se lleva a cabo diariamente el espacio de IVE interdisciplinario, en donde se atiende y acompaña en conjunto a aquellas usuarias que desean realizar el procedimiento, tanto en la consejería en opciones, como el asesoramiento para el tratamiento y el control posterior en donde también se lleva a cabo consejería en métodos anticonceptivos y se garantiza su acceso.

Desde enero a mayo de este año se garantizaron 453 interrupciones voluntarias del embarazo en el primer nivel de atención (PNA) del Municipio de General Pueyrredón. La medicación proviene en su mayor medida del Programa Provincial de Salud sexual y reproductiva, y en una menor proporción es comprada por el municipio. Todos los procedimientos son medicamentosos ya que en el PNA no se realiza aspiración manual endouterina (AMEU).

Respecto a los métodos anticonceptivos, provienen también del Programa provincial y contamos con anticonceptivos orales, inyectables, implantes subdérmicos (IS), dispositivos intrauterinos (DIU) y sistema liberador de levonorgestrel (SIU). En los primeros 5 meses de este año, el municipio recibió para distribuir en todo el primer nivel 5500 cajas de anticonceptivos orales (combinados y progestágenos solos), 10300 anticonceptivos inyectables mensuales, 800 ACI trimestrales, 195 implantes subdérmicos, 27 SIU y amplio stock de DIU de cobre.

El presente trabajo propone recabar información que dé cuenta de los aspectos de la atención de salud de personas gestantes que consultan para realizar interrupción de embarazo en el PNA del sistema de salud de Mar del Plata. De acuerdo a esto se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, de corte transversal, donde se realizó un relevamiento de datos de historias clínicas de consultas realizadas por IVE, con el objetivo de analizar distintas

variables implicadas en el acompañamiento del mismo, en Centros de Atención Primaria de la Salud de Mar del Plata, de enero a mayo inclusive del año 2023, una vez implementada plenamente la ley N° 27.610.

Justificación y planteamiento de problema

La IVE es una cuestión de importancia en Salud Pública. En este sentido, los CAPS desempeñan un papel fundamental en la provisión de servicios en relación a la atención integral de las IVE. Sin embargo, en la actualidad, aunque en el PNA contamos con un relevamiento de datos respecto de dicha práctica, el análisis y el procesamiento de los mismos es limitado.

Esto nos plantea como desafío el poder realizar este tipo de análisis ya que el mismo podría proporcionar información concreta que contribuiría no solo a gestionar políticas y prácticas en Salud Pública sino también a mejorar la calidad de atención y el registro sistematizado en los establecimientos, buscando garantizar el acceso adecuado en materia de derechos reproductivos y no reproductivos de las personas con capacidad de gestar.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la situación de salud con respecto a la IVE en siete CAPS del Municipio de General Pueyrredón en los meses de enero a mayo del año 2023?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la situación de salud con respecto a la IVE en siete Centros de Atención Primaria del Municipio de General Pueyrredón en los meses de enero a mayo del año 2023.

Objetivos Específicos

1. Conocer la cantidad de consultas realizadas para IVE en siete CAPS del Municipio de General Pueyrredón seleccionados para el estudio.
2. Determinar el perfil epidemiológico de las usuarias que consultan a los siete CAPS seleccionados del Municipio de General Pueyrredón para realizar IVE: edad, antecedentes de gestas y abortos, edad gestacional al momento del procedimiento.

3. Identificar tipos de tratamientos utilizados para la realización de la IVE, vías de administración y eficacia del mismo.
4. Determinar el porcentaje de concurrencia de las usuarias que han realizado una IVE a los controles post aborto en los siete CAPS seleccionados para el estudio.
5. Identificar si las personas gestantes que consultan para IVE utilizaban métodos anticonceptivos previamente.
6. Conocer si las personas gestantes que han realizado IVE deciden utilizar método anticonceptivo posterior a la misma, y cuáles son los métodos elegidos.

CONTEXTUALIZACIÓN Y MARCO TEÓRICO

La forma en la que en la actualidad comprendemos la salud sexual reproductiva y no reproductiva, y en particular el aborto, no fue siempre igual. Es fundamental realizar un recorrido teórico por estos debates para poder entender primero cómo se fueron conquistando los derechos de las personas gestantes, y luego cómo fue cambiando el concepto del aborto dentro y fuera del sistema de salud, en las organizaciones feministas y en la calle, hasta lograr la sanción de la ley en el año 2020.

Podemos leer en el artículo de Josefina Brown (2020), cómo la autora realiza una descripción analítica dividiendo en tres etapas el proceso evolutivo del concepto del aborto: 1) 1983 a 1994: como el periodo que gira en torno a la construcción del aborto como problema social; 2) 1994/1995 a 2003/2004 que ronda sobre la construcción del aborto como problema de salud; y 3) que va desde 2005 en adelante y que se caracteriza por la construcción del aborto como un derecho. Esta interpretación cronológica es importante para entender que el concepto social fue cambiando como demanda al sistema de salud de parte de los movimientos feministas y de gran parte de la sociedad. Ahora bien, si se realiza un rastreo histórico se puede indicar que el concepto de derechos sexuales y reproductivos tiene sus inicios en la Declaración Universal de los Derechos Humanos firmada en 1948, donde se plasmó que el derecho a la libertad, la seguridad, la integridad física, la libertad de expresión, de pensamiento, de propiedad, entre otros, son derechos irrenunciables de todas las personas. Con esta declaración como base jurídica, en 1968 la Conferencia Internacional de Derechos Humanos convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), resolvió que el número y el momento de las procreaciones son derechos de las personas y por lo tanto

es necesario que toda la población, pero especialmente las mujeres, tengan un acceso igualitario a la información y cuenten con los servicios de salud disponibles para poder llevar adelante sus decisiones reproductivas. Posteriormente, en 1974, la Conferencia Internacional de Población realizada en Bucarest, ratificó que la procreación (o la no-procreación) es un derecho de todas las personas y parejas. A su vez, en 1979, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW) reconoció, entre otras cosas, el derecho de las mujeres a contar con servicios de planificación familiar, y de educación, información y salud en la materia (De Barbieri, 2000).

Como consecuencia de estos debates, hechos históricos y la conceptualización de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como el derecho a tener relaciones sexuales gratificantes, sin coerción ni violencia, ni enfermedades de transmisión sexual, ni embarazos no deseados, y que estos aparecen como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el cuidado propio y del otro/a; se sancionó en el año 2002 la Ley N° 25.673 de SSR donde se proponía desarrollar una política sostenida que garantice el acceso a la información y los métodos anticonceptivos (MAC) de manera universal, gratuita y segura. La reglamentación de esta Ley en el año 2003, fue el comienzo de un proceso de democratización del acceso a los MAC en todo el sistema de Atención Primaria de la Salud Argentino (Arce, 2010; Testa, 2007), pero que no ha finalizado debido a la fragmentación del sistema de salud público que no permitió que dicha política llegara a todo el territorio de manera homogénea.

En paralelo, las organizaciones feministas de esa época y los posteriores, han luchado primero por el derecho a la maternidad deseada y al placer, hasta la actualidad en donde la marea verde y el grito por el aborto legal fue una exigencia que inundó hasta las urnas, ya que en las elecciones del 2019 se llamó a todos los candidatos a que se expresaran a favor o en contra de la legalización del aborto.

Desde 1921 hasta el 2020, en Argentina el aborto fue legal por causales, y existieron múltiples barreras para acceder aun en estos casos contemplados por la ley. En el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el Protocolo para las personas con Derecho a la Interrupción del embarazo, al cual por lo menos la mitad del país no adhirió. Sin embargo, el Código Penal y el Fallo F.A.L. le daban un marco normativo nacional a las interrupciones del embarazo que se realizaban en el sistema de salud.

Luego de años de lucha y de militancia por la reivindicación de derechos, en consonancia con el recorrido histórico mencionado previamente, el 30 de diciembre de 2020 fue sancionada en el Congreso de la Nación argentina la Ley Nacional N° 27.610. Este hecho marca un hito en la ampliación de derechos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar; propone un modelo de atención y cuidado de la salud que reconoce la autonomía de las personas para decidir, restituyendo así la soberanía y autoridad epistémica sobre su cuerpo a quien lo porta y habita. Una soberanía que es relacional, que se garantiza con vínculos que la sostienen y acompañan en el proceso (Guía de Implementación de la IVE en la Provincia de Buenos Aires, 2020).

El procedimiento de IVE se considera si la gestación es menor o igual a 14 semanas, y se realiza de forma ambulatoria hasta la semana 12.6 de embarazo. De esta manera en el primer nivel de atención acompañamos IVE hasta la semana 12 inclusive. El tratamiento medicamentoso puede realizarse tanto con misoprostol, utilizando el total de 12 comprimidos por vía vaginal o bucal, o con la utilización de un comprimido de mifepristona y 4 comprimidos de misoprostol, combinación denominada también “combipack”. En la actualidad en el municipio de General Pueyrredón solemos contar principalmente con tratamientos de misoprostol para garantizar el acceso a la IVE, y en menor medida con combipack. El insumo proviene en su mayoría del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y en menor medida de compras que realiza el Municipio de General Pueyrredón.

El objetivo del presente trabajo de investigación, es conocer y dar luz a distintos aspectos de la atención por IVE en el Primer Nivel de Atención de Mar del Plata, una vez regulada e implementada plenamente la ley 27610, de enero a mayo del 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Los datos que se analizaron fueron tomados del Sistema de Información Hospitalaria (HIS), sistema de Historias Clínicas digitales utilizados en el Sistema de Salud del Municipio de General Pueyrredón, en el periodo comprendido entre enero a mayo inclusive del año 2023. Las usuarias seleccionadas fueron aquellas que consultaron en el periodo de

tiempo y los siete CAPS seleccionados, que firmaron el consentimiento informado escrito en papel para realizar la IVE.

Se llevó a cabo una selección y operacionalización de las variables a analizar, que puede observarse en el Anexo 1.

Para la recolección, el manejo y el análisis de los datos se utilizó la hoja de cálculo Microsoft® Excel 2010. Algunas variables cuantitativas se estimaron con el promedio, y para otras se utilizó agrupación de datos según categorías asignadas y cálculo de porcentaje.

Criterios de Inclusión

Personas de 13 años o más con capacidad de gestar que realizaron IVE en los siguientes CAPS seleccionados de la ciudad de Mar del Plata de enero a mayo de 2023: La Peregrina, Libertad, Centro 1, Centro 2, Santa Rita, Belgrano y Faro Norte.

El criterio de elección de las instituciones fue el acceso a la utilización de historia clínica digital por las mismas (no todos los CAPS cuentan con esta herramienta) y la zona geográfica de referencia que cubre diferente población de la ciudad.

Criterios de Exclusión

Personas con capacidad de gestar que consultaron a CAPS de la ciudad de Mar del Plata de enero a abril de 2023 para IVE y en las cuales:

- La finalización de la gesta fue por aborto espontáneo
- Se identificó embarazo ectópico por ecografía.
- Se tomó la decisión de continuar la gesta.
- El embarazo era de más de 13 semanas y fueron derivadas a segundo nivel.
- No fue completado el consentimiento informado para realizar el procedimiento.

Población de Estudio y muestra seleccionada

Constituyeron la población total del estudio (N) 225 usuarias. Los datos de las consultas fueron recolectados de las Historias Clínicas (a través del sistema HIS) de los siete CAPS seleccionados. Se accedió a las mismas mediante datos obtenidos de los consentimientos

informados firmados para IVE de enero a mayo del año 2023. Cabe mencionar que el total de consultas por IVE en todo el municipio de enero a mayo fue de 453.

ASPECTOS ÉTICOS

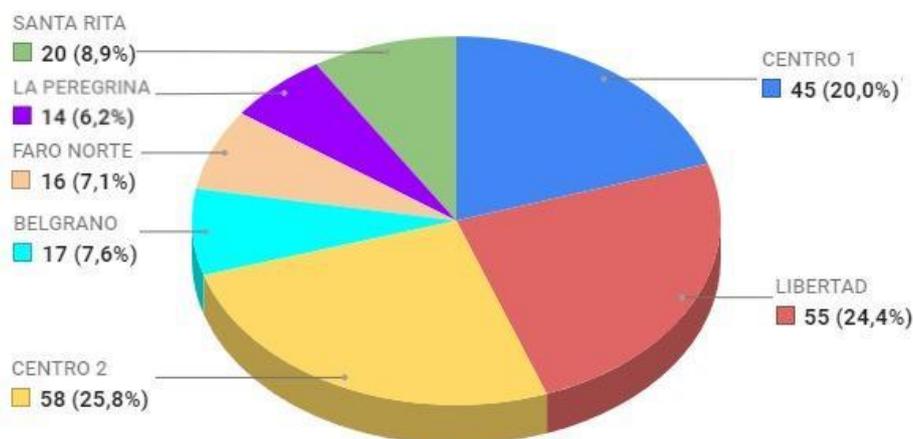
Para la siguiente investigación no se realizó difusión de los datos filiatorios ni personales recabados de las personas por ningún medio. Se siguieron los principios establecidos por el informe Belmont.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 225 historias clínicas de usuarias que concurrieron para IVE a los siete CAPS seleccionados durante el periodo comprendido entre enero a mayo inclusive del año 2023. Sobre un total de 233 detectadas, ocho cumplían con criterios de exclusión para el estudio por lo cual no fueron incluidas en el mismo.

En cuanto al número de consultas desagregados por CAPS, podemos observar que de las 225 usuarias, 58 usuarias consultaron en el Centro N°2, 55 en el CAPS Libertad, 44 concurrieron al Centro N°1, 20 a Santa Rita, 16 usuarias a Faro Norte, y 14 usuarias a La Peregrina.

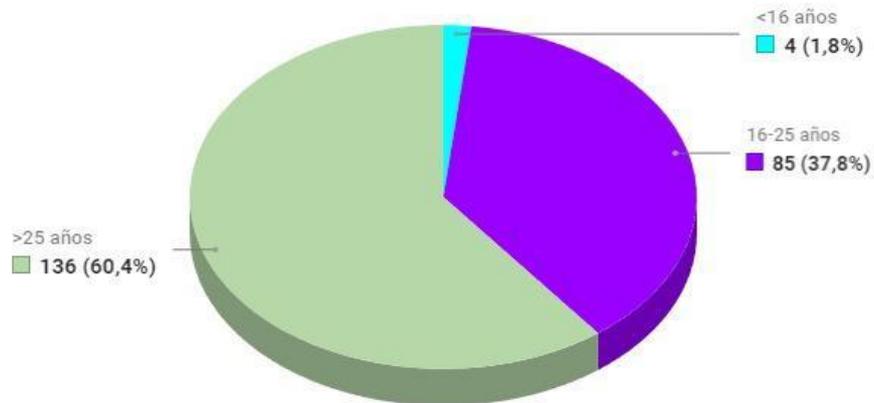
Gráfico N° 1: Consultas desagregadas por CAPS



Dentro de la muestra seleccionada, la media de edad fue de 26.8 años, con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 46 años. Dentro de los rangos establecidos para el análisis de datos, podemos decir que 4 usuarias (1.7% del total) eran menores de 16 años, 85 usuarias

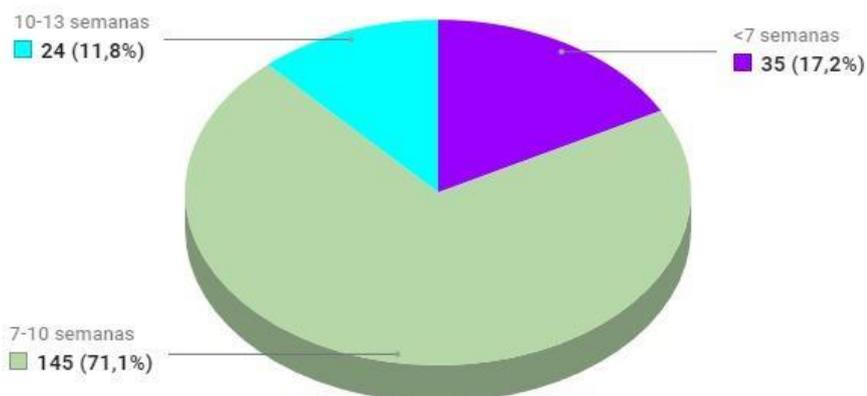
(37.7%) se encontraban en el rango de 16-25 años, y 136 usuarias (60.4%) eran mayores de 25 años.

Gráfico N° 2: Edad de las usuarias gestantes



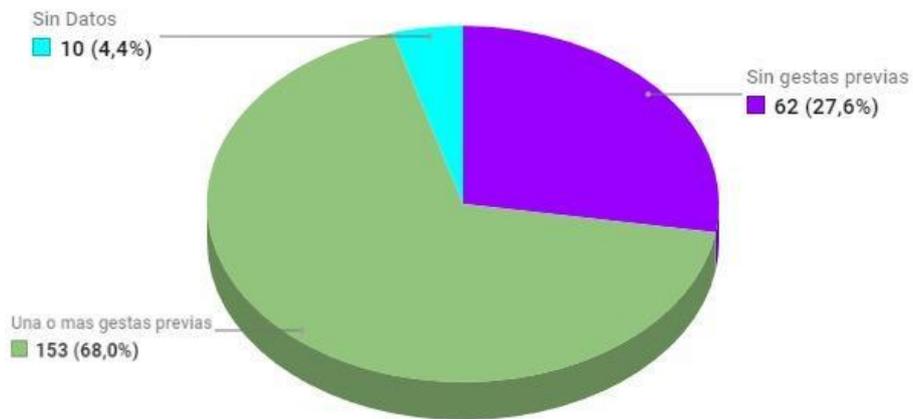
En lo que respecta a la edad gestacional al momento de practicar la IVE, de acuerdo a la categorización establecida, se puede apreciar que el 15,5 % correspondiente a 35 usuarias realizaron el procedimiento con menos de 7 semanas de edad gestacional, el 64,4% correspondiente a 145 usuarias lo realizó entre las 7 y las 10 semanas de edad gestacional, y el 10,6% correspondiente a 24 usuarias realizó el procedimiento entre las 10 y 13 semanas de edad gestacional. 21 usuarias (9.3%) no contaban con dicho dato en su historia clínica.

Gráfico N° 3: Edad gestacional al momento del procedimiento



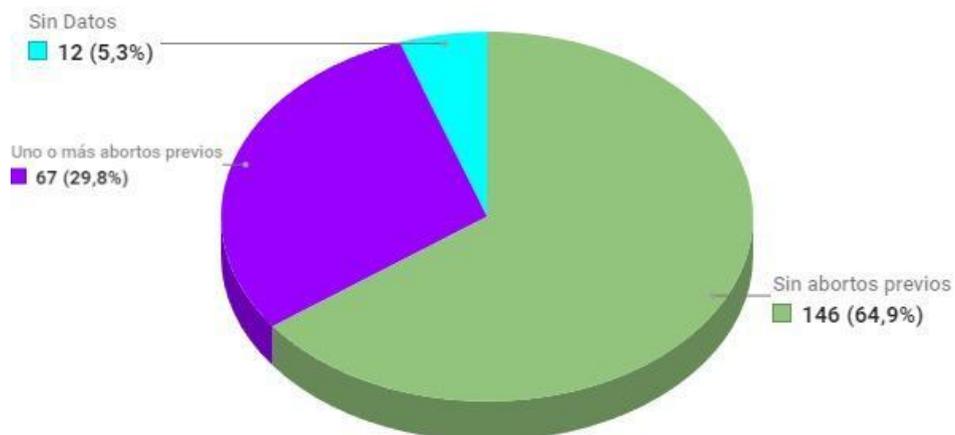
En el análisis de los antecedentes de gestas previas, 153 usuarias (68%) tenían uno o más embarazos previos, 62 usuarias (27,6%) no tenían gestas previas, y de 10 usuarias (4,4 %) no hay datos con respecto a estos antecedentes. En cuanto a abortos previos, 146 usuarias (64,9%) no tenían abortos previamente, 67 usuarias (29,8%) tenían uno o más abortos previos y 12 usuarias (5,3%) no contaban con dicho dato en el registro de la historia clínica.

Gráfico N° 4: Antecedentes de gestas previas



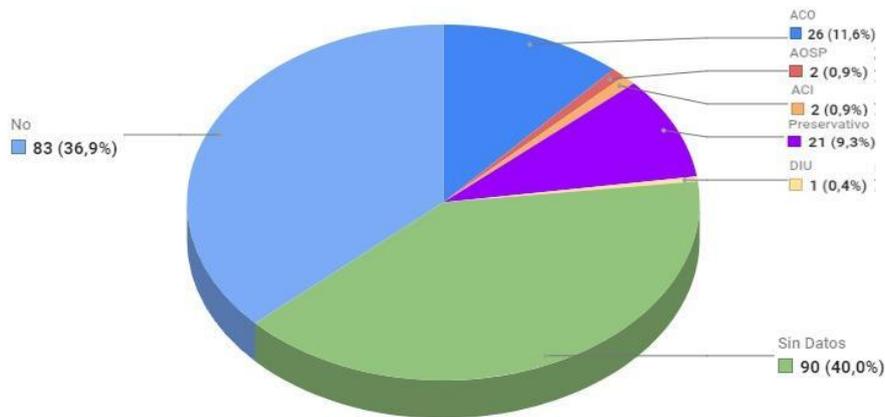
En lo que respecta a abortos previos, 146 usuarias (64.9%) no presentaban antecedente de abortos, 67 usuarias habían tenido uno o más abortos previos, mientras que de 12 usuarias (5.3%) no contamos con datos sobre este aspecto.

Gráfico N° 5: Abortos Previos



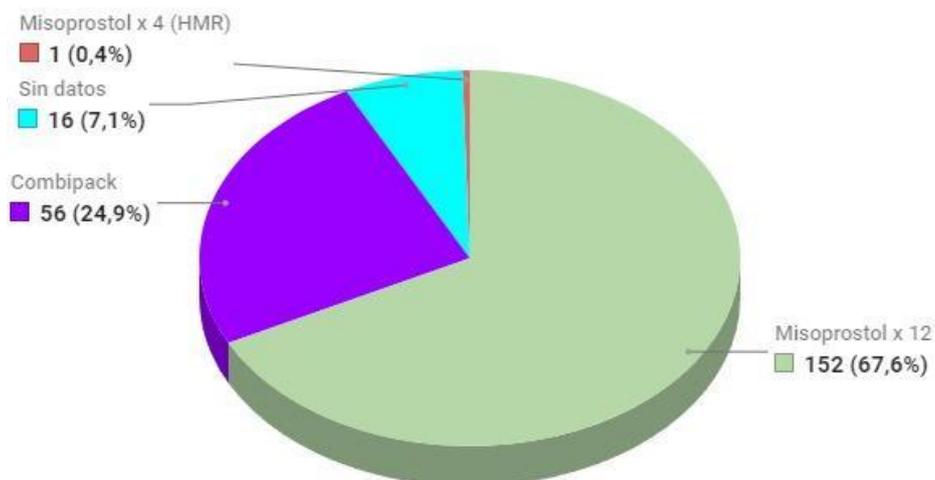
Respecto al uso de MAC previos a la IVE, 90 usuarias (40 %) no presentan registro de dicho dato en la historia clínica, 83 (36,8%) no utilizaban MAC previo, 26 (11,6%) utilizaban anticonceptivos orales combinados (ACO), 21 (9,3%) utilizaban preservativo, 2 usuarias (0,9%) utilizaban Anticonceptivos orales sólo de progestágeno (AOPS), 2 (0,9%) utilizaban anticonceptivos combinados inyectables (ACI) y una utilizaba DIU (0.4%).

Gráfico N°6: Métodos Anticonceptivos previos a IVE



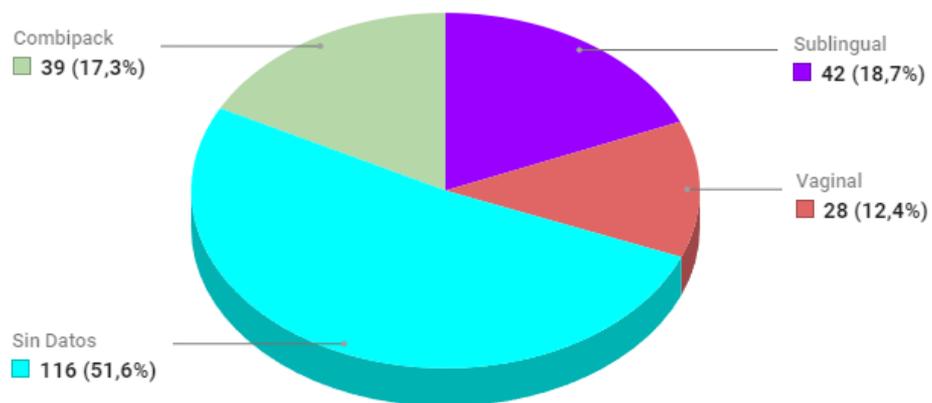
En lo que refiere a fármacos utilizados para la IVE se puede apreciar que el 67,6% que corresponde a 152 usuarias utilizó 12 comprimidos de misoprostol, 24,9% que corresponde a 56 usuarias utilizaron Combipack y el 7,1% (16 usuarias) no contaba con dicho dato. Sólo una persona utilizó 4 comprimidos de misoprostol para Huevo Muerto y Retenido (HMR).

Gráfico N°7: Medicación utilizada para IVE



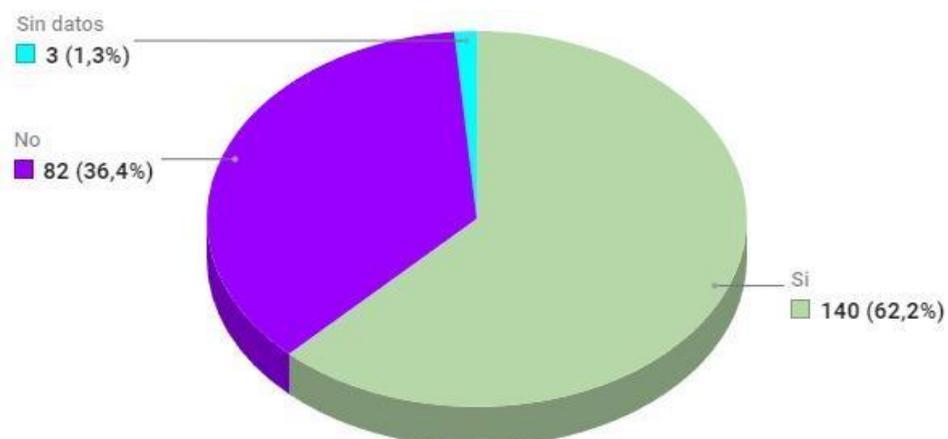
En cuanto a las vías utilizadas para el procedimiento de IVE no se poseen datos de 116 usuarias, siendo el 51,6% de la muestra. De las usuarias que utilizaron 12 comprimidos de misoprostol, 42 usuarias lo realizaron por vía sublingual (18,7%) mientras que 28 lo hicieron por vía vaginal (12,4%). Las 39 usuarias (17,3%) que utilizaron Combipack lo hicieron de manera combinada (1 mifepristona por vía oral y 4 misoprostol por vía vaginal).

Gráfico N° 8: Vía de utilización del procedimiento



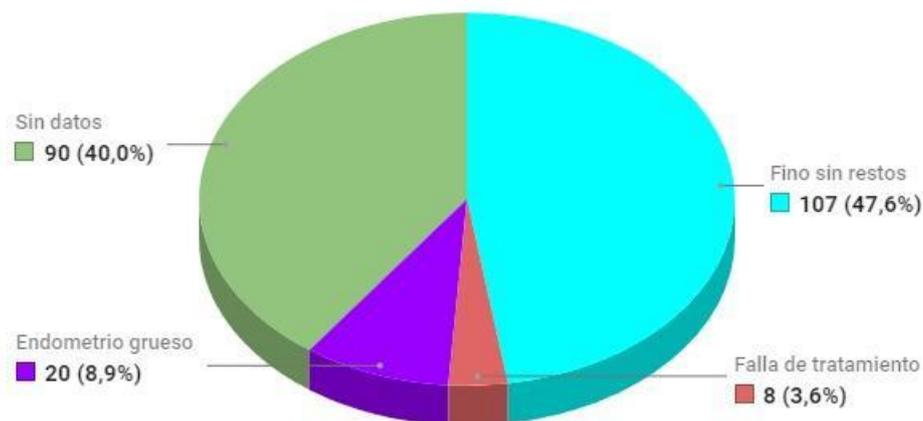
En relación a concurrencia a control posterior a la IVE, 140 usuarias (62,22%) concurrieron al mismo, 82 usuarias (36,4%) no concurrieron al control post y de 3 usuarias (1,33 %) no se registran datos acerca de su concurrencia o no al control post procedimiento.

Gráfico N°9 : Concurrencia a consulta posterior a IVE



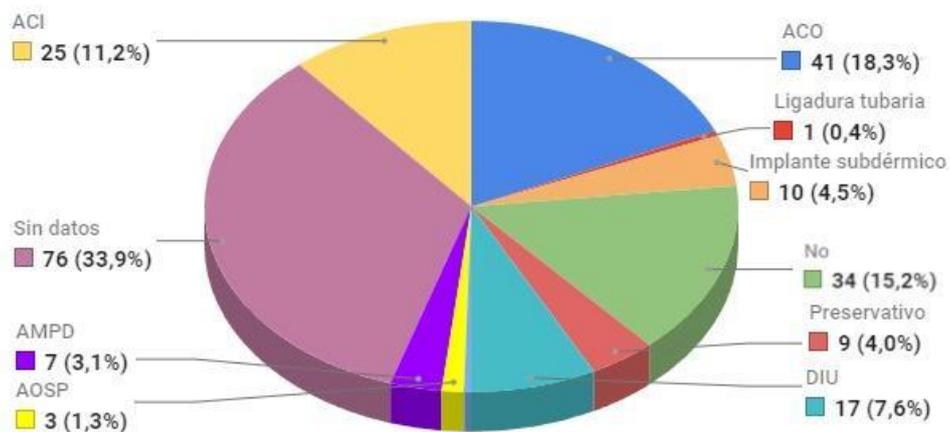
Acerca de la eficacia del tratamiento, de acuerdo a los datos obtenidos de las características del endometrio por ecografía, se puede observar que 107 usuarias (47,6%) tuvieron una alta eficacia (endometrio fino sin restos), de 90 usuarias (40%) no hay datos de la ecografía, 20 usuarias (8,9%) presentaron endometrio grueso en ecografía (incluyendo presencia o no de restos) y en 8 usuarias (3,6%) se identificó falla al tratamiento por presencia de embrión en la misma.

Gráfico N° 10: Eficacia del Tratamiento



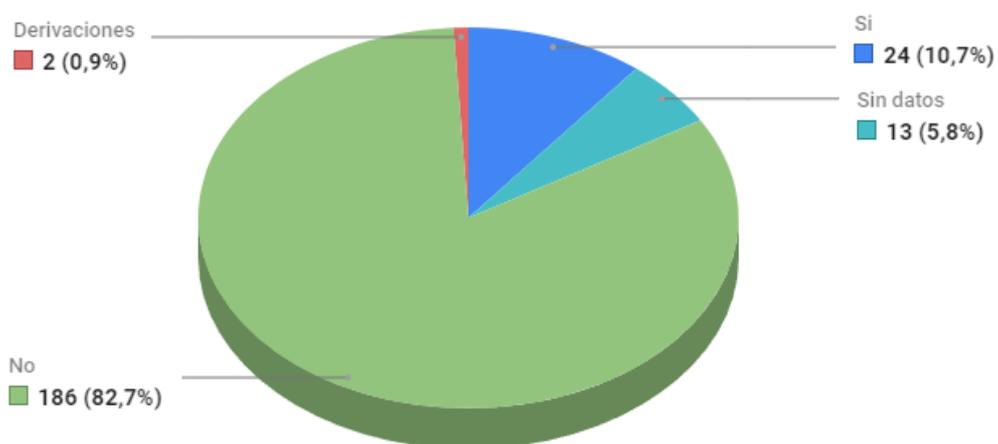
En cuanto a la cantidad de usuarias que recibieron anticoncepción posterior a la IVE, no se relevaron datos de 76 usuarias quienes representan el 33,9% de la muestra. Por otro lado, 34 personas (15,1 %) no seleccionaron ningún método anticonceptivo. De las usuarias que decidieron utilizar anticoncepción, 41 usuarias (18,3%) utilizaron anticonceptivos orales combinados (ACO), 25 usuarias (11,2%) seleccionaron el anticonceptivo combinado inyectable (ACI), 17 (7,5 %) el Dispositivo Intrauterino, 9 (4%) el uso de preservativo, 10 usuarias (4,44%) el implante subdérmico, 7 usuarias (3,11%) el anticonceptivo inyectable de Medroxiprogesterona (AMPD), 3 usuarias (1,3%) anticonceptivos orales sólo de progestágenos (AOSP), una (0,4%) ligadura tubaria, una usuaria (0,4 %) vasectomía para su pareja, una (0,4 %) el SIU.

Gráfico N° 11: Método Anticonceptivo posterior a IVE



En cuanto a la necesidad de repetición de tratamiento por falla del mismo, se observó que 186 usuarias, representando al 82.7% de la muestra, no tuvieron que repetir el tratamiento, 24 personas (10.7%) tuvieron que repetirlo, 2 (0.9%) tuvieron que ser derivadas al segundo nivel, y de 13 personas (5.8%) no existen datos sobre ese aspecto registrados en las historias clínicas.

Gráfico N°12: Repetición de Tratamiento



DISCUSIÓN

Este estudio proporciona información valiosa sobre varios aspectos relacionados con la IVE en Mar del Plata. En primer lugar, resalta la importancia de abordar las necesidades de salud reproductiva en todas las edades, desde adolescentes hasta mujeres en la mitad de sus años reproductivos, dado que la edad promedio de las usuarias es de 26 años. Podemos reflexionar sobre el prejuicio que escuchábamos previamente a la sanción de la Ley 27610 en donde se afirmaba que la usuaria promedio sería la adolescente con más de un evento obstétrico o aborto. Según los datos que revela este estudio, el mayor porcentaje de mujeres que abortan son jóvenes de edad media sin otras interrupciones de embarazos.

Por otra parte, destaca que la mayoría de las mujeres optan por la IVE en un rango de edad gestacional de 7 a 10 semanas, lo que subraya el acceso oportuno y precoz a servicios de interrupción seguros.

Es interesante observar que la mayoría de las usuarias ya han tenido gestas previas, pero en su mayoría no han experimentado abortos. Podría pensarse que aquellas personas que han atravesado un evento obstétrico con anterioridad tuvieron contacto con el sistema de salud, pero no se ha logrado tener acceso, o si lo tuvieron no han podido tener continuidad con un MAC, aun no deseando un próximo embarazo.

En lo que respecta a aquellas usuarias que utilizaban anticoncepción previa a la IVE, el mayor porcentaje de falla se ve con los anticonceptivos orales combinados, siguiendo en menor medida con el preservativo. Además, un gran porcentaje no utiliza ningún método anticonceptivo. La falla de la anticoncepción y la falta de la misma sugieren la necesidad de mejorar la educación y/o el acceso a métodos de larga duración. Otro aspecto que se destaca es que un gran número de las historias clínicas no contaban con este dato, siendo el mismo de importancia a la hora de pensar y planear la prevención de una nueva gesta no deseada.

El principal método utilizado para el procedimiento fue el de 12 comprimidos de misoprostol por vía sublingual en lugar del combipack. Esto se percibe como resultado de la accesibilidad y disponibilidad restringida del combipack en los CAPS a pesar de estar científicamente demostrado que el uso de misoprostol combinado con mifepristona aumenta la eficacia de

las interrupciones, reportando tasas de éxito de hasta el 98% en comparación al uso exclusivo de misoprostol cuya eficacia es de entre 80–85% (Informe anual: ImplementAr IVE/ILE, 2023).

Que la vía de utilización principal del misoprostol sea la sublingual por sobre la vaginal guarda relación con las preferencias de la usuaria. También en este punto hay mucha falta de relevamiento de datos.

Podemos categorizar la concurrencia al control posterior al IVE (62.2%) como moderada (60-80%), lo que destaca un desafío en la atención integral. Un estudio realizado por la Organización de Socorristas en Red arrojó como resultado que el 42.7% de las mujeres que realizaron un aborto en el 2020 concurren al control posterior, y el 35% no, y del 21% no existían datos. Comparando los resultados con el mismo, si bien se evidencia un aumento de porcentaje de concurrencia a los controles posteriores, en comparación al estudio del año 2020, esto continúa siendo un desafío para los equipos de salud (Sistematización de acompañamientos a abortar. Socorristas en Red, 2021).

En cuanto a la efectividad del procedimiento, el mayor porcentaje de usuarias tuvo un resultado de alta eficacia, de acuerdo a los datos obtenidos de las consultas de control posterior al procedimiento. Es de destacar también el gran porcentaje de falta de datos para este punto, lo cual pensamos que podría asociarse a la falta de control posterior o por realización de ecografías en medios privados. La alta eficacia respalda la seguridad y efectividad de la IVE cuando se realiza adecuadamente, sin embargo la baja prevención posterior al procedimiento, que podría dar lugar a embarazos no intencionales recurrentes, subraya la necesidad de brindar asesoramiento integral sobre anticoncepción y opciones de planificación familiar.

Como debilidades del trabajo consideramos que sería importante poder relevar y analizar los datos de las historias clínicas del total de los CAPS de General Pueyrredón que garantizan el acceso a IVE. Al basarse solo en datos de algunos CAPS, podría existir sesgo de selección.

Otra falencia es la falta de datos completos en las historias clínicas así como la falta de unificación de escritura en las mismas. Esto limitó la capacidad del estudio a la hora de obtener un resultado preciso de ciertas variables. Consideramos que la sistematización y la

unificación de criterios al registrar las consultas en las historias clínicas es necesaria para evitar estas dificultades.

En cuanto a las fortalezas del estudio, consideramos que la posibilidad de contar con historias clínicas digitales en gran parte de los CAPS colabora con la obtención de datos, así como la obtención de consentimientos informados escritos. También fue de gran ayuda el registro que solicita el programa provincial para la contraprestación del insumo y permite tener los datos actualizados de gran cantidad de usuarias que acceden a la medicación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio revela una falta significativa de datos asociada a la falta de registro. La media de edad de usuarias consultantes fue de 26.8 años. Se observó un alto uso de misoprostol para la IVE probablemente asociado a la escasa disponibilidad de Combipack en el municipio. Los métodos de larga duración como implante y DIU fueron menos utilizados posterior al evento que los ACO y ACI. Cabe destacar que la falta de acceso a LARCs (sobre todo de implantes subdérmicos) obstaculiza muchas veces la elección del método posterior, así como también la falta de profesionales que colocan DIU en los CAPS que garantizan IVE. Para ello es importante generar instancias de capacitación de los profesionales del municipio y continuar reclamando el acceso efectivo a implantes subdérmicos.

La ligadura tubaria es un método que la mayoría de las usuarias considera y/o desea utilizar pero que presenta dificultad y/o demoras en el acceso al mismo. En cuanto a la vasectomía, la accesibilidad se ve como un limitante para la garantía de la práctica, ya que se realizan muy pocas en el sistema público de salud.

El estudio reafirmó lo que la bibliografía expone sobre la alta tasa de éxito y/o efectividad del procedimiento medicamentoso. Además, si bien no se amplió en este estudio, se apreció la alta tasa de seguridad en el procedimiento de IVE ambulatorio y como un abordaje integral y acompañamiento por parte de los profesionales minimiza riesgos potenciales.

Una de las conclusiones a las que podemos abordar luego de lo trabajado, es la necesidad de repensar estrategias y promover esfuerzos adicionales para garantizar que las usuarias reciban la atención y el seguimiento necesario posterior a la IVE así como la anticoncepción

inmediata. Una de las mismas podría ser realizar consejería sobre MAC, entrega o turno para colocación del mismo en la primer consulta (Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico ó AIPEO), en la cual se explica el procedimiento y se entrega la medicación para realizarlo, a la luz de falta de concurrencia al control posterior, reforzando además la educación y el empoderamiento de las usuarias. Otra recomendación en este punto es realizar investigaciones para comprender las razones detrás de la falta de controles posteriores y utilizar estos datos para adaptar estrategias de abordaje.

En cuanto a la falta de datos, se propone establecer un protocolo de sistematización detallado que describa qué información debe recopilarse durante un procedimiento de IVE. Incluye una lista de verificación específica que los profesionales deben completar. Además se propone realizar capacitación del personal que participa de la atención de IVE, asegurando la comprensión de la importancia de registrar información completa y precisa.

AGRADECIMIENTOS

A Pablo Méndez por su colaboración en el análisis de datos y el uso y asesoramiento de la herramienta Excel.

A la actual coordinadora docente de Medicina General de PRIM Libertad Med. Diaz Ciarlo Maria por la supervisión y contribución a la carga de datos.

A los profesionales Brachetta, María; Zanier, Nicolas; Escuder, Fernanda; Polizzi, Sofia y Toñanes, Julián por la contribución a la obtención de datos de historias clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, H. (2010). El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos. Buenos Aires: Prometeo.
- Brown, J. (2020). Del margen al centro: De la construcción del aborto como un problema social al aborto como un derecho (1983-2018). *Cuestiones de Sociología* (22), e095.
- Cepeda, A. (2017). Los abortos no punibles: Argumentos médico-jurídicos y bioéticos en la Argentina de fines del siglo XX. *Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género*, 1 (2), e019.

- Colombara, M. (2018). El derecho a decidir sobre el propio cuerpo por parte de las mujeres en América Latina: entre la legalización y la ilegalidad sin excepciones. I Jornadas Platenses de Geografía, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 17 al 19 de octubre de 2018.
- De Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. Revista Mexicana de Sociología, vol 62, núm 1.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020). Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires en el marco de la Ley Nacional N° 27.610. Recuperado de: guiaimplementacionive.pdf (gba.gob.ar)
- Páginas Web: Página Oficial de la Red de Profesionales de la salud por el derecho a decidir: <http://www.redsaluddecidir.org/quienes-somos/>
- Sistematización de acompañamientos a abortar.(2021) Socorristas en Red. Argentina.

ANEXO

Anexo 1: operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Categorización
Edad	Años cumplidos		Valor absoluto en años	<ul style="list-style-type: none"> - <16 años - 16-25 años - >25 años - Media de años
Antecedentes gineco obstétricos	Historia de la usuaria en relación embarazos y paras previas	Nulípara Embarazos previos Abortos previos	Cantidad de embarazos previos Cantidad de abortos previos	<ul style="list-style-type: none"> - G0: sin embarazo previo - G=\geq1: uno o más embarazos previos - Ab=0: sin abortos previos - Ab=\geq1: uno o más abortos previos
Edad gestacional	Semanas y días de gestación por ecografía		Semanas completas y días de gestación obtenido por ecografía transvaginal a través de Longitud craneocaudal (LCC) fetal	<ul style="list-style-type: none"> - <7 semanas - 7-10 semanas - 10-13 semanas
Método de IVE	Fármacos utilizados para IVE	Misoprostol Combipack (mifepristona + 4 comprimidos de misoprostol)	Tipo y cantidad de comprimidos utilizados	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento con 12 comprimidos de Misoprostol - Combipack (mifepristona 1 + 4 Misoprostol) - Tratamiento para Huevo Muerto retenido con 4 Misoprostol - Sin datos sobre el método

Vía del Procedimiento	Modo de utilización del fármaco indicado para IVE	Sublingual Vaginal Combinada	Número de usuarias que utilizaron cada uno de las vías/ total de la muestra	Porcentaje: - Vía sublingual - Vía vaginal - Vía combinada
Eficacia del tratamiento	Capacidad de lograr el efecto terapéutico deseado de manera efectiva		Control Ecográfico con visualización de endometrio	- Alta eficacia: Fino sin restos - Moderada Eficacia: Grueso (con y sin restos) - Sin Eficacia: Falla (presencia de embrión) - Sin datos sobre la ecografía
Concurrencia al Control Posterior	Cantidad de personas que acudieron a consulta al CAPS posterior a 10 días y menos de 20 luego del IVE	Con control post: si concurrió Sin control post: no concurrió Sin datos	Número de usuarias que concurrieron / Total de la muestra.	- Alta concurrencia: >80 % - Moderada concurrencia: 60-80 % - Baja concurrencia: <60 % - Muy Baja concurrencia: < 40 %
Utilización de método anticonceptivo Previo y tipo	Dispositivos utilizados para prevenir el embarazo	Hormonal no LARCS LARCS Barrera SIN MAC	Número de usuarias que usaban MAC previo a consulta IVE y tipo de MAC/Total de la muestra	- Porcentaje de uso de cada MAC - Porcentaje de NO uso de MAC - Sin datos de uso de MAC
Porcentaje de obtención de Anticoncepción posterior a IVE y tipo de MAC	Cantidad de usuarias que recibieron MAC posterior a la realización de IVE	Hormonal no LARCS LARCS Barrera Sin MAC	Número de usuarias que recibieron MAC y tipo/Número total de la muestra. MAC más utilizado	- Alta prevención >80%. - Moderada Prevención: 80-60 % - Baja Prevención: <60-40 % - Muy baja Prevención: <40 %. - MACS utilizados clasificados en porcentaje