TÍTULO: “El aborto en números”. Descripción de las prácticas de IVE/ILE realizadas en el consultorio de Salud Sexual del Hospital de Rafaela durante el período de 2018-1er semestre de 2022”.

AUTORAS

Boidi, Gisel R. DNI: 32503134; Medica Generalista, Instructora de la Residencia de Medicina General y Familiar y Coordinadora del Consultorio de Salud Sexual del Hospital “Dr. Jaime Ferré” Rafaela

Montini, Antonina. B. DNI: 40552039. Médica. Residencia Medicina General y Familiar del Hospital Dr. Jaime Ferré de Rafaela.

LUGAR DE REALIZACIÓN: Residencia de Medicina General y Familiar Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela"

DIRECCIÓN: L. de la Torre 737; Rafaela - Santa Fe; CP 2300; **Tel:** (03492) 421721**; E-mail:** rmgyfrafaela@gmail.com

TIPO DE TRABAJO: trabajo de investigación

CATEGORÍA TEMÁTICA: epidemiología

ENFOQUE: cuantitativo

Trabajo inédito

RESUMEN

TÍTULO: “El aborto en números”. Descripción de las prácticas de IVE/ILE realizadas en el consultorio de Salud Sexual del Hospital de Rafaela durante el período 2018-1er semestre de 2022.

AUTORAS: Boidi, Gisel R; Montini, Antonina B.

LUGAR DE REALIZACIÓN: Residencia de Medicina General y Familiar, Hospital "Dr. Jaime Ferré Rafaela".
DIRECCIÓN: L. de la Torre 737; Rafaela - Santa Fe; CP 2300.
TELÉFONO: (03492) 421721
E-MAIL: rmgyfrafaela@gmail.com

TIPO DE TRABAJO: trabajo de investigación

CATEGORÍA TEMÁTICA: epidemiología ENFOQUE: cuantitativo

Trabajo inédito

Introducción: en nuestro país la Ley de IVE está en vigencia hace más de 1 año y medio por lo que resulta pertinente producir información local respecto a la realización de la práctica para evaluar a largo plazo el impacto de la misma. **Objetivos:** analizar las prestaciones de IVE/ILE realizadas por el Equipo del Consultorio de Salud Sexual del Hospital “Dr. Jaime Ferré” de Rafaela en el periodo 2018 - 1°semestre 2022. **Metodología:** trabajo de investigación cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal en base al análisis de datos extraídos de las EPICRISIS del Consultorio de Salud Sexual. **Resultados y discusión:** de 493 usuarias que consultaron 88% interrumpieron su embarazo de las cuales 18% debieron ser derivadas y 69% fueron atendidas en el efector; de éstas 56% realizaron procedimiento con misoprostol (eficacia 87%, falla 13%, complicaciones 4%) y 13% AMEU con sedación, sin complicaciones y cada 2 AMEU realizadas 1 se colocó DIU. **Conclusiones y propuestas:** tendencia estable en la cantidad de consultas; reducción de derivaciones y aumento de uso de DIU post interrupción tras incorporación de AMEU; AMEU como práctica más elegida para usuarias de localidades del interior. Se propone reformular la epicrisis actual o crear un nuevo sistema de registro para sistematizar más eficazmente las prácticas.

PALABRAS CLAVES: Aborto; Misoprostol; Aspiración Mecánica EndoUterina

“El aborto en números”. Descripción de las prácticas de IVE/ILE realizadas en el consultorio de Salud Sexual del Hospital de Rafaela durante el período de 2018-1er semestre de 2022”.

Boidi, Gisel R.; Montini, Antonina B.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los compromisos asumidos por todos los países del mundo, incluida la Argentina, en materia de Salud Sexual y Reproductiva presentes en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016/2030, **exiten aún enormes inequidades en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, principalmente los relacionados con el acceso a la anticoncepción y la atención del aborto seguro.**

Las personas con capacidad de gestar se embarazan sin desearlo o planificarlo por diferentes razones: falla de los métodos anticonceptivos, necesidades insatisfechas de anticoncepción por dificultades en el acceso a información o al método y violencia o coerción sexual entre otras. La OMS calcula que cada año **ocurren 33 millones de embarazos no deseados en el mundo que se atribuyen a fallas de los métodos anticonceptivos** (Ipas 2022); en países de bajos ingresos, la falta de anticonceptivos deja a 6 de cada 10 mujeres expuestas a embarazos no intencionales (Ipas 2022) y la pandemia de COVID 19 agudizó esta situación: para el caso de Argentina las necesidades insatisfechas de anticoncepción disminuyeron de 2016 (11.6 %) a 2018 (11.3 %) y continuaron bajando 0.2 % en 2020 (11.1 %) pero se calcula que **a causa de la pandemia la demanda insatisfecha de anticonceptivos podría haberse elevado hasta un 20.7 %** (Ipas 2022).

Además, aproximadamente **121 millones de embarazos no deseados ocurrieron en el mundo cada año entre 2015 y 2019** de los cuales **el 61% terminó en aborto**; esto se traduce en 73 millones de abortos por año en todo el

mundo y una **tasa mundial de aborto de 39 por cada 1,000 mujeres** en edad reproductiva (Guttmacher 2022). El aborto es una experiencia compartida por personas de todo el mundo y sabemos que **ocurre independientemente del estatus legal del mismo:** se observaron tasas similares de aborto durante los años 2015-2019 en países con aborto despenalizado (40 cada 1000), con régimenes legales que permiten el aborto para preservar la salud o la vida de la mujer (36 cada 1000) o donde esta totalmente penalizado (40 cada 1000). (Guttmacher 2022). Sin embargo los resultados para la salud y la vida de las personas gestantes que abortan son radicalmente diferentes en función de la legalidad del mismo (y la posibilidad de acceder o no a procedimientos seguros que esto genera). Sabemos que entre un **4,7 % y un 13,2 % de la mortalidad materna anual puede atribuirse a los abortos inseguros** (Ipas 2022) y que **el 45% de los abortos que se practican en el mundo son en condiciones de riesgo.**

El aborto legal es un procedimiento médico altamente seguro, incluso es 15 veces más seguro y con menor riesgo de muerte que un parto natural y cuando los procedimientos de aborto siguen las recomendaciones de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es muy bajo: **en países con legislaciones altamente restrictivas respecto al aborto 1 de cada 4 abortos es seguro mientras que en países donde el aborto esta despenalizado, 9 de cada 10 abortos son seguros** (Ipas 2022).

En diciembre de 2021 Argentina modificó su régimen legal respecto al aborto mediante la **sanción de la Ley Nacional 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo** (que entró en vigencia a partir de Enero de 2021); migrando de un régimen mas restrictivo por causales a un régimen más amplio de tipo mixto por plazos y causales. Esta ley reconoce el derecho de las personas gestantes a **interrumpir su embarazo hasta la semana catorce inclusive y fuera de este plazo el derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante,** tal como estaba ya previsto en el Código Penal y los lineamientos del fallo “F.A.L s/medida autosatisfactiva” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Teniendo en cuenta que las consecuencias para la salud de las personas gestantes producto de abortos inseguros pueden prevenirse si se garantiza el acceso a la educación sexual integral, a una selección de métodos anticonceptivos modernos eficaces y asequibles, incluida la anticoncepción de emergencia, la prestación de servicios legales y de calidad de aborto; y que en nuestro páis la Ley de IVE está en vigencia hace mas de 1 año y medio, **resulta pertienente producir información local respecto a la realización de la práctica para evaluar a largo plazo el impacto de la misma.**

IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según el estudio realizado por Mario y Pantelides en 2009, **se estima que en la Argentina se realizan anualmente entre 370.000 y 522.000 interrupciones de embarazos;** son cifras estimativas con un margen de imprecisión debido a la “clandestinidad” de la práctica durante muchísimos años. Sin embargo, a partir de la sanción de la Ley Nacional 27.610, el Ministerio de Salud de la Nación ha logrado recabar y sistematizar información sobre las prácticas de IVE/ILE en todo el país en los efectores públicos. El Informe de gestión 2021 de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable arroja que **durante el 2020 reportaron prácticas de IVE/ILE 907 efectores y que este número ascendió a 1347 en 2021** (MSal Argentina 2022).

IVE/ILE realizadas en 2021 informadas por jurisdicción al 31.07.2022

Jurisdicción	ILE/IVE 2021 informadas al 31 de julio 2022	Jurisdicción	ILE/IVE 2021 informadas al 31 de julio 2022
Buenos Aires	33.147	Mendoza	2.916
Catamarca	781	Misiones	597
Chaco	688	Neuquén	656
Chubut	967	Río Negro	829
Ciudad de Buenos Aires	8.847	Salta	3.020
Córdoba	2.844	San Juan	380
Córdoba (Municipio de Córdoba*)	1.179	San Luis	785
Corrientes	611	Santa Cruz	278
Entre Ríos	1.643	Santa Fe	4.383
Formosa	273	Santiago del Estero	585
Jujuy	1.743	Tierra del fuego	343
La Pampa	1.075	Tucuman	4.162
La Rioja	755		
		TOTAL	73.487

Fuente: GT Acceso a la IVE ILE, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), SAS, MSAL Nación Argentina. Febrero 2022.

La provincia de Santa Fe tiene una larga trayectoria en la garantía al acceso de la IVE/ILE. En el siguiente gráfico se observan las IVE/ILE reportadas por la provincia **durante el 2021: sobre un total de 73.487 a nivel nacional, Santa Fe informó 4.383 siendo la tercer jurisdicción luego de la Provincia de Buenos Aires (33.147 IVE/ILE) y CABA (8847 IVE/ILE).**

A su vez, el **Laboratorio Industrial Farmacéutico** de la Provincia de Santa Fe **es el primer laboratorio público de producción de Misoprostol** que garantiza el abastecimiento de este medicamento a efectores de salud de toda la provincia **desde el año 2018.** En solo dos años aumentó diez veces las cantidades producidas, pasando de 92.040 comprimidos en 2019 a más de 1.200.000 comprimidos en el 2022 (Dirección de SSyR Santa Fe, n.d.); desde el 2021 abastece también a varias provincias del país y actualmente se encuentra en desarrollo el proceso de producción de Mifepristona.

Sin embargo, como se observa en la siguiente tabla, existen brechas en la oferta de servicios de IVE/ILE hacia el interior de la provincia, hecho que se evidencia en las notables diferencias de la cantidad de profesionales que prescriben misoprostol según Región Sanitaria (Dirección de SSyR Santa Fe, n.d.).

Tabla 4: *Cantidad de médicxs* que suministraron misoprostol para aborto médico no complicado (o04.9 y z64.0) entre los años 2016 y 2022, por región. No incluye efectores municipales de Rosario.

REGIÓN	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (1° sem.)
ROSARIO	27	36	46	85	106	110	78
SANTA FE	19	26	35	49	63	61	47
RECONQUISTA		1		7	17	19	9
RAFAELA			2	3	7	6	6
VENADO TUERTO			1	2	1	4	2
TOTAL	**46**	**63**	**84**	**146**	**194**	**200**	**142**

Fuente: Sistema de Farmacia. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

La ciudad de Rafaela es la tercer ciudad de la provincia de Santa Fe en cantidad de habitantes, tiene un Hospital Complejidad V (con una Sala de Tocoginecología con guardia activa y quirófano activo las 24 hs, Terapia Intensiva de Adultos y una Maternidad categoría IIIb), es el 3er Nivel de Atención de la Región de Salud y es receptor de todas las derivaciones de los efectores de la misma. **La red sanitaria de la Región Rafaela está constituida por 64 efectores en 3 departamentos (Castellanos, San Cristóbal y 9 de Julio)** ubicados al Centro y Noroeste de la provincia. Se trata de una región extremadamente diversa en sus características socioeconómicas y demográficas así como en sus distancias entre efectores. Hay 3 Hospitales Regionales con Servicio de Tocoginecología, salas de Internación de Tocoginecología, Maternidades y Quirófanos activos: Hospital Regional de Ceres, de Tostado y San Cristóbal. El resto de los efectores son Hospitales Rurales con internación general, consultorios ambulatorios y guardia activa de Urgencias y Emergencias y Centros de Salud ambulatorios sin internación y algunos con guardias médicas pasivas.

En relación a las **praćticas de IVE/ILE en la Región**, a pesar de que son numerosos los efectores con capacidad técnica y estructural para garantizar el acceso a la misma, por diversos motivos mayoritariamente relacionados con la objeción de conciencia, de los 64 efectores **sólo 6 brindan este servicio y en diferentes grados de accesibilidad y complejidad. Hospital de Rafaela:** Misoprostol ambulatorio (esquema de 3 dosis de 800 mcg cada 3 horas por vía de elección de la usuaria) y AMEU con Sedación Ambulatorio en IVE hasta las 12.6 semanas (definiciones tomadas por equipo en base al requerimiento particular de ambos tocoginecologxs); equipo conformado con 2 tocoginecólogxs, 1 médica generalista, residentes de Medicina General y Familiar, 1 psicóloga, 2 enfermeras, 1 trabajadora social y colaboración de la Residencia de Tocoginecología. **Otros efectores:** Sunchales (1 medico tocoginecologo), Arrufó (1 médica generalista), San Guillermo (1 médica generalista y una psicóloga), Suardi (1 medica tocoginecologa y 1 trabajadora social), Frontera (1 médica generalista y 1 trabajadora social): indican misoprostol ambulatorio. El resto de los efectores de la región incluyendo los Hospitales Regionales de Ceres, San Cristóbal y Tostado derivan al Hospital de Rafaela realizando solo la consulta inicial con profesional médicx, obstetricx y/o trabajadorx social.

Todas las solicitudes de interrupción de embarazo **mayores a 12.6 semanas y/o con comorbilidades que requieren internación** son recibidas en el consultorio, se realiza el asesoramiento pre y post y son derivadas a Efectores de mayor complejidad en la ciudad de Santa Fe para realizar exclusivamente la práctica: CEMAFE (centro ambulatorio de especialidades médicas que tiene conformado Equipo de Salud Sexual desde el mediados de años 2018 y realiza AMEU con sedación o anestesia local hasta las 14.6 semanas) y Hospital Iturraspe que realiza Misoprostol en internación previa Fetólisis o Mifepristona a partir de las 15 semanas con Equipo conformado en el año 2021). Esto se debe a que el acuerdo posible con el Servicio de Tocoginecología para garantizar las IVE incluyó solamente la práctica de AMEU hasta 12.6 (no misoprostol en internación, sin importar las semanas).

El **circuito de atención de IVE/ILE en la región** entonces está garantizado por un reducido número de efectores y profesionales y depende en su mayoría del

Equipo del Consultorio de Salud Sexual del Hospital Rafaela. La garantía de la atención de interrupciones de embarazos en nuestro efector es el resultado de la convicción y la persistencia en la lucha por garantizar el acceso a abortos seguros de la Residencia de Medicina General y Familiar que comienza a acompañar las primeras situaciones de ILE en en el año 2014 en marco de mucha resistencia hacia adentro de la institución y también de las organizaciones antiaborto locales.

La **conformación del actual equipo del Consultorio de Salud Sexual** (con la incorporación de 2 tocoginecologxs y 2 enfermeras en el año 2021 que permitió comenzar a realizar AMEU con sedación en nuestro hospital y reducir el número de derivaciones) fue propiciada por la sanción de la Ley Nacional 27.610 y el acompañamiento y la decisión política de la Dirección de Residencias Médicas, la Dirección Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y la Secretaría de Primer y Segundo Nivel de Atención del Ministerio de Salud de la Provincia así como tambień de la Dirección del Hospital, durante las gestiones previas y actual. Anterior a la sanción de la LEY y bajo la vigencia del marco legal de Abortos No Punibles establecido en el Codigo Penal de la Nación, el Equipo del Consultorio de Salud Sexual del Hospital (en funcionamiento desde el año 2016) estaba solo conformado por 1 médica generalista y les residentes de medicina General y Familiar que rotaban por el mismo; se realizaba sólo misoprostol ambulatorio y se derivaban el resto de las situaciones a efectores de Santa Fe o Rosario.

Durante todos estos años, de algunos avances y no pocos retrocesos en la gestión de los procesos de atención de IVE/ILE de la Región de Salud, se han garantizado desde este espacio el acceso a la atención de interrupciones de embarazos a una enorme cantidad de usuaries de Rafaela y diversidad localidades; **es de nuestro interés poder dar cuenta de ese trabajo describiendo las características de les usuaries que consultaron, las prácticas realizadas y los resultados clínicos obtenidos.**

MARCO TEÓRICO

Clasicamente se define como aborto a cualquier expulsión prematura de los productos de la concepción que tiene como resultado la interrupción del embarazo,

incluyendo tanto el aborto inducido como el espontáneo. El **aborto inducido**, tambień denominado aborto médico, voluntario o terapuetico es definido como la interrupción deliberada de un embarazo mediante un procedimiento o el uso de medicamentos (UNFPA 2022).

Segun la Guía Técnica de Aborto Seguro de la OMS define **el aborto inseguro** como un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar sanitario mínimo, o ambos (OMS 2012). Los **métodos seguros** para la provisión de abortos inducido recomendados por la OMS incluyen esquemas farmacológico (misoprostol solo o combinado con mifepristona), la AMEU y la Dilatación y Evacuación. A los alcances de este trabajo describiremos el perfil de eficacia y seguridad del régimen con misoprostol solo y AMEU ya que, durante el periodo de tiempo estudiado en nuestro efector se disponía solo de éstos dos. Actualmente, a partir de agosto de 2022 disponemos también del esquema Mifepristone+Misoprostol.

1- Régimen de Misoprostol solo:

Se recomienda que en **embarazos de hasta 12 semanas** se utilice misoprostol 800 mcg (vaginal, sublingual o yugal) cada 3 horas por 3 dosis; se pueden repetir las dosis hasta la expulsión. En los **embarazos mayores a 12 semanas** se indica dosis de 400 mcg (vaginal, sublingual o yugal) cada 3 horas hasta que se produzca la expulsión, sin límite de dosis y pueden combinarse, si fuera necesario con los tratamientos instrumentales. Para ello se recomienda la **evacuación uterina mediante AMEU** en mujeres que presentan sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas (MSal Argentina, n.d.). Se sugiere la internación en aquellas usuarias que presenten comorbilidades, en casos de vulnerabilidad social, o para conservar el material para estudio de ADN en caso de violación (MSalArgentina, n.d.).

Eficacia: el ensayo clínico aleatorizado más extenso que utilizó el régimen recomendado de misoprostol solo determinó una tasa de eficacia de 84%. Estudios menos extensos informaron tasas de eficacia de 92% para gestaciones de hasta

ocho semanas del 89% al 91% hasta nueve semanas y del 84% al 87% para gestaciones de 9 a 13 semanas. Una revisión sistemática realizada en el año 2019 evaluó la eficacia del misoprostol solo, revisando 42 estudios y encontró una tasa de eficacia general de 78% y el 20% de las mujeres necesitaron una evacuación endouterina quirúrgica posteriormente. La tasa de continuación del embarazo, disponible solo para la mitad de las mujeres que necesitaron una evacuación endouterina quirúrgica fue de 6%. En estudios que utilizaron el régimen recomendado de misoprostol solo, o regímenes similares, la tasa de aspiración, por la razón que fuera, varió del 12% al 17% y las tasas de continuación del embarazo del 3% al 10%. En general, mayores tasas de eficacia con regímenes de misoprostol se asocian con una edad gestacional de menos de 7 semanas mayor número de dosis repetidas de misoprostol, mayores dosis iniciales de misoprostol, vías no orales de administración del misoprostol, y más tiempo antes del seguimiento por el/la prestador/a de servicios para confirmar aborto completo.

Seguridad: No existe evidencia concluyente sobre el uso de misoprostol y el aumento de riesgo de ruptura uterina en usuarias con cesáreas previas (MSal Argentina, n.d.). Las complicaciones son informadas con poca frecuencia: sangrado que requiere aspiración ocurre entre el 1% y el 4%, menos del 1% necesitan una transfusión de sangre y del 1% al 4% presentan una infección (Ipas 2019).

2- Aspiración Mecánica Endouterina:

La aspiración de vacío **presenta mínimas complicaciones en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida** (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío **es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor.** Previamente al procedimiento instrumental, se recomienda la preparación del cuello uterino en todas las que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación. Para embarazos de menos de 13 semanas de edad gestacional puede prepararse el cuello en forma eficaz con la administración de 400 mcg de misoprostol vía sublingual 1 hora antes del procedimiento.

Eficacia: se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100% (MSal Argentina 2021).

Seguridad: tasas de complicaciones extremadamente bajas, una hemorragia después de la aspiración por vacío realizada antes de las 13 semanas de gestación ocurre 0 a 3 de cada 1.000 casos y en 0.9 a 10 de cada 1.000 casos después de la evacuación endouterina realizada a las 13 semanas o más de gestación (MSal Argentina 2021).

OBJETIVOS

Objetivo General: analizar las prestaciones de interrupción de embarazo realizadas por el Equipo del Consultorio de Salud Sexual del Hospital "Dr. Jaime Ferré" de Rafaela y las características de les usuaries desde el 2018 al primer semestre de 2022.

Objetivos específicos: 1) Computar la cantidad de usuaries que consultaron por interrupción del embarazo, disgregando por el año de consulta dentro del período estudiado y determinar la tendencia de las consultas en el mismo. **2)** Calcular la proporción de usuaries que consultaron según rango etario, lugar de procedencia, método anticonceptivo previo y post intervención y antecedente de gestas previas. **3)** Determinar la proporción de usuaries que no realizaron la interrupción luego de la consulta y conocer los motivos. **4)** Comparar la proporción de DIU colocados post interrupción en usuaries que interrumpieron con Misoprostol y AMEU. **5)** Establecer el porcentaje de falla de tratamiento con Misoprostol y las vías de administración. **6)** Identificar y calcular la proporción de complicaciones presentadas post interrupción con Misoprostol y AMEU. **7)** Determinar el porcentaje de derivaciones a efector de mayor complejidad y su tendencia en el período de tiempo estudiado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo de investigación **cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal** en base al análisis de **datos extraídos de las**

EPICRISIS del Consultorio de Salud Sexual incluyendo como **población a todes les usuaries que consultaron por interrupción de embarazo durante los años 2019,2020, 2021 y primer semestre de 2022.**

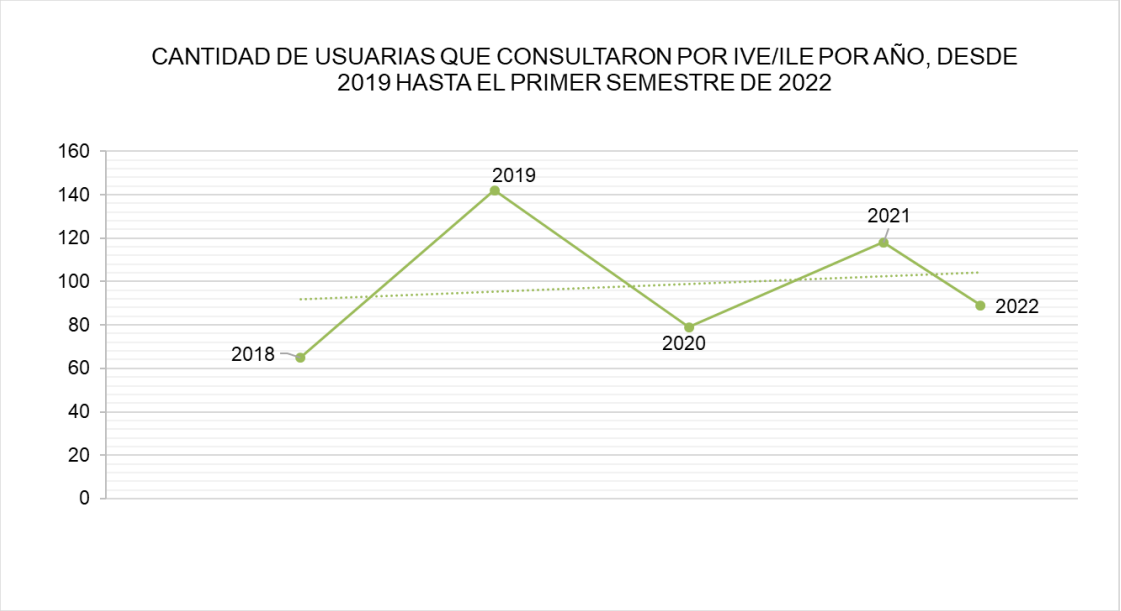
Los datos se tabularon manualmente teniendo en cuenta las siguientes variables registradas en las Epicrisis del Consultorio de Salud Sexual: **Año de consulta:** 2018, 2019, 2020, primer semestre de 2022. **Rango etario:** menores de 15 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 29 años, 30 a 35 años, 35 a 39 años y mayores de 40 años. **Uso de MAC actual previo y posterior a la consulta**: anticonceptivos orales combinados (AOC), anticonceptivos inyectables combinados (AIC), dispositivo intrauterino de cobre (DIU), dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU LNG), acetato medroxiprogesterona de depósito (AMP), anticonceptivo oral de progestágeno solo (aops), implante hormonal anticonceptivo de levonorgestrel (IHLD), método de barrera (preservativo), ligadura tubaria (LT), y otros (parches, anillos); consignando si no utiliza o no fue registrado. **Gestas previas:** indicando cantidad de partos, ceáreas y/o abortos. **Realizó interrupción o no** y en caso de no realizarla registrando causales: decide continuar con el embarazo, embarazo que concluye en aborto espontáneo, no estaba embaraza, otro motivo. **Realizó la interrupción en el efector local o fue derivada** a efector de mayor complejidad y causa de la derivación. **Tipo de procedimiento** realizado para la interrupción: Misoprostol ambulatorio (especificando vía de administración: vaginal, sublingual o yugal), Misoprostol en internación, AMEU con anestesia local o AMEU con sedación. **Falla tratamiento con misoprostol ambulatorio:** se consignó como falla de tratamiento a la no expulsión del saco gestacional constatado por ecografía. **Tipo de procedimiento secundario realizado ante falla de tratamiento con misoprostol ambulatorio:** segundo esquema de misoprostol ambulatorio, AMEU con local o AMEU con sedación. **Complicaciones:** consignando como complicaciones aborto incompleto, hemorragia postaborto, rotura uterina, lesiones cervicales y aborto séptico.

Luego de obtener estos datos se procedió al análisis de los mismos procesándolos en EXCEL.

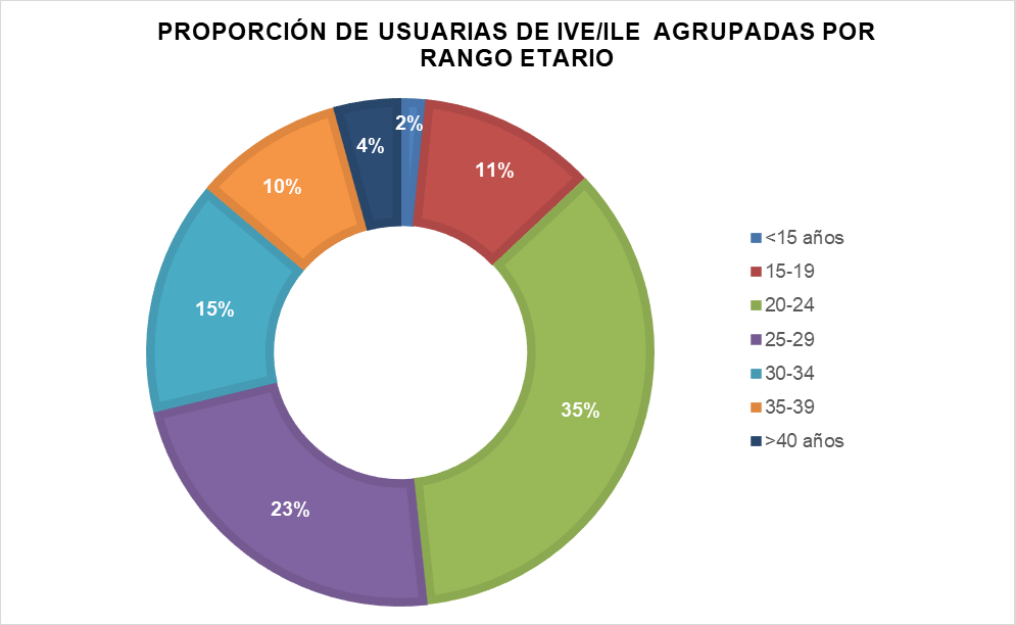
En relación a las **consideraciones éticas**, se aseguró el resguardo de la identidad de todes les usuaries registrades en las epicrisis al momento de tabular los datos de manera no nominalizada.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el periodo de tiempo estudiado consultaron **en total 493 usuarias por interrupción de embarazo** en el Consultorio de Salud Sexual: 65 en 2018, 142 en 2019, 79 en 2020, 118 en 2021 y 89 en el primer semestre de 2022; durante este período de tiempo no hubo consultas de varones trans. Como podemos ver en el siguiente gráfico, **la tendencia de consultas totales se mantiene estable y en leve aumento** (línea de puntos) a pesar de las variaciones interanuales observadas (línea continua) en donde se aprecia una marcada disminución en 2020 que coincide con las restricciones a la circulación y los protocolos sanitarios aplicados durante la Pandemia.

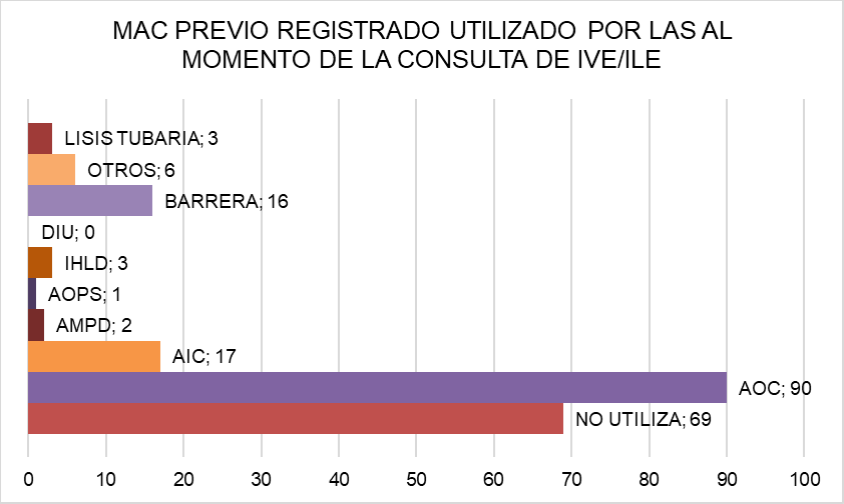


Respecto a las **edades de las usuarias,** recabamos que la **mayor proporción se observa en el rango etario de 20 a 24 años seguido por 25 a 29 años.** Es importante aclarar que del 2% de usarias menores a 15 años (8 pacientes) ninguna se trató de una situación de Abuso Sexual.



En relación al **Método Anticonceptivo previo y post** y al antecedente de **Gestas Previas,** encontramos 286 y 109 epicrisis respectivamente sin ese registro, por lo cual no se puede construir de manera correcta los indicadores planteados en la metodología para estas variables. Excepción a esto son los DIU colocados post IVE debido a que por su modalidad de registro en el sistema informático de salud que utilizamos (SICAP) se pudo recopilar esa información.

En el siguiente gráfico se muestran los **Métodos Anticonceptivos Previos de las 207 pacientes** que lo tienen registrado. En el mismo se observa que los más frecuentes son los Anticonceptivos Orales e Inyectable Mensual; es de destacar que **69 de las usuarias no estaban utilizando método anticonceptivo alguno** y 3 referían tener Ligadura Tubaria. Cabe aclarar que las 3 usuarias que refirieron Implante Hormonal Anticonceptivo habían solicitado su extracción poco tiempo antes de la consulta para interrumpir.



De las **384 usuarias que tienen registrado** en su Epicrisis de s**us gestas previas** encontramos que 278 tenían gestas previas por parto o cesárea, 19 tenían gestas previas que terminaron en aborto y 87 no tenían embarazos previos.

Sobre el **lugar de procedencia** de las usuarias que consultaron identificamos que **76% (374) son de la ciudad de Rafaela** y **24% (119) son del interior de la región,** de las cuales destacamos por su frecuencia: 28 de San Cristóbal, 10 de San Vicente, 10 de Sunchales, 10 de Pilar[1] y 9 de Ceres.

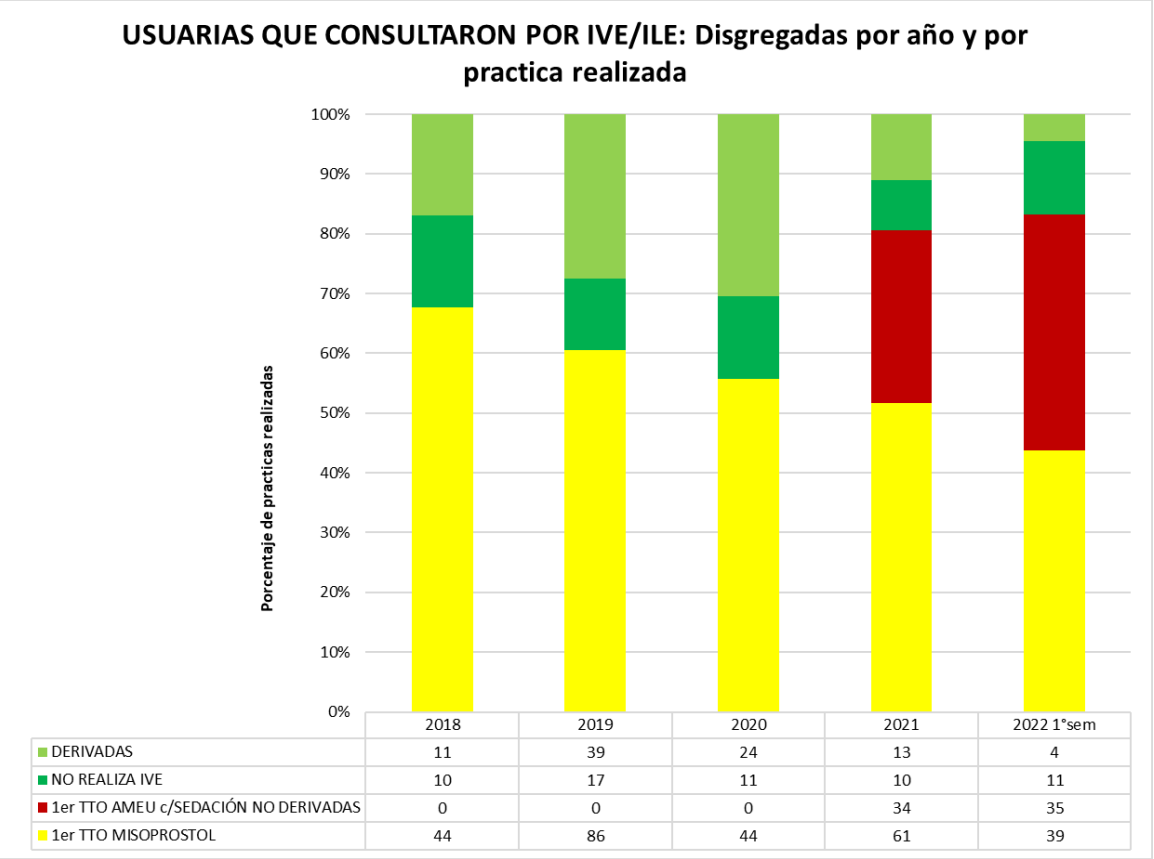
Del total de usuarias que consultaron en el período de tiempo estudiado: **12% (59) no interrumpieron su embarazo** de las cuales 32 decidieron continuar luego de la consulta, 10 tuvieron aborto espontáneo antes de iniciar procediemiento de interrupción, en 8 se constató mediante ecografía o laboratorio que no estaban embarazadas, 5 no vuelvieron a la consulta, 1 tuvo un embarazo detenido que se derivó a tocoginecología y 4 no interrumpieron por su Edad Gestacional (mayor a 15 semanas). De estas últimas, cabe aclarar que todas son del año 2019, cuando aún no estaba sancionada la Ley de IVE, no estaban formados los equipos del CEMAFE y de los dos Hospitales de 3er Nivel de la ciudad de Santa Fe, por lo que resultaba extremadamente complejo poder garantizar las ILE de 2do Trimestre. **88% (434)** de las usuarias que consultaron en el periodo estudiado **realizaron la IVE/ILE. 69% (343) de las usuarias que interrumpieron su embarazo realizaron la**

[1] Esta localidad no pertenece a nuestra región de salud pero por su cercanía geográfica se acuerda con el equipo local que sean derivadas a Rafaela las usuarias que por diversos motivos de su consideración no pueden ser atendidas en ese efector.

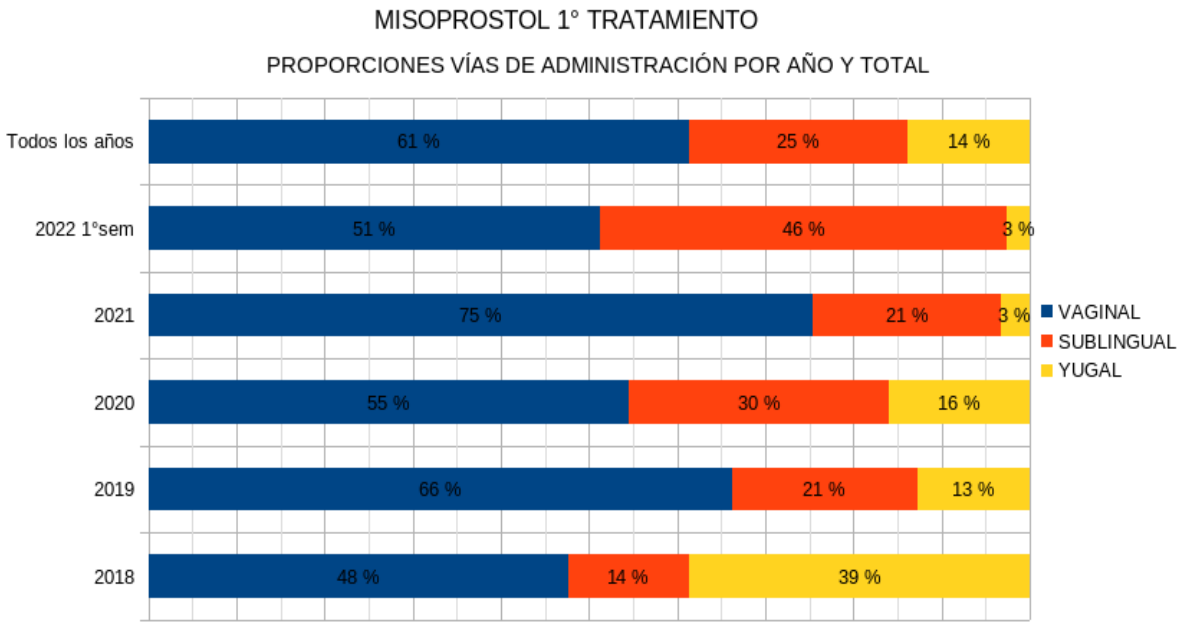
interrupción en nuestro efector y 18% (91) debieron ser derivadas para realizar la interrupción a otro efector de mayor complejidad resolutiva.

De las usuarias que interrumpieron su embarazo en nuestro efector**: 56% (274) realizaron procedimiento con misoprostol y 13% (69) realizaron interrupción con AMEU con sedación** con nuestro equipo (desde junio de 2021).

En el siguiente gráfico se puede observar las cantidades absolutas y las proporciones de usuarias que consultaron, si realizaron o no el procedimiento, el tipo de procedimiento realizado y las que fueron derivadas, disgregadas por año. Del mismo podemos recabar que l**a indicación de misoprostol constituye más de la mitad de las prácticas realizadas hasta 2021,** momento en el cual se incorpora al efector la posibilidad de ofrecer AMEU. En el mismo sentido, **el aumento de las derivaciones a efector de mayor complejidad entre 2018 y 2020 es seguido por una disminución de las mismas en 2021 y el 1er semestre de 2022, de igual manera ocurre con el tratamiento con misoprostol.** La proporción de usuarias que, por diversos motivos no interrumpen se mantiene estable.



De las usuarias que realizaron su **primer procedimiento con Misoprostol la mayor proporción (86%) corresponde a la localidad de Rafaela** y 14% (38) fueron derivadas de las localidades de la región. En relación a la **vía de administración** se observa que **la principal vía elegida es la VAGINAL**, seguida por la vía SUBLINGUAL y por último la vía YUGAL; al analizar disgregando por año esta tendencia se mantiene desde 2020 a 2021, observándose un mayor uso de la vía YUGAL por sobre la SUBLINGUAL en el primer semestre de 2022 como puede apreciarse en el siguiente gráfico.



Con respecto a la **eficacia del misoprostol en el primer tratamiento**, obtuvimos un **13 % de falla de tratamiento** (36 de las 274 usuarias); es decir que el **éxito** de tratamiento con misoprostol durante el período de tiempo estudiado es de **87 %; estos datos coinciden con lo reportado en la bibliografía.** Al analizar la proporción de **falla de tratamiento según la vía de administración** observamos 10% de falla en la vía vaginal, 18% en la vía sublingual y 17% en la yugal; éstos datos coinciden con lo mencionado en la bibliografía respecto a menor porcentaje de falla con la vía vaginal. De las usuarias con falla de tratamiento resulta importante detallar las conductas tomadas. **20 fueron derivadas a otro efector** de mayor complejidad resolutiva para realizar segundo tratamiento de las cuales 12 realizaron segundo tratamiento con AMEU con anestesia local y 8 AMEU con sedación. **16 realizaron 2do tratamiento en nuestro efector:** 4 AMEU con sedación; 11 con misoprostol (de las cuales 3 tuvieron 2da falla de tratamiento y se resolvieron en el 3er tratamiento con AMEU con sedación, y 1 tuvo aborto incompleto despues del segundo tratamiento y se le realizó AMEU) y 1 LEGRADO (en el servicio de guardia de tocoginecología y sin ser evaluada por el equipo de Salud Sexual).

Del total de usuarias que usaron misoprostol 4% (24) tuvieron complicaciones. 7% aborto incompleto (19 de 274): de las cuales 7 utilizaron la

via vaginal, 8 la via sublingual y 4 la via yugal. 4 de ellas requirieron AMEU para evacuación de restos y las otras respondieron adecuadamente a esquema de 400 mcg de misoprostol sublingual. **1,5% hemorragia post aborto (5 de 274):** ninguna requirió transfusión y sólo 1 fue legrada al consultar en la guardia de tocoginecología. Si bien la proporción total de usuarias que usaron misoprostol y que requirieron evacuación uterina por cualquier causa es 9.5 %, porcentaje menor a lo reportado por la bibliografia, la proporcion de usuarias que utilizaron misoprostol con aborto incompleto que requirieron evacuacion instrumental es superior (25%).

De las **69 usuarias que realizaron como primer método de interrupción de embarazo el AMEU con sedación** en nuestro efector podemos decir que 5 usuarias superan las 12.6 semanas (edad gestacional límite establecida por el equipo), se trató de situaciones especiales que se pusieron a consideración en el equipo. **Además no se reportaron complicaciones** en el periodo de tiempo estudiado y teniendo en cuenta el **lugar de procedencia** de las usuarias, **más de la mitad (37) de las pacientes que interrumpieron con AMEU son derivadas de diversas localidades de la región.** Esto contrasta con la proporción de usuarias derivadas de la región que interrumpió con misoprostol (menos del 10%) y esto se debe en parte a que, si bien el tipo de tratamiento indicado respeta la decisión de la usuaria (exceptuando contraindicaciones), el equipo prefiere recomendar a las usuarias del interior el AMEU para evitar que las mismas deban trasladarse en varias oportunidades y asegurar el acceso a la IVE de forma más rápida y conveniente para la usuaria.

Sobre las complicaciones en general, **no se reportaron rotura uterina, lesiones cervicales y aborto septico** tanto en las interrupciones realizadas en Rafaela como en las derivadas.

De los **85 DIU post interrupción colocados**, observamos que **cada 2 pacientes a las que se le realizó el AMEU 1 se colocó DIU** y cada 18 pacientes que utilizaron misoprostol 1 se colocó DIU.

CONCLUSIONES

En primera instancia podemos decir que se mantiene una tendencia estable en la cantidad de consultas y la cantidad de usuarias que deciden interrumpir o continuar con su embarazo durante el intervalo de tiempo estudiado y que las pacientes que consultaron con más frecuencia son mujeres entre los 20 y 30 años de la localidad de Rafaela.

Además pudimos determinar que la cantidad de derivaciones realizadas a efector de mayor complejidad se redujo en una gran proporción gracias a la incorporación de la práctica de AMEU en nuestro hospital; la misma mostró un alto perfil de seguridad, promovió el uso de DIU post interrupción y se presentó como la práctica más elegida para usuarias de localidades del interior.

En relación al régimen de Misoprostol, pudimos confirmar que tanto las vías de administración como la seguridad y eficacia detectadas coinciden con lo reportado en los estudios internacionales, aunque llama la atención la alta proporción de usuarias con falla de tratamiento que requirieron AMEU que se encuentra por encima de lo esperado.

PROPUESTAS

Los resultados encontrados en el presente trabajo nos permiten dar cuenta de la producción del equipo del Consultorio de Salud. Sin embargo, algunos objetivos del mismo no se pudieron cumplir debido a la falta de datos registrados (epicrisis incompletas). Como propuesta sugerimos reformular la epicrisis actual o crear un nuevo sistema de registro que, sin restar tanto de la consulta, pueda sistematizar de manera completa las prácticas realizadas y ser consultado de manera ágil.

BIBLIOGRAFÍA

Dirección de SSyR Santa Fe. n.d. *Informe de Gestión para Consejo Asesor de SSyR*. 2020th ed.

Guttmacher Institute. 2022. “Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide.” https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide.

Ipas. 2021. “Actualizaciones clínicas en salud reproductiva .” https://www.ipas.org/resource/actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva/.

Ipas. 2022. “10 datos de salud pública para entender la importancia de despenalizar el aborto.”

https://ipaslac.org/uploads/1645678028476_ES_ARCHIVO_1.pdf.

Ipas. 2022. “Salud Reproductiva: Información Básica de Argentina”. https://ipaslac.org/uploads/1659474072085_ES_ARCHIVO_1.pdf.

MSal Argentina. 2021. Banco de Recursos. “Protocolo para la atención integral de las personas con derechos a la IVE/ILE.” https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion-voluntaria.

MSal Argentina. 2022. “Implementar IVE: informe de gestión 2021.” https://bancos.salud.gob.ar/recurso/implementar-ive-ile-ley-27610-informe-anual-2021.

MSal Argentina. n.d. “Nota técnica 4: LEy 27.610. Atención integral de las personal con derecho a la IVE. Aspectos médicos del acceso a IVE/ILE.” https://bancos.salud.gob.ar/recurso/note-tecnica-4-ley-27610-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-la-interrupcion.

OMS. 2012. “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - Segunda edición.” World Health Organization (WHO).

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf.

Silva, Mario, and Edith A. Pantelides. 2009. “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina.” Repositorio CEPAL. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842.

UNFPA. 2022. “La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales.” UNFPA Argentina |. https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_swp22_report-web_-_29_march_0.pdf.