

## **ABORTARÁS CON DOLOR**

### **Un estudio transversal sobre la percepción del dolor en Interrupción Voluntaria del Embarazo**

#### *Autoras:*

Fernández Cinquemani Bárbara Liza DNI 35901489, médica residente de Medicina General.

Ostrej Melisa, DNI 31624622, médica generalista.

Sanchez, Julieta Malvina DNI 35142217, médica residente de Medicina General

Sepúlveda Acuña, Olivia Soledad DNI 94711016, médica residente de Medicina General.

*Institución:* PRIM<sup>1</sup> Hurlingham- Centro de Salud "Dr. Angel Bo"

*Domicilio:* Levalle y Potosí s/n- William Morris- Hurlingham- Provincia de Buenos Aires

*Código postal:* 1686

*Teléfono:* 1138179634 (Barbara)

*Mail de contacto:* barbaralizafernandez@gmail.com

*Fecha de realización:* Julio a Octubre 2021

Trabajo inédito

*Tipo de trabajo:* Trabajo de investigación de enfoque mixto

*Categoría temática:* Clínica ampliada

#### *Acerca de los autores*

El equipo de investigación fue conformado por cuatro residentes de Medicina General de diferentes años del PRIM Hurlingham. No contamos con tutor de investigación, siendo acompañados en el proceso por la instructora y jefes de residentes.

---

<sup>1</sup> PRIM: proyecto de residencias integradas multidisciplinarias, Provincia de Buenos Aires.

**ABORTARAS CON DOLOR. UN ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. Año 2021**

Fernandez Cinquemani, Barbara L.; Ostrej, Melisa; Sanchez, Julieta M.; Sepulveda Acuña, Olivia S.

PRIM Hurlingham- Centro de Salud "Dr. Angel Bo". Levalle y Potosí s/n- William Morris, CP 1686, tel. 1138179634, barbaralizafernandez@gmail.com

Trabajo de investigación con enfoque mixto.

Clínica ampliada

Trabajo inédito

La Interrupción Voluntaria del Embarazo es una práctica garantizada en nuestro Centro de Salud, siendo el dolor uno de los efectos adversos más frecuentes.

**Objetivos:** Registrar la percepción de dolor en personas gestantes que realizan una IVE de forma ambulatoria con misoprostol, acompañadas por el equipo de profesionales del Centro de Salud Ángel Bo durante las primeras 12.6 semanas de gestación en un periodo de 4 meses. Registrar si se utilizó analgesia y qué tipo de esquema. Discutir variables y antecedentes personales que puedan asociarse a percepción del dolor moderado a severo.

**Material y métodos:** Trabajo transversal retrospectivo descriptivo y analítico de enfoque mixto. Realizamos 68 entrevistas cuali-cuantitativas en una población de 112 personas gestantes que fueron acompañadas por el equipo de profesionales en el Centro de Salud Dr Angel Bo entre Julio y Octubre del año 2021.

**Resultados:** Las personas gestantes que realizan una IVE de forma ambulatoria con misoprostol registran en su mayoría un dolor de moderado a severo.

**Discusión y conclusiones:** El dolor sigue siendo el principal efecto secundario de la IVE. Los equipos intervinientes no manejamos analgesia estandarizada y desestimamos muchas veces la percepción del dolor, por lo que resulta fundamental la capacitación en abordaje del dolor. Se necesitan más estudios concluyentes.

**Palabras clave:** Dolor- Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) - aborto.

## INTRODUCCIÓN

Quienes participamos de este trabajo de investigación somos trabajadoras de la salud residentes de medicina general del PRIM Hurlingham, en el caps “ Dr. Angel Bó” de William Morris- Hurlingham. Somos parte de un equipo de salud interdisciplinario que junto con un medico generalista, acompaña mujeres y personas con capacidad de gestar en situación de embarazo no planificado y de aborto desde una perspectiva de género y salud integral.

En 2017 el equipo interdisciplinario (medicina general, psicología y trabajo social) de género y salud, perteneciente a la residencia PRIM Hurlingham-, interpelado por las estadísticas del aborto clandestino como la principal causa de mortalidad materna prevenible y al calor de la lucha por el aborto legal en nuestro país, comenzó a realizar consejerías de acompañamiento, orientación y reducción de riesgos y daños a personas con capacidad de gestar que estuvieran atravesando un embarazo no deseado y quisieran abortar; para luego pasar a garantizar Interrupciones Legales por causales acorde al marco legal vigente en ese momento.<sup>2</sup>

En nuestro país, el 30 de Diciembre de 2020 se aprobó la ley 27610, de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo , con el objeto de “regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención posaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas de otras identidades de género con capacidad de gestar, y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible. (ART 1)” (11).

Ese mismo año, en el marco de un trabajo de investigación de la Red de Profesionales por el Derecho a decidir, se creó un observatorio con el objetivo de registrar violencias durante la realización de Interrupciones Legales del Embarazo de segundo trimestre. Este proceso generó en el equipo una sensibilización sobre las violencias ejercidas hacia las personas gestantes por parte del sistema de salud. Una de las violencias ejercidas que más impactó fue la desestimación del dolor padecido por la personas gestantes durante el abordaje de la interrupción.

A raíz de ello comenzamos a cuestionar nuestra propia práctica: ¿Sienten dolor las personas gestantes al interrumpir su embarazo? ¿Cómo abordamos el dolor en los procesos de

---

<sup>2</sup> Constitución Nacional, tratados internacionales, Código Civil y Comercial, Código Penal y Fallo F.A.L

interrupción del primer trimestre en atención primaria? ¿Existen variables que podamos censar para prevenir el dolor y mejorar el abordaje? ¿Abortar tiene que doler?.

Realizamos búsqueda bibliográfica y encontramos 6 artículos que abordaban la temática, pero que no eran concluyentes en sus resultados. Y cabe también resaltar que la mayoría utilizaban dentro de su esquema mifepristona, medicación no disponible en Argentina.

## **PROBLEMA**

¿Sienten dolor las personas gestantes que realizan una Interrupción Voluntaria del Embarazo de forma ambulatoria con misoprostol en primer trimestre, en el Centro de salud Ángel Bó ?  
¿Utilizan analgesia las personas gestantes durante el proceso? ¿Qué variables se vinculan con una percepción del dolor moderado a severo?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Registrar y analizar la percepción de dolor en personas gestantes que realizan una IVE de forma ambulatoria con misoprostol, acompañadas por el equipo de profesionales del Centro de Salud Ángel Bo, durante las primeras 12.6 semanas de gestación en un periodo de 4 meses.

### **Objetivos específicos:**

- Registrar si se utilizó analgesia y qué tipo de esquema.
- Discutir variables y antecedentes personales que puedan asociarse a percepción del dolor moderado a severo.

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. Marco normativo**

- Ley 27610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, sancionada el 30 de diciembre del 2020 y promulgada en enero del 2021
- Ley 25673 de salud sexual y procreación responsable y decreto reglamentario 1282/2003.
- Ley 26.485 para prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres.
- Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 26529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.
- Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación.
- Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Bs As.

## 2. *Dolor*

### 2.1 *Concepción médica del dolor*

Una de las consultas más frecuentes en la práctica asistencial es el dolor, éste síntoma en cualquiera de sus formas de presentación suele ser atravesado por las múltiples dimensiones de la vida, por lo que se transforma en un síntoma complejo, en éste sentido éste síntoma, su complejidad, y su alta prevalencia son un gran capítulo dentro de la medicina.

Existen múltiples definiciones de dolor, dentro de las cuales destacan la de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que enuncia el dolor como: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” (1).

Por su parte la Real Academia Española, lo define como: “Sensación molesta y aflictiva en una parte del cuerpo por una causa interior o exterior”.

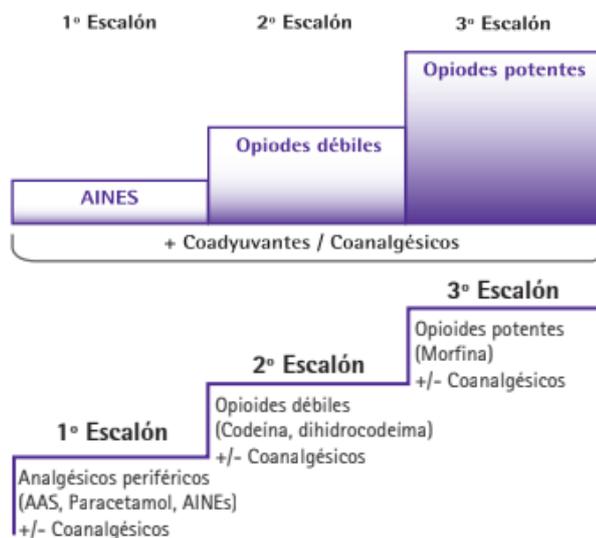
El dolor al ser un síntoma complejo y de alta prevalencia, debe ser evaluado lo más integralmente posible para poder ser diagnosticado y tratado de una forma adecuada a las características de cada persona.

Para evaluar la intensidad del dolor existen escalas unidimensionales y multidimensionales. Con respecto a las escalas unidimensionales, como su nombre lo indica evalúan un solo aspecto del dolor. Dentro de esta última, la escala más utilizada en nuestro campo es la Escala Visual Analógica (en adelante EVA).

La EVA “Es una línea horizontal de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señala el mínimo y el máximo de dolor. El paciente señala en la línea la intensidad con la que percibe su dolor” (2).

Una vez realizada la escala del dolor, y con el puntaje establecido por la persona que sufre, pasamos al segundo paso que es, en base a ese puntaje otorgar el esquema de tratamiento para esa intensidad de dolor.

Para elegir el esquema de tratamiento se utiliza la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, ésta herramienta agrupa los puntajes obtenidos a través de la escala visual analógica (de 1 a 10): de 1 -3 dolor leve; de 4-6 dolor moderado y de 7-10 dolor severo. Una vez realizada la distinción en dolor leve, moderado o severo, se correlaciona dicha intensidad dolorosa con un escalón de analgesia. Los escalones de analgesia son tres, que van aumentando en potencia analgésica (figura 1).



**Figura 1: escala del dolor según OMS**

En el Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo se recomienda el uso de AINES (ibuprofeno u otros) 30 a 45 minutos previos al inicio del procedimiento. Sin embargo, en la guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la provincia de buenos aires no menciona un protocolo, solo menciona la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

## 2.2 Concepción Psicológica del dolor

La salud comprendida de una manera integral considera todas las dimensiones de la vida, por lo tanto el síntoma dolor no se reduce a lo netamente biológico, por consiguiente se hace necesario explorar y profundizar la definición de dolor en otras áreas de estudio, que comprendan la complejidad del síntoma, y que nos permita ampliar el concepto y el posterior abordaje.

En éste sentido es fundamental el aporte desde la psicología para comprender el mismo, ya que al ser el dolor una “experiencia” compleja se torna fundamental lo que la persona traiga a la consulta, lo que verbalice sobre lo que está sintiendo como experiencia dolorosa, haciendo de la subjetividad la protagonista, a la hora de pensar en un abordaje.

“La experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo” (3). Éstas asociaciones, subjetivas y propias de cada persona, están determinadas por el modo de vida de cada persona, y por lo tanto cada experiencia dolorosa tendrá un significado particular para cada sujeto particular. Por lo tanto, “no existe una relación directa simple entre la herida per se y el dolor experimentado” (3).

### *2.3 Concepción Filosófica del dolor*

Según Gonzalo Pérez Marc “El dolor es subjetividad, experiencia común y solidaria irremisiblemente asociada al hombre desde el inicio de los tiempos; inconmensurable desde su exterior e intransmisible desde un lenguaje que no sea el que él mismo determina” (4).

Esta definición nos invita a profundizar aún más la experiencia dolorosa al asociarla al inicio de los tiempos. Es decir, que el contexto social y cultural influye en la construcción del concepto. Por lo tanto, podemos decir que a la asociación de significados otorgada a la experiencia dolorosa debido al sentir propio de la persona, se le agrega la asociación de significados que la cultura y la sociedad le impone en determinado tiempo histórico.

El dolor, entonces, se transforma en una “construcción sociocultural” de subjetividad.

### *3. Modelo Médico Hegemónico*

El Modelo Médico Hegemónico, definido por Menéndez como: “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e

ideologías hasta entonces dominantes, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (5).

Dentro de las funciones que cumple el Modelo Médico destacan especialmente la función de control y normalización, que se llevan a cabo dentro de la función principal curar/prevenir, que se ejerce sobre los cuerpos en el consultorio a diario.

Otra característica fundamental del Modelo es la subalternidad de otras prácticas y saberes, lo que deja en primer lugar a la ciencia médica y al biologicismo como componente principal de la misma. Esta característica toma especial relevancia al hablar del dolor, ya que lo reduce a lo físico, a lo observable, a lo objetable, lo que provoca que los aportes de otras áreas disciplinares se tornen datos anecdóticos. Por lo tanto, la complejidad del dolor se subestima, lo que se traduce en abordajes pobres o inexistentes por parte del personal de salud.

#### 4. Género

##### 4.1 Perspectiva de género

La mirada de género en salud según Tájer implica pensar, analizar e “incorporar el modo en que las asimetrías sociales entre varones y mujeres determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención de ambos grupos genéricos” (6). Incorporar ésta mirada significa ampliar la intervención, entendiendo que las asimetrías entre géneros generan modos de vivir determinados por el género lo que produce formas diferentes de morbilidad, perfiles epidemiológicos diferentes y formas de gestionar su salud y dolencias de maneras diferentes. En nuestra sociedad patriarcal en la que se asignan roles predeterminados al género, ser mujer significa ser la que cuida en todos los ámbitos de la vida y en especial en la familia. Este trabajo reproductivo, se suele ver inferior debido a la asimetría jerárquica con el hombre que es el que trae el sustento al hogar.

Federici describe que fue posterior a la época de caza de brujas, a finales del siglo XVII y a inicios del siglo XVIII, que surge éste nuevo modelo de femeneidad, vigente hasta nuestros días, en el que la mujer/esposa se ve domesticada y su “instinto materno” se vuelve un valor de vida.

A partir del siglo XIX, entonces el estereotipo de mujer característico es ser asexuada, callada o de pocas palabras, obediente, pasiva, servicial al hombre y dedicada a las tareas domésticas.

Este nuevo orden patriarcal, permitió el paso del feudalismo al capitalismo, y permitió la imposición de la división sexual del trabajo, en donde las mujeres entregan su fuerza de trabajo para los hombres en el interior de los hogares, especializándose en tareas reproductivas, invisibilizadas y explotadas.

#### 4.2 Aborto

El “aborto es definido como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS 1994). La OMS considera el límite de viabilidad de la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr. y la longitud céfalo nalgas de 25 cms.” (7)

Durante el siglo XVIII, escribe Federici, el incipiente Modelo Médico desplaza a las parteras, curanderas y enfermeras de la asistencia del parto y la reproducción, tareas históricamente desarrolladas por mujeres, siendo sólo médicos hombres los que podían realizar dichas prácticas. Este proceso de masculinización que desplaza a las mujeres genera un gran cambio en el caso del parto, priorizar la vida del feto, en caso de urgencia, sobre la de la madre. Y “los úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el estado” (8). Simone de Beauvoir por su parte manifiesta que ha sido el Cristianismo, el que ha dotado de alma al embrión, transformándose el aborto en un crimen contra el embrión. Este homicidio, es atravesado por la mujer como un acto criminal. Lo que carga la experiencia de atravesar el aborto de angustia, dolor y peligros, que adoptan la figura de castigo. “A través de los riesgos que se asumen, la mujer se tiene por culpable” (9).

En esta misma línea, ya en la actualidad, Stella Manzano (especialista en Tocoginecología y Medicina Legal. Médica del Fallo F.A.L) nos interpela en una entrevista: “Negar una buena analgesia es castigar y disciplinar a las personas que abortan. Provocar dolor cuando hay maneras de evitarlo es un acto de tortura...”, “...Cuanto feminismo nos falta”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> frase de la dra Stella Manzano, Entrevista virtual realizada el 23/09/2021, médica especialista en tocoginecología y medicina legal y trabajadora de la salud en la Ciudad de Trelew, Provincia de Chubut.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Realizamos un estudio mixto transversal retrospectivo descriptivo y analítico.

Nuestra población son las personas gestantes que acuden al Centro de Salud “Dr Ángel Bo”, en el Partido de Hurlingham, Pcia de Bs As, para realizar una Interrupción Voluntaria del Embarazo entre los meses de Julio, Agosto, Septiembre y Octubre del año 2021.

Consideramos como criterios de exclusión a aquellas que se encontraban por fuera de la edad gestacional adecuada para ser abordada de manera ambulatoria en un centro de salud (más de 12,6 semanas); a quienes el tratamiento con misoprostol presentó falla terapéutica; a aquellas que no firmaron el consentimiento informado para realizar la investigación; a quienes decidieron continuar con la gesta y a aquellas que no se pudo contactar de manera telefónica ni regresaron al centro para el control posterior.

Para la selección de la muestra recolectamos datos de las historias clínicas pertenecientes al centro del salud, dentro de los cuales utilizamos el nombre y apellido, edad, antecedentes gineco obstétricos, percepción de dolor previas en parto y menstruación, y edad gestacional según fecha de última menstruación o ecografía.

Para la entrevista realizamos una encuesta semiabierta cuali cuantitativa guiada por entrevistador, presencial o telefónica, que evaluaba las características del dolor, la recomendación y toma de analgesia, el uso de analgesia no farmacológica, la percepción de alivio de ambos y cómo atravesaron el procedimiento (ANEXO 1).

Antes de la realización de dicha entrevista, se procedió a firmar el consentimiento informado a quienes quisieran participar de la investigación (ANEXO 2)

Para la evaluación del dolor utilizamos la EVA. Para poder facilitar el análisis de los datos, agrupamos los datos obtenidos acerca de la percepción del dolor en “LEVE” (de 1 a 3), “MODERADO” (de 4 a 6) y “SEVERO” (de 7 a 10) según la clasificación ya especificada. También, para poder realizar una correcta asociación de variables, decidimos clasificar la percepción del dolor en clínicamente no significativo (0 al 4) y clínicamente significativo (si este era mayor o igual a 5).

Para el conocimiento de la población se recurrió a las historias clínicas de interrupciones de embarazo resguardadas en el centro de salud en el periodo de tiempo establecido.

Para cálculo de muestra se utilizó calculadora de muestra de internet “<https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>” para un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 8%. El registro de datos fue organizado a partir de variables

cuantitativas y cualitativas operacionalizadas con ocho categorías. Para el análisis de los datos obtenidos, utilizamos tabla y gráficos dinámicos mediante el programa Excel 2010.

Para relacionar las variables de dolor en menstruación, edad, dolor en parto y número de gestas según categoría de dolor en IVE se utilizó cálculo de odds ratio e intervalo de confianza al 95%.

En cuanto al análisis de las entrevistas cualitativas acerca de la experiencia de las personas durante la interrupción, utilizamos la herramienta de la página <https://www.nubedepalabras.es/>. Se analizaron los discursos, realizando un listado de las palabras claves, el cual se cargó a la plataforma de la página. El programa arrojó como resultado un gráfico con palabras en distintos tamaños de fuente en base a su frecuencia de aparición.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a la realización de entrevistas, se procedió a firmar el consentimiento informado a quienes quisieran participar de la investigación (ANEXO 2). No presentamos conflictos de intereses.

## RESULTADOS

Se registraron 112 personas que accedieron al Centro de Salud Ángel Bó solicitando Interrupción Voluntaria del Embarazo en los meses de Julio, Agosto, Septiembre y Octubre. De las 112 personas registradas, 44 personas fueron descartadas según los criterios de exclusión. Se realizó entrevista completa a 68 personas . (Tabla 1)

**Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del total de mujeres que transcurrieron por el Centro de Salud “Dr. Ángel Bo” de julio a octubre de 2021.**

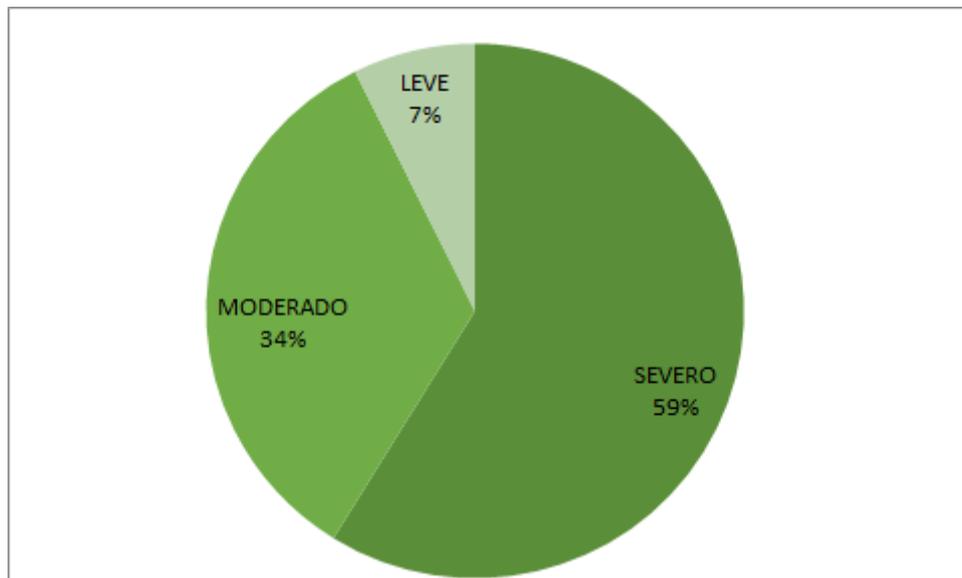
| Criterios de inclusión/exclusión |    |
|----------------------------------|----|
| ABORTO ESPONTANEO                | 1  |
| ACEPTADA                         | 68 |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| CONTINÚA EMBARAZO    | 1          |
| FALLO DE TRATAMIENTO | 8          |
| NO ACEPTA            | 12         |
| NO ATIENDE           | 22         |
| <b>Total general</b> | <b>112</b> |

### Percepción del dolor

En cuanto a la percepción global del dolor durante la interrupción, como se puede apreciar en Gráfico 1, el 59% de las personas encuestadas, manifestó registro de dolor severo; un 34% moderado y un 7% dolor leve

**Gráfico 1. Percepción del dolor en mujeres encuestadas.**



**Rango etario**

En relación al rango etario asociado a la percepción del dolor podemos interpretar que un 89% de las personas entre 15 a 20 años presentan dolor severo. Un 47% de las personas entre 21 a 25 registran dolor severo, un 47% dolor moderado. Las personas entre 26 y 30 años registraron dolor severo en un 59%, y un 35% dolor moderado. En el rango etario de 31 a 35 años se registró mayor variabilidad: el 44% de las personas registraron un dolor severo, 37% dolor moderado y un 19% dolor leve, siendo el rango etario con mayor registro de dolor leve. De 35 a 45 años, el 100% registra dolor severo (tabla 2)

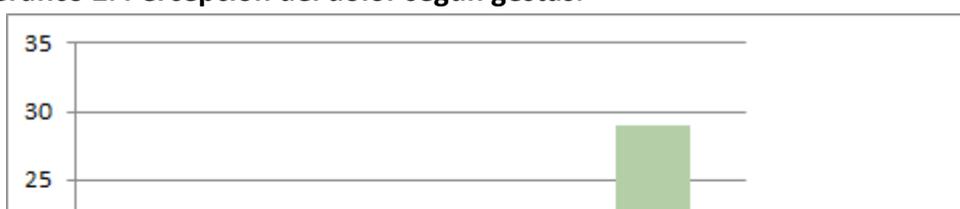
**Tabla 2. Percepción del dolor según rangos etarios.**

| GRUPOS ETARIOS           | LEVE     | MODERADO  | SEVERO    | Total     |
|--------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| MENORES A 20             |          | 1         | 8         | 9         |
| DE 21 A 25               | 1        | 9         | 9         | 19        |
| DE 26 A 30               | 1        | 6         | 10        | 17        |
| DE 31 A 35               | 3        | 6         | 7         | 16        |
| DE 36 A 40               |          | 1         | 5         | 6         |
| MAYORES A 40             |          |           | 1         | 1         |
| <b>Total encuestadas</b> | <b>5</b> | <b>23</b> | <b>40</b> | <b>68</b> |

### Gestas

Como podemos observar en el gráfico 2 del dolor asociado a la cantidad de gestas, el 73 % de las personas nulíparas registraron dolor severo, 27% dolor moderado, no existiendo registro de dolor leve. Dentro de las personas con una gesta o más, el 55% registró dolor severo, un 36% moderado y el 9% dolor leve.

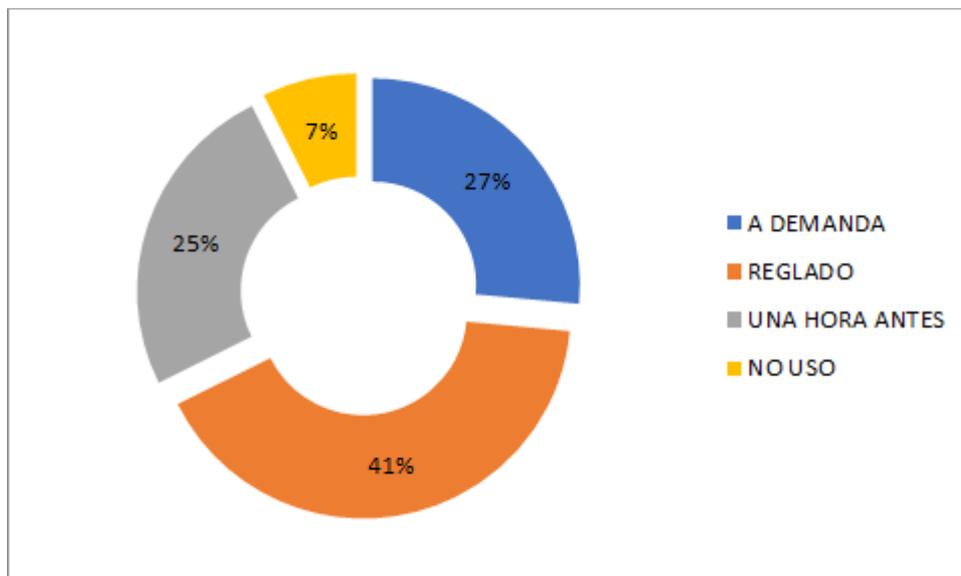
**Gráfico 2. Percepción del dolor según gestas.**



### Analgesia farmacologica

Como podemos observar en el gráfico, 18 mujeres optaron por el uso a demanda de la analgesia, mientras que 28 realizaron un esquema de analgesia reglado (cada 6 a 8 hs); 17 mujeres utilizaron analgesia solo una hora antes de iniciar el uso de misoprostol y 2 optaron por no utilizar analgesia (gráfico 3)

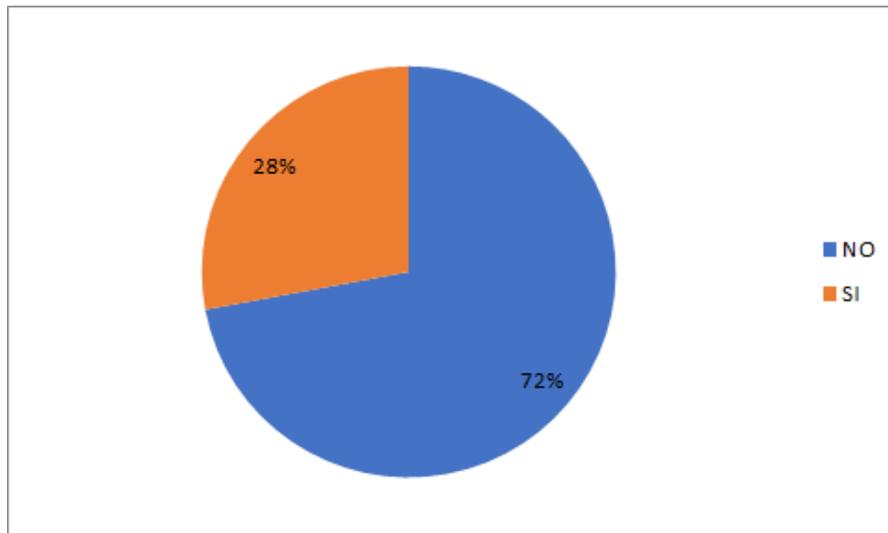
Gráfico 3. Uso de analgesia farmacológica.



### Analgesia no farmacológica

Como podemos observar en el gráfico 4, sólo un 28% (n=19) de las personas encuestadas utilizó un medio físico o fitoterapia para complementar el tratamiento farmacológico. Es importante remarcar que de ese grupo, el 100% sintió alivio subjetivo significativo del dolor. Los métodos más utilizados fueron calor local y las duchas de agua caliente, seguidos por diferentes tipos de infusiones.

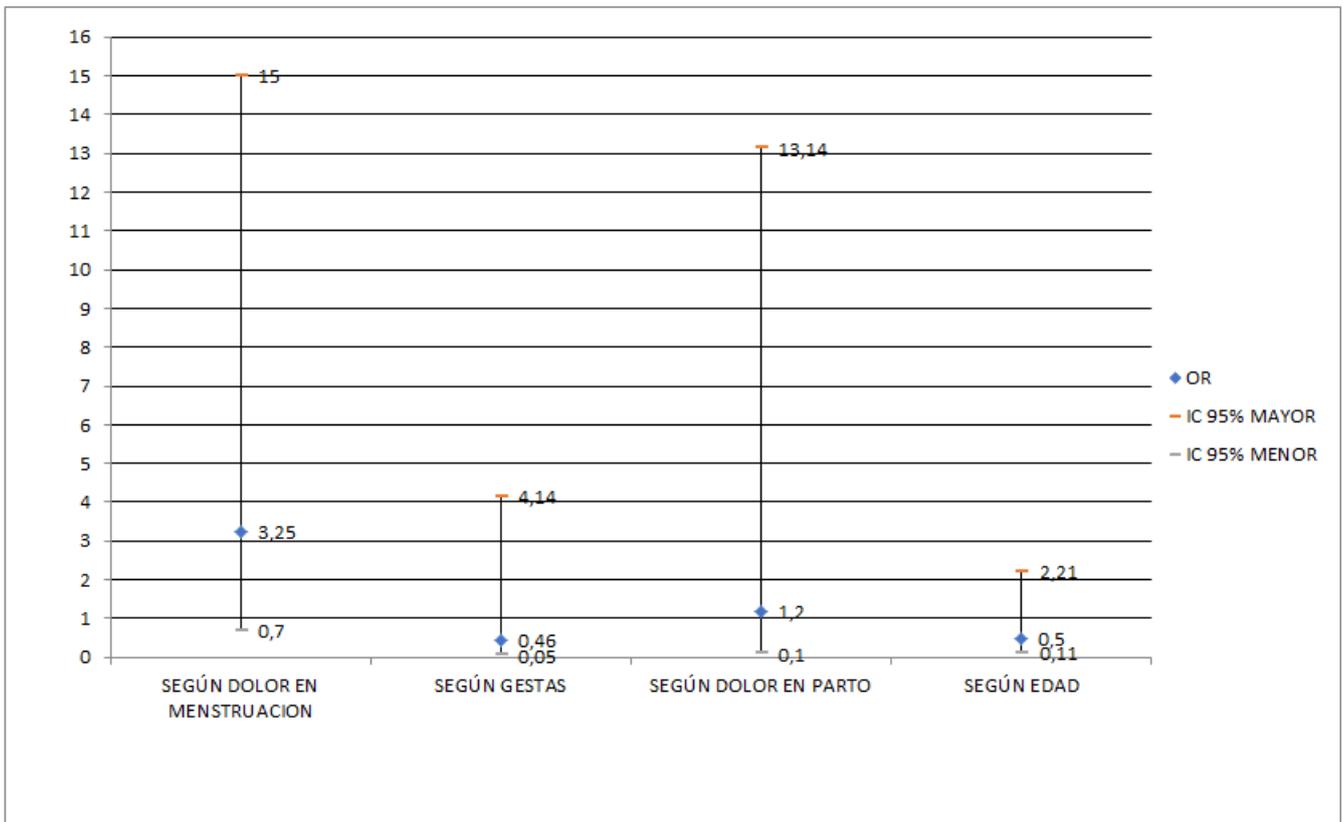
**Gráfico 4. Distribución de personas que utilizaron analgesia no farmacológica**



### **Asociación de variables**

Mediante el cálculo del Odds Ratio (OR) y sus correspondientes Intervalos de confianza al 95% (IC 95), decidimos asociar el dolor de la menstruación, el número de gestas, el dolor en el parto y la edad con el dolor durante la interrupción (gráfico 5)

**Gráfico 5. Asociación del dolor en IVE respecto a dolor en menstruación, gestas, dolor percibido en partos previos y edad según OR y sus IC 95**



### Análisis cualitativo

Se realizó nube de palabras para análisis de entrevistas cualitativas. Como se puede observar en el gráfico, las sensaciones predominantes son “tranquilidad” y “doloroso”. Le siguen sentimientos de miedo (al hospital y a tener complicaciones) angustia y nervios en segundo lugar, haciendo hincapié en estos últimos al inicio del procedimiento.



subjetividad y multidimensionalidad que caracteriza al dolor en sí: sus componentes individuales personales, culturales, emocionales y orgánicos dificultan un registro objetivo, aún con medidas estandarizadas.

En cuanto a la utilización de otros métodos analgésicos, se arroja como resultado que el 100% de las usuarias que utilizaron analgesia no farmacológica (calor local e infusiones) refirieron una disminución cualitativa significativa del dolor, aunque solo un 28% del total optó por utilizarla. Esto una vez más refuerza la necesidad de reevaluar nuestro abordaje del dolor como equipo de salud y nuestras indicaciones terapéuticas.

En cuanto al análisis de las variables, como podemos observar, estadísticamente no se pudo comprobar la relación entre ellas, lo cual nos impide concluir una asociación neta. Es importante remarcar que conocemos las limitaciones de la muestra que tenemos, lo cual no impide que en un futuro, aumentando la muestra o en nuevos estudios podamos encontrar una relación firme de las variables planteadas

Por otro lado, realizamos un análisis cualitativo de los discursos, con respecto a la pregunta realizada en la entrevista acerca de cómo se sintieron en el transcurso de la interrupción. La mayoría de las personas, refirió haberse sentido nerviosa, con miedo y angustia al inicio del procedimiento. Cuando se profundiza en aquella emoción, la mayoría manifestaba que el miedo giraba en torno al dolor que presentarían durante el procedimiento y a posibles complicaciones. Pese a que los resultados denotan un registro de dolor promedio de moderado a severo, y que en el análisis cualitativo del discurso se repite frecuentemente la descripción del proceso como doloroso, la palabra que mayormente se repite en las entrevistas es tranquilidad. Muchas de las personas entrevistadas hicieron hincapié en esta emoción hacia el final del procedimiento. **“Sentí un vacío cuando terminé el procedimiento, pero un vacío positivo porque se fue todo.”** (sic) El sentimiento de culpa apareció solo una vez, asociado a ideales religiosos **“soy católica y no estoy de acuerdo con eso”** (sic) dándole entidad al discurso de Simone de Beauvoir que se cita en el marco teórico. La mayoría manifestó también haberse sentido tranquila con la información brindada por el equipo de salud interviniente, y con la información necesaria en su poder para poder realizar el procedimiento **“Me sentí querida, me sentí apoyada y acompañada por el equipo. Las felicito. Sacarnos el tabú de estar mal... se siente lindo como mujer.”** (sic)

Consideramos importante ofrecer en el acceso a la IVE no solo un espacio de información correcta, detallada y clara del procedimiento y la prevención de sus posibles complicaciones, sino un espacio de escucha activa y contención verbal, en donde se profundice el acompañamiento y el cuidado de las subjetividades de quienes consultan.

## **CONCLUSIONES**

- El dolor sigue siendo el principal efecto secundario en personas que realizan una interrupción del embarazo con misoprostol de manera ambulatoria.
- No hay un adecuado abordaje de tratamiento del dolor durante las interrupciones del embarazo por parte de los equipos que acompañan.
- Los equipos que acompañamos interrupciones voluntarias del embarazo en el centro de salud no manejamos una analgesia estandarizada, lo que dificulta el análisis correcto y objetivo de los datos, ya que varían los profesionales y las indicaciones.
- Desestimar la percepción del dolor durante las interrupciones del embarazo e indicar medidas insuficientes para su manejo es un acto de violencia.
- Es fundamental la capacitación en abordaje del dolor de los equipos de salud que abordan interrupciones del embarazo
- Se necesitan más estudios sobre la evaluación del dolor y la efectividad de los tratamientos analgésicos en personas que realizan interrupción del embarazo de forma ambulatoria con misoprostol, con el fin de mejorar el abordaje y la prevención del desarrollo de dolor de moderado a severo.

## **PROPUESTAS**

- Realizar talleres de sensibilización acerca de la importancia del abordaje del dolor durante las interrupciones del embarazo en los equipos intervinientes.
- Realizar nuevos protocolos de analgesia para el manejo de dolor adecuado en las interrupciones del embarazo.
- Realizar nuevos trabajos de investigación con muestra ampliada con el fin de lograr asociación de las variables establecidas

## **RELEVANCIA EN MEDICINA GENERAL**

El dolor es una percepción subjetiva determinada por las construcciones sociales y culturales de cada persona. Como equipo de salud consideramos importante tener en cuenta ésto para generar espacios formativos y de sensibilización a profesionales de la salud acerca del abordaje del dolor, resulta prioritario para lograr un acompañamiento integral e interdisciplinario del proceso, que significa atravesar una interrupción voluntaria del embarazo. El impacto del dolor en la subjetividad de cada cuerpo gestante debe ser considerado en el proceso salud enfermedad atención.

Este trabajo intenta aportar a las políticas de salud sexual vigentes, siendo puntapié para la protocolización de la analgesia en la interrupción voluntaria del embarazo.

Visibilizar la falta de analgesia, es también una forma de poner fin a la violencia ejercida desde el propio personal de salud. Como residentes de Medicina General debemos caminar a la par del movimiento de mujeres y disidencias sexuales, fomentando el acceso al aborto y el acompañamiento integral correspondiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz FP. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona) 2005 Marzo; vol.28 (no 3)
2. (TRAPS). Dolor y cuidados paliativos en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud de la Nación; 2016.
3. Bazako E. Intervención psicológica en una unidad de dolor, capítulo 21. In ULLA ERPAS. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao; DESCLÉE DE BROUWER, S.A.; 2003.
4. Marc DGP. Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. Arch Argent Pediatr. 2010.
5. Menendez Eduardo. El Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo.
6. Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. In Tajer D. Género y Salud. Las Políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012.
7. Salud OPS. Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua: Impacto en la Salud. Nicaragua: OPS/OMS; 2010.
8. Federici S. La acumulación de trabajo y la degradación de las mujeres. Capítulo 2. In Federici S. Calibán y la Bruja, mujeres, cuerpo y acumulación originaria.: Tinta Limón Ediciones; 2004.
9. Beauvoir SD. Capítulo 2. In Beauvoir SD. EL SEGUNDO SEXO.
10. Ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.
11. Ley 27610, de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2020.
12. Ley 26.485 para prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres.
13. Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. 2005.
14. Ley 26529 Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. 2009.
15. Protocolo para la Atención Integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo del Ministerio de Salud de la Nación.
16. Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Bs As. Enero de 2021.
17. Marc DGP. Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. Arch Argent Pediatr. 2010.

18. Menéndez Eduardo. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005 enero-abril; vol. 1( núm. 1).
19. JAIME CERDA CVGR. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev Med Chile. 2013.
20. Elia Beatriz Pineda,Eva Luz de Alvarado,Francisca H. de Canales . Diseño metodológico, unidad 6. En Elia Beatriz Pineda, Eva Luz de Alvarado,Francisca H. de Canales E. Metodología de la Investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. Washington: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; 1994.

## ANEXO 1

### ENTREVISTA POST IVE

Primeras dos letras de nombre, apellido, fecha de nacimiento:

Edad:

Edad gestacional realizada la interrupción:

Fecha de IVE:

#### Tratamiento

Vía utilizada:

Cantidad de pastillas de misoprostol y cada cuantas horas:

#### Características del dolor

##### Dolor

Tipo/característica:

Localización e irradiación:

Síntomas acompañantes en las primeras 24 hs del procedimiento

#### Analgesia

- ¿Te indicaron medios analgesicos?

- ¿Qué te indicaron?

Tipo (fármacos, fitomedicina y métodos físicos)

Dosis- Frecuencia

- ¿Usaste fármacos?

SI                      ¿cual?    NO:    ...../10

\*solo una hora antes? percepción: ...../10

\* reglado? cada cuanto?    percepción dolor ...../10

\*a demanda? percepción previa: ...../10    percepción posterior: ..../10

- Si usaste otros? (medios físicos/ fitoterapia)

SI    NO:    ...../10

¿Mejóro?

¿Cómo viviste el proceso de interrupción? (miedo,angustia, ansiedad, otro)

## **ANEXO 2**

### **Consentimiento informado**

Por la presente autorizo al equipo a que se contacte con mi persona por medio telefónico y/o presencial para realizar entrevista en el marco de investigación del dolor en Interrupción Voluntaria del Embarazo

No se recibirá beneficio económico ni de otro tipo por la participación ni se verá afectada la atención si no lo hace.

Los resultados provenientes de la investigación serán difundidos y publicados manteniendo el anonimato.

Firma:

Aclaración:

Fecha y lugar: