

Abordaje integral de la interrupción voluntaria del embarazo (primera entrega)

Comprehensive approach to the voluntary interruption of pregnancy (first issue)

Nicole Crimer^a , Alejandrina Lo Sasso^a 

Resumen

En enero de 2021 entró en vigencia en Argentina la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Este cambio en la legislación implica una modificación sustancial de la práctica médica. En una serie de artículos, el equipo PROFAM comparte su punto de vista a través de una adaptación de su material educativo sobre la IVE. En esta primera entrega, las autoras abordan la aplicación de las cuestiones legales que determinan la práctica, la consejería general, y algunos lineamientos de cómo actuar ante la situación de un diagnóstico de embarazo inesperado.

Abstract

In January 2021, the Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP) law came into force in Argentina. This change in legislation implies a substantial modification regarding medical practice. In a series of articles, the PROFAM team shares its point of view through an adaptation of its educational material on the VIP. In this first issue, the authors address the application of the legal aspects that determine the practice, general counselling, and some guidelines on how to act when faced with a diagnosis of an unexpected pregnancy.

Palabras clave: Aborto Inducido, Embarazo no planeado, Aborto Legal. Keywords: Induced Abortion, Unplanned Pregnancy, Legal Abortion.

Crimer N, Lo Sasso A. Abordaje integral de la interrupción voluntaria del embarazo (primera entrega). Evid Actual Pract Ambul. 2022;25(1):e007005. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V25I2.7005>.

Introducción

En enero de 2021 entró en vigencia en Argentina la Ley Nacional 27.610¹ que versa sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de las mujeres y otras identidades de género con capacidad de gestar y la atención inmediata posterior al aborto. El objetivo de este artículo es compartir con la comunidad médica un material práctico y actualizado sobre un tema muy relevante para la práctica clínica en la atención primaria y ambulatoria.

¿Qué establece la Ley?

La Ley 27.610¹ establece el derecho de las mujeres adultas, adolescentes y niñas y otras identidades con capacidad de gestar a decidir según su voluntad la interrupción del embarazo hasta la semana 14 inclusive y la obligatoriedad de los profesionales y las instituciones de salud de dar respuesta a este requerimiento en un plazo menor a 10 días desde la solicitud de la paciente. Además, enfatiza la importancia de la atención posaborto inmediato y la consejería sobre métodos anticonceptivos con la finalidad de prevenir embarazos no intencionales.

Queremos aclarar que, a partir de este momento, para simplificar la comprensión del texto hablaremos de mujeres, adolescentes y niñas quienes son, por frecuencia, las personas más afectadas por este tema. Sin embargo, es importante recordar que existen otras identidades de género con capacidad de gestar (identidades no binarias y hombres trans), para quienes este texto también aplica, siempre adaptando el trato y el abordaje al caso particular de cada persona. De manera similar, en este texto, cuando se hable en plural, se hará en el lenguaje vigente, utilizando el masculino considerado como neutro. Si bien es nuestro deseo estar al día con la evolución lingüística (e ideológica) de cuestiones tan fundamentales como la igual representación de mujeres, hombres y disidencias en los textos médicos creemos que, por ahora, no existe una solución ideal que permita ofrecer un texto claro para toda la comunidad hispano hablante².

Luego de la semana 14 de gestación, la interrupción del embarazo está permitida en caso de que este sea producto de una violación o represente un peligro para la vida o la salud integral de la embarazada¹, en consonancia con lo establecido por el artículo 86 del Código Penal de la Nación, bajo la figura de Interrupción Legal del Embarazo (ILE)³.

La ley de IVE es de orden público, de aplicación en todas las provincias del país y en los tres subsistemas de salud (público, privado y de las obras sociales).

En cuanto a datos potencialmente grises de esta legislación, nos parece importante aclarar los siguientes puntos:

- Se podrá decidir y acceder al procedimiento hasta las 14 semanas y 6 días. Esto quiere decir que si, por ejemplo, una mujer se presenta con 14,2 semanas de gestación y se tiene que realizar una ecografía o un laboratorio que deriva en que se sobrepase ese plazo, el procedimiento continúa realizándose enmarcado en la figura jurídica de IVE ya que la fecha que se toma en cuenta es la de la consulta inicial.
- El método para calcular la edad gestacional debe ser el que esté disponible, incluyendo la fecha de la última menstruación, la ecografía obstétrica o el examen pélvico bimanual.

¿Cuáles son los requerimientos para acceder a la IVE?

Además de que la paciente manifieste la voluntad de realizar la IVE y se encuentre dentro de los plazos descritos, existen algunos requerimientos legales a ser atendidos. Estos se diferencian según la edad de la paciente. Previo a la realización del procedimiento, todas las embarazadas mayores de 16 años deben firmar un consentimiento informado. Entre los 13 y los 16 años, las adolescentes pueden dar su consentimiento para prácticas de salud que no impliquen un riesgo grave para su salud o su vida y, como el aborto no implica tal riesgo, pueden firmar el consentimiento de manera autónoma.

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. nicole.crimer@hospitalitaliano.org.ar, alejandrina.losasso@hospitalitaliano.org.ar



Todas las niñas menores de 13 años de edad embarazadas podrán solicitar la interrupción legal de su embarazo ya que el derecho penal lo considera como producto de una violación y, por lo tanto, se debe realizar de manera inmediata. Para proceder a la IVE las niñas y adolescentes menores de 13 años pueden brindar su consentimiento siempre que cuenten con el acompañamiento de un adulto responsable que asienta a esta práctica. Esta persona puede ser alguno de sus progenitores u otro familiar, su representante legal u otra persona que ejerza, de manera formal o informal, el rol de cuidado. Si existiesen intereses contrapuestos entre la niña y quien la acompañe, será la paciente quien tenga la última palabra. La aclaración de la ley sobre permitir que la persona que acompañe a la menor de edad y dé el asentimiento no sea necesariamente un miembro de la familia viene, de algún modo, a salvar la eventual situación de que la paciente no quiera revelar su embarazo a sus familiares o tema que estos no consientan el procedimiento. Esta situación es especialmente compleja, pero a la vez de relativa frecuencia, ya que un gran porcentaje de las violaciones ocurren dentro del seno familiar. Si bien no es necesario judicializar estos casos, teniendo en cuenta que la atención primaria apela a una atención en salud de manera integral, recomendamos contar con un equipo asistencial que oriente esta situación para dar intervención a los organismos legales que velan por los derechos de la niñez. Sin embargo, en ningún caso estas acciones deberán demorar el procedimiento de la interrupción.

La Guía de implementación de la IVE de la provincia de Buenos Aires⁴ cuenta con un ejemplo de modelo de consentimiento informado en su página 29.

Las personas con discapacidades deben ser evaluadas en cuanto a su capacidad de autonomía de decisión y en base a ello deberán o no presentar un representante legal que preste consentimiento por ellas. Así como las niñas menores de 13 años, este grupo de personas también se encuentran en una particular situación de vulnerabilidad y se recomienda el abordaje multidisciplinario.

¿Qué es y quiénes pueden ser objetores de conciencia?

Considerando que la interrupción del embarazo es un tema con implicaciones morales, la ley define lo que se denomina **objeción de conciencia**. Esta figura permite a un profesional, por los motivos que fuere, negarse a asistir una IVE. La objeción de conciencia es siempre individual y nunca institucional; es decir que las instituciones no pueden declararse como objetoras en forma global. A la vez, el objetor deberá mantener su decisión en los tres subsectores de la salud y es la persona responsable de derivar a las pacientes para que sean atendidas en forma temprana y eficaz. Esto significa que, si un profesional es objetor y, por ejemplo, es el único médico de la zona, deberá conocer cómo, con quién y a dónde realizar esta derivación. Por otro lado, quienes intervienen de manera indirecta en el proceso no pueden ser objetores de conciencia (por ejemplo, aquellos profesionales que realicen ecografías, tomen la presión o la temperatura, realicen el seguimiento pos-aborto, dispensen la medicación, coloquen la anestesia, entre otras funciones). A su vez, se destaca que no puede negarse la atención inmediata si está en peligro la vida o la salud de la embarazada.

Abordaje

La ley determina los principios y derechos bajo los cuales debe regirse la atención de la IVE destacando los conceptos de trato digno (libre de violencia y de cuestionamiento de la decisión), privacidad, confidencialidad, autonomía de voluntad, acceso a la

información (para que se adecue a las necesidades de cada persona) y calidad de la atención. En este sentido, es importante recordar que la interrupción del embarazo sigue siendo un tema tabú a pesar de la existencia de legislación que la respalda. Muchas pacientes pueden temer tanto la censura del sistema médico como la de su entorno. A los fines de que la consulta transcurra en un clima de confianza y sea posible brindar un acompañamiento adecuado, es fundamental que la atención sea realizada en un lugar apropiado, que permita la privacidad⁵. A su vez, el profesional debe ser capaz de brindar la información en un lenguaje sencillo y claro. Puede ser útil proveer material impreso, con el objetivo de que la paciente pueda tomar su propia decisión, luego de ser informada sobre las distintas opciones, sus tasas de eficacia, complicaciones y efectos adversos, siendo siempre lo más objetivo posible. De manera adicional, recordamos que al preguntar sobre si existe o no una pareja, no hay que dar por sentado ni la heteronormatividad ni la asunción de que esa pareja sea la progenitora.

¿En qué consiste la consejería?

La consejería consiste en el asesoramiento sobre las posibles alternativas vinculadas con el embarazo, las opciones para la interrupción y los riesgos para la salud en el caso de que los hubiera. Implica la transmisión de información confiable y de calidad adaptada a las necesidades de cada persona para que esta pueda tomar su mejor decisión.

Es muy poco probable que en la actualidad una mujer con deseo de interrupción de su embarazo llegue a la consulta completamente tranquila. La decisión está cargada de sentimientos y emociones negativas. Durante muchos años, el aborto estuvo legalmente condenado e incluso penado y, a pesar de las nuevas normas vigentes, en algunos sectores de la sociedad sigue existiendo la condena de tipo moral.

Por estos motivos, recomendamos iniciar la consulta escuchando a la paciente sin realizar interrupciones. En el caso de que le resulte dificultoso hablar, sugerimos iniciar la entrevista aclarando que la interrupción es legal, segura y gratuita hasta la semana 14 acorde a la voluntad de la paciente, y que quien la está atendiendo no solo no la va a juzgar, sino que la va a acompañar en su decisión. El abordaje de la consulta dependerá del contexto y la manera en que la paciente se presente. Es diferente si la paciente concurre a la consulta manifestando su deseo de interrumpir la gestación que si, por ejemplo, se está enterando del embarazo en ese preciso momento. Teniendo en cuenta este aspecto, aconsejamos que si durante la atención de una paciente se sospecha o se debe descartar un embarazo y el resultado del test es positivo, comunicar ese resultado desde un lugar neutro (no dar ni una buena ni una mala noticia) y preguntarle a la mujer cómo se siente con esta información. Acorde a esto se procederá a informar las diferentes alternativas.

En el caso de que el profesional se encuentre en una consulta en la cual la mujer manifestó su voluntad de interrupción, sugerimos realizar alguna pregunta abierta como, por ejemplo: ¿cómo llegaste a esta decisión?, con el propósito de escuchar la voluntad de la paciente, confirmar que la decisión sea de ella y despejar posibles dudas o mitos sobre el embarazo.

Una duda muy frecuente de las pacientes es el miedo a perder la fertilidad luego del tratamiento, por lo que es importante remarcar que este dato es falso y que la fertilidad se recupera casi de inmediato, motivo por el cual desde el primer encuentro hay que conversar del futuro método anticonceptivo para evitar un nuevo embarazo no intencional.

Tanto la maternidad como la interrupción del embarazo son dos decisiones que los médicos nos vemos convocados a acompañar.

Desde esta perspectiva del acompañamiento, nos parece importante reflexionar sobre algunas palabras que estamos acostumbrados a usar, y que, pese a tener buenas intenciones, pueden despertar sensibilidad y susceptibilidad en las pacientes. Durante las consultas de IVE, proponemos evitar o disminuir el uso de ciertos términos. Mencionamos algunos ejemplos útiles para el consultorio: reemplazar “aborto” por “interrupción” o “tratamiento médico”, evitar decir “la expulsión del embrión” y hablar de “la expulsión” a secas, cambiar “la ecografía obstétrica” y solicitar “la ecografía transvaginal”.

Otro tema importante a transmitir durante la consulta es que, conforme a la ley, la práctica del aborto es sensible al tiempo, y si bien se espera que la mujer lo piense con tranquilidad, es conveniente iniciar ciertos pasos previos al procedimiento (por ejemplo, realizar la ecografía), dado que puede luego cambiar de opinión. A su vez, como comentaremos en los próximos párrafos, la interrupción por aspiración manual endouterina (AMEU) no se encuentra siempre disponible, motivo por el cual recomendamos que en toda consejería se brinde información sobre todas las opciones.

¿Es necesaria la ecografía preinterrupción?

Queremos especialmente detenernos en el tema de la necesidad y utilidad de la ecografía. Si bien no es obligatoria para iniciar una IVE, en aquellos lugares donde se encuentre disponible, se recomienda solicitarla. Esta permite confirmar la viabilidad fetal y descartar un embarazo ectópico, una de las contraindicaciones para el uso del misoprostol. Se recomienda aclarar en el pedido que esa ecografía es parte de un protocolo de IVE, ya que las personas gestantes tienen derecho a solicitar no ver imágenes ni escuchar sonidos durante la realización del estudio. También debemos informarles a las pacientes este derecho, para que puedan comunicárselo al ecografista. Siguiendo con las sugerencias en relación al lenguaje, en lugar de referirnos a la posibilidad de no tener que escuchar los “latidos cardíacos fetales” podemos decir a la paciente que es su derecho pedir “no escuchar ni ver nada” durante el estudio.

¿Cuáles son los métodos disponibles para la IVE?

Los procedimientos para realizar una interrupción del embarazo pueden ser quirúrgicos o farmacológicos.

La AMEU⁴ es un procedimiento quirúrgico consistente en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula unida a una fuente de vacío. Con este procedimiento, que puede ser realizado hasta la semana 16 de gestación, se notifican índices de aborto completo entre 95% y 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas (menores al 1%: infección, hemorragia menor, ruptura uterina)⁶⁻⁸. Previa a su realización, se indica misoprostol para la dilatación del cuello del útero, además de un antibiótico profiláctico en monodosis. Se utiliza bloqueo paracervical o anestesia total y se administran analgésicos. La duración de la intervención es breve y por lo general la paciente se retira a su casa en el mismo día.

En la próxima entrega vamos a desarrollar en detalle el procedimiento farmacológico. En esta primera entrega queremos destacar que este tratamiento consiste en la administración de misoprostol, una medicación que produce contracciones del útero con la consecuente expulsión del embrión y los productos placentarios. Puede realizarse por vía bucal, sublingual o vaginal. La dosis usual recomendada es 800 mcg cada 3 horas, 3 veces o hasta la expulsión. Para cualquiera de las tres posologías, la eficacia es

de 85% en el primer intento⁹. Durante este tratamiento son frecuentes los efectos adversos como la fiebre, la diarrea, el dolor abdominal y los vómitos que pueden calmarse con medicación antipirética, analgésica y antiemética.

Una revisión sistemática investigó cuáles son los motivos por los cuales las mujeres manifiestan preferencia por el aborto medicamentoso o el quirúrgico¹⁰. Esta documentó que, si bien la legalidad o ilegalidad de la práctica influye en las preferencias de las pacientes, ese factor no es el único determinante. Por ejemplo, en Canadá e Italia, donde el aborto es una práctica legal, muchas mujeres se inclinaron por la AMEU debido a su mayor efectividad. Sin embargo, en los mismos países, otras pacientes prefirieron el aborto medicamentoso ambulatorio por ser menos invasivo, evitar el contacto con médicos que no brindan apoyo y ahorrar el número de visitas y viajes hasta el centro de salud. En los EE.UU., las mujeres se inclinaron por el aborto medicamentoso por permitir una mejor organización de la agenda y otorgar una mayor privacidad, mientras que en Nepal, las mujeres optaron por este método por la contención de familiares y amigos, que consideraron superior a la brindada por los médicos. En los países donde el aborto es o era ilegal -entre ellos, Argentina-, se observó una preferencia de las mujeres por el aborto con misoprostol en el domicilio por evitar el contacto con el sistema de salud.

Comentario Final

Como conclusiones, el asesoramiento respecto a la IVE debe realizarse siempre en un ambiente privado, de respeto y contención; indagando sobre los valores y prioridades de la paciente, asesorándola sobre las opciones existentes (y disponibles), y respetando sus elecciones.

Una vez tomada la decisión por parte de la paciente de realizar una IVE, notamos que la elección del método depende en gran medida de la reglamentación estatal, de las preferencias y los valores de la paciente, así como de la posibilidad de una escasa contención por parte de los agentes de salud y, en menor medida, de la efectividad de cada método. Por lo tanto, a la hora de responder la pregunta de las pacientes sobre qué método consideramos mejor, podemos compartirles esta información, destacando que no existe un método mejor que otro, sino que la mejor opción dependerá un tanto de la disponibilidad real de cada método y, otro tanto, de las preferencias y posibilidades que tenga cada paciente.

Fuente

Este material fue adaptado de: Mandel N, Volpi M y equipo de actualización de contenidos de PROFAM. Material Educativo PROFAM (MEP) Interrupción Voluntaria del Embarazo, PROFAM, Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria; Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021. Disponible para cursos PROFAM.



Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria organizado por el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

Recibido el 13/01/2022 Aceptado el 16/02/2022
y Publicado el 25/02/2022.

Referencias

1. Infoleg, Ministerio De Justicia Y Derechos Humanos, Argentina. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo; 2020. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm>.

2. Lo-Sasso A. Material Educativo PROFAM (MEP) Lenguaje identidades, PROFAM, Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria; Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. 2021;.
3. Discacciati V, Epstein D, Musarella N, et al. La interrupción legal del embarazo en Argentina. *Evid Actual Pract Ambul.* 2020;23(1):e002050. Available from: 10.51987/EVIDENCIA.V23I1.4278.
4. Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires en el Marco de la Ley Nacional N° 27610;. Available from: <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>.
5. Bakalar K, Dreyer C, Discacciati V. Material Educativo PROFAM (MEP): Anticoncepción. PROFAM, Programa de Educación Continua en Salud Familiar, Ambulatoria y Comunitaria Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Italiano de Buenos Aires. 2021;.
6. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol.* 1990;76(1):129–35.
7. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: release date November 2012 SFP Guideline #20131. *Contraception.* 2013;87(3):331–42. Available from: 10.1016/j.contraception.2012.10.024.
8. Amarin ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;271(3):203–6. Available from: 10.1007/s00404-003-0592-8.
9. Tang OS, Miao BY, Lee SWH, et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod.* 2002;17(3):654–8. Available from: 10.1093/humrep/17.3.654.
10. Alam B, Kaler A, Mumtaz Z. Women's voices and medical abortions: A review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2020; Available from: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.003.