

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO (IVE)

Marco normativo

El 30 de diciembre de 2020 el Congreso Nacional sanciona la **Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)**.

Los puntos más salientes de la misma son:

✓ Se legaliza la posibilidad de decidir voluntariamente la interrupción del embarazo, **hasta la semana 14 de gestación inclusive**. El límite de tiempo mencionado puede ampliarse exclusivamente en los casos en que el embarazo genere riesgo para la vida o la salud integral de la madre o haya sido producto de una violación.

✓ En base al Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación, en su actualización del 2019, la causal “riesgo para la salud” a la que se hace referencia en el punto anterior, debe entenderse en un sentido amplio, incluyendo tanto el componente físico como mental y social.

✓ Se establece la obligatoriedad de garantizar el **acceso gratuito** a todas las prestaciones (estudios diagnósticos, medicamentos, procedimientos terapéuticos alternativos y terapias de apoyo) necesarias para efectivizar la interrupción del embarazo y la atención post aborto. Dicha obligatoriedad se extiende no sólo al ámbito del subsector estatal, sino también **al de la seguridad social** y medicina prepaga.

✓ La efectivización de la interrupción del embarazo **debe concretarse dentro de los 10 días de haberse producido el requerimiento**.

✓ **Se requiere la firma por parte de la peticionante de un consentimiento informado**, estableciéndose que a partir de los 16 años las gestantes pueden por sí solas brindar dicho consentimiento, para la realización del procedimiento.

✓ En el caso del deseo de interrupción de un **embarazo** que haya sido **generado por violación, se requiere adicionalmente una declaración jurada**, por parte de la solicitante del procedimiento, convalidando el hecho. **Dicha declaración debe ser escueta y, a los fines de convalidar la efectivización de la IVE, realizada exclusivamente ante el personal de salud interviniente** y no en ámbitos judiciales ni policiales. La misma no será requerida en el caso de niñas menores de 13 años.

✓ Se debe proteger a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o acompañante, siempre que haya expresa autorización de la misma.

✓ Se considera la posibilidad de objeción de conciencia para no intervenir en el procedimiento por parte de algún profesional involucrado en la atención del paciente, siempre y cuando la vida o la salud de la persona gestante no se encuentre en riesgo y requiera atención inmediata e impostergable. Sin perjuicio de lo mencionado, la evaluación inicial y la atención post aborto no pueden ser denegadas. Es responsabilidad del profesional que ejerza el derecho de objeción de conciencia, derivar a la paciente en forma oportuna, sin dilaciones. Deberá contemplarse en las distintas redes de atención de los tres subsectores la disponibilidad de prestadores con capacidad de brindar una atención integral de la problemática.

✓ Finalmente se reafirma simultáneamente el derecho de quienes han decidido la interrupción voluntaria de su embarazo, a recibir educación sexual integral y acceso a los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el fin de prevenir futuros embarazos no deseados. Este derecho es de aplicación desde el momento mismo de efectivizado el procedimiento abortivo.

Ámbitos y metodología para efectivizar el procedimiento

✓ La interrupción voluntaria del embarazo puede realizarse en forma **ambulatoria o mediante internación**. Se preferirá esta última modalidad en el caso de:

- Edad gestacional avanzada.
- Necesidad de conservar pruebas (en el caso de embarazo por violación en la que se haya realizado denuncia penal).
- Condiciones clínicas asociadas sin adecuado control, como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas o neurológicas, entre otras.

✓ El procedimiento a utilizar dependerá de las **preferencias de la mujer**, de la **edad gestacional del embarazo** y de las **posibilidades del centro asistencial**.

✓ Una de las opciones de uso corriente es la **indicación, para toma domiciliaria, de medicación** por vía oral, sublingual o vaginal **especialmente en embarazos recientes**. La droga más utilizada se denomina MISOPROSTOL, cuyo mecanismo de acción principal es provocar contracciones uterinas que promuevan la evacuación de su contenido. La dosis y vía de administración es variable dependiendo del protocolo que se considere y de la edad gestacional del embarazo. La mayoría de las mujeres expulsan los contenidos uterinos en las 24 hs. posteriores a la toma, pero el proceso completo puede durar hasta 2 semanas. En embarazos más avanzados se suele preferir la administración institucional de este tratamiento, manteniendo la internación hasta que se haya completado la eliminación del feto y la placenta.

✓ Para el caso del procedimiento llevado a cabo a nivel domiciliario es importante tener en cuenta, como pautas de alarma, que motiven consulta al centro asistencial de referencia, las siguientes manifestaciones:

- Sangrado excesivo (más abundante que el de una menstruación normal) o persistente (más de dos semanas).
- Dolores abdominales de intensidad creciente y que no ceden con medicación analgésica habitual.
- Fiebre o escalofríos y/o flujo de mal olor o purulento.

✓ Otra alternativa terapéutica es el uso de **procedimientos instrumentales**, en general bajo anestesia local a realizarse en centros asistenciales, por lo común de baja complejidad. Dentro de los mismos el más sugerido es la aspiración por vacío en la que se introduce una cánula plástica conectada a un dispositivo generador de vacío en forma eléctrica o manual, siendo esta última opción la más disponible en nuestro país (Aspiración Manual Endouterina- AMEU). El procedimiento suele llevar entre 3 y 10 minutos, dependiendo de la edad gestacional.

✓ El legrado o “raspado uterino” es actualmente considerado un método de uso excepcional (aplicable cuando el resto de los métodos mencionados no esté disponible) por su mayor tasa de complicaciones agudas y a largo plazo.

✓ En las mujeres que sean Rh negativos se deberá indicar inmunoglobulina anti-Rh (D) para evitar enfermedad fetal por incompatibilidad sanguínea en un nuevo embarazo.

✓ También corresponderá actualizar la vacunación antitetánica si hubieran transcurrido más de 10 años de la última dosis.

✓ En el caso de métodos instrumentales, se deben tomar antibióticos en forma preventiva.

✓ **El procedimiento abortivo debería acompañarse siempre** de una propuesta de uso de algunos de los métodos anticonceptivos vigentes contemplados en el Plan Médico Obligatorio (PMO). Salvo condiciones muy específicas, la mayoría de estos métodos pueden comenzar a usarse desde el momento mismo de efectivizado la interrupción del embarazo o a los pocos días de ella. En este punto es necesario tener en cuenta que la fertilidad se recupera rápidamente post procedimiento, en general entre la segunda a cuarta semana.

✓ Finalmente, siempre es bueno recordar la importancia del preservativo como método de barrera para minimizar la posibilidad de la transmisión del virus HIV y de otros agentes causantes de enfermedades de transmisión sexual y la posibilidad de anticoncepción hormonal de emergencia en el caso del no uso o falla de otro método anticonceptivo. El preservativo puede utilizarse como método único o asociado a algún otro (anticoncepción dual).

✓ Con independencia de lo mencionado en los dos párrafos anteriores, se recomienda no tener relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que no haya cesado el sangrado post aborto.