

Reporte del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en un hospital universitario de Uruguay

Ana Bentancor, Ana Laura Hernández, Yamile Godoy, Juan J Dapuetto

Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la conformación y funcionamiento de un equipo de interrupción voluntaria del embarazo de un hospital universitario, desde la mirada del equipo de salud mental.

MÉTODOS: En este estudio de caso, se analizan los siguientes aspectos: 1) antecedentes históricos; 2) implementación de la Ley 18.897 de 22 de octubre de 2012; y 3) funcionamiento del programa en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina (Universidad de la República, Uruguay), teniendo en cuenta tres dimensiones (estructura, proceso y resultados).

RESULTADOS: Entre diciembre de 2012 y noviembre de 2013, se reportaron en Uruguay un total de 6.676 interrupciones voluntarias del embarazo; de ellas, 80 se llevaron a cabo en el Hospital de Clínicas. Los datos sociodemográficos de las pacientes concordaron con los reportados a nivel nacional: 81,0% de las pacientes que consultaron era mayores de 19 años; 6,2% decidieron continuar con el embarazo; solo 70,0% concurrieron al control posterior y recibieron asesoramiento sobre anticoncepción.

CONCLUSIONES: Al año de su implementación, en Uruguay, podemos evaluar la experiencia como positiva desde el punto de vista de la salud de las mujeres. Nuestra experiencia como equipo de salud mental en el Hospital de Clínicas, inserto dentro del equipo multidisciplinario de interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra en pleno proceso de evaluación y reformulación de prácticas.

DESCRIPTORES: Aborto Inducido, legislación & jurisprudencia. Aborto Legal. Grupo de Atención al Paciente. Evaluación de Programas y Proyectos de Salud. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Atención Integral de Salud.

Correspondencia:

Ana Laura Hernández
Hospital de Clínicas
Av. Italia, 2870 piso 15
11600 Montevideo, Uruguay
E-mail: ahernandez@fmed.edu.uy

Recibido: 19 nov 2014

Aprobado: 16 ago 2015

Como se cita: Bentancor A, Hernández AL, Godoy Y, Dapuetto JJ. Reporte del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en un hospital universitario de Uruguay. Rev Saude Publica. 2016;50:38.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

En las sociedades antiguas el aborto no significaba un problema moral. Ya desde los inicios del cristianismo se comenzó a discutir sobre los aspectos éticos y morales del aborto. En el año 1869, el Papa Pío IX proclama la teoría de la hominización (momento en el que el alma ingresa al cuerpo) inmediata desde la concepción, idea que ha sido mantenida por la Iglesia Católica hasta el presente⁶. Desde principios del siglo XX, en Uruguay, el aborto estaba penalizado, salvo en cuatro situaciones: violación, honor del marido o padre de la mujer, angustia económica y riesgo grave para la salud de la mujer.

Al ser considerado un delito, la mayoría de las consultas era por complicaciones post-aborto, e implicaba denuncia a la autoridad sanitaria. El miedo a la penalización llevaba a la consulta tardía y a una alta morbimortalidad¹.

En 2004 se comenzó a implementar el modelo ISCAPCR (Iniciativas Sanitarias con Abortos Provocados en Condiciones de Riesgo)², que proponía dos entrevistas: una pre-aborto, para controlar el embarazo e informar y prevenir sobre riesgo del procedimiento; y una post-aborto, para rehabilitar a la paciente de manera integral e implementar medidas de anticoncepción. Este proceso culminó con la aprobación de la Ley 18.987, que habilita a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de las 12 primeras semanas de gestación para las mujeres uruguayas, menores o mayores de edad, y para mujeres extranjeras con residencia en el país. El plazo se extiende a 14 semanas en caso de violación, y a todo el embarazo, en caso de riesgo para la salud de la mujer o de alteraciones del feto incompatibles con la vida extrauterina.

Los equipos asistenciales de IVE cuentan con ginecólogo, especialista en salud mental y especialista en el área social. El procedimiento consta de cuatro instancias¹.

- IVE 1: consulta con médico o partera, para información y realización de ecografía ginecológica y grupo sanguíneo.
- IVE 2: entrevistas con el equipo multidisciplinario para información y asesoramiento para la toma de decisión definitiva. Deben transcurrir cinco días de reflexión antes del IVE 3.
- IVE 3: si la paciente ratifica su decisión, el ginecólogo le indica la medicación (mifepristona y misoprostol). El procedimiento, en general, es ambulatorio, pero puede ser en hospitalización. En caso contrario, se abre la ficha perinatal. Esta es la única instancia en la que el médico ginecólogo puede presentar objeción de conciencia.
- IVE 4: consulta con ginecólogo para control y diagnóstico de posibles complicaciones y para brindar asesoramiento en anticoncepción. Si la mujer no concurre, se realiza contacto telefónico.

El objetivo de este estudio es describir el funcionamiento del equipo asistencial de IVE del Hospital Universitario, desde la mirada de la salud mental. La intención de esta comunicación es poner a disposición de grupos de trabajo, locales y de la región, información relevante acerca de esta primera etapa de trabajo, al ser Uruguay el primer país de la región en implementar un programa de salud sexual y reproductiva de este tipo.

MÉTODOS

En este estudio de caso, se ha realizado el análisis de la estructura, el proceso y los resultados del programa de IVE del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR), en Uruguay, tras su primer año de aplicación³.

Las pacientes fueron asistidas en la Policlínica de Ginecología, de acuerdo con las cuatro instancias previstas por la reglamentación.

En la entrevista psicológica, el objetivo era favorecer la toma de decisión en forma autónoma, evitando dar consejos y juicios de valor, así como determinar posibles

requerimientos de recursos de apoyo. Se creó una pauta para la actuación del profesional de salud mental (Tabla 1).

Toda la información fue recabada de las historias clínicas siguiendo el formulario de registro proporcionado por el Ministerio de Salud Pública, que incluye el consentimiento informado. En la entrevista de salud mental se tomaron en cuenta: los antecedentes personales psiquiátricos, los sucesos vitales estresantes en el último año, el soporte socio familiar, y la presencia de problemas psicosociales.

RESULTADOS

Entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, 80 pacientes consultaron en la Policlínica de IVE del Hospital de Clínicas. Las características sociodemográficas figuran en la Tabla 2. El promedio de edad fue de 27 años, y se trató de mujeres, en su mayoría, solteras. De las pacientes que tenían antecedentes psiquiátricos ($n = 8$; 10,0%), la mayoría se asociaban a depresión.

De las 80 pacientes: tres (3,8%) resultaron no estar embarazadas; cinco (6,3%) continuaron con el embarazo; cuatro (5,0%) excedían las 12 semanas de gestación al momento de la primera consulta; 11 (13,8%) se perdieron en el seguimiento; y 57 (71,3%) concurrieron a la consulta IVE 2.

Los datos gineco-obstétricos figuran en la Tabla 2. El motivo de interrupción más frecuente fue embarazo no deseado, seguido por: enfermedades crónicas que pueden afectar la salud de la madre y del hijo; etapa de la vida con proyectos incompatibles con la maternidad; y dificultades familiares.

Tabla 1. Pauta para la actuación del profesional de salud mental de los equipos de asesoramiento de IVE.

Objetivo específico	Aportar elementos que favorezcan la capacidad de toma de decisión en forma autónoma, y determinar posibles requerimientos de recursos de apoyo específicos
Objetivos conjuntos del equipo interdisciplinario	<p>Detectar situaciones de riesgo biopsicosocial y gestionar las acciones pertinentes</p> <p>Evaluar el deseo de la mujer de convocar al progenitor</p> <p>Habilitar posible nueva consulta intercurrente antes del quinto día, si así lo desea</p>
Pauta para la entrevista	
Clima general de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar demoras en la atención • Promover un espacio con adecuada privacidad • Asegurar un clima de aceptación • Asegurar la confidencialidad • Sugerir y dar la opción de estar acompañada por persona continente durante el proceso • Utilizar siempre la denominación interrupción voluntaria del embarazo • Evitar términos con connotaciones morales, religiosas o filosóficas No ser movilizador (estilo de la entrevista) • Evitar confrontaciones que movilicen angustia
Temas a abordar	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar sobre el proceso de decisión • Evaluar el estado de ánimo • Evaluar antecedentes personales relacionados con la salud mental • Evaluar la relación con el progenitor
Intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir al diagnóstico biopsicosocial • Articular en el perfil de riesgo y gestionar las acciones pertinentes • Informar sobre el duelo como proceso normal • Conectar con equipo de salud mental si se considera pertinente • Habilitar posible nueva consulta si la paciente lo desea
Neutralidad y temas excluidos	<ul style="list-style-type: none"> • No dar consejos • No alarmar • No imponer convicciones filosóficas o personales • Abstenerse de juicios de valor • Abstenerse de negar o autorizar la IVE • No realizar una entrevista psicoterapéutica

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

Tabla 2. Datos sociodemográficos y gineco-obstétricos. Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay, 2012-2013.

Edad	Promedio: 27 años Mínimo 16 años Máximo 42 años		DE: 7,3
	n	%	
Ocupación			
Tareas de la casa	22	31,9	
Empleada	13	18,8	
Estudiante	12	17,4	
Desocupada	8	11,6	
Sin dato	14	20,3	
Estado civil			
Casada o unión libre	16	23,2	
Soltera	40	58,0	
Divorciada o separada	4	5,8	
Sin dato	9	13,0	
Nivel educativo			
Primario	1	1,4	
Secundario	7	10,1	
Terciario	4	5,8	
Sin dato	57	82,6	
Procedencia			
Montevideo	54	78,3	
Interior	6	8,7	
Sin dato	9	13,0	
Acompañada por			
Nadie	23	33,3	
Pareja	10	14,5	
Hijos	2	2,9	
Padre o madre	3	4,3	
Otros	4	5,8	
Sin dato	27	39,2	
Antecedentes psiquiátricos			
Depresión	6	8,7	
Adicciones	1	1,4	
Violencia doméstica	3	4,4	
IAE	2	2,9	
Otros	1	1,4	
Sin antecedentes	5	7,3	
Sin dato	51	73,9	
Motivo para IVE			
Embarazo no deseado	36	52,2	
Patología crónica	6	8,7	
Dificultades intrafamiliares	1	1,4	
Otros	1	1,4	
Sin dato	20	36,3	
Fecha de gestación (semana)			
< 5	1	1,5	
5	6	8,7	
6	9	13,0	
7	14	20,3	
8	9	13,0	
9	9	13,0	
10	8	11,6	
11	2	2,9	
12	2	2,9	
13	3	4,4	
Sin dato	6	8,7	
Anticonceptivo			
Sí	24	34,8	
No	3	4,3	
Sin dato	42	60,8	
Método anticonceptivo			
Preservativo	9	37,5	
ACO	10	41,6	
DIU	5	20,8	

DE: desvío estándar; IAE: intentos de auto-eliminación; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; ACO: anticonceptivos orales; DIU: dispositivo intrauterino

De las 57 pacientes que realizaron la consulta IVE2, 50 (87,7%) completaron la consulta IVE 3 y recibieron, por lo tanto, la medicación. De ellas, 41 (82,0%) continuaron el proceso en forma ambulatoria, y 9 (18,0%) fueron ingresadas al hospital. En tres casos (6,0%) hubo que completar el procedimiento con la realización de legrado.

A la consulta IVE 4 concurrieron 37 pacientes (74,0%) y 13 (26,0%) se perdieron en el seguimiento. La mortalidad fue cero para el grupo estudiado.

DISCUSIÓN

Luego de un año de la implementación de la ley de IVE, se reportaron un total de 6.676 procedimientos (41,0% en el subsector público y 59,0% en el subsector privado⁷). El 64,0% de los casos correspondieron a la capital Montevideo y el 36,0% al interior del país. Los datos recabados son concordantes con los reportados a nivel nacional, con: 82,0% de procedimientos siendo en mujeres mayores de 20 años; 6,2% de los casos continuando con el embarazo; y solo 70,0% concurriendo a IVE 4⁷. Observamos que los embarazos no deseados frecuentemente son producto de falla o de falta de métodos anticonceptivos. Se ha demostrado en estudios previos que 43,0% de los embarazos no planificados son el resultado del uso incorrecto de métodos anticonceptivos, y que 52,0% se producen por la no utilización de los mismos⁷.

La conformación de los equipos multidisciplinarios fue diferente en las distintas instituciones involucradas. En muchos casos, no se contó con ginecólogos, que alegaron objeción de conciencia (hasta 30,0% de ellos en algunos departamentos del país). Como ha sucedido en otros países, este principio ha sido difícil de delimitar, de forma que no se incurra en el incumplimiento del principio de autonomía⁴.

En el Hospital de Clínicas de la UdelaR, se ha consolidado un equipo de trabajo con alta calidad técnica y humana, procurando una atención basada en el respeto, la contención y la información adecuada y necesaria. La integración al equipo de IVE nos ha permitido comprender mejor las mujeres expuestas a esta problemática. A pesar de que la entrevista psicológica no surge de la demanda de las pacientes, es recibida con buena disposición y valorada como una oportunidad. En este sentido, consideramos importante continuar abriendo líneas de trabajo que nos permitan explorar algunos aspectos que hacen a la salud mental de las mujeres en relación específica con el procedimiento de IVE. Algunos estudios muestran que las mujeres que realizaron un aborto presentan niveles similares o inferiores de depresión y ansiedad que las mujeres a las que les negaron la realización del aborto por la edad gestacional avanzada^{5,8}. Estos resultados entonces no apoyan la idea de que el aborto sea una de las causas de incidencia principal de los problemas de salud mental. Nos resultaría de gran utilidad poder acercarnos a esta perspectiva con nuestra población asistencial, para poder implementar las estrategias de intervención más adecuadas.

Un aspecto adicional a considerar es la repercusión emocional sobre los equipos. Han resultado de utilidad en este sentido: la rotación en la tarea; la integración voluntaria al equipo de IVE; la existencia de un espacio de intercambio y supervisión; y el respaldo académico de la institución.

También hemos detectado aspectos a mejorar en la implementación del programa. No se asignaron recursos humanos adicionales, por lo que fue necesario un esfuerzo extra de los profesionales. La planta física dispuesta para la atención de las pacientes es compartida con la policlínica de gineco-obstetricia, en donde en ocasiones las entrevistas son interrumpidas. Como parte de esta limitación, el registro se vio afectado en las primeras instancias, lo que explica la carencia de datos en los formularios estudiados. Desde el punto de vista de la formación de los recursos humanos, consideramos una dificultad la escasa presencia de instancias de intercambio y discusión interinstitucionales.

Nuestra experiencia como especialistas de salud mental dentro de un equipo de IVE universitario y multidisciplinario, se encuentra en proceso de evaluación, reformulación y adecuación de prácticas.

El trabajo aquí presentado tiene varias limitaciones. Se trata de un estudio de caso, meramente descriptivo de las características de las pacientes atendidas en la unidad de salud mental; además, brinda información resumida sobre el procedimiento institucional. Sin embargo, tuvo como función la de comunicar una experiencia innovadora en nuestro país.

En cuanto a los resultados, se trata de datos preliminares que requieren una mayor exploración. Pensamos que se trata de una experiencia novedosa, para un país sudamericano, que puede ser de aporte para profesionales de países de la región en los que se comienza a discutir el tema.

REFERENCIAS

1. Briozzo L. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Rev Med Urug.* 2013;29(2):114-7.
2. Briozzo L, Lavandera A, Gorgoroso M, Pons JE. Iniciativas sanitarias: nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. In: Briozzo L, editor. *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en situaciones de riesgo.* Montevideo: Arena, 2007.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.
4. Fiala C, Arthur J. "Dishonorable disobedience": why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman – Psychosom Gynecol Obstet.* 2014;1:12-23. DOI:10.1016/j.woman.2014.03.001
5. Foster DG, Steinberg J, Roberts SC, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med.* 2015;45(10):2073-82. DOI:10.1017/S0033291714003213
6. Garrido Calderón J. El aborto en la historia. *Rev Med Dom.* 1995;17(1):30-3.
7. Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay. Balance implementación de la Ley 18.987 –Interrupción Voluntaria del Embarazo. Decreto 375/012. Reglamentación de la ley de IVE. Diciembre 2012 – Mayo 2013. [citado 2016 abr]. Disponible en: http://www.medicosdelmundo.org.uy/IMG/pdf/conferencia_prensa_ive_julio_2013.pdf
8. Steinberg JR, Rubin LR. Psychological aspects of contraception, unintended pregnancy, and abortion. *Policy Insights Behav Brain Sci.* 2014;1(1):239-47.

Contribución de los Autores: Concepción y planificación del artículo: AB, ALH. Análisis e interpretación de los datos: AB, ALH, YG, JJD. Redacción del manuscrito, revisión crítica y aprobación final del manuscrito: AB, ALH, YG, JJD.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.