

GUIAS CLINICAS DE LA NORMATIVA SANITARIA: “MEDIDAS DE PROTECCIÓN MATERNA FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO”

Las “Guías clínicas” constituyen una herramienta para la práctica clínica diaria de los integrantes del equipo de salud y para el abordaje de lo relacionado con la consulta frente al aborto provocado en condiciones de riesgo.

Específicamente en este caso se trata de un marco práctico para el desarrollo de la consulta en policlínica o en cualquier otra instancia de contacto entre el equipo de salud y la usuaria/paciente con respecto a la problemática de la interrupción voluntaria del embarazo.

NECESIDAD DE LAS GUIAS CLINICAS-

Los problemas inherentes a la práctica del aborto provocado en el país y la normativa presentada oportunamente ante el MSP, marcan la necesidad de realizar un cambio en la forma y en los contenidos que actualmente los proveedores de salud realizan con respecto a esta temática. En este sentido se busca con las guías clínicas un apoyo al desarrollo de una práctica eficiente, eficaz y efectiva para el cumplimiento de la normativa. Los objetivos entonces se refieren a:

- ◆ dar seguridad a los integrantes del equipo de salud con respecto a la implementación de la normativa.
- ◆ Homogeneizar los contenidos de la entrevista tanto pre-aborto (que denominaremos a partir de ahora “consulta inicial”), como post-aborto.

- ◆ Proveer herramientas para optimizar la práctica clínica a la luz de la normativa desarrollada buscando su cabal cumplimiento.

CONCEPTO GENERAL:

El fundamento del cambio que se debe procesar es el de contribuir a modificar el abordaje de este complejo problema. Se buscará en todo momento posicionarse del lado de la usuaria/paciente buscando un marco de comprensión entre el equipo de salud y la usuaria/paciente, para así sentar las bases en el desarrollo adecuado y la implementación oportuna de la normativa.

PRINCIPIOS INVOLUCRADOS.

Básicamente 3 principios se imbrican: los principios bioéticos de autonomía y beneficencia y la situación de género al respecto de esta problemática.

Principio de autonomía: respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, lo que implica los derechos a la autonomía y a la información. Desarrollar el derecho a la autonomía, es decir el reconocimiento de la capacidad de comprender y decidir de cada mujer y/o a la mujer con su pareja, así como el respeto del poder de gestión de su propio riesgo. El reconocimiento de este derecho debe expresarse en cada palabra y gesto del técnico/as actuantes, separando de la manera más objetiva posible las valoraciones morales, personales, para asumir que quien está delante tiene tanto derecho como uno a opinar distinto.

Desarrollar el derecho a la información justa y accesible en un lenguaje sencillo y objetivo, de tal manera que le permitan a la mujer tomar decisiones y gestionar los riesgos,

Principio de beneficencia- más allá de la posición del técnico/s sobre el tema, su rol debe seguir este principio haciendo comprender que, aunque haya obstáculos legales para solucionar su situación, existe la mejor disposición del equipo hacia su cuidado, y que podrá consultar frente a cualquier duda. No se debe perder de vista que entre los objetivos de la normativa está el de desestimular la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo.

Enfoque de género y enfoque situacional: evaluar la condición de cada mujer en relación a su autoestima, los vínculos de poder intrafamiliares, sus apoyos, su posicionamiento frente al equipo de salud, sus creencias e información y la asertividad que la usuaria/paciente tenga de su decisión. Esta evaluación influirá en el asesoramiento que se brinde.

LAS GUIAS HACIA EL EQUIPO DE SALUD-

Estrategia de prevención del daño: se debe conceptualizar que de lo que se trata es la implementación de una estrategia de prevención del daño, parcial y acotada. En este sentido es claro que no se puede, en este marco, solucionar un problema tan complejo como el del aborto provocado en condiciones de riesgo en el Uruguay. Antes bien se trata de mejorar, hasta donde la legislación lo permita, la seguridad para que cada usuaria / paciente no muera, ni sufra complicaciones graves o mutilaciones por esta causa.

Formación del equipo de salud: se trata de contribuir a la formación de los recursos humanos en el contexto de lo que se denomina educación continua, para implementar la normativa.

Características del equipo de salud: el mismo debe ser, con independencia de quien es el efector concreto, transdisciplinario abarcando los aspectos médicos, jurídicos, psico-sociales, de la temática en cuestión.

CONSULTA INICIAL

Abordaje:

- ◆ Información inicial de la confidencialidad de la entrevista, en el aspecto de la relación equipo de salud - paciente y del secreto profesional.
- ◆ Generar tiempo de observación que de lugar a establecer un vínculo propiciando un espacio apto para el desarrollo de la consulta. Observar las reacciones de la paciente y las propias.
- ◆ Se pueden plantear 2 Situaciones: percepción de contradicciones -pregunta clave: ¿Cómo se siente con la noticia? Resolución de abortar-pregunta clave: ¿Por qué se plantea interrumpir el embarazo?

- ◆ Investigar práctica anticonceptiva pasada y la que desarrollaba cuando quedó embarazada y causa del fracaso del método en el caso de que lo hubiera.
- ◆ Evaluación de como se ubica la paciente frente a la consulta. Para hacerlo se debe indagar creencias respecto al aborto, evaluación de la información con la que cuenta, diagnóstico situacional que implica indagar acerca de su situación laboral, familiar, de pareja y vivienda.
- ◆ Indagar que participación tiene la pareja en la decisión, (ausente, obliga, apoya)

Intervenciones de apoyo- Marco conceptual:

Principio de autonomía: respeto hacia el planteo o decisión de la usuaria/paciente. Se debe tener presente que toda opinión del equipo de salud influye en la usuaria/paciente, tanto a favor como en contra de lo recomendado. Abstenerse de dar una opinión no profesional. Se traduce como: *la acompañaremos en su decisión...Prevendremos la complicaciones...Que no debe hacer...Vuelva sea como sea de inmediato...*

Principio de beneficencia: dirigida hacia la paciente/ usuaria y hacia la vida en desarrollo. Sin que pesen las creencias individuales del miembro del equipo de salud se buscara como concepto invitar a la paciente a que reflexione profundamente sobre un hecho trascendental.

Principio de prevención del daño: prevenir las complicaciones.

Vida en desarrollo: explicitarlo. No banalizar el hecho. En situación crítica invitar a la paciente a explorar otras posibilidades.

Temporalidad de la situación. Equipo de salud a “consultar” de inmediato: psicólogo, asistente social, abogado etc..

Intervenciones diagnósticas: detección de factores de riesgo; exámenes paraclínicos; realización de exámenes paraclínicos. Ecografía: La ecografía se realizará cuando este indicada desde el punto de vista médico y a la brevedad. Se

hará explícito los hallazgos y se dejara librado a la decisión de la paciente el ver o no las imágenes en tiempo real o en fotografía.

Profilaxis antibiótica: Antibiótico terapia - amplio espectro 24 horas antes. Esquema propuesto: azitromicina + ampicilina sulbactam.

Intervención educativa-preventiva: información sobre prácticas de mayor riesgo. En el contexto de considerar al aborto provocado como de riesgo se debe informar cuales son las prácticas de mayor riesgo evitando así que la paciente las desarrolle. Estas prácticas se pueden caracterizar como las de mayor riesgo en base a las complicaciones infecciosas, sepsis y muertes reportadas donde se usaron alguno o más de uno de estos procedimientos: maniobras de introducción de elementos en la cavidad uterina: tallo de perejil, agujas de coser, otros elementos; maniobras realizadas por terceros: colocación de sonda vesical dejándola en la cavidad. Infusiones y “lavados”: té de ruda, té de Carachipitá. Colocación de pastillas: pastilla de permanganato de potasio.

Información sobre prácticas de menor riesgo: de acuerdo a datos internacionales se debe informar que entre los procedimientos más seguros, y dependiendo de la edad gestacional del embarazo se encuentran: embarazos hasta 8 semanas- antiprogesterona (RU 486) y prostaglandinas. Luego de esa edad gestacional: legrado aspirativo y legrado instrumental realizado por personal con experiencia.

Información sobre síntomas más importantes: infecciosos; hemorrágicos.

ANALISIS DE LA RECEPCIÓN DE LA USUARIA/PACIENTE.

Instancia para preguntas, intercambio de opiniones: el objetivo de esta instancia es que la usuaria/paciente conforme una opinión global de información segura y comprendida sobre la realidad de su embarazo y las posibilidades, riesgos y beneficios de continuarlo. Posibilidad de manejarse con tiempos de reflexión y análisis: Posibilidades clínicas (hasta cuando es seguro). Cuanto tiempo se puede esperar.

LLENADO DEL FORMULARIO.

Luego de cumplidas las etapas anteriores se llenará con la paciente el formulario preestablecido. Se aclarará su carácter confidencial en cuanto a la identidad de la paciente/ usuaria. Realización de seguimiento.

FIJAR NUEVA CONSULTA

El fijar una nueva consulta y el quedar vinculados a la paciente/ usuaria a iniciativa del miembro del equipo de salud es un elemento clave en toda la estrategia de prevención. Se debe hacer hincapié en la consulta precoz independientemente de que se realiza el aborto con cualquiera de los métodos descritos. La confianza se debe extender a asegurar que no se denunciara a la paciente. Cuando sea posible se deberá dejar un contacto personal establecido con algún integrante del equipo de salud. Será deseable dar un número telefónico de emergencia para replanteo, consulta etc.

CONSULTA POST ABORTO

La consulta y sus características dependerá de si la misma se realiza por alguna complicación o si se realiza estando la paciente asintomática.

CONSULTA POR COMPLICACIONES-

Se deberá evaluar la situación clínica y actuar en consecuencia recordando: la ausencia de obligatoriedad de la denuncia; el desarrollo junto a las medidas médicas clásicas de un especial énfasis a la situación psicológica de la paciente luego de haber recurrido a un aborto provocado: no culpabilizarla, ni banalizar el hecho. Tratamiento integral bio-psico social.

CONSULTA SIN COMPLICACIONES DIAGNOSTICADAS.

La normativa al respecto se divide en 4 etapas: prevención y manejo de eventuales complicaciones; apoyo psicológico y clínico; anticoncepción inmediata; llenado del formulario; seguimiento.

Se deben evaluar las condiciones del aborto provocado, el tiempo transcurrido y el tratamiento profiláctico si lo hubo. Se debe derivar una consulta especiali-

zada cuando: hubo dudas en la decisión tomada; hubo necesidad de explorar otras posibilidades; para procesar el duelo por el aborto; cuando hay discordancia en la pareja frente a la decisión; en las situaciones independientes de la voluntad de la usuaria (salud materno-fetal).

ANTICONCEPCION INMEDIATA

De acuerdo a la situación lo recomendable es comenzar de inmediato con ACO de altas dosis y barrera.

Aclarando la confidencialidad.

SEGUIMIENTO

Al mes con la 1era. menstruación