

CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES DE LA RESOLUCIÓN 989/2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE DE LA NACIÓN, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA

Mediante la Resolución 989/2005, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post – Aborto¹ e incorporó la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica².

Teniendo en cuenta que el aborto ha merecido en este último tiempo la atención (con diversos fines) de diferentes sectores de nuestra comunidad, entre los que podemos mencionar: el médico-sanitario, el jurídico, el político y el religioso y que estos, en muchos casos, al efectuar consideraciones sobre esta temática, parten o se fundamentan en principios filosóficos, ético-morales y biomédicos distintos, cuando no contrapuestos, considero oportuno y útil, en el contexto analítico propuesto de la Resolución 989/2005 del MSyA:

1º) Realizar algunas *consideraciones generales* sobre la interrupción del embarazo tendientes a precisar el alcance de ciertos conceptos y términos biomédicos, asistenciales, éticos y legales, en relación al aborto para unificar el significado de términos algunas veces utilizados, con diversos sentidos por los diferentes sectores de nuestra comunidad mencionados precedentemente.

2º) Practicar algunas *consideraciones sobre la terminología* utilizada en la norma en cuestión (Res.989/2005 del MSyA) con el fin de aclarar algunas acciones médico-sanitarias establecidas en la misma.

3º) Efectuar algunas *consideraciones médico-legales* sobre el contenido de la Resolución 989/2005 desde la perspectiva de la Bioética Personalista Ontológicamente Fundada.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En la literatura médica contemporánea, la interrupción artificial del embarazo significa provocar la expulsión o realizar la extracción del producto de la concepción, y según la época en que se verifica, se denominará³:

ABORTO: a la interrupción del embarazo y la expulsión del producto de la concepción, antes de la 22ª semana de gestación o con un peso fetal inferior a 500 gramos.

PARTO PREMATURO: al que se produce entre la 22ª y 37ª semanas de gestación.

PARTO DE TÉRMINO: al que se produce entre la 37ª y 42ª semanas de gestación.

Enzo Canonaco*

* Médico Legista – Bioeticista

PARTO POST-TÉRMINO: al que se produce luego de la 42ª semana de gestación.

Queda claro entonces que, la diferencia entre aborto y parto prematuro es de orden cualitativo y temporal ya que por *aborto*, desde el punto de vista médico, se entiende la interrupción del embarazo y la expulsión del producto de la concepción, antes de la 22ª semana de gestación o con un peso fetal inferior a 500 gramos, de modo que en esta etapa del embarazo el producto de la concepción es inviable para mantener la vida fuera del claustro materno, mientras que por *parto prematuro* se entiende al parto que se produce entre la 22ª y 37ª semana de gestación, por lo que aún siendo el feto prematuro, es viable en cuanto que tiene las posibilidades, con las terapéuticas adecuadas, de mantener la vida fuera del claustro materno.

De acuerdo a su etiología (causa) el aborto puede clasificarse de la siguiente forma⁴:

1) **ABORTO ESPONTÁNEO:** es el que se produce por influencias biológicas de carácter espontáneo que interfieren el natural desarrollo de la gestación, éste será:

- *Aborto ocasional:* cuando el aborto se presenta como un hecho aislado u ocasional durante el transcurso de la vida fértil de una mujer.
- *Aborto habitual:* cuando ocurren tres o más abortos espontáneos y consecutivos antes de la 22ª semana de gestación.

2) **ABORTO PROVOCADO O VOLUNTARIO:** es el aborto inducido voluntariamente, es la interrupción artificial del embarazo con la consi-

guiente expulsión o extracción del producto de la concepción, pudiéndose diferenciar en este tipo de aborto dos categorías: el autorizado por la ley o legal y el no autorizado por la ley o ilegal.

El aborto autorizado por la Ley será *Terapéutico* cuando existan razones médicas que lo hagan aplicable y “se impondrá ante el fracaso del tratamiento médico, por existir peligro de la vida de la mujer embarazada y siempre que el éxito de la intervención sea seguro. Las causales de su indicación pueden ser: enfermedades anteriores al embarazo que éste ha agravado: TBC evolutiva, cardiopatías, nefritis crónica, enfermedad de Basedow de evolución grave; enfermedades propias de la preñez: hipertensión gravídica -excepcional-; neoplasias malignas de diferente localización que durante el embarazo muestran un avance evolutivo grave y huevo muerto y retenido.

Este tipo de aborto no necesita autorización judicial para ser practicado, puesto que se halla claramente tipificado en el inciso 1º del artículo 86 del Código Penal Argentino que refiere: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”.

Otro tipo de aborto legal es aquel aborto practicado a una mujer idiota o demente, cuyo embarazo provenga de una violación o de un atentado al pudor. Al respecto el inciso 2º del artículo 86 del Código Penal Argentino refiere: “El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 2º Si el emba-

razo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

El mal llamado *Aborto Eugénico o Parto Prematuro Inducido*: Es el que se lleva a cabo sobre embriones o fetos portadores de enfermedades genéticas o congénitas (por ejemplo embriones o fetos anencefálicos). Este tipo de parto prematuro inducido, si bien no se halla tipificado en el Código Penal Argentino, encuentra su justificación en la jurisprudencia (se ha considerado que en los casos planteados deben concurrir los presupuestos exigidos en el inciso 1° del artículo 86 del Código Penal Argentino: que exista peligro para la vida o la salud de la madre y que este peligro no pueda ser evitado por otros medios y además que el embarazo tenga una edad gestacional mayor a 22 semanas), por lo tanto, para que pueda practicarse, siempre será necesaria la correspondiente autorización judicial solicitada por la persona portadora del embarazo con embriones o fetos que padecen enfermedades genéticas o congénitas⁵. Sobre este particular, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ha legislado mediante la Ley N°1044, Decreto 999 del 17 de julio de 2003, regulándose el procedimiento a seguir ante situaciones de embarazos con patologías incompatibles con la vida: “...embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida”. En estos casos la norma establece en su art.6° Requisitos para el Adelantamiento del Parto: “...que el feto haya alcanzado las 24 semanas de edad gestacional...”.

El aborto no autorizado por la ley o ilegal es el *aborto Criminal*, se practica al margen de lo legal y es el que proporciona mayor número de complicaciones graves. Al respecto la primera parte del artículo 86 del Código Penal Argentino refiere: “incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además inhabilitación especial por el doble de tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperar a causarlo”.

Mientras que el artículo 85 del Código Penal Argentino refiere: “el que causare un aborto será reprimido: 1° Con reclusión o prisión de 3 a 10 años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta 15 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; 2° Con reclusión o prisión de 1 a 4 años, si obrare con consentimiento de la mujer. El maximum de la pena se elevará a 6 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer”, el artículo 88 del Código Penal Argentino refiere: “será reprimida con prisión de 1 a 4 años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible”.

ETAPAS CRONOLÓGICAS DEL ABORTO: Iniciado el aborto, cronológicamente pasa por etapas sucesivas, cada una de ellas representa un *estadio evolutivo* (forma clínica), que a su vez tiene características, signos y sintomatologías distintas. De acuerdo al estadio evolutivo de que se trate se puede hablar de: *amenaza de aborto*, *aborto evitable*, *aborto inevitable* y *aborto inminente*:

1) *Amenaza de aborto*: Es el primer

estadío del aborto y el cuadro clínico se caracteriza por presentar: metrorragia escasa, dolores hipogástricos de tipo cólico o dolor continuo en la zona sacra, al tacto vaginal se constata la ausencia de modificaciones en el cuello uterino: *el orificio cervical interno permanece cerrado*. La amenaza de aborto puede mejorar, desapareciendo los signos y síntomas y el embarazo continuar normalmente, o bien puede seguir una evolución desfavorable y concluir con un aborto completo o incompleto.

2) *Aborto evitable*: El cuadro del aborto evoluciona desfavorablemente: Si la dilatación del orificio cervical interno no permite el pasaje del dedo examinador y por lo tanto no se palpa el polo inferior del huevo, se considera que el aborto aún es evitable, constatándose: aumento de la metrorragia, aumento de la intensidad de los dolores, *el orificio cervical interno comienza a dilatarse, aunque no permite el pasaje del dedo examinador*.

3) *Aborto inevitable*: El cuadro del aborto continúa evolucionando desfavorablemente constatándose:

Persistencia de la metrorragia, persistencia de los dolores, *aumento de la dilatación del orificio cervical interno permitiendo el pasaje del dedo examinador. Se alcanza a tocar el polo inferior del huevo. El estudio ecográfico informa ausencia de vitalidad embrionaria.*

4) *Aborto inminente*: El cuadro del aborto continúa evolucionando desfavorablemente, constatándose:

Acentuado aumento de la metrorragia, acentuado aumento de la intensidad del dolor, *el huevo hace prociencia a través del cuello ute-*

rino y el estudio ecográfico informa ausencia de vitalidad embrionaria.

Ahora bien, el *aborto será completo*, cuando todo el huevo fue expulsado de la cavidad uterina, constatándose: tamaño uterino en involución y consistencia firme de su pared, desaparición progresiva del dolor y cierre progresivo del orificio cervical.

En cambio el *aborto será incompleto*, cuando se diagnostica que hay expulsión parcial del huevo y por lo tanto se constatará: tamaño uterino en involución, consistencia blanduzca de la pared uterina, persistencia de la metrorragia, persistencia de los dolores y el orificio cervical interno continúa dilatado.

El aborto será séptico o infectado cuando haya temperatura superior a 38°, constatándose: reagudización del dolor de tipo permanente, cuadro de intoxicación general (taquicardia, escalofríos, palidez), fiebre (generalmente en picos), metrorragia con flujo purulento fétido que fluye a través del orificio cervical interno y tamaño uterino agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión.

En el cuadro clínico de *huevo muerto y retenido* existe muerte del huevo quedando retenido durante días o meses.

El Aborto será temprano: cuando se produce antes de la 16ª semana de gestación y será *tardío* cuando ocurre luego de la 16ª semana de gestación.

TRATAMIENTO: La ecografía es un estudio complementario de diagnóstico que se ha convertido en el método de excelencia para estas situaciones. Por lo tanto, al diagnóstico clínico evolutivo, se debe sumar la ecografía para lograr un

diagnóstico de certeza del momento del proceso de aborto.

El aborto se inicia con la formación de un hematoma retro-ovular o retroplacentario que provoca contracciones uterinas, las que a su vez van desprendiendo el huevo de su zona de implantación. En estos casos, tratándose de una amenaza de aborto o de un aborto evitable propiamente dicho, el tratamiento será conservador y se indicará: reposo absoluto, tratamiento hormonal (progesterona/estrógenos/gonadotrofinas), útero inhibidores, antiespasmódicos y sedantes corticales.

Pero si el aborto continúa su evolución y entra en la etapa de "aborto en curso", las probabilidades de recuperación son más escasas, pero debe continuarse con el tratamiento instituido durante la "amenaza", *si la ecografía demuestra vitalidad embrionaria*⁴.

En el aborto inevitable o inminente la actitud conservadora no será útil, por lo tanto se deberá lograr la más rápida expulsión del huevo, para evitar la hemorragia y el peligro de la infección, colocando un goteo endovenoso con ocitocina.

CONSIDERACIONES SOBRE LA TERMINOLOGÍA UTILIZADA EN LA NORMA EN CUESTIÓN (RES.989/2005 DEL MSYA):

NORMA: Resolución 989/2005 sobre acciones médico sanitarias de aplicación en la atención de pacientes que cursan un estado de post-aborto.

VIGENCIA: Inmediata.

ORGANISMO DE APLICACIÓN: Ministerio de Salud y Ambiente de la

Nación: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

EFECTORES: Sistemas de Salud de los sectores: público estatal y no estatal o privado

CARÁCTER DE LAS ACCIONES A APLICAR POR LOS EFECTORES: Promoción, prevención, asistencia y rehabilitación

NIVELES DE ATENCIÓN EN LOS QUE SE APLICARÁN LAS NORMAS: Primario, secundario y terciario

FUNDAMENTACIÓN DE LA NORMA: Vigencia del *Plan Materno Infantil* en el marco del *Plan Federal de Salud* que enfatiza el desarrollo de acciones sobre salud reproductiva.

El aborto es la primera causa de muerte materna en la Argentina, donde ocurren 500.000 abortos anuales de los 36,4 millones del total registrados en América Latina.

Las acciones de atención post-aborto son: 1º un *deber* de todo profesional de la salud. 2º significan el respeto de los *derechos reproductivos* que forman parte de los *derechos humanos de la mujer*.

El aborto resulta de necesidades no satisfechas de planificación familiar.

El aborto resulta de falta de información sobre anticoncepción, de dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos, de falla en los métodos anticonceptivos, de la discontinuidad en la provisión de los elementos de anticoncepción.

El aborto afecta a mujeres de escasos recursos que concurren al hospital público.

En Argentina entre los años 1995 y 2000 la hospitalización por aborto se incrementó un 57%, observándose una inadecuada antibióticoterapia.

OBJETIVOS DE LA NORMA

1. Promover el respeto que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.
2. Promover el ejercicio de los derechos sexuales reproductivos.
3. Asegurar el acceso de todas las mujeres que cursan un estado clínico de post-aborto a los servicios públicos o privados de salud y poner en práctica una consejería y alternativas anticonceptivas para evitar el recurso a los abortos repetidos.
4. Disminuir la morbilidad materna.
5. Mejorar la calidad de la atención de las pacientes gestantes

TEXTO DE LA RESOLUCIÓN

Artículo 1° — Apruébese el texto del documento *GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION POST ABORTO* que como Anexo I forma parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2° — Incorpórase la *GUIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION POST ABORTO* que se aprueba en el artículo precedente al *PROGRA-*

MA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA. Art. 3° — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa y de la *DIRECCION DE SALUD MATERNO INFANTIL* las citadas normas, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2°.

Art. 4° — Publíquese a través de la *SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS* el documento aprobado por Artículo 1°, a fin de asegurar la máxima difusión.

Art. 5° — Agradécese a las entidades Académicas y Científicas a través de los especialistas y expertos convocados en la materia y a las Autoridades Provinciales participantes de la redacción, la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 6° — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

Luego de precisar los alcances de los términos, Aborto, Aborto Precoz, Aborto Tardío, Amenaza de aborto, Aborto inevitable, Aborto completo, Aborto en evolución o inminente, Aborto incompleto, Aborto retenido, Aborto séptico y Aborto habitual (coincidentes con las definiciones utilizadas en la bibliografía médica citada), se precisa el diagnóstico y tratamiento en el primer y segundo nivel de atención de la siguiente manera:

DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
<i>TIPO DE ABORTO</i>	<i>DATOS CLÍNICOS</i>
<i>Amenaza de aborto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea secundaria. • Prueba inmunológica de embarazo positiva. • Presencia de vitalidad fetal. • Hemorragia de magnitud variable. • Dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable. • <i>Volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente.</i>
<i>Aborto inevitable</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Volumen uterino igual o menor que lo esperado por amenorrea.</u> • Hemorragia abundante o <u>ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico.</u> • Puede haber o <u>no dilatación cervical.</u>
<i>Aborto incompleto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión parcial del producto de la concepción. • Hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable. • Dilatación cervical evidente y volumen no acorde con amenorrea.
<i>Aborto en evolución o aborto inminente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión inminente del tejido ovular. • Dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia. • Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea. • Hemorragia persistente. • Dilatación cervical ostensible.
<i>Aborto completo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Expulsión completa del producto de la concepción. • Disminución de la hemorragia y del dolor. • Es frecuente el cierre del orificio cervical.
<i>Aborto diferido o huevo muerto retenido</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen uterino menor que por amenorrea. • Ausencia de vitalidad fetal (latidos cardíaco fetal). • No hay modificaciones cervicales.
<i>Aborto séptico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto. • Existe escurrimiento intrauterino de secreción hematopurulenta a través del cérvix con olor fétido. • Presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección. • Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero. • Alteraciones del estado general.

TRATAMIENTO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	
TIPO DE ABORTO	MANEJO
Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la actividad física, psíquica y sexual. • Reposo en cama. • Hidratación vía oral. • Puede administrarse analgésicos V.O. • Solicitar prueba de embarazo y los siguientes exámenes; hemograma, glucemia en ayunas, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH (en caso de no estar en HC) y VDRL. • Si continúa la hemorragia, referir a la paciente al segundo nivel de atención para su tratamiento.
Aborto incompleto Aborto en evolución o inminente Aborto inevitable Aborto diferido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Derivar para hospitalización para realizar aspiración manual endouterina o legrado uterino.</u>
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a la paciente al segundo nivel de atención independientemente de la edad gestacional. • Iniciar esquema de antibiótico con Ampicilina, 2g I.V. cada 6 hs, más Metronidazol, 500 mg. a 1g I.V. cada 8 horas, más Gentamicina, 3-5 mg/kg I.V. cada 24 hs.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
<i>TIPO DE ABORTO</i>	<i>MANEJO</i>
<i>Amenaza de aborto</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización a todas las pacientes que continúan con hemorragia transvaginal. • Solicitar dosificación de fracción beta de hormona gonadotrofina coriónica y ultrasonido pélvico para valorar condiciones fetales, placentarias y cervicales. • Solicitar exámenes de laboratorio: hemograma, glucemia en ayuno, examen general de orina, grupo sanguíneo y RH, VDRL. • Hidratación oral o parenteral. • Administrar analgésicos.
<i>Aborto diferido o huevo muerto Aborto incompleto Aborto en evolución o inminente Aborto completo Aborto inevitable</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Previa valoración clínica, se hospitalizará a la paciente independientemente de las semanas de gestación. • Se realizarán estudios básicos de laboratorio y <u>ultrasonido para corroborar el diagnóstico</u> y valorar la condición hemodinámica de la paciente. • Se realizará aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino instrumental (LUI) como procedimientos de primera y de segunda opción respectivamente: En abortos completos confirmar que la cavidad uterina está vacía y ante la duda manejarlo como aborto incompleto. En embarazos mayores de 12 semanas, se realizará legrado uterino instrumental de acuerdo al lineamiento de cada unidad de salud. • En caso de hemorragia abundante y dilatación cervical mínima, realizar la extracción del huevo por fragmentación. • <u>Sugerir el mejor método anticonceptivo post aborto, previa orientación (consejería)</u> • Si la paciente es RH Negativa con anticuerpos irregulares negativos, gammaglobulina anti D, 1 ampolla. • Aplicar vacuna doble viral (rubéola-sarampión) si la paciente no la recibió previamente. • Aplicar vacuna antitetánica/toxoide tetánica si no hay esquema completo de vacunación previo y documentado.

En el primer estadio, se trata de preservar el embarazo mientras que en los siguientes estadios, se indica completar el aborto con la aspiración manual endouterina - AMEU- o legrado uterino instrumental (LUI).

Inmediatamente refiere sugerir el mejor método anticonceptivo post-aborto previa orientación.

La norma tiene dos bloques:

1º) Protocolo para el tratamiento de emergencia post-aborto: AMEU, LUI

2º) Protocolo para anticoncepción postaborto.

Propósito: promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post - aborto, la cual debe ser ofertada, respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados, y la recurrencia abortiva, fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, informar dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos, orientar sobre las necesidades anticonceptivas y sobre la necesidad de la doble protección (método anticonceptivo más preservativo) y la mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado y referida al programa de salud sexual y reproductiva.

Como métodos anticonceptivos, la norma menciona:

- 1) Métodos de abstinencia periódica (Ogino, Knaus, Sintotérmico, Billings).
- 2) Anticoncepción hormonal:
 - Combinada a bajas dosis
 - Progestágenos
 - Inyectable

3) Preservativos

4) Dispositivos intrauterinos: (diu)

5) Métodos vaginales
Espermicidas
Diafragmas

CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES DE LA RESOLUCIÓN 989/2005 DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA PERSONALISTA ONTOLÓGICAMENTE FUNDADA:

La Bioética Personalista Ontológicamente Fundada se sustenta en cuatro principios básicos⁶:

1º Principio de Defensa de la Vida Física.

2º Principio de totalidad o Principio Terapéutico.

3º Principio de Libertad y Responsabilidad.

4º Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad.

Como referí en el artículo citado, estos principios guardan entre sí un orden jerárquico de prevalencia de modo que siempre debe prevalecer el principio de defensa de la vida física por sobre los demás principios.

Ahora bien, considero que desde la perspectiva bioética que estamos analizando, la Resolución 989/2005 podría merecer las siguientes reflexiones:

1. *En la Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto⁷, cuando se refiere al diagnóstico del aborto inevitable, en el primer nivel de atención⁸, detalla un cuadro clínico que de acuerdo a los datos allí consignados, podría caracterizarse con volumen uteri-*

no igual al esperado por amenorrea, rotura de membranas con pérdida de líquido amniótico, puede no haber dilatación cervical. Este cuadro bien podría interpretarse como amenaza de aborto, sin embargo cuando en el mismo texto de la norma se detalla el tratamiento en el primer nivel de atención indica: derivar para hospitalización para realizar aspiración manual endouterina –AME- o legrado uterino –LUI-.

Los profesionales de la salud conocemos acerca de la importancia que tienen, en el desarrollo de nuestras acciones sanitarias, las guías o algoritmos elaborados por instituciones calificadas, por lo cual estos algoritmos deben ser claros y precisos y no deben dejar espacios para dobles interpretaciones, que podrían inducir a elaborar diagnósticos e instituir terapéuticas inadecuadas⁹. Al respecto el inciso g) del artículo 3º del Decreto N° 1424/97 refiere: “Será función del Programa la normatización de los siguientes aspectos específicos: ...la elaboración de algoritmos diagnósticos y terapéuticos de los problemas sanitarios más frecuentes, basados en criterios de especificidad, sensibilidad y costo beneficio”.

2. En la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post aborto, al referirse al diagnóstico y tratamiento del aborto inevitable en el segundo nivel de atención, no se hace mención expresa de la necesidad de que el estudio ecográfico, que siempre debe practicarse, informe ausencia de vitalidad embrionaria. Como se refirió en la segunda premisa del presente trabajo⁴, aún en la eta-

pa de “aborto en curso”, con escasas probabilidades de recuperación, debe continuarse con el tratamiento instituido durante la “amenaza de aborto”, si la ecografía demuestra vitalidad embrionaria.

3. La Resolución 989/2005 refiere: la anticoncepción debe ser ofertada y la mujer debe ser externada con un anticonceptivo entregado. La utilización del imperativo verbal (debe) podría interpretarse, desde el punto de vista de la bioética personalista, como una colisión con los principios de libertad y responsabilidad y con el artículo 4to. del Decreto 1424/97¹⁰. Además, la Res. 989/2005, en el apartado “Protocolo para Anticoncepción Post aborto - Propósito” refiere: “Promover durante el proceso de atención integral del aborto, la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofertada respetando la elección libre e informada para prevenir los embarazos no deseados y la recurrencia abortiva fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos”. Esta elección libre, en la selección del método de planificación familiar o anticoncepción sólo puede ejercitarse cuando la paciente es informada sobre todos los métodos anticonceptivos incluidos los de “abstinencia periódica” -único método de control de la natalidad aceptado por la bioética personalista-, premisa que difícilmente pueda cumplirse si en la Consejería en anticoncepción no participa personal idóneo -las instructoras- que oriente sobre los métodos de abstinencia periódica.

4. Además, si bien la Resolución

989/2005 menciona los métodos de abstinencia periódica para la planificación familiar o anticoncepción post aborto, en la misma no se hace referencia a la provisión y distribución de elementos para poder adoptar el método natural de control de la natalidad (termómetros, tiras reactivas de LH –EVAPLAN,)-. Estos elementos deberían hallarse debidamente presupuestados y su distribución concretamente especificada en el al gorritmo, a fin de asegurar su provisión (como refiere la norma para todos los métodos anticonceptivos) para aquellas mujeres que, en un estado de post aborto, optaren por los métodos de abstinencia periódica como mecanismo de anticoncepción o planificación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial N°30.718 del 17 de agosto de 2005
2. Decreto N°1494/97 del 23 de diciembre de 1997.
3. Manual de Obstetricia: Roberto A. Votta, Osvaldo H.Parada y Colaboradores, 5ªEdición, López Editores, págs.372/382.
4. Manual de Ginecología de Gori: Jorge R. Gori, Antonio Lorusso, Editorial El Ateneo, páginas 243/256.
5. Suprema Corte de Justicia de la Provincias de Buenos Aires, Causa Ac. .85.566, “Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón de Gral. San Martín. Autorización” y Suprema Corte de Justicia de la Provincias de Buenos Aires, Causa 91.478 Ac. 2078/05/04, “P.F.V.Amparo”.
6. Cuadernos de Medicina Forense Año 3, N° 1: “La Bioética desde la Perspectiva Filosófica del Personalismo Ontológicamente fundado”; Dr. Enzo Canonaco. CMF de la CSJN, págs. 61/78.
7. Guía publicada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, agosto de 2005.
8. APS: Unidades Sanitarias o Centros de Salud Provinciales o Municipales de baja complejidad.
9. Decreto N°1424/97, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
10. “En la elaboración del marco normativo del Programa se tendrán en cuenta los criterios éticos relacionados con los derechos del paciente, la defensa de la dignidad de la persona humana, la eficacia y eficiencia del accionar sanitario, la solidaridad y la equidad social”.