

ESTUDIO SOBRE IVEs DE REPETICIÓN EN A CORUÑA

Autora: Maria del Mar Barcón Sánchez

Tutor: Enrique Sánchez Segrelles

Apoyo Admitivo: Ana López

Centro de trabajo: CLINICA ARCE

I.V.Es. DE REPETICIÓN. ANÁLISIS Y PROPUESTA DE PROTOCOLO PARA REDUCCIÓN DE LOS MISMOS.

INTRODUCCIÓN

En el año 1985 la *Ley Orgánica 9/85, de reforma del Código Penal*, despenalizó el aborto en tres supuestos y supuso la primera posibilidad efectiva de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las mujeres en España, después del breve paréntesis de la II República. Veinticinco años más tarde, la *Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo*, vino a modificar sustancialmente el marco legal en el que se había movido el aborto durante más de dos décadas, al sancionar la libre decisión de las mujeres en las catorce primeras semanas del embarazo y cambiar una Ley de Supuestos por una de Plazos y Supuestos. La posterior reforma de septiembre de 2015, limitando la capacidad de decisión de las menores, no ha tenido apenas repercusión en las cifras absolutas y relativas de IVEs.

Estos años no solo han posibilitado el acceso de las mujeres al IVE sino que han servido para desarrollar un potente red de centro públicos y concertados dedicados a la atención integral de la mujer en el ámbito sexual y reproductivo y a una tarea de formación y prevención que no podemos despreciar, si bien no se han conseguido todos los objetivos. El descenso de IVEs continuado desde el año 2011 y el incremento en la utilización de métodos anticonceptivos suponen dos éxitos nada desdeñables en el trabajo sanitario realizado. Sin embargo, las dificultades que siguen teniendo importantes colectivos de mujeres en el acceso a la anticoncepción, las inherentes a la reforma del 2015 (si bien no se consumó el retroceso legislativo con el que se venía amenazando) y **los datos relativos a IVEs de repetición – siempre por encima de un 30%** - no pueden por menos que hacernos reflexionar sobre la necesidad de mejorar la coordinación y los protocolos para salvar estos déficits en aquellos extremos que nos sea posible.

La Ley de Salud Sexual y Reproductiva incluía en su articulado un número importante de medidas -sanitarias, educativas, comunitarias... - dirigidas específicamente a ampliar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a mejorar su formación y su capacidad de decisión. Sin embargo, la mayor parte de los elementos que deberían servir para alcanzar estos objetivos, no se han desarrollado debidamente y, fruto de ello, seguimos encontrando lagunas en la educación sexual, en el manejo de la anticoncepción y en la libertad de decisión poco acordes con los parámetros sociales y sanitarios de nuestro país.

Como podemos observar en la gráfica de la evolución de IVE entre los años 2006 y 2015 (últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad), el número de intervenciones mantiene una curva de descenso desde el año 2011, atribuible tanto a la mejora de información por parte de las mujeres como a causas socioeconómicas (crisis, pérdida de población joven tanto inmigrantes que retornan como emigración de jóvenes.). En el año 2015 el número de IVEs declarado por el Ministerio es de 94.188, con una tasa del 10,40 por mil y con un 37,63% de esas mujeres que ya habían sufrido al menos un IVE en otra ocasión.

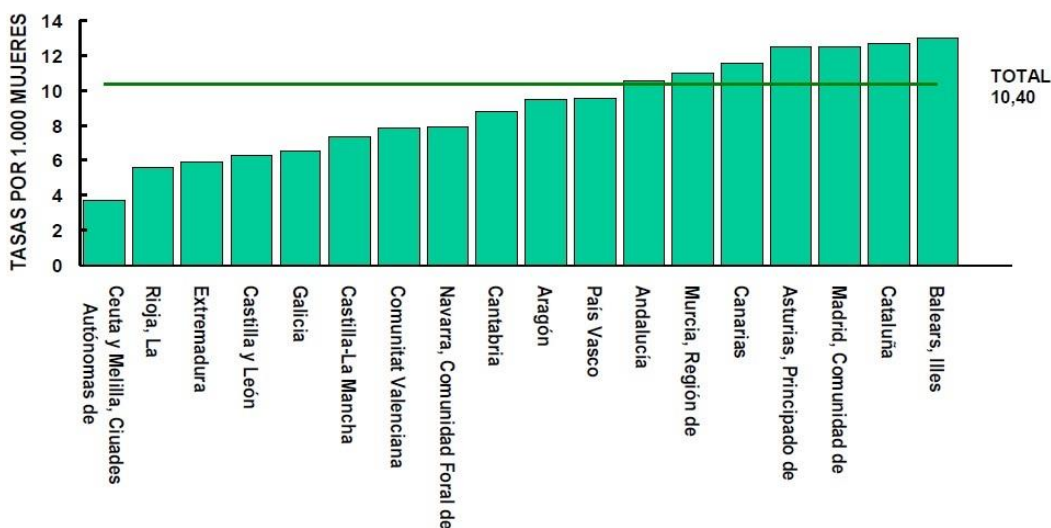
**I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según CC.AA. de residencia.
2006-2015. TOTAL NACIONAL.**

	Año de intervención									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL	10,62	11,49	11,78	11,41	11,71	12,47	12,12	11,74	10,46	10,40
Andalucía	10,46	11,22	11,29	11,31	11,73	13,09	13,08	11,91	10,62	10,59
Aragón	11,85	11,91	12,60	10,86	10,74	11,43	10,83	10,09	8,58	9,53
Asturias, Principado de	8,33	7,72	8,07	8,09	10,42	13,79	14,34	13,62	12,70	12,51
Baleares, Illes	14,00	14,91	14,13	13,22	13,82	15,00	13,01	13,06	12,26	13,03
Canarias	8,87	10,74	10,03	9,36	10,46	13,16	12,79	13,03	11,87	11,58
Cantabria	4,68	4,63	6,09	7,93	9,11	10,36	9,90	9,19	8,60	8,80
Castilla - La Mancha	6,71	8,20	8,54	8,18	9,18	9,92	9,60	8,97	8,00	7,38
Castilla y León	6,40	6,38	6,78	6,03	6,62	7,75	7,25	7,11	6,14	6,33
Cataluña	13,57	14,31	16,49	16,10	15,20	14,49	14,28	14,18	12,59	12,70
Comunitat Valenciana	9,92	10,46	10,75	9,99	10,07	10,22	9,47	9,58	8,67	7,85
Extremadura	5,19	5,46	6,11	6,13	6,47	7,57	7,20	7,12	6,22	5,89
Galicia	4,40	4,51	3,53	5,81	6,46	7,76	7,01	6,78	6,78	6,60
Madrid, Comunidad de	14,18	16,00	15,79	14,49	14,77	15,14	14,90	14,62	12,58	12,54
Murcia, Región de	13,10	14,80	16,59	14,99	14,72	14,39	13,32	12,56	11,32	11,07
Navarra, Comunidad Foral de	5,31	5,65	6,13	5,54	6,92	8,64	8,94	7,82	7,53	8,00
País Vasco	5,99	6,84	7,02	7,25	8,26	10,34	10,04	9,97	8,88	9,57
Rioja, La	8,25	8,64	9,22	7,86	7,95	8,62	8,23	6,78	6,19	5,64
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas de	2,66	3,74	3,26	3,33	4,31	4,59	4,50	3,74	3,53	3,72

Fuente: Ministerio de Sanidad

Galicia se encuentra entre las CC.AA. con menor tasa de aborto, con un 6,60 por y con un número de intervenciones en 2015 de 3.213. De ellas a un 30% ya se les había practicado, al menos otra IVE. Es la provincia de A Coruña la que declara la mitad de las IVEs totales con 1.605 mujeres -residentes en la provincia- y un porcentaje de IVEs de repetición similar a la media gallega. Es, por tanto, sobre esta realidad sobre la que queremos actuar y sobre la que se llevó a cabo el trabajo de campo.

I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de



Fuente: Ministerio de Sanidad

Nuestro centro de trabajo, Clínica ARCE, forma parte del Grupo Veirase, S.L. de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana Asistida y está incluido en la red concertada para realización de IVEs dentro de las 14 primeras semanas de gestación, en Galicia . En el año 2015 atendimos a 1.228 pacientes demandantes de IVE derivadas del SERGAS (A Coruña, Lugo, Burela, Monforte, Ferrol, Santiago) y a 534 privadas (toda Galicia, Portugal, León y residentes en extranjero). Todas las intervenciones fueron debidamente comunicadas a la Consellería de Sanidade.

Año 2015

Galicia: 3.213 IVEs

A Coruña: 1.605 IVEs

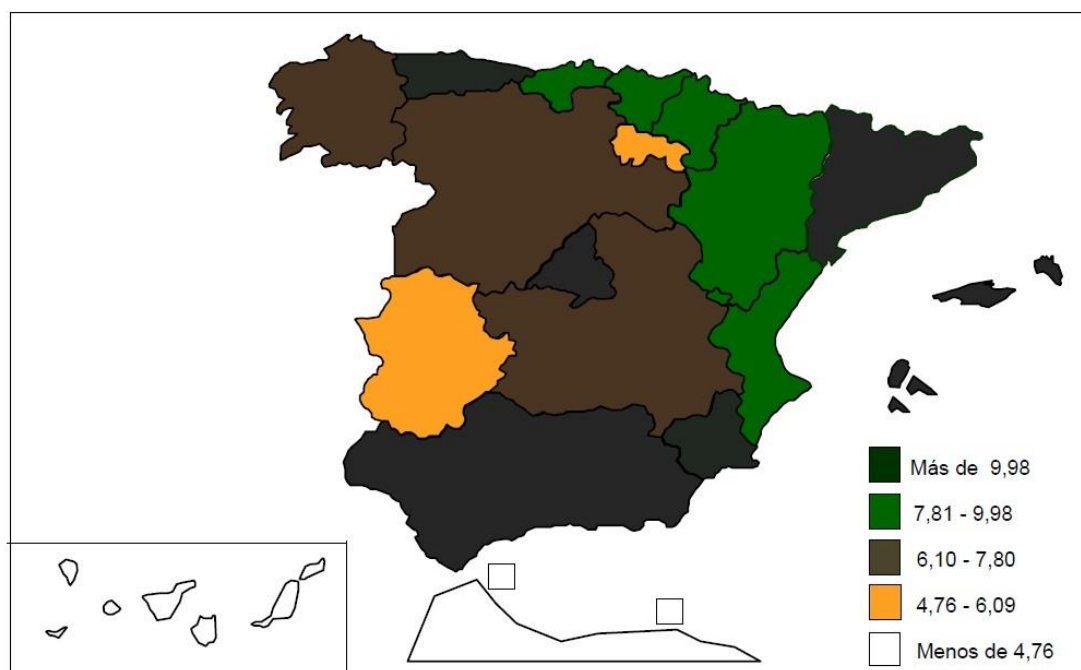
Clínica Arce: 1.762 IVEs

Las IVEs se realizan siguiendo los Protocolos SEGO y Protocolos de ACAI (Asociación de Clínicas Acreditadas para IVE). Un 98% fueron IVEs instrumentales (dilatación y aspiración) y un 3% farmacológicos. Un 89% de las IVEs instrumentales fueron realizadas bajo sedación y las restantes con anestesia local. Las intervenciones se

realizan bajo control ecográfico y el tiempo medio de estancia de las pacientes en la Clínica es de 75 minutos. Se realiza una revisión ecográfica y ginecológica de las pacientes entre los 15 y los 30 días posteriores a la intervención, en la que se lleva a cabo el consejo anticonceptivo. El tiempo de espera para la revisión en algunos centros se dilata a consecuencia de la falta de personal, lo que dificulta la prescripción de un método anticonceptivo y el cumplimiento de la anticoncepción por parte de las mujeres.

Nuestra experiencia de 27 años nos ha permitido no solo avanzar en la mejora de las técnicas sino poder observar y analizar los cambios en la asunción de derechos sexuales y/o reproductivos por parte de las mujeres y en el manejo de la anticoncepción. Desde esa experiencia nos preocupó durante los últimos años el mantenimiento de cifras de IVES de repetición elevadas y creemos que es posible mejorar la coordinación entre centros y definir protocolos que ayuden a las mujeres a mejorar el conocimiento sobre su propia salud sexual y a prevenir embarazos no deseados. Nos planteamos la necesidad de conocer, con mayor profundidad, la consistencia de la información que manejan nuestras pacientes y para ello realizamos un trabajo de campo consistente en **700 entrevistas , entre los meses de junio y octubre** planteando los objetivos que se señalan a continuación.

I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años según CC.AA. de residencia.
España. 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad

OBJETIVOS

Como hemos señalado en el apartado anterior con el presente trabajo nos planteamos los siguientes objetivos.

1. Determinar el número de pacientes con **IVEs de repetición** que acuden a nuestro centro para someterse a una nueva interrupción de embarazo.
2. Conocer el **manejo de la anticoncepción** que tienen nuestra pacientes y, específicamente, aquellas que se han sometido a más de un IVE.
3. Analizar la **consistencia del conocimiento** sobre anticoncepción y derechos sexuales que poseen las pacientes que se someten a más de un IVE.
4. Analizar si los **cauces de información** sobre anticoncepción y derechos sexuales son los adecuados para disminuir el número de IVEs de repetición.
5. Proponer **protocolos de actuación** para reducir el número de mujeres que se someten a una nueva interrupción en el primer año post IVE.

METODOLOGÍA

Para el presente análisis se realizó un trabajo de campo consistente en **700 entrevistas (n=700)** a pacientes demandantes de IVE atendidas en la Clínica ARCE, entre los meses de junio y octubre de 2017.

Edad gestacional. Todas las pacientes presentaban gestaciones por debajo de las 14 semanas.

Grupo de estudio. No se sometieron a entrevista aquellas pacientes derivadas para IVE a consecuencia de malformación fetal. Las pacientes entrevistadas prestaron su consentimiento a la encuesta a excepción de cinco de ellas. No se incluyeron en el estudio las pacientes entrevistadas que no fueron sometidas a IVE por no estar embarazadas o diagnosticarse aborto espontáneo en el momento de la ecografía. Las edades de las pacientes estaban entre los 14 y los 51 años, siendo el promedio de edad 29'5 años.

Procedencia de las pacientes. De las pacientes entrevistadas, 501 fueron derivadas al Centro desde el Servicio Galego de Saude -SERGAS- a través de los Centro de Orientación Familiar -COF- de Orillamar y Ventorrillo (A Coruña y su área sanitaria),

Ferrol, Santiago, Lugo, Monforte y Burela. Cinco (5) fueron derivadas desde Centros de Atención Primaria de otras provincias y 194 eran pacientes privadas (o con seguros privados).

Características de la entrevista. Para la realización de la entrevista se elaboró un cuestionario con dos partes, una serie de preguntas de carácter general realizadas a todas las pacientes y una segunda parte dirigida solo a aquellas pacientes que ya se habían sometido al menos a un IVE con anterioridad. Se diseñó una ***entrevista semiestructurada, con preguntas semicerradas para la parte general, una pregunta abierta para las mujeres con IVEs de repetición y una semicerrada para aquellas con IVEs en los últimos tres años.***

Las entrevistas tuvieron una duración de mínimo 10 minutos y máximo 15 y se llevaron a cabo a continuación de realizar la Historia Clínica de la paciente. Se diseñaron preguntas claras y con lenguaje sencillo, fácilmente comprensible para todas ellas. Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma persona, procurando un entorno de confianza, tranquilidad y discreción. Las pacientes respondieron a las preguntas, estando a solas con la entrevistadora. Se adjunta cuestionario.

Variables de estudio. Se analizaron las siguientes variables: lugar de residencia (municipios en miles de hrs), formación, número de IVEs anteriores, método de IVEs anteriores, método anticonceptivo utilizado, fallo del método anticonceptivo, por qué no usa anticoncepción, uso de método anticonceptivo posteriormente, con quién habla sobre anticoncepción, opinión sobre la información sobre anticoncepción, conocimiento de métodos anticonceptivos, realización de la revisión post IVE (sólo a mujeres con IVEs en los últimos tres años) y sentimiento ante un nuevo IVE (sólo a las mujeres que habían tenido IVEs anteriores)

Análisis de los datos. Finalizadas las 700 entrevistas se procedió a analizar los datos totales tanto del cuestionario genérico como específico con los resultados que se señalarán a continuación.

CUESTIONARIO GENERAL

EDAD (PROMEDIO)

LUGAR DE RESIDENCIA

ESTUDIOS

PROFESION

Nº IVES

ABORTOS ESPONTÁNEOS

IVE ANTERIOR:

< 3 MESES

3-6 MESES

< 1 AÑO

1-3 AÑOS

3-5 AÑOS

> 5 AÑOS

METODO IVE ANTERIOR

QUIRÚRGICO

FARMACOLÓGICO

FARMACOLÓGICO INCOMPLETO

METODO ANTICONC. UTILIZADO

NO USA

CONDON

AHC ORAL

ANILLO

IMPLANTE

D.I.U.

PARCHE

METODOS NATURALES

MARCHA ATRÁS

ANTICON. URGENCIA

FALLÓ ANTICONCEPTIVO

OLVIDO

ROTURA CONDON

MAL USO CONDON

FALLO D.I.U.

INTERACCION MEDICAMENT.

DIARREA/VÓMITOS

CAIDA PARCHE

ERROR AO/ANILLO/INYECT.

NO SÉ

NO UTILIZA ANTICONCEPTIVO PORQUE...

NO TENGO PAREJA

NO CONSULTAR ANTICONCEPCION

DESCONOCIMIENTO ABSOLUTO

ME OLVIDO DE USARLOS

ME FALLARON OTROS METODOS

NO QUIERO HORMONAS

PROBLEMAS DE PAREJA

ANTICON.A PARTIR DE AHORA?

SI

NO

NO SÉ

SI PERO OTRO

HABLA DE ANTICONCEPCION CON:

MADRE

HERMANA

FAMILIA

PAREJA

AMIGAS

COMPAÑEROS TRABAJO

AMIGOS

MEDICO DE FAMILIA

GINECÓLOGO

CHARLAS

OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

COLEGIO / INSTITUTO

PROFESOR/A

NO HABLA

CUESTIONARIO ESPECÍFICO

CONSIDERA INFORM. SOBRE ANTICONCEP.

TOTALMENTE SUFICIENTE
BASTANTE
INSUFICIENTE
NO SÉ

LA INFORMACION DEBE SER...

MAS CLARA
MAS PROXIMA
MAS FACIL DE CONOCER
ESTA BIEN ASÍ
NO SÉ

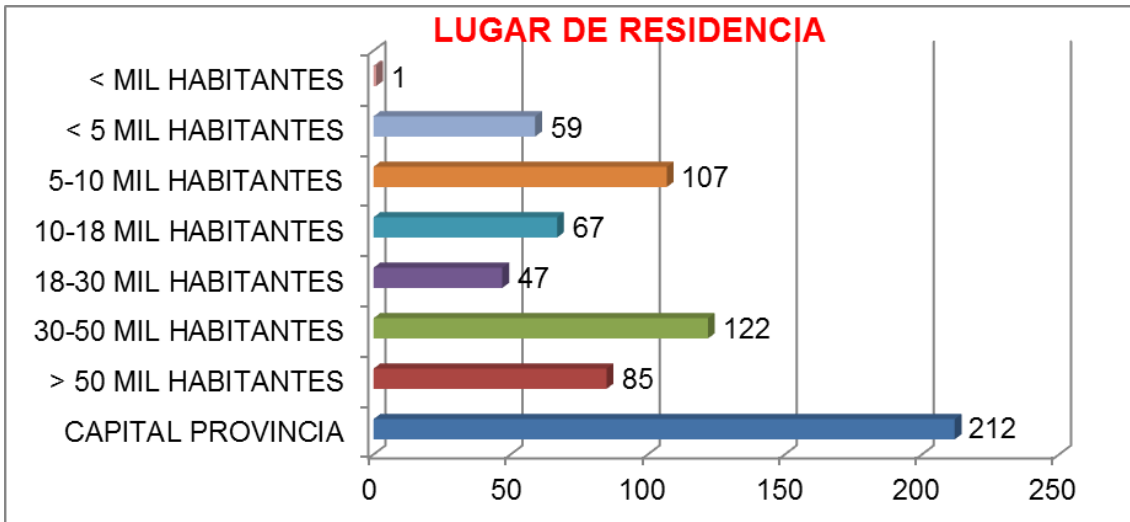
LOS ANTICONCEP. DEBEN SER...

MAS CONOCIDOS
MAS ACCESIBLES
MAS BARATOS
ESTAN BIEN ASÍ
NO SÉ

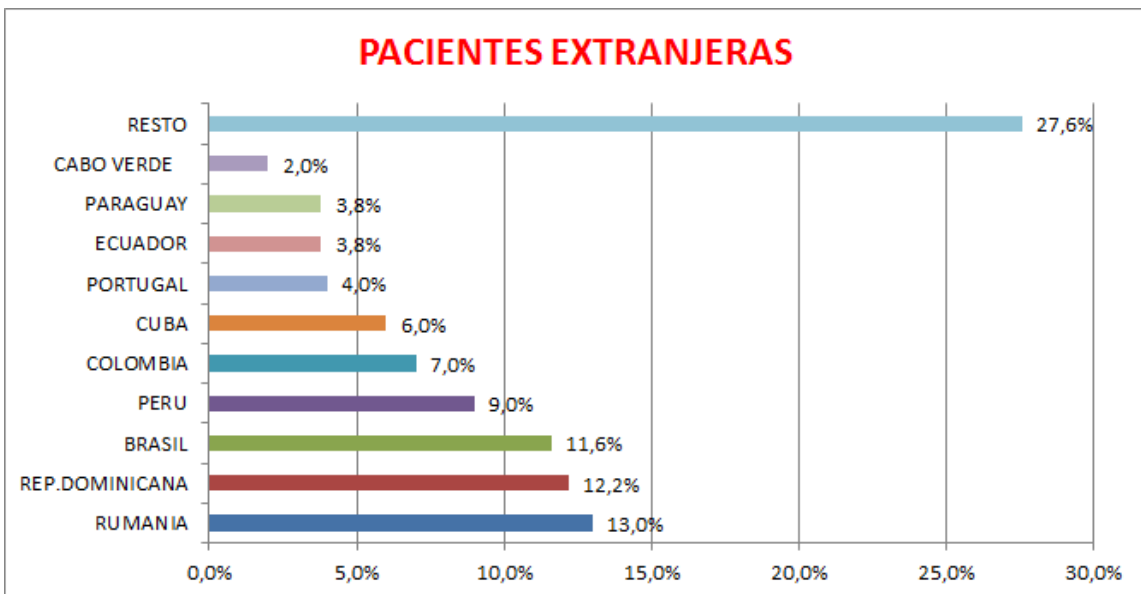
SENTIMIENTO ANTE NUEVA IVE (PREGUNTA ABIERTA)

RESULTADOS

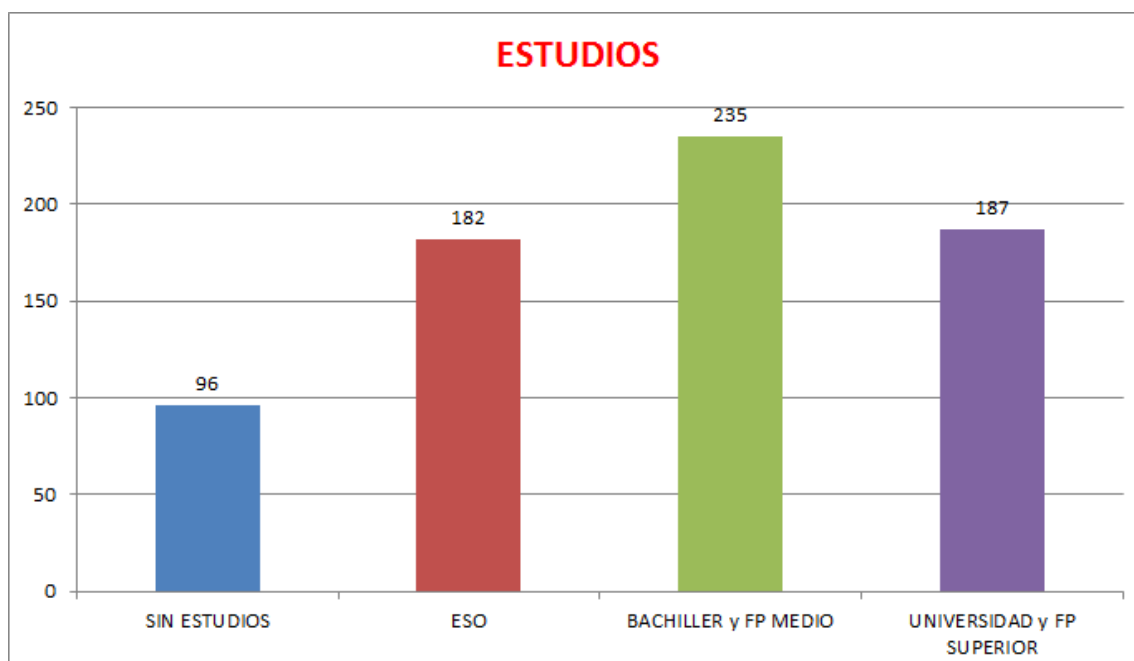
Como se avanzó, se realizaron 700 entrevistas a otras tantas pacientes demandantes de IVE. Como explicamos anteriormente un 71,57% de las pacientes fueron derivadas tanto de los COFs de las provincias de A Coruña y Lugo y un 27,71% eran pacientes privadas, con un pequeño número -5- procedentes de dispositivos públicos de carácter Primario. Como observamos en el Gráfico 1 (*Gráfico de Estudio 1*), el **lugar de residencia** de las mujeres que acuden a nuestro centro es mayoritariamente urbano y periurbano, con una concentración de pacientes en los municipios por encima de los 30 mil habitantes. (*Nota: el parámetro de municipios de más de 50 mil hbs que no son capitales de provincia se ha incluido por la atención a pacientes no sólo gallegas - Ferrol, Santiago y Vigo- sino por las procedentes de Portugal y León*)



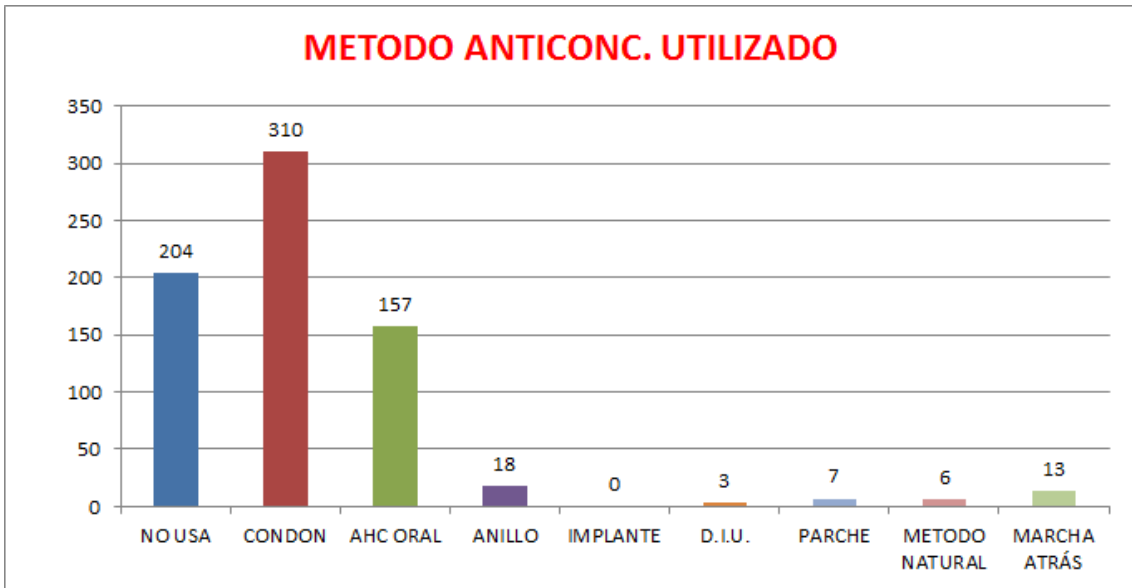
En cuanto a la **nacionalidad**, existen algunas diferencias en las cifras de nuestro Centro, tanto respecto a los datos de la media española como los de Galicia. Así, según informa el Ministerio, el 34,7% de las mujeres que se sometieron a un IVE en 2015 (últimos datos publicados) eran extranjeras mientras el porcentaje en Galicia bajaba a un 14%, producto de las características socioeconómicas de nuestra Comunidad. En nuestro estudio 545 mujeres eran españolas (el 77,85%) mientras 155 tenían nacionalidad extranjera, lo que representa un 22,14% de la muestra. El *Gráfico 2* nos muestra las nacionalidades de procedencia con un mayor peso de pacientes rumanas y sudamericanas frente a una escasa presencia de mujeres africanas - excepto la colonia caboverdiana de Burela, con varones dedicados a la pesca de altura- .



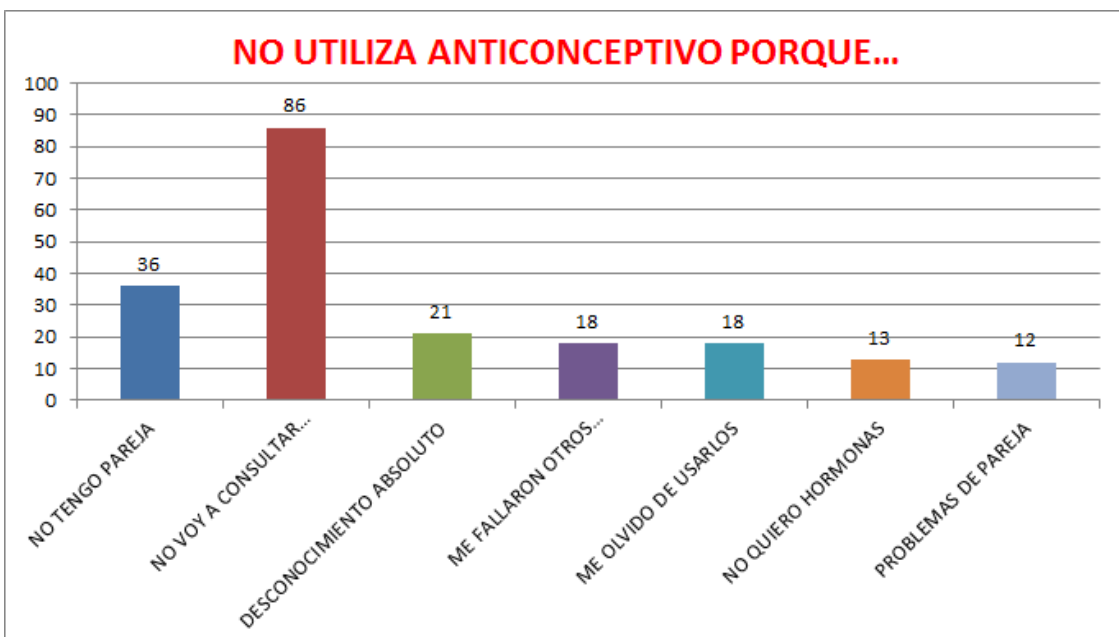
En cuanto a la **formación**, tal y como se recoge en el gráfico, son mayoritarias las mujeres con estudios medios: bachiller o grados medios de FP, seguidos de formación superior (grados superiores de FP o Universidad). El grupo menor corresponde a las mujeres que no tienen ninguna formación o estudios muy básicos, por debajo del centenar.



Preguntamos a las pacientes por el **método anticonceptivo** que estaban utilizando. Como vemos en el gráfico (GE 3) todavía un 29% de las pacientes (204 mujeres) declaran no utilizar ningún método anticonceptivo. El 44% (310 mujeres) afirman utilizar el preservativo masculino, si bien, como veremos a continuación, su uso no es consistente. La anticoncepción oral hormonal es utilizada por un 22,4% de mujeres (mayoritariamente ACH, representando la anticoncepción oral de sólo gestágeno una opción todavía muy minoritaria en nuestro medio y reservada casi en exclusiva para mujeres lactantes) y también la toma de AO presenta problemas. Llama la atención el bajo uso de otros métodos anticonceptivos (implante, inyectable, anillo, DIU..) dato que quizá deba hacernos reflexionar a los profesionales de este ámbito y encontramos aquí ya un dato para la discusión posterior. Señalar, asimismo, que 45 mujeres (apenas un 9%) habían utilizado Anticoncepción de Urgencia en alguna ocasión.



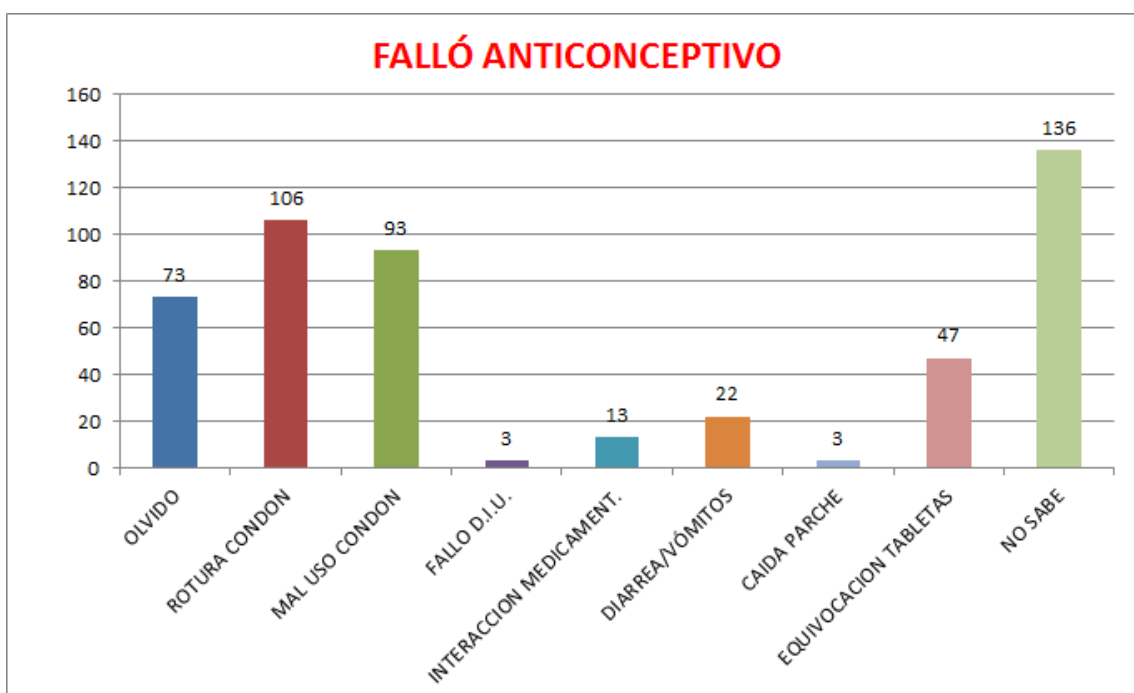
Cuando preguntamos a las pacientes que **no utilizan ningún método anticonceptivo** cuál es la causa (*Gráfico Estudio 4*), encontramos que un 42% de las mismas responden sencillamente que nunca han solicitado ningún método anticonceptivo y tampoco en ninguno de los dispositivos sanitarios a los que acudió a lo largo de su vida se les prescribió método alguno. A ello se suma un 10,2% de mujeres con un desconocimiento absoluto acerca de la anticoncepción o de las posibilidades de acceder a algún método (mujeres con varios factores de exclusión). De otras respuestas “No tengo pareja” (un 17,6%) , “Me olvido de usarlos” (un 8,8%), “Me falló otro método” (un 8,8%) o “No quiero hormonas” (el 6,3%) , podemos deducir el déficit del manejo de la propia anticoncepción y las dificultades que existen en la transmisión de la información a las mujeres en edad fértil.



A la hora de **analizar por qué falló el método anticonceptivo** encontramos evidencias que fueron reiteradas en distintas sesiones del Máster. La inconsistencia en el uso de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres son responsables, en gran parte, de los embarazos no deseados. Así, en nuestra muestra el 64,31% de los fallos son achacados, por las propias pacientes, a un mal uso del mismo:

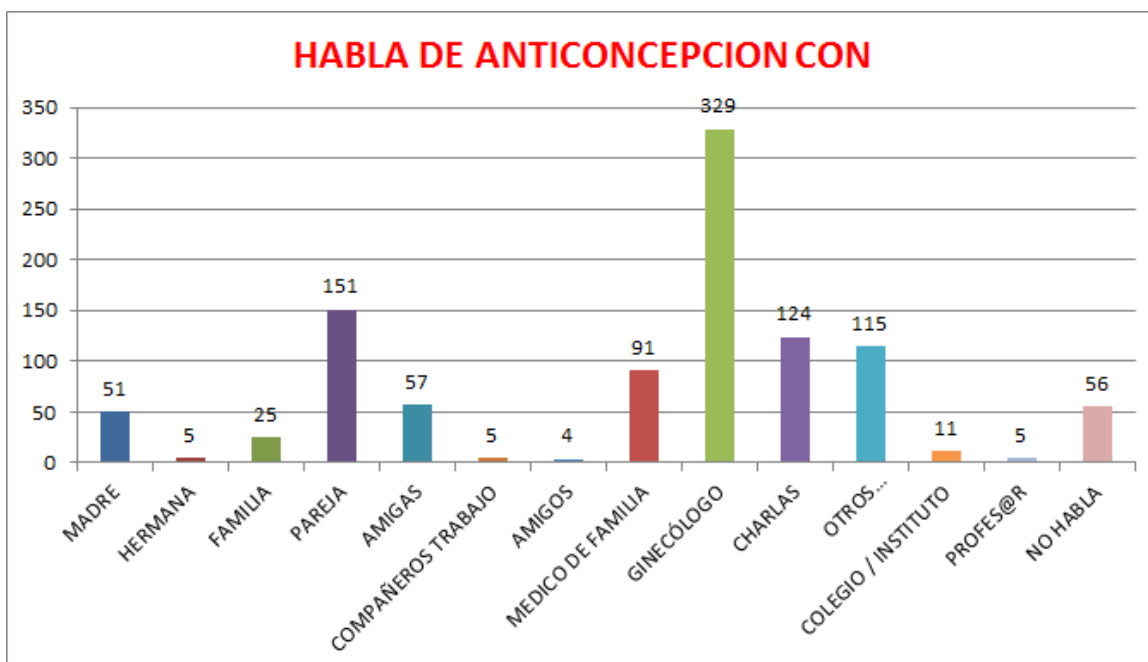
- rotura del preservativo
- mal uso del preservativo (uso inconsistente, mala colocación..)
- olvido en la toma de A.O.
- errores en toma de AO o en utilización de otros métodos hormonales (anillo)

A ello habrá que añadir que 136 mujeres (el 27,41%) reconocían no saber qué había fallado con lo que esto supone en la pérdida de autonomía y seguridad para las propias mujeres.



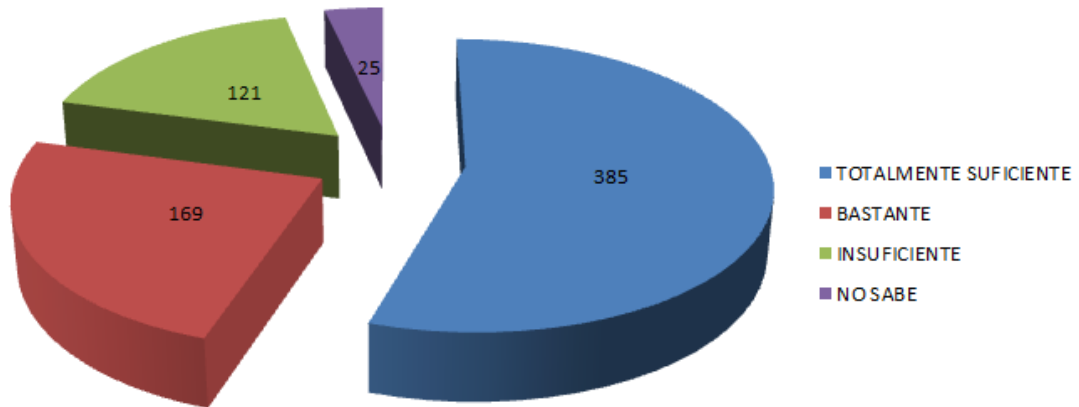
Preguntamos también a las pacientes **con quién o con quiénes hablan de anticoncepción** (Nota: pregunta semicerrada de respuesta múltiple) una mayoría de ellas – el 47% - mencionan al ginecólogo o ginecóloga como la personas de referencia a la hora de hablar de anticoncepción. Casi un 18% afirman haber acudido a las charlas de los COFs y un 16,42% haber consultado con “otros profesionales sanitarios”, fundamentalmente matronas de los Centros de Atención Primaria y personal de farmacia. Llama la atención, sin embargo, que apenas 16 mujeres –

apenas un 2,28%- recuerdan haber hablado o recibido información sobre anticoncepción por parte de personal docente, tanto en el colegio como en el instituto. Y tampoco el número de pacientes que refieren hablar de anticoncepción en su entorno familiar resulta relevante, con un 11,57% en conjunto.

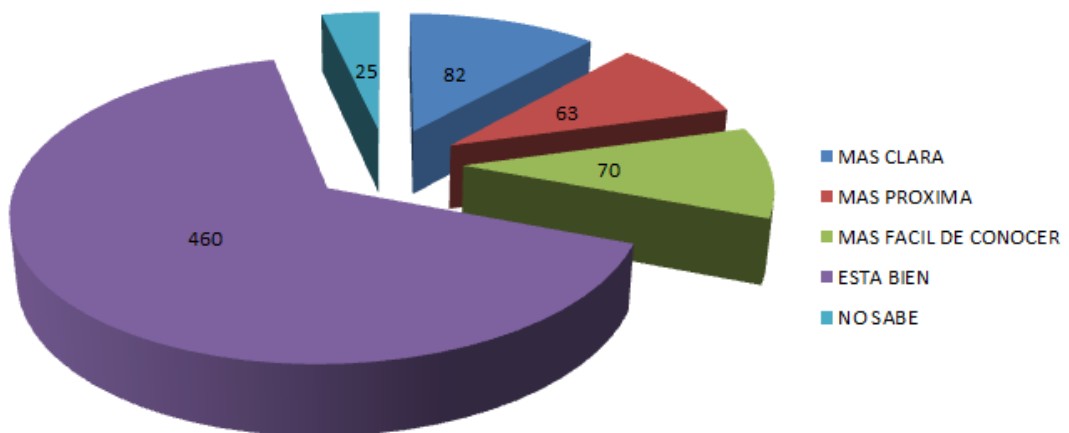


Nos interesaba conocer la **percepción que tenían estas mujeres acerca de la información recibida y/o existente acerca de métodos anticonceptivos**. Por ello les preguntamos su opinión acerca de la “cantidad” de información con la que se contaba para decidir y utilizar un método anticonceptivo. El gráfico nos muestra cómo un 79% de las pacientes afirma que existe información en cantidad “suficiente” o “bastante”. E incluso cuando preguntamos **sobre la “calidad” de la información** sólo un 30% responde que esta debería ser “más clara”, “más próxima” o que debería ser “más fácil conocerla”.

CONSIDERA LA INFOR. SOBRE ANTICONCEPCION



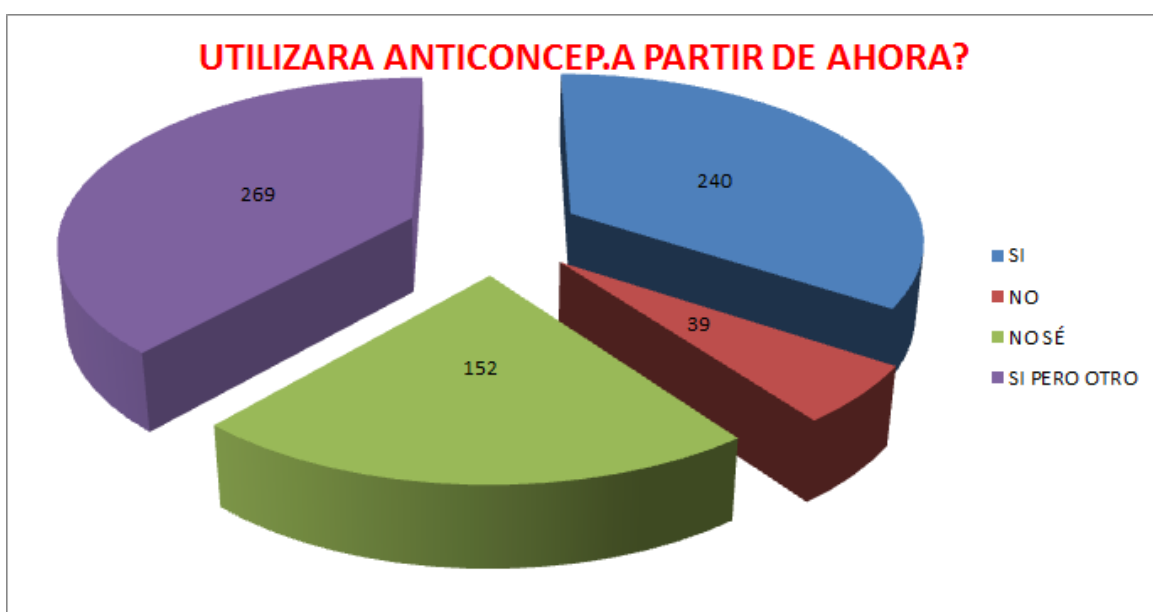
LE GUSTARIA QUE LA INFORMACION FUERA?



Y cuando preguntamos a las mujeres por aquello **que mejorarían de los métodos anticonceptivos**, de nuevo una mayoría – el 57%- afirma que no cambiaría nada mientras a un 15% le parece que deberían ser más baratos y un 13,7% sí creen que deberían ser más conocidos.



Las mujeres entrevistadas se muestran **dispuestas a utilizar un método anticonceptivo a partir del IVE**, bien el mismo que estaban utilizando, bien cambiando de método, bien iniciando el uso de alguno. Así, de las setecientas mujeres entrevistadas, un 72,71% de las mismas (509 pacientes) aseguran que utilizarán anticoncepción a partir de entonces. Esta predisposición nos permitirá enunciar alguna propuesta para mejorar la atención post IVE e incrementar el uso consistente de anticoncepción por parte de las mujeres.

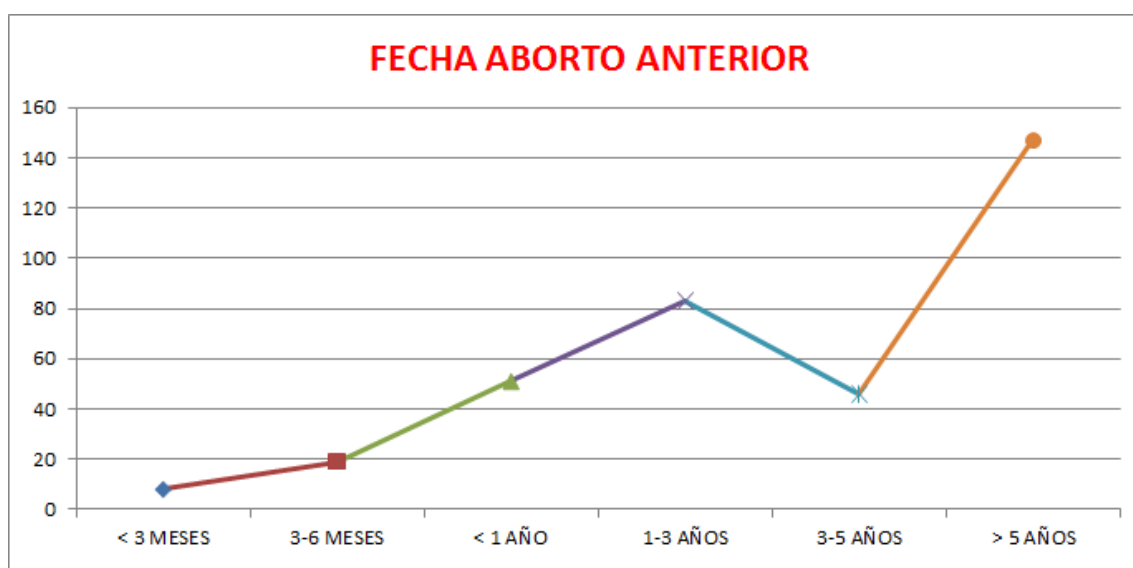


Como se explicó en el apartado de METODOLOGÍA, el cuestionario recogía una parte general y otra dirigida exclusivamente a mujeres que **ya se habían sometido al menos a una IVE** con anterioridad; se trata de **258 mujeres de 700** - un **36,8%** -, de las que **el 74% son españolas y sin diferencias sustanciales en cuanto a la formación, lugar de residencia o edades respecto al resto de las entrevistadas.**

IVEs ANTERIORES

- 1 IVE anterior : 191 mujeres - 2 IVEs anteriores: 47 mujeres
- 3 IVEs anteriores: 15 mujeres - > 4 IVEs anteriores: 4 mujeres

A estas mujeres corresponden un total de **354 IVEs** y nos interesaba conocer, también, **cuánto tiempo había pasado desde el IVE o IVEs anteriores** y, tal como se refleja en el gráfico a continuación (GE 8) encontramos que **un 45,48% de los IVEs anteriores habían tenido lugar en los últimos tres años y un 22% habían tenido lugar en el último año.** De los abortos anteriores 25 habían sido farmacológicos y el resto instrumentales. Uno de los farmacológicos hubo de resolverse finalmente con un legrado y cabe destacar que 20 de los 25 tuvieron lugar en el último año.

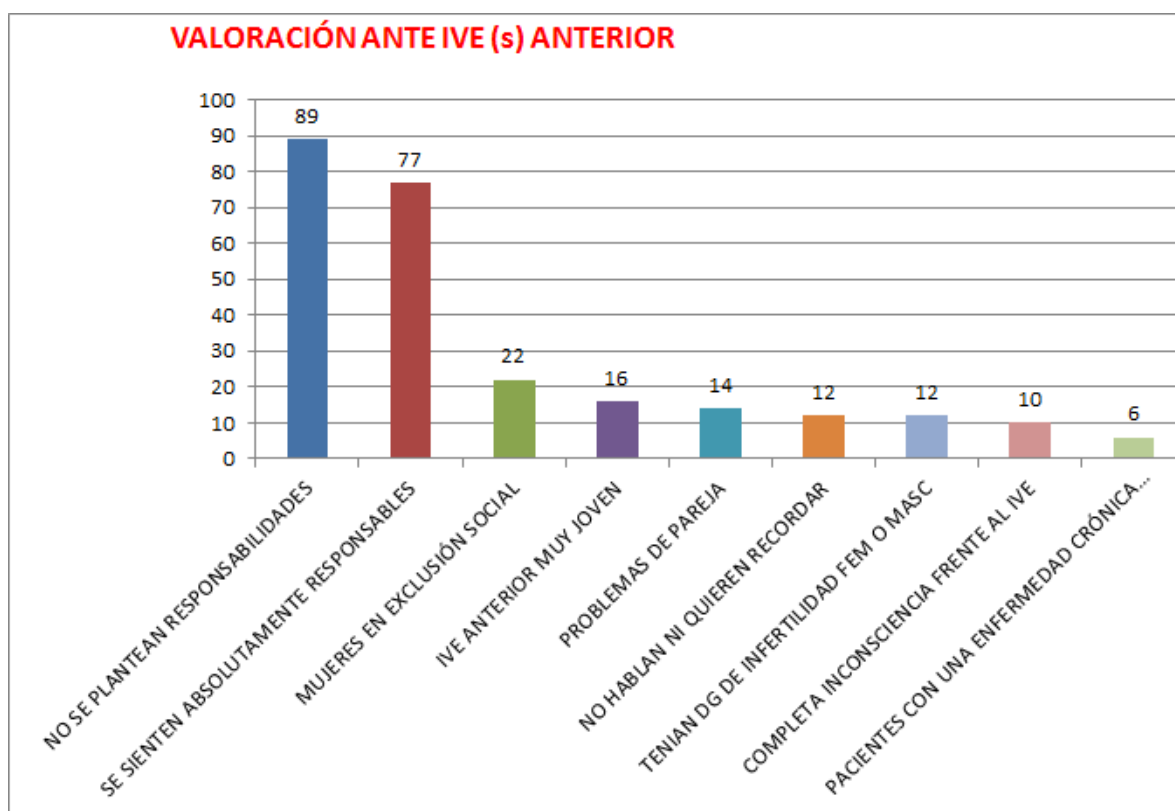


Se preguntó sólo a las mujeres cuyo IVE(s) anterior había sido en los últimos tres años – 161 mujeres- si habían **acudido a la revisión post IVE**. Se hizo el corte en los últimos tres años para facilitar el recuerdo. Se obtuvieron las siguientes respuestas:

- 21 no se acordaban
- 77 la habían hecho en el centro de referencia (bien COF, Hospital o en la propia Clínica)
- 63 no la habían hecho por distintos motivos:
 - * 19 se habían olvidado la cita
 - * 21 les habían dado la cita meses después y ya no fueron
 - * 13 no podían acudir por horario de trabajo
 - * 10 por otros motivos

Finalmente se preguntó a las 258 mujeres **qué sentían al enfrentarse de nuevo a un IVE**. Se realizó una pregunta abierta y de la misma se derivaron diez grupos de pacientes:

- 89 mujeres no sentían ninguna responsabilidad ni creían que el IVE se debiera a un error propio
- 77 mujeres, en cambio, se sentían completamente responsables
- 22 mujeres presentaban uno o varios factores de exclusión social grave (drogadicción, prostitución, inmigrante sin papeles, alcoholismo, mendicidad)
- 16 mujeres habían tenido un único IVE anterior siendo muy jóvenes
- 14 tenían problemas con su pareja o los habían tenido en el anterior IVE
- 12 habían tenían un diagnóstico de infertilidad (propio o de la pareja) o habían tenido que recurrir a FIV para ser madres con posterioridad al IVE anterior
- 12 no querían hablar del IVE anterior
- 10 no daban importancia alguna al IVE ni eran conscientes de que no era un método anticonceptivo
- 6 presentaban una enfermedad crónica o grave o estaban polimedicadas



DISCUSIÓN

1- De las entrevistas realizadas se obtiene que un 36,8% presentan al menos un IVE anterior. El porcentaje es superior, casi en siete puntos, al adjudicado por el Ministerio para nuestra Comunidad Autónoma y nuestra provincia. Ello pudiera deberse a que es este un dato que una parte de las pacientes prefieren no comentar y que sólo aparece si se les pregunta específicamente por ello. En cualquiera de los casos, se trata de un porcentaje suficiente para que nos preguntemos por la calidad de la información con la que cuentan las mujeres a la hora de afrontar la anticoncepción

2- De los datos de filiación y salud de las mujeres con IVEs anteriores no podemos extraer la existencia de un “perfil de mujer con IVEs de repetición”. Es decir, salvo 32 casos de las 258 mujeres del grupo (sumando las 22 con factores de exclusión y las 10 que demostraban una completa indiferencia ante el nuevo IVE) no encontramos rasgos (ni de formación, ni de nacionalidad, ni de paridad) que nos permitan identificar un grupo de mujeres más proclives a presentar IVEs de repetición.

3- Pese a que las mujeres afirman que existe información suficiente sobre anticoncepción la realidad nos señala que casi un 90% de los IVEs se deben a causas que tienen que ver con un mal control de la información de la anticoncepción: no uso,

mal uso, equivocación, olvido.. Por tanto, existe un déficit en la transmisión de la información o en el uso que las pacientes hacen de la misma que se traduce en una pérdida de autonomía y libertad por parte de las propias mujeres y en un número de IVEs de repetición por encima del 30%.

4- Los datos señalan una laguna importante en cuanto a la educación sexual en el ámbito educativo, pese a lo dispuesto en la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, incumpléndose así uno de los elementos esenciales de la norma. El período formativo ofrece oportunidades para trabajar la Educación Sexual y Afectiva, tanto de menores como de sus familias pero, al parecer, ni en la comunidad escolar ni en la familia se acierta en la transmisión de mensajes e información.

5- La predisposición de las mujeres demandantes de IVE a seguir un método anticonceptivo debe ser aprovechada para informarlas y realizar un consejo anticonceptivo adecuado. De las respuestas obtenidas deducimos que hay margen de mejora para aprovechar los distintos recursos sanitarios – Primarios y especializados- para el consejo contraceptivo. Creemos que está poco potenciado el papel de la red de Primaria; de hecho no llegan al centenar las mujeres que afirman haber consultado la anticoncepcion con su médico de Familia y sólo el 16,42% de las mujeres había consultado a “otro profesionales sanitarias” en el que se incluyen las matronas de los centros de A.P.

6- El hecho de que más del 52% de las mujeres que ya habían tenido un IVE en los últimos tres años, o no recuerde haber realizado la revisión post IVE o afirme no haberla realizado plantea la necesidad de trabajar la responsabilidad en el cumplimiento del protocolo con las pacientes, acortar los tiempos de cita post IVE para evitar olvidos o falta de cumplimiento en las citas y facilitar el acceso a las revisiones. Una revisión que no se realiza es, casi con toda seguridad, un nuevo fracaso en anticoncepcion.

CONCLUSIONES

1- A pesar de la cantidad de información existente en los distintos dispositivos sanitarios respecto a la anticoncepcion y a la educación sexual, ***una parte de dicha información no resulta eficaz*** por cuanto no ayuda a las mujeres a modificar sus conductas anticonceptivas y a evitar embarazos no deseados. La disminución paulatina de la tasa de IVE desde el año 2011 no puede ocultar el hecho de que más del 35% de las mujeres que realizan un IVE ya tuvieron al menos otro anterior. En

nuestro medio el 36,85% de mujeres que demandan un IVE ya habían tenido al menos otro. Esta cifra señala que **no están funcionando de manera adecuada los canales de información** para evitarlo, ni en el ámbito sanitario ni en el educativo.

2- En nuestro medio, **la falta de una adecuada Educación Sexual y Afectiva** en los distintos ciclos formativos es una carencia que impide, entre otras cosas, un adecuado manejo de la anticoncepción entre las mujeres más jóvenes. Los elementos que incluía la Ley de Salud Sexual y Reproductiva para asegurar una adecuada formación a chicos y chicas no se desarrollaron convenientemente. Resulta imprescindible, a nuestro juicio, un amplio acuerdo político, social y sanitario, que alcance al conjunto de la comunidad educativa (alumnado, profesorado y familias) y permita desenvolver estos contenidos La formativos.

4- El **consejo anticonceptivo en mujeres demandantes de IVE** debe ser **inmediato**, evitando los tiempos de espera y las citas diferidas. Dada la posibilidad de prescribir un método anticonceptivo inmediato a una mujer intervenida proponemos anticoncepción inmediata a:

- Aquellas mujeres que demandan IVE y ya han tenido uno en el último año. Se pactará con la paciente el método más adecuado.
- Aquellas mujeres que han tenido dos IVEs y uno de ellos ha sido en el último año. Se pactará con la paciente el método más adecuado.
- Aquellas mujeres que hayan tenido más de dos IVEs. Se pactará con la paciente el más adecuado.
- Aquellas mujeres con factores de exclusión que no utilizaban ningún método anticonceptivo. Se aconsejará colocar DIU, Implante o anticonceptivo inyectable, según Criterios Elegibilidad

5- Se realizará revisión post IVE en un máximo de quince días. Si la paciente no ha iniciado la anticoncepcion puede iniciarse en ese momento. Para salvar dificultades a la hora de asistir a la revisión se diseñará un **Protocolo de revisión y anticoncepción** en el que se incluyan los dispositivos de Especializada (COFs, Consultas Externas) , de Primaria (Ctros Atención Primaria) y concertados (Clínicas acreditadas).

Bibliografía

1. Interrupción Voluntaria del Embarazo; datos definitivos 2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.(2017)
2. Serano Navarro JR (dir), López Arregui E, Mari Juan JM, Rey Novoa M, Gutiérrez Ales J, Lertxundi Barrañano R. Guía para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Protocolos SEGO/SEC. Sociedad Española de Contracepción. 2015
3. Asociación de Clínicas Acreditadas para IVE (ACAI). Protocolo de atención y funcionamiento del aborto provocado. Gijón. 2010
4. Barambio S. Lacalle M. Seguimiento Posterior al IVE. Sociedad Española de Fertilidad. VIII Congreso Nacional de la SEC. 21-24 de junio 2006
5. Asociación de Clínicas Acreditadas para IVE (ACAI). Condiciones que motivan el aborto provocado (II Ed). 2014
6. Stolzenburg A. Provisión del servicio de aborto en España y en Europa. Jornada "Derechos sexuales y reproductivos en el marco de la UE". Grupo Parlamentario Socialista en Parlamento Europeo. Madrid. 2013