



**“ Estudio transversal y multicéntrico
sobre IVEs.
¿Se puede ver más allá?”**

Dra. Mónica Molner Andrés. USS y R Malvarrosa

Dra. Shuang Yan Xia Ye. USS y R Manises

Dr. Alberto Meizoso Beceiro. COPF Plasencia II y Jaraíz de la Vera

ÍNDICE

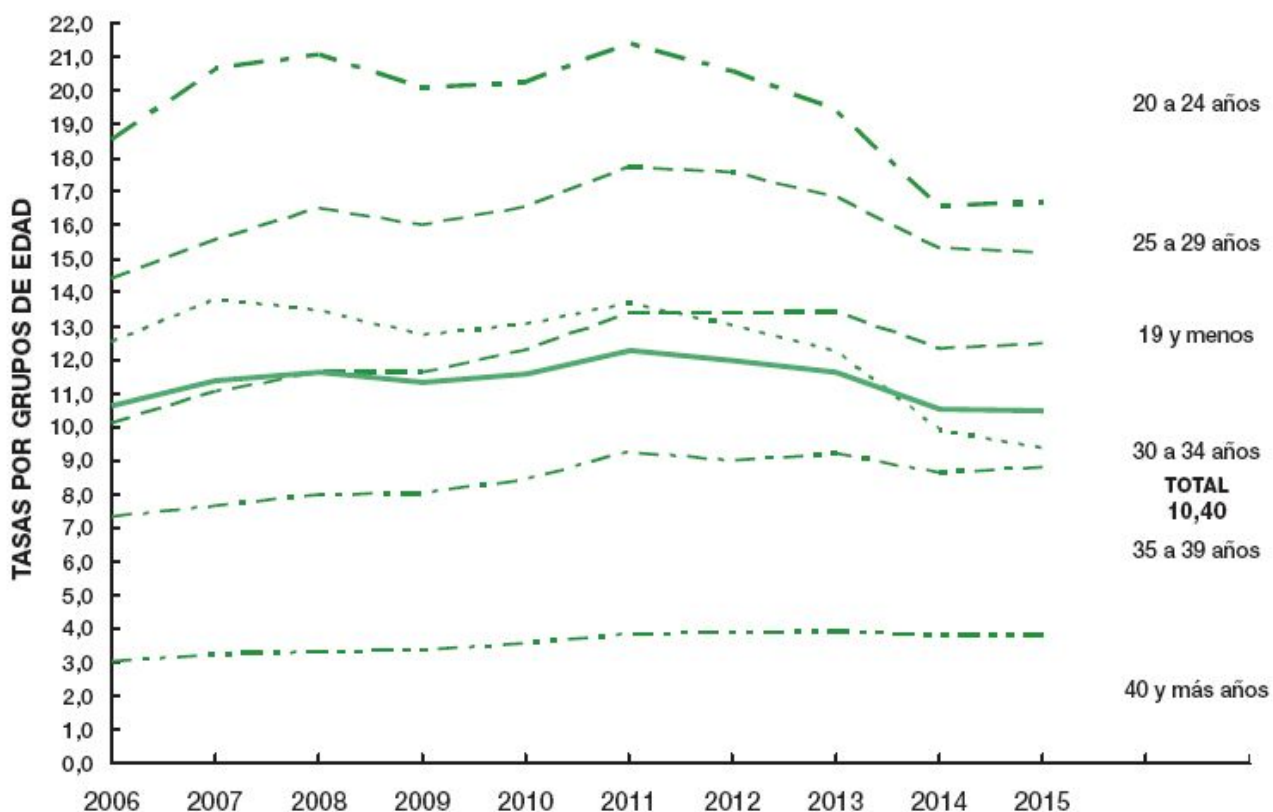
| | |
|------------------------------|-----------|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Objetivos..... | 6 |
| 3. Metodología..... | 7 |
| 4. Resultados..... | 10 |
| 5. Discusión..... | 17 |
| 6. Conclusiones..... | 18 |
| 7. Bibliografías..... | 20 |
| Anexo 1..... | 23 |
| Anexo 2..... | 24 |

1. INTRODUCCIÓN

La atención en nuestras unidades a mujeres que solicitan una interrupción de embarazo, nos da la oportunidad de abrir una ventana a un mundo con muchos matices del que somos espectadores privilegiados y en el que tenemos una misión que realizar.

A pesar de la disminución en España de las tasas de las interrupciones voluntarias de embarazos (IVE), registradas en los últimos años ¹ (Figura 1), sigue siendo un tema vigente en nuestras agendas y que nos plantea todo lo que no se ve detrás de esas peticiones.

Figura 1. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. España 2006-2015



La incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo es un indicador importante, por un lado, de los embarazos no deseados, y por otro, de las diferencias entre el funcionamiento de los servicios de contracepción y la efectividad de su uso ².

A nivel internacional hay diferentes situaciones legales respecto al aborto. Mientras que en algunos países está prohibido, sea cual sea la causa el embarazo, incluyendo la violación a menores de edad, en otros países está permitido para salvar la vida de la madre, por razones de salud física, mental, socioeconómicas o sin restricciones ³.

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, además de promover programas de formación y servicios en materia de salud sexual, regula la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) fuera del Código Penal ⁴. Dicha ley reconoce el derecho a una maternidad libremente decidida, lo cual implica que durante las primeras 14 semanas de gestación, la mujer puede proceder de forma consciente, responsable, libre y sin supervisión de terceros, a la interrupción voluntaria del embarazo, y hasta la semana 22 se permite la interrupción siempre que haya un grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o graves anomalías en el feto, y más allá de la semana 22 los supuestos serían: anomalías fetales incompatibles con la vida, o que se detecte una “enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y que así lo confirme un comité clínico”.

Respecto a la IVE podemos poner el foco en diferentes perspectivas:

- **Desde la perspectiva de la usuaria :**

Podemos encontrar múltiples razones para interrumpir una gestación, quedando todas ellas ocultas bajo el motivo explícito en la ley como “A petición de la mujer”, pueden ser situaciones económicas difíciles, entornos familiares complicados, fallos en los métodos anticonceptivos, uso inapropiado de los mismos e incluso la ausencia de método ⁴, pero detrás de todas estas razones, no debemos olvidar que puede esconderse el deseo de no continuar con un embarazo provocado en un entorno de malos tratos.

En este sentido, hemos encontrado un estudio transversal realizado en 23 consultas de atención primaria de Andalucía, Madrid y Valencia, que incluye 1.402 mujeres entre 18 y 65 años de edad elegidas aleatoriamente en estas consultas, se encontró que el 32% del total de mujeres en la muestra tuvo algún tipo de maltrato a lo largo de su vida ⁵. (Tabla 1)

Tabla 1. Prevalencia de los tipos de maltrato en las mujeres que asisten a las consultas de atención primaria.

| Violencia de género | % |
|---|----------|
| Algún tipo de VG (actualidad) | 17,8 |
| Física | 5,4 |
| Emocional | 16,9 |
| Sexual | 3,7 |
| Algún tipo de VG (alguna vez en la vida) | 32,0 |
| Física | 14,3 |
| Emocional | 30,8 |
| Sexual | 8,9 |

- Desde la perspectiva sanitaria:

Como parte implicada en el recibimiento a estas mujeres en nuestras consultas de la sanidad pública, podemos mostrar falta de empatía para un asesoramiento eficaz, por ello, debemos realizar nuestro trabajo sin caer en paternalismos ni en juicios de valor que impidan que vuelvan a nuestras consultas siendo fundamental, la formación en detección y abordaje de los casos de maltrato ^{5, 6, 7}. Según los últimos datos de prevalencia mundial, alrededor del 30% de las mujeres del mundo han sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja, aunque lo peor, es que este porcentaje no recoge la violencia psicológica que sería la más frecuente ^{8, 9}.

- Desde la perspectiva social:

Poner el acento en los numerosos casos de violencia de género ⁹ con origen en la discriminación ¹⁰ y el patriarcado ¹¹, donde es evidente la necesidad de una verdadera educación sexual asumida, no sólo por parte de los profesionales a los que acuden estas mujeres, sino un abordaje integral desde escuelas e institutos, familias y medios de comunicación.

Es necesaria la acción ante la punta de un iceberg llamado Machismo que anula la capacidad de decisión de una mujer a la hora de ser madre cuando ella lo crea conveniente.

La Violencia de Género (VG) es un tema, desgraciadamente, de rabiosa actualidad y de actuación prioritaria para la sociedad.

Desde las conferencias de la ONU en los años 1.993 y 1.995 y con la creación de la Plataforma de Acción de Beijing en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer a nivel mundial se empezó a visibilizar lo que era hasta entonces un “asunto doméstico”¹².

En 1.996 la OMS en su 49ª Asamblea Mundial de la Salud establece la violencia (y especialmente la de género) como prioridad de salud pública¹³.

Aquí en España en 2.004 el Sistema Nacional de Salud crea la Comisión contra la Violencia de Género y se legisla en esa materia con la Ley Orgánica para la Protección Integral¹⁴.

En los casos de violencia de género, el maltratador es un individuo que busca someter y dañar a la mujer de cualquier forma o a cualquier precio, incluso con la utilización de los hijos para dañar a la mujer, llegando incluso a matarlos con el ánimo de lograr su objetivo¹². Para su entorno puede ser “ese buen vecino/cuñado” que pasa desapercibido y que guarda sus garras para el hogar¹¹.

Es en ese contexto en el que nos parece interesante indagar, porque se trata de una lacra con la que convivimos desde hace ya demasiado tiempo, que ha empezado a visibilizarse en los últimos 15 años. Aunque pueden recogerse distintos estudios que valoran el perfil de la mujer que interrumpe un embarazo², hay muy pocos trabajos sobre la posible relación entre esta decisión y el estar sufriendo un maltrato por parte de la pareja, o sobre si influye el método anticonceptivo o la ausencia de éste con la condición de víctima. Por todo ello, decidimos abordar nuestro trabajo en esta dirección y aportar nuestro granito de arena en el análisis de la IVE dentro de la pirámide de la Libertad Sexual y Reproductiva de todas las mujeres.

Si el embarazo se produjo como consecuencia de violencia sexual, podemos sospechar que también puede haberlo de tipo psicológico y físico.

Ante esta realidad, nos planteamos las siguientes cuestiones:

- ¿Es determinante el entorno donde se mueve una mujer para ser más vulnerable a un embarazo no deseado?
- ¿Existe realmente una relación entre pertenecer a colectivos menos desfavorecidos con el deseo/ necesidad de interrumpir un embarazo?
- ¿Deciden todas las mujeres libremente el someterse a una IVE?
- ¿Existen unas características determinadas que hacen que una mujer decida interrumpir su embarazo?
- ¿Podemos evidenciar la relación entre la violencia de género y las interrupciones de embarazo repetidas?
- ¿Hay denominadores comunes en las mujeres de nuestro estudio?

2. OBJETIVOS

En este estudio analizamos las características de las mujeres que solicitan una IVE en 3 “centros de atención a la mujer” de 2 comunidades autónomas de nuestro país (“Centro de Orientación y Planificación Familiar” de Plasencia en Cáceres y “Unidades de Salud Sexual y Reproductiva” de Manises y Malvarrosa en Valencia), con los siguientes objetivos:

1. Investigar las posibles variables relacionadas con IVE de repetición.
2. En mujeres con interrupción de embarazo previa, analizar:
 - a) Si existe alguna relación con el método anticonceptivo usado en el momento de quedar embarazada de nuevo. Si cambiaron el mismo o simplemente no lo usaban.
 - b) Si hay diferencias en las tasas de interrupción farmacológica o quirúrgica.
3. Determinar si existe relación entre interrupción de embarazo de repetición con violencia de género y, de ser así, hemos destapado la caja de Pandora y tenemos que empezar a actuar.

3. METODOLOGÍA

Estudio transversal en el que se recogen todas las peticiones de interrupción de embarazo que llegan a nuestras consultas en el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 30 de septiembre de 2.017.

En la visita se les explica la realización de un estudio sobre el tema y se les invita a contestar un breve cuestionario con los datos necesarios para el mismo, asegurandoles que los datos recopilados van a mantener su anonimato.

Datos registrados únicamente para obtención de información por parte de los investigadores:

- Número de identificación sanitaria : SIP (Manises y Malvarrosa) - CIP (Cáceres)
- Número teléfono móvil / fijo de la usuaria.

Posteriormente cumplimentaron las preguntas de la Encuesta sobre IVE (**ANEXO 1**):

ENCUESTA SOBRE IVE

1. Edad.
2. Gestaciones, abortos espontáneos, IVEs.
3. ¿Usaba algún método cuando se quedó embarazada? ¿Cuál?
4. Nacionalidad.
5. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la comunidad donde se cursa la IVE?
6. Estudia/Trabaja.
7. Si tuvo una IVE previamente:
 - ¿Fue tramitada desde la sanidad pública o acudió directamente a la privada?
 - Farmacológica/ Quirúrgica (Aspirado/Legrado)
 - Con anestésico local o si solicitó sedación.

En el caso de las mujeres que ya solicitaron previamente una o más interrupciones, se les pasa el cuestionario de detección de riesgo de violencia de género protocolizado y validado, disponible en el sistema informático de la Comunidad Valenciana (Sistema de información para la detección y actuación frente a la VIOLencia de género/doméstica en personas adultas) (SIVIO) (**ANEXO 2**) que fue proporcionado al investigador de Cáceres donde no se dispone de dicho programa ¹⁶.

Preguntas realizadas:

1. ¿Le importaría contestar a unas preguntas sobre la violencia de género?
2. ¿Alguna vez se ha sentido maltratada física, emocional o sexualmente por parte de su pareja o ex-pareja?

En el caso de que las respuestas sean positivas, el cuestionario continúa:

- ¿Cuántos años tenía cuando sucedió?
- ¿Durante cuánto tiempo lo sufrió?
- ¿Quién era el maltratador?

Una vez detectado cuándo se inició el maltrato, las preguntas se centran en lo sucedido durante los últimos 12 meses, por lo que podemos encontrar mujeres que lo sufrieron por parte de otra pareja y actualmente no están con él, incluso con orden de alejamiento y en nuestro estudio tenemos a alguna de ellas.

En el caso de estar ante un maltrato activo, el programa nos sirve para detectarlo, valorar si estamos ante un riesgo extremo o no, y de ser así, ofrece un protocolo de actuación al profesional sanitario.

Nos ha sido imposible localizar a algunas para completar estudio (o no contestan al teléfono o éste ya no está operativo, o bien, tras localizarlas para intentar nueva visita para pasar cuestionario de Violencia de género no han acudido).

Para poder comparar las poblaciones estudiadas, hemos tenido que recurrir a los registros de los diferentes hospitales, con alguna dificultad para conseguirlos de forma proporcional en el tiempo dado para la presentación del trabajo debido a la diferencia en el intervalo de edades en los diferentes hospitales (de 14 a 44 años en Manises y en centros Extremeños y de 15 a 49 años en el de Malvarrosa) pero ya que no tuvimos casos menores de 15 ni mayores de 44, no supuso ningún cambio en los resultados.

Dado que el intervalo estudiado incluyó período vacacional y coincidió, además, con la finalización del contrato de una de las investigadoras, la recogida de datos fue realizada por otros compañeros con la consecuente necesidad de localizar a las mujeres después para completar algunos de éstos.

La recogida multicéntrica de nuestros datos le dará fuerza al estudio ya que nos va a permitir una visión más detallada sobre cómo pueden influir los diferentes entornos en la decisión de una mujer de interrumpir su embarazo.

Veremos si nuestras poblaciones son representativas de lo que ocurre en las respectivas comunidades autónomas y a nivel del resto del territorio español.

En cuanto a las poblaciones de mujeres atendidas son las de :

- Centros de Orientación y Planificación Familiar de Plasencia II y Centro de Orientación y Planificación Familiar de Jaraíz de la Vera : 8.917 mujeres de 14 a 44 años.¹⁸
 - COPF Plasencia II: 6386 españolas (93,46%) y 447 extranjeras (6,54%)
 - COPF Jaraíz de la Vera: 1891 españolas (90,74%) y 193 extranjeras (9,26%)

El centro Extremeño tiene una población rural en su mayoría. La agricultura y ganadería, y en menor medida el sector servicios, son las actividades económicas predominantes.

- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Malvarrosa: 27.183 mujeres de 15 a 49 años.
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de Manises que atiende también parte de la población de Ribarroja, y toda la comunidad china correspondiente al hospital de Manises. De esta zona sólo hemos podido obtener los datos de Manises:

6.098 mujeres entre 14 y 44 años (de ellas 5.358 españolas (87,86%) y 740 extranjeras (12,14%).

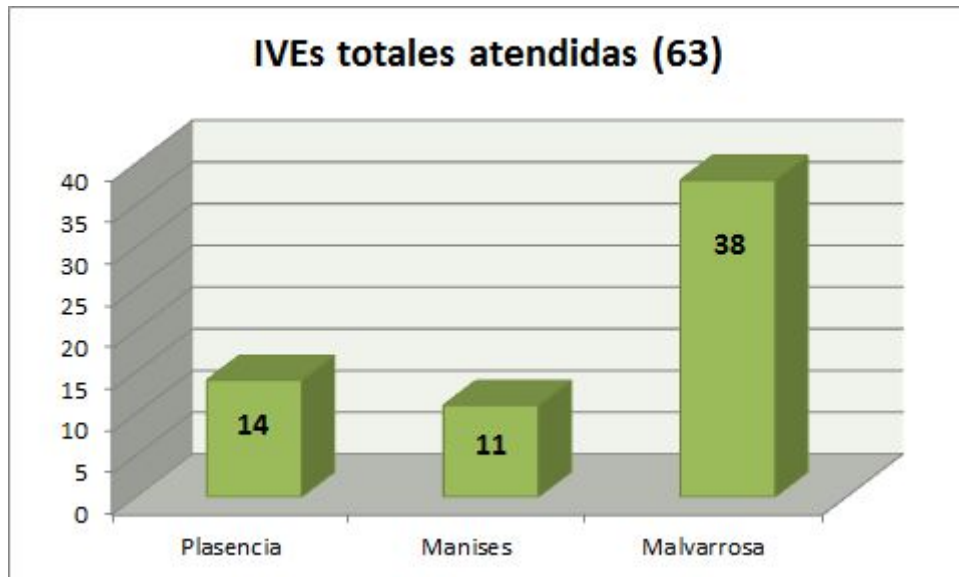
Los 2 centros valencianos están ubicados en entornos fundamentalmente urbanos y, mientras el de Manises atiende a una gran parte de población china, musulmana y de etnia gitana, en Malvarrosa se recoge una gran variedad multicultural de los diferentes barrios que acuden allí encontrando gitanas, musulmanas, Erasmus y estudiantes de otras comunidades y hay una alta prevalencia de mujeres inmigrantes (un gran número de latino americanas, también rumanas, africanas, pakistaníes, entre otras).

Nos ha sido imposible establecer las proporciones totales en cuanto a sus orígenes dado que estos datos no han podido ser proporcionados por los registros hospitalarios ya que supone una burocracia que se alarga en el tiempo más allá de la fecha de entrega de este trabajo.

4. RESULTADOS:

Se han atendido 63 IVEs, repartidas como se describe en la gráfica 1:

Gráfica nº 1



ESTADO CIVIL:

Aunque la clasificación recoge el estado civil legal, en las mujeres definidas como solteras podemos encontrar las que están viviendo en pareja, las que viven con sus padres o las que viven solas.

Algunas de las mujeres gitanas, se casaron por el rito de su etnia sin que en el registro aparezca así, aunque ellas te dicen que están casadas y sin embargo hay un caso de una mujer que se casó pero se declara soltera que vive con pareja nueva y tiene una orden de alejamiento de su "ex- marido".

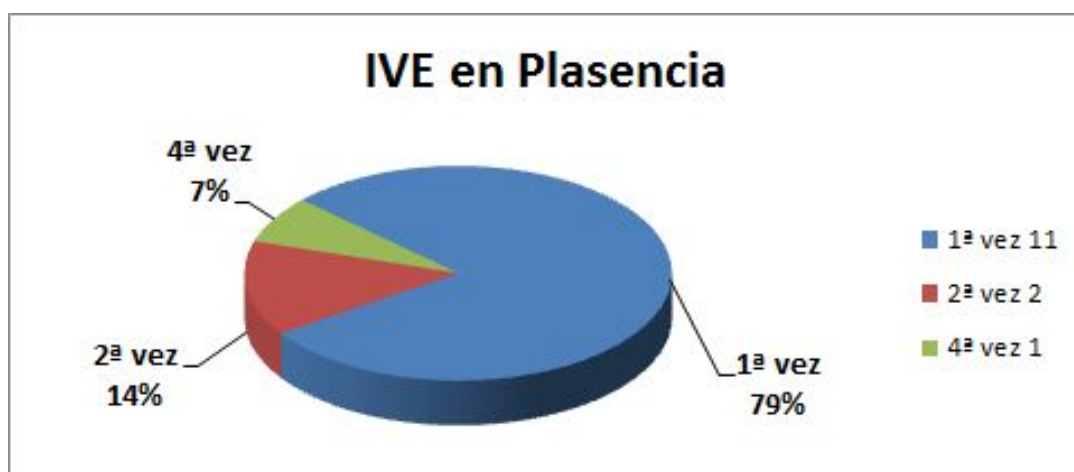
Gráfica nº 2



INTERRUPCIONES DE EMBARAZO:

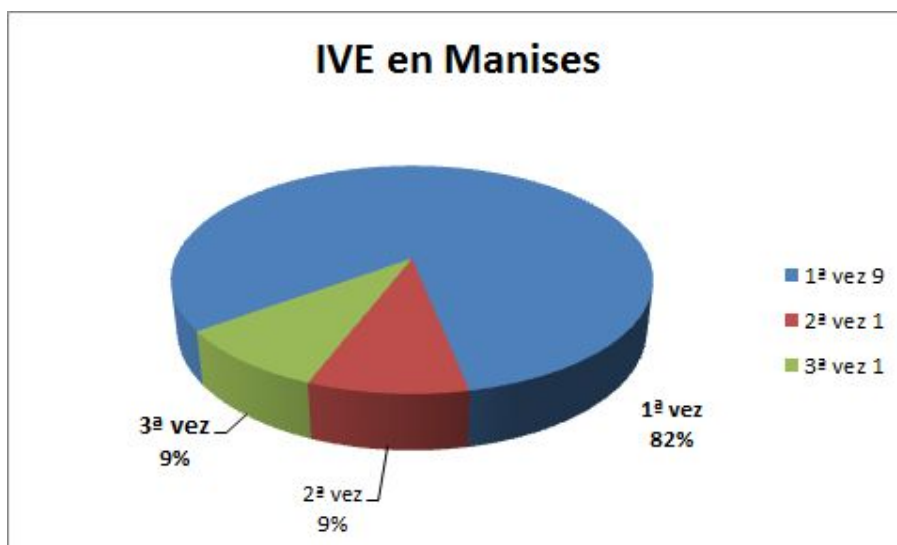
- COPF Plasencia II y COPF Jaraíz de la Vera: 14 solicitudes (gráfica nº 3) de las cuales:
 - 11 acudían por primera vez
 - 2 acudían por segunda vez
 - 1 acudía por cuarta vez

Gráfica nº 3



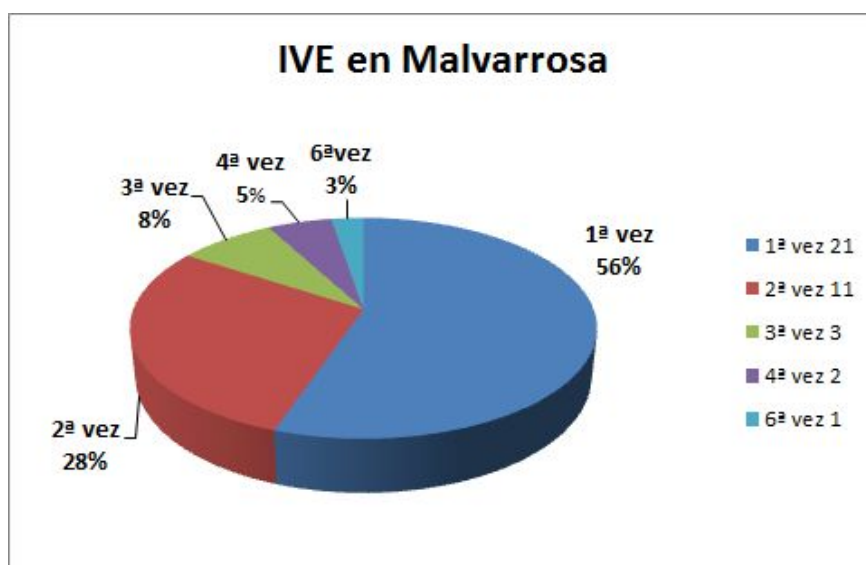
- USSyR de Manises se recogieron 11 solicitudes (gráfica nº 4) de las cuales:
 - 9 acudían por primera vez
 - 1 acudía por segunda vez
 - 1 acudía por tercera vez.

Gráfica nº 4



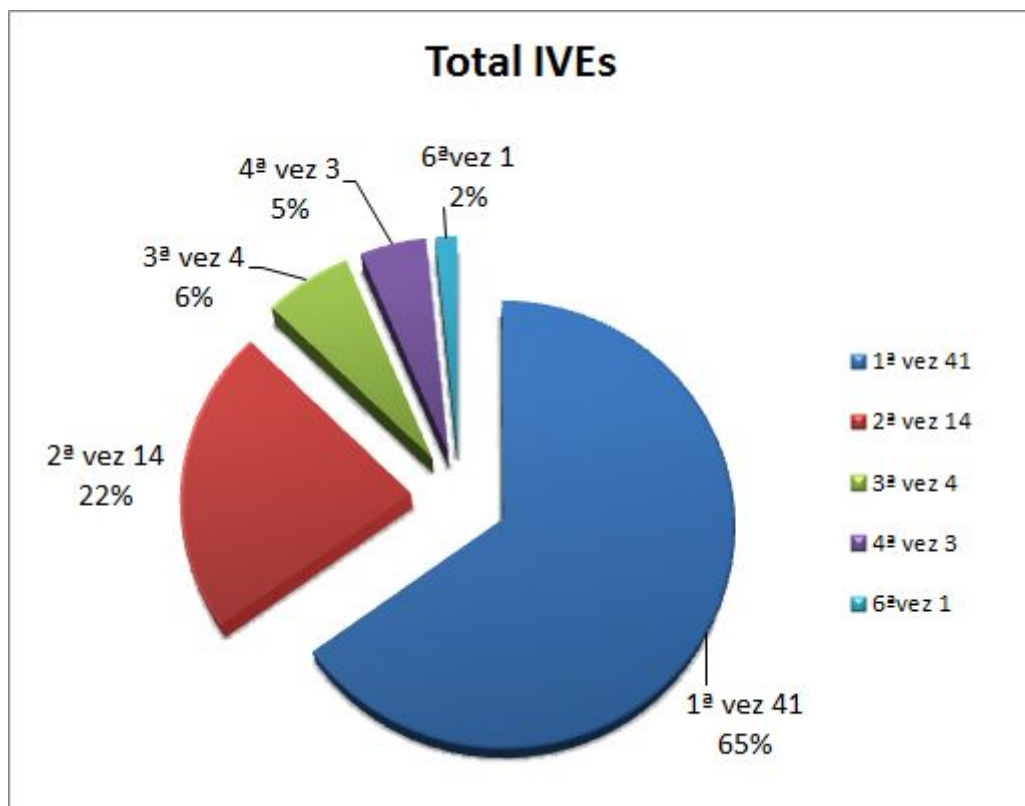
- USSyR de la Malvarrosa 38 solicitudes (gráfica nº 5) de las cuales:
 - 21 acudían por primera vez
 - 11 acudían por segunda vez
 - 3 acudían por tercera vez
 - 2 acudían por cuarta vez
 - 1 acudía por sexta vez

Gráfica nº 5



En los tres centros del estudio se detecta que la mayoría son IVEs por 1ª vez, siendo las IVEs de repetición menos numerosas, aunque no podemos obviar su existencia. (Gráfica nº 6)

Gráfica nº 6

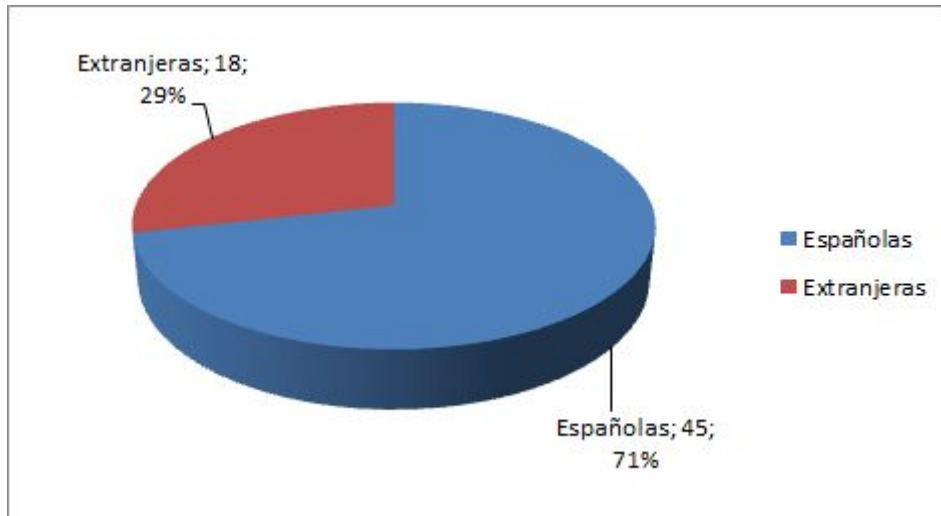


En el informe sobre Interrupciones Voluntarias de Embarazo 2016 ¹⁷ que acaba de publicar la Consellería de Sanidad en Comunidad Valenciana se recoge que más de la mitad de las mujeres (54,4%) ya tienen hijos en el momento de efectuar la IVE y el 34,9% tienen antecedentes de IVE previas. En nuestro trabajo los porcentajes son muy similares, el 60,31% de nuestras pacientes ya han tenido hijos y el 36,5 % habían tenido ive previa.

NACIONALIDADES:

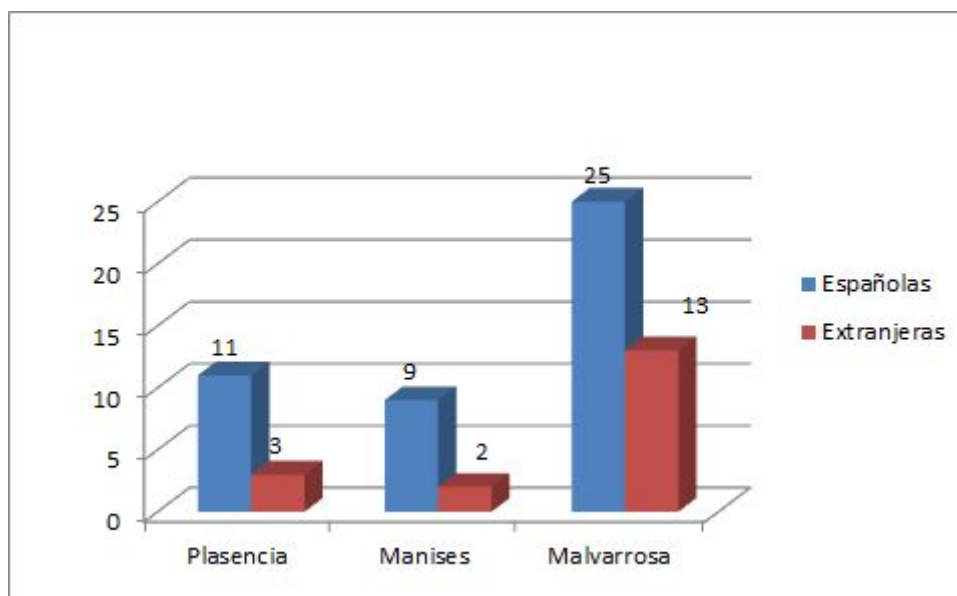
Destaca el importante número de mujeres de nacionalidad española (45 de las 63), seguido de una proporción importante de mujeres latino americanas (11 de las 63), casi en su totalidad ubicadas en el área de Malvarrosa (Valencia). (Gráfica nº 7).

Gráfica nº 7



- COPF Plasencia II y COPF Jaraíz de la Vera:
 - 11 españolas
 - 2 rumanas
 - 1 marroquí
- USSyR de Manises:
 - 9 españolas
 - 1 rumana
 - 1 ecuatoriana
- USSyR de la Malvarrosa:
 - 25 españolas
 - 5 bolivianas
 - 1 rumana
 - 1 ecuatoriana
 - 1 paraguaya
 - 1 colombiana
 - 1 brasileña
 - 1 argentina
 - 1 hondureña
 - 1 china

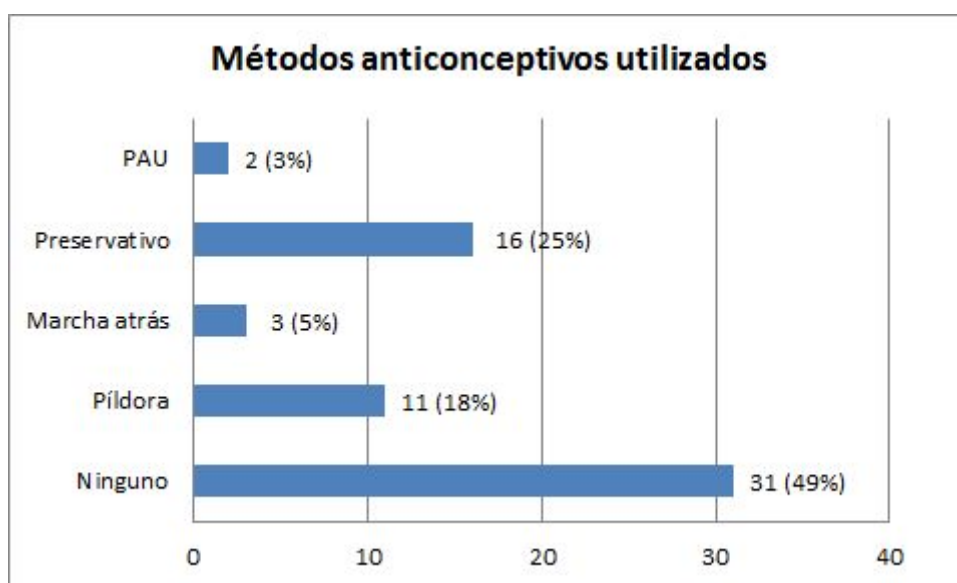
Gráfica nº 8. Representación de las pacientes según su nacionalidad



MÉTODOS USADOS :

Se detecta que el mayor número de mujeres que acudieron a interrupción voluntaria del embarazo, no usaban método anticonceptivo y a continuación el método más utilizado es el preservativo, seguido de la píldora anticonceptiva. (Gráfica nº 9).

Gráfica nº 9



Cabe destacar que de las 22 mujeres que ya habían tenido al menos una interrupción anteriormente, 14 seguían sin usar ningún método, 2 estaban con la marcha atrás, 3 referían usar barrera y otras 3 píldora.

MÉTODO TRAS LA IVE:

En el centro de Malvarrosa se les asesora sobre el mejor método anticonceptivo para cada una y salen de la consulta con los papeles de la ley 2/2010 y la receta del tratamiento hormonal o la recomendación de regresar tras la revisión 15 días después de la interrupción en la clínica para diu / implante.

En la unidades de Manises y Plasencia habitualmente se les recomienda volver al mes para iniciar un método más adecuado a las preferencias de la mujer o más adaptado a su situación.¹⁹

CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

A las mujeres con IVEs de repetición se le realiza el cribado de violencia de género, al ser éste un marcador valorado posteriormente, se localiza a las mujeres telefónicamente y nos aseguramos si están solas en ese momento para que puedan contestar libremente para que en el caso que dé positivo, recomendarlas acudir a la consulta.

En algunos casos se detecta telefónicamente maltrato pero queda pendiente de que la mujer vuelva a la consulta para pasarles la encuesta de VG y para valorar el método anticonceptivo de nuevo si no lo llevaba.

Cuando no es posible localizarlas de nuevo, se comunica a otros profesionales que puedan atender a la usuaria como su médico de primaria, el pediatra de sus hijos o el trabajador social del área. Incluso en uno de los casos con mayor número de interrupciones y que no volvió, descubrimos por la historia que está de nuevo embarazada y de unas 14 semanas, por lo que se pone en aviso a su médico y a matrona de su zona para poder valorar si acude allí a los controles que le pregunten por la posibilidad de maltrato y le recomienden volver a nuestra unidad tras el parto.

Pusimos el foco del posible maltrato en las 22 mujeres que tenían más de una IVE previa, 6 mujeres quedaron pendientes de poder ser preguntadas acerca de la posibilidad de maltrato, en 9 de ellas el test fue negativo y 7 mujeres habían sufrido maltratos (una a punto de morir por rotura esplénica y con orden de alejamiento de su ex-pareja).

5. DISCUSIÓN:

En general, las mujeres españolas tienen un fácil acceso a la interrupción del embarazo aunque en algunas regiones sigan teniendo problemas para ello. En las 3 áreas de estudio, la aplicación de la ley 2/2010 es un trámite rápido desde nuestras unidades donde además aprovechamos para hacer un asesoramiento anticonceptivo y una detección de posible violencia de género sobre todo en los casos donde se repiten en una misma usuaria las demandas para interrumpir sus embarazos.^{5, 11, 13}

Dependiendo de la comunidad autónoma e incluso, del hospital de referencia de la usuaria, va a variar la política de actuación en cuanto a la aplicación de la ley 2/2010. Es difícil encontrar hospitales públicos donde se realicen las interrupciones, siendo en su mayoría tramitadas de forma concertada con clínicas privadas con el consecuente coste económico para la sanidad pública.

En la Comunidad Valenciana se ha planteado recientemente la posibilidad de practicar la ivermectina farmacológica en las USS y R hasta la semana 9, aunque se han de superar los obstáculos existentes dada la desigualdad en medios técnicos y salarios de los profesionales.

Es significativo que en nuestro estudio, sólo hay un caso de aborto previo farmacológico y fué practicado por la usuaria en su domicilio por su cuenta. Todos los demás que llegaron a clínicas concertadas, acabaron en legrado o aspirado con anestesia local, sólo hubo 4 casos en los que se solicitó la sedación extra y en 2 de ellos la usuaria refiere haber tenido una anestesia general.

Nos planteamos cuáles pueden ser los motivos de no realizar más IVE farmacológicas en las clínicas.

6. CONCLUSIONES:

En relación con los métodos anticonceptivos que las mujeres de nuestra muestra utilizaban cuando se quedaron embarazadas, no hay diferencias significativas respecto a los datos nacionales ¹ siendo el “no utiliza método” la variable más frecuente, seguido de preservativo y píldora respectivamente

En nuestro estudio no hemos recogido ningún IVE con métodos de larga duración (Long Active Reversible Contraceptive: LARC). Al ser estos métodos más efectivos ¹⁹, consideramos que están infrautilizados. Desde nuestras consultas de planificación familiar se debería implementar el uso de estos métodos que son costo efectivos ²⁰ y fomentar su promoción desde las consultas de atención primaria para usuarias que no han acudido directamente a nuestras unidades.

Es de vital importancia que las gerencias de los hospitales asuman el coste de estos métodos para que puedan llegar a la población más vulnerable, y evitar así la discriminación que supone el disponer o no de métodos muy efectivos para impedir embarazos, según la zona donde se viva.

Destaca en nuestro estudio el que 14 de 39 mujeres no vuelven para asesoramiento o inicio de método anticonceptivo. Esto supone un problema ya que supone un fracaso como médicos, no ser capaces de sensibilizar a la mujer de la importancia del uso de un método anticonceptivo que le permita disfrutar de las relaciones sexuales sin riesgo de un embarazo no deseado, máxime con una IVE previa. Se deberían plantear más estudios en el futuro que indaguen en esta cuestión.

En nuestro estudio no se realizaron IVEs farmacológicas y aunque a nivel nacional son menos representativos que las IVEs quirúrgicas ¹ no podemos establecer una correlación con los datos nacionales ni encontrar una explicación, salvo por el pequeño tamaño de nuestra muestra.

Ante la demanda de interrupción de embarazo en mujeres que previamente ya acudieron por el mismo motivo, no nos basta con hacer un correcto asesoramiento anticonceptivo ^{14, 16}, es necesario indagar si hay maltrato por parte de su pareja. Nuestra misión no se centra sólo en abordar el tema en nuestra consulta o derivarla a otros centros. A veces, las mujeres no nos vuelven al centro, pero los sistemas informáticos de los que disponemos nos permiten hablar con otros profesionales que pueden atender a esa mujer (médicos de primaria, trabajadores sociales e incluso, pediatras) que deberían conocer el problema para poder actuar en equipo.^{6, 10, 11, 13}

En el estudio detectamos 7(11.11%) casos positivos entre las que ya tenían mínimo una IVE previo, pero nos faltaron 6 por localizar y si hubiéramos preguntado a todas las mujeres muy posiblemente la cifra aumentaría a niveles que nos ponen en alerta frente a esta realidad social. Según las últimas encuestas poblacionales realizadas en España (2015), aproximadamente entre un 7 y un 9.6 % de las mujeres encuestadas mayores de 18 años, sufrían maltrato ⁵, y para conseguir que la cifra de asesinadas por sus parejas/ ex- sea de cero, tendremos que insistir y aprovechar cualquier consulta de la mujer para abordar el tema sin vergüenza, ni prejuicios ni miedo.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública; 1988 (actualización de 2015). Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
2. Ruiz-Ramos M, Ivañez - Gimeno L, García-León FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. Gac Sanit. 2012;26:504-11.
3. Tautz S. (Un) Safe abortion. Review paper, GTZ, Sector project Reproductive Health/evaplan gmbH, 2004. Disponible en: <http://www.evaplan.org/websitelevaplan/grafik/pdfabortion.pdf>.
4. Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE 55, de 4 de marzo de 2010.
5. Ruiz Pérez I, Plazaola J, Blanco-Prieto P, González - Barranco M, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit 2006;20(3):202-8.
6. Federación Internacional de Planificación de la Familia región del Hemisferio Occidental American Medical Association. Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia doméstica. 1992.
7. Curso de formación de formadoras y formadores en la prevención, detección y atención de la violencia de género. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de bienestar Social;2005.
8. Tema "Consejo Anticonceptivo en Violencia de Género" del Dr. Modesto Rey, Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Contracepción y Vocal de la junta Directiva de la SEC. Máster de Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva.

9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Informes, Estudios e Investigación; 2012. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es>
10. Benítez, C. ¡Basta ya de violencia contra la mujer! Águilas noticias (edición electrónica) 2007 (accedido el 28 de octubre de 2008) Disponible en: <http://www.aguilasnoticias.com/index.php?colaboradores/leer/7060/12/50>
11. Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales nº10. Barcelona: Fundación “La Caixa”; 2002.
12. Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General. Naciones Unidas. PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS; 2006. (Accedido el 25 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemesp.pdf>
13. Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo, OMS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington: OMS/OPS 1998. (accedido el 20 de octubre de 2008). Disponible en: <http://paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemesp.pdf>
14. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de miércoles 29 de diciembre de 2004.
15. Artículos del blog del Dr. Miguel Lorente Acosta, Médico Forense que fué Delegado del Gobierno para la Violencia de Género en el Ministerio de Igualdad <http://blogs.elpais.com/autopsia/2014/07/yo-como-hombre-opino-que-las-mujeres-decidan.html>. <http://miguelorenteaautopsia.wordpress.com/>
16. Escribá V, Royo M, Mas R, Fullana A, Moreno MP. Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA). Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2009. 73
17. Informe interrupciones voluntarias de embarazo en la Comunidad Valenciana 2016. Consellería de Sanidad y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/INFORME_IVE_2016_VAL.pdf

18. Base de datos de la Consejería de Sanidad (CIVITAS). Facilitado por “Gestión de Usuarios y Unidad de Registro” de la Gerencia de Área de Plasencia.
19. Organización Mundial de la Salud. Criterios de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos. Quinta Edición. Ginebra; 2015. Disponible en: <http://www.who.int>
20. Trussell J, Lalla AM, Doan QV, Reyes E, Pinto L, Gricar J. Cost Effectiveness of contraceptives in the United States. Contraception. 2009. 79: 5-14.

ANEXO 1

ENCUESTA SOBRE IVE

1. Edad
2. Gestaciones, Abortos espontáneos, IVEs
3. ¿Usaba algún método cuando se quedó embarazada? ¿Cual?
4. Nacionalidad
5. Cuánto tiempo lleva viviendo en la comunidad donde se cursa la IVE.
6. Estudia/Trabaja

Si tuvo una IVE previamente:

- Fue tramitada desde la sanidad pública o acudió directamente a la privada
- Farmacológica/ Quirúrgica (Aspirado/Legrado)
- Con Anestésico local o si solicitó Sedación

ANEXO 2

(Sistema de información para la detección y actuación frente a la VIOlencia de género/doméstica en personas adultas) (SIVIO)

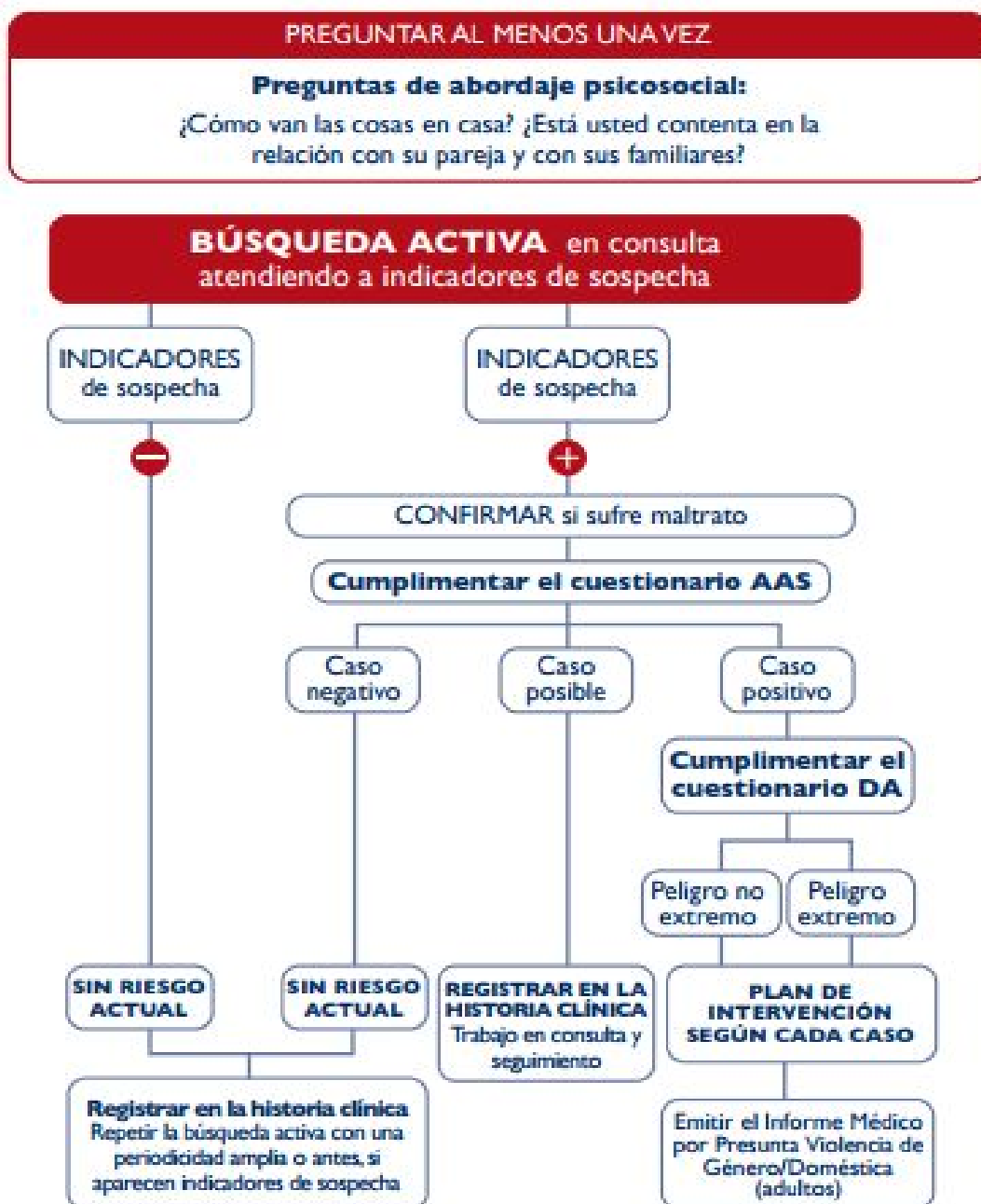
Preguntas realizadas:

1. ¿Le importaría contestar a unas preguntas sobre la violencia de género? Sí/No
2. ¿Alguna vez se ha sentido maltratada física, emocional o sexualmente por parte de su pareja o ex-pareja?

En el caso de que las respuestas sean positivas, el cuestionario continúa:

- ¿Cuántos años tenía cuando sucedió?
- ¿Durante cuánto tiempo lo sufrió?
- ¿Quién era el maltratador?

Gráfico 1. Algoritmo de actuación para la búsqueda activa y detección de casos de maltrato



5. EXPLORACIÓ FÍSICA (Diverses opcions possibles. Marqueu amb una creu segons el TIPUS de LESIÓ de la llista lateral)/
EXPLORACIÓN FÍSICA (Varias opciones posibles. Marcar con una cruz según el TIPO de LESIÓN de la lista lateral)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| CRANI/ CRÁNEO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| ULLS, PARPELLES/ OJOS, PÁRPADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| OY, ORELLA/ OIDO, OREJA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| NAS/ NARIZ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| GALTES, MANDIBULA/ MEJILLAS, MANDÍBULA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| LLAVIS, CAVITAT BUCAL/ LABIOS, CAVIDAD BUCAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| COLL/ CUELLO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| MUSCLES/ HOMBROS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| BRAÇOS, MANS/ BRAZOS, MANOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| PIT/ TÓRAX | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| PANXA/ ABDOMEN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| ESPATLES/ ESPALDA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| GENITALS/ GENITALES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| GLUTIS, CAMES, PEUS/ GLÚTEOS, PIERNAS, PIES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| ALTRES/ OTROS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

| Tipus de lesió/Tipo de lesión | |
|-------------------------------|--|
| 1 | Contusió/Contusión |
| 2 | Equimosi/Equimosis |
| 3 | Moradura/Hematoma |
| 4 | Erosió/Erosión |
| 5 | Ferida superficial/Herida superficial |
| 6 | Ferida profunda/Herida profunda |
| 7 | Cremadura/Quemadura |
| 8 | Esquinç o luxació/Esguince o luxación |
| 9 | Trencadura/Fractura |
| 10 | Lesió visceral/Lesión visceral |
| 11 | Altres (especificar)/Otras (especificar) |

Descripció de les lesions. Indiqueu dades que permeten datar-les/Descripción de las lesiones, sin olvidar aportar datos que permitan datar la lesión

6. PROVES DIAGNÒSTIQUES COMPLEMENTÀRIES/PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS

(Pot marcar-ne més d'una)/(Varías opciones posibles)

- No Sí
- Analítica/Analítica
- RX/RX
- TAC/TAC

- Ecografia/Ecografía
- Altres (especificar)/Otras (especificar)

7. TRACTAMENT/TRATAMIENTO

- No Sí
- Farmacològic/Farmacológico
- Cures locals/Curas locales
- Immobilització/Inmovilización

- Quirúrgic/Quirúrgico
- Altres (especificar)/Otras (especificar)

8. - VALORACIÓ FINAL/VALORACIÓN FINAL

(Juí diagnòstic amb pronòstic de gravetat. Dany psicològic amb pronòstic)/(Juicio diagnóstico con pronóstico de gravedad. Daño psicológico con pronóstico)

9. PLA D'ACTUACIÓ/PLAN DE ACTUACIÓN: Derivació a/Derivación a

(Diverses contestacions possibles)/(Varías respuestas posibles)

- Domicili/Domicilio
- Centre d' Especialitats/Centro de Especialidades
- Centre d'Atenció Primària/Centro de Atención Primaria
- Treballador-a Social/Trabajador-a Social
- Centre Dona 24 Hores/Centro Mujer 24 Horas
- Forces de seguretat (Policia, Guardia Civil, etc.)/Fuerzas de seguridad (Policia, Guardia Civil, etc.)
- Hospital
- Ha requerit l'Ingrés/ Ha requerido ingreso
- No ha requerit l'Ingrés/ No ha requerido ingreso
- Altres (especificar)/Otras (especificar)

10. OBSERVACIONS/OBSERVACIONES

DADES DEL FACULTATIU-VA/DATOS DEL FACULTATIVO-A

NOM I COGNOM/NOMBRE Y APELLIDOS N° col·legiat /N° colegiado

NOM DEL CENTRE SANITARI/NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO Departament/Departamento

LLOC DEL RECONeixEMENT/ Domicili de la víctima/Domicilio de la víctima AP Consultes ordinàries/AP Consultas ordinarias Altres (especificar)/Otro (especificar)

LUGAR DEL RECONOCIMIENTO AP d' Urgències/AP de Urgencias Hospital/Hospital

DATA/FECHA HORA

Firma del Facultatiu-va/Firma del Facultativo-a:

Cuestionario DA

Con la finalidad de poder valorar el nivel de riesgo que puede tener dada la situación en que se encuentra, le pedimos que responda a estas preguntas, que se refieren a la persona que la está agrediendo, (su marido o pareja, exmarido o expareja u otra persona cercana a usted)

| | NO | SÍ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. En el <u>último año</u> , ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alguna arma de fuego? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está en paro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha amenazado con matarle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. En <u>alguna ocasión</u> , ¿ha intentado estrangularla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerte, nadie te tendrá") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Cree que es capaz de matarla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. En <u>alguna ocasión</u> , ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?

NO

SÍ

NUNCA HE ESTADO EMBARAZADA DE LA
PERSONA QUE ME ESTÁ AGREDIENDO

16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o expareja, después de vivir juntos?

NO

SÍ

NUNCA HE VIVIDO CON ÉL

17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc)

NO

SÍ

LO INTENTA PERO NO LE DEJO

18. En alguna ocasión, ¿ha usado alguna arma contra usted o la ha amenazado con ella?

NO

SÍ

¿Fue con un arma de fuego?

NO

SÍ

19. ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?

NO

SÍ

20. En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?

NO

SÍ

PUNTUACIÓN: (Contar el número de respuestas positivas)

* Se considera PELIGRO EXTREMO DE HOMICIDIO O SUICIDIO, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una puntuación inferior a 4, se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente, para guiar las actuaciones