

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico:

4º de Grado

Trabajo Fin de Grado:

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

- Autor/a –

Estefanía Sarmiento Molero

- Tutor/a –

Rosa María Zapata Boluda

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	pág.3
2. INTRODUCCIÓN.....	pág.3
3. DEFINICIÓN.....	pág.5
A) LEGISLACIÓN.....	pág.5
B) IVE A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	pág.8
C) IVE EN DIFERENTES RELIGIONES Y CULTURAS.....	pág.10
D) INSTITUCIONES QUE REALIZAN LA IVE.....	pág.11
4. OBJETIVOS.....	pág.12
5. METODOLOGÍA.....	pág.12
6. DESARROLLO.....	pág.13
A) Estadísticas acerca de la IVE.....	pág.13
B) Tipos de IVE según etapa gestacional.....	pág.15
1. Método quirúrgico.....	pág.15
2. Método farmacológico.....	pág.16
C) Consecuencias y efectos adversos.....	pág.18
1. Riesgos físicos.....	pág.18
2. Riesgos afectivos.....	pág.19
7. PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS.....	pág.20
8. DISCUSIÓN.....	pág.22
9. CONCLUSIONES.....	pág.24
10. BIBLIOGRAFÍA.....	pág.25
11. ANEXOS.....	pág.27
A) Tablas.....	pág.27
B) Gráficos.....	pág.30
C) Figuras.....	pág.31
D) Otros anexos.....	pág.32
- Anexo I: Legislación acerca del IVE.....	pág.32
- Anexo II: Folleto informativo sobre IVE.....	pág.33
- Anexo III: Cuestionario de notificaciones del IVE.....	pág.34

1) **RESUMEN:**

La Interrupción Voluntario del Embarazo (IVE), o aborto voluntario es un tema actual y polémico que ha crecido con fuerza en cuanto a número de intervenciones en la última década, no solo en España sino en todo el mundo.

Consultando el Instituto Nacional de Estadística podemos observar que la Comunidad Autónoma con mayor número de abortos es la de Cataluña, seguida de Andalucía. No obstante, en todos lados podemos observar un patrón común y es que la mayoría de los casos las interrupciones se realizan a petición de la mujer, y no porque el embarazo suponga algún tipo de riesgo para la salud de la madre o el hijo. En la comunidad andaluza, el grupo de edad que más abortos realiza se encuentra entre los 20 y 30 años (mayor número entre 20-24 años), mayoritariamente solteras, y con un periodo de gestación de 8 o menos semanas, y sobre todo mujeres que no tienen o sólo tienen un hijo.¹

Con este trabajo pretendemos conocer como se ha vivido con el IVE a lo largo de la historia y en las diferentes culturas, así como, en qué consiste, cómo se realiza según los diferentes de periodos de gestación y sus repercusiones; asimismo estudiaremos los su estado legislativo actual en España.

2) **INTRODUCCIÓN:**

A) **DEFINICIÓN:**

El aborto voluntario o interrupción voluntaria del embarazo ha sido uno de los temas más polémicos a nivel mundial durante las últimas décadas y su evolución en los últimos años se ha ido dirigiendo hacia una despenalización del mismo, no solo en España, sino en otros muchos países, lo que induce a un incremento cada vez más descontrolado en su práctica.

Algunos países tales como Colombia, Chile y El Salvador cuentan con las leyes más restrictivas en cuanto al aborto, donde existe una prohibición total del mismo. En otros sitios como en Panamá, Paraguay y Venezuela, permite la realización de la técnica solo para salvar la vida de la mujer. Por otro lado, en España, Polonia y Perú se permite el aborto por cuestiones de salud de la mujer o el feto o por violación. Además en España se permite actualmente el libre embarazo antes de las 14 semanas. En otros lugares como en Australia, Gran Bretaña, India y Japón, permiten además que se realice el procedimiento si el estado socioeconómico de la familia no permite mantener al bebé. Finalmente en

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

otros países tales como Canadá, Cuba, Italia, EE.UU, Francia y el Sur de África existe una legislación al respecto muy permisiva y sin restricciones legales.²

La mayoría de países del Consejo Europeo se rigen por la Ley de Plazos, que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 24 semanas y a partir de éstas tiene que diagnosticarse uno de los tres supuestos legales para interrumpir la gestación.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como: la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Sin embargo, la viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende de un proceso médico y tecnológico, aunque actualmente se encuentra al torno de las 22 semanas de gestación.³

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha recordado la anterior definición de aborto que recoge la OMS y también la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.⁴

Esta asociación ha indicado que ya no puede considerarse aborto la interrupción del embarazo a partir de la 22 semana de gestación, sino que en ese momento hay que hablar de destrucción de un feto que es viable extrauterinamente ya que puede vivir por sí mismo con el apoyo médico correspondiente.⁴

Por ese motivo, la Sociedad Española de Ginecología ha manifestado de modo institucional, la propuesta médica y ética de “inducir el parto” cuando las madres soliciten abortar a partir de la semana 22.⁴

Esta técnica de terminación del embarazo consiste en provocar la muerte biológica del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal. Se distingue del aborto espontáneo, ya que este se presenta de manera natural o provocada por algún tipo de accidente o patología.

En lo que respecta al tema de la Interrupción Voluntaria del Embarazo debemos tener en cuenta la gran diversidad de opiniones existentes entre los entendidos del tema, teniendo en cuenta que la opinión de los mismos se encuentra regido por una serie de valores y condicionantes filosóficos, religiosos y sociales.

Este es un tema que probablemente no encontrará una resolución final, puesto que el punto de vista de la sociedad cambiará y se guiará según su ideología y valores. Algunos de los autores que muestran su punto de vista referente al tema pueden ser tales como SoutoPaz ;Roberto Andorno y Alfonso Ruiz Miguel.

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

Souto Paz defiende que la libertad es un derecho humano y que por lo tanto, cualquier intento de interferir o intentar interrumpir algún proceso biológico supone un atentado contra dicha libertad, puesto que el primer derecho de libertar en sí es la de vivir, de esta forma muestra un marcado carácter contra la interrupción del derecho de la vida hacia ese nuevo ser humano.⁶

Por otro lado, Alfonso Ruiz Miguel aporta varias consideraciones éticas sobre el aborto y concluye que este debe despenalizarse en casos determinados. Hace prevalecer los derechos de las mujeres sobre sus propios hijos y cuestiona la viabilidad de estos nacidos no deseados, así justifica que cuando no son queridos no deben nacer pues tendrán más problemas sociales que otros deseados, mostrando pues una postura justificativa y circunstancial ante el aborto.^{7,8}

D. Roberto Adorno nos habla de que el embrión consta de una “unicidad genética”, una “continuidad biológica” y una “autonomía de su desarrollo”, por lo que desde el momento en que se produce la unión de gametos se convierte en un ente genéticamente único, con capacidad propia de desarrollo que irá evolucionando biológicamente hasta el momento de su muerte. Esta personificación del embrión deja claro su postura contra el aborto al defender la vida y el derecho de desarrollarse como humanos.⁹

B) LEGISLACIÓN:

Las diferentes legislaciones que regulan la IVE son el Real Decreto 1663/2008, la Ley Orgánica 2/2010, el Real Decreto 825/2010 y el 831/2010, la Orden de 16 de junio de 1986 y la Resolución de 27 de julio de 2007.¹⁰ (Ver Anexo I)

En nuestro caso nos centraremos en el estudio de la Ley Orgánica 2/2010 cuyo objetivo es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos, ya que se trata de la legislación orgánica más reciente al respecto.

El artículo 17 número 2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, establece que las mujeres que opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 de la ley (interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer dentro de las primeras catorce semanas de

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

gestación) de recibir un sobre cerrado con la información relativa a: las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto; los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento; datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro; y datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.¹¹

Por su parte el número 3 del mismo artículo dispone que en el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b) del artículo 15 de la citada Ley Orgánica 2/2010 - interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas cuando no se superen las veintidós semanas de gestación y exista riesgo de graves anomalías en el feto- la mujer habrá de recibir información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.¹¹

La Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, aprobada definitivamente en el Senado español el 24 de Febrero del 2010 y publicada en el BOE el 4 de Marzo, viene a modificar una serie de aspectos de la IVE existentes hasta entonces, en el marco de una serie de actuaciones previstas destinadas al incremento de la información y formación sobre anticoncepción y salud sexual y reproductiva ya que, como se razona en el amplio preámbulo de la Ley, el objeto de la misma es disminuir al mínimo el número de embarazos no deseados para conseguir que el necesario recurso de las mujeres a la interrupción de embarazo se convierta en excepcional. Para ello son necesarias medidas de educación sexual y conocimiento de la anticoncepción por el sistema sanitario y la población general, así como la facilitación técnica y económica a los métodos anticonceptivos de toda la población nativa o residente en España. Se considera, asimismo, la necesidad de establecer un conjunto de garantías para el acceso igualitario a la prestación de la IVE y de otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.¹¹

En el título segundo se establecen las nuevas condiciones para el derecho a la IVE. La IVE podrá realizarse por la sola decisión de la mujer, en el plazo de 14 semanas de gestación, con información previa y tres días transcurridos al menos desde la misma para

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

la realización de la IVE, siempre por un médico especialista o bajo su dirección y en centro público o privado acreditado. Se requiere, en cualquier caso, el consentimiento expreso de la mujer, o su representante legal, como es preceptivo en cualquier tratamiento de cierta trascendencia practicado en la Medicina.¹¹

La IVE por causas médicas (riesgo para la vida o salud de la embarazada o de graves anomalías para el feto) requiere uno (riesgo para la madre) o dos (riesgo para el feto) dictámenes de médicos distintos del que realiza o dirige la IVE y no más de 22 semanas de gestación. Se determina este plazo en base a la sentencia del Tribunal Constitucional español de 1985 que determinaba “el momento de especial trascendencia que supone aquel en el que el *nasciturus* es ya susceptible de vida independiente de la madre”; la evidencia científica cifra este plazo en las 22 semanas, como umbral de viabilidad fetal. Por encima de este plazo, ante sospecha en el feto de alteraciones muy graves e incurables o incompatibles con la vida, se requerirá, además del dictamen de un médico especialista, el concurso de un comité. La composición del comité es de dos médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología o Diagnóstico prenatal y un pediatra; la mujer puede elegir a uno de ellos, aunque la indicación final corresponde al comité. Cuando el problema sobrevenido tras la semana 22 de gestación sea de gravedad para la salud de la madre, en el preámbulo se establece la realización de un parto inducido para proteger derecho a la vida del feto y a la integridad física de la mujer al tiempo. En el capítulo II se garantiza el acceso a la prestación de la IVE, incluida en la cartera de servicios del SNS, ya sea en la red de centros públicos o en un centro privado acreditado. Asimismo, se garantiza la confidencialidad y respeto a la intimidad en el tratamiento de los datos de las mujeres que sean sometidas a una IVE. Las Comunidades Autónomas serán las encargadas de garantizar esta prestación y de elaborar las normas sobre el circuito específico que deberán seguir las mujeres, manteniendo su intimidad, la precocidad en la prestación del derecho y las condiciones establecidas en la Ley Respecto a la nueva situación penal para profesionales y mujeres.¹¹

Según la nueva normativa, será punible quien cause un aborto en los supuestos no contemplados en la Ley o la mujer que se lo provocara o consintiese. Cuando los supuestos sean los admitidos, pero se transgredan las condiciones de la Ley, no podrá ser penada la mujer, pero si el profesional que lo practique.¹¹

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

En cuanto a la objeción de conciencia la ley dictamina que aquel personal relacionado con la intervención en sí tiene el derecho a negarse, no obstante en todo momento el paciente ha de ser informado y derivado a pesar de acogernos a la objeción. Es por ello que los médicos de familia no pueden acogerse a la objeción de conciencia y están en el deber de derivar e informar adecuadamente a la paciente.^{12,13}

C) IVE A LO LARGO DE LA HISTORIA:

La interrupción voluntaria del embarazo o el aborto inducido no es un tema actual, pues ya desde la antigüedad se llevaba a cabo como método de control de la fertilidad para controlar la población, así como por razones sociales, de salud,... Está documentada la práctica del aborto en culturas totalmente diferentes, en costumbres muy separadas tanto en el espacio como en el tiempo.

Al analizar los diferentes textos médicos a lo largo de la historia nos podemos encontrar, que a pesar de la fuerte condena que ha existido en cuanto al aborto en la legislación y los muchos discursos morales, los tratados de medicina nos hablan de fórmulas abortivas sin ningún tipo de reparo. Así se citan como métodos “mecánicos” para el aborto el hacer ejercicio agotador, levantar pesos, masajes fuertes en el vientre. Además, a lo largo de la historia se han desarrollado distintas técnicas quirúrgicas para la interrupción del embarazo desde épocas remotas, entre las cuales se encuentran instrumentos que dilataban el cuello del útero; hacer uso de una larga aguja de metal (lo que suponía un gran riesgo de perforar el útero u otros órganos de la madre),... Así mismo se citan numerosos remedios vegetales, de los cuales algunos eran ineficaces pero la mayoría son de eficacia comprobada. Hacían uso de plantas tomadas en brebajes y ungüentos abortivos, como la ruda (*ruta graveolens*), la sabina (*juniperus sabina*), el bledo, entre otras.^{14,15}

Otras de las plantas que se usaban anteriormente y se siguen usando en la actualidad por su función facilitador del aborto actuando de diferentes formas son:

- Por su función como inhibidor de la implantación: la corteza de la raíz de algodón, la ruda, la vitamina C y la zanahoria silvestre. Estas plantas se usa en los primeros días tras la posible concepción.
- Por estimular las contracciones: el caulófilo, el poleo, el tanaceto, la angélica sinensis, el enebro y la artemisa.
- Por su poder estimulante del útero: el jengibre, la angélica, la cimicífuga y la zanahoria silvestre.

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

- Las plantas que abren y suavizan el cérvix: la cimífuga y el perejil.¹⁵

Estas referencias sobre el aborto y sus técnicas se encuentran tanto en libros científicos, como en relatos y novelas. El manuscrito más antiguo que se conoce, se remonta tres mil años antes de Cristo, un texto chino de medicina que relata la primera receta de un abortivo oral haciendo uso de diferentes plantas.¹⁴

Muchos son los filósofos que en su momento hicieron referencia a dicha práctica; es el caso de Aristóteles, que defendía el aborto para limitar los nacimientos en las familias muy numerosas o humildes, como una forma de control de población.

Por otro lado, Hipócrates, considerado como el padre de la medicina moderna, demostraba el conocimiento de fórmulas abortivas, aunque en ese entonces llamaba la atención los grandes riesgos que para la salud implicaban.

Se puede decir que el aborto y la anticoncepción no implicaban problemas morales en las sociedades antiguas. Donde, la única regulación que era un estricta en esas sociedades, desde la Mesopotamia hasta la Europa medieval, era el derecho de propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la madre, es decir, era el padre o marido quien contaba con el derecho de elección.^{14,16}

En las ciudades griegas el aborto era considerado, como en otras muchas sociedades, una práctica normal de regulación del nacimiento. El aborto ha sido utilizado desde una época muy antigua como método de control natal en las sociedades antiguas sin suponer ningún problema mora. Por otro lado, en la Edad Media, eran las mismas comadronas las que hacían uso de hierbas e instrumentos.¹²

En los primeros documentos cristianos, la discusión sobre el aborto se centraba en que se consideraba pecaminoso el aborto cuando se utilizaba para ocultar el pecado sexual o el adulterio. Es a partir de estos primeros escritos cristianos que el aborto se convierte en un asunto de teología y moralmente mal visto. Durante los primeros seis siglos de la cristiandad los teólogos no lograron ponerse de acuerdo con respecto a este punto en las diferentes áreas geográficas dónde regían diferentes opiniones.¹⁴

Por un lado, una minoría opinaba que la hominización ocurría en el momento de la fecundación, y la otra parte que formaban la mayoría, se basaban en el pensamiento aristotélico que sustentaba que la hominización o infusión del alma en el feto, se producía tardíamente, a los 40 días en el hombre y a los 80 días en la mujer.

Tales contradicciones sobre el momento de la hominización no se resolvieron hasta la aparición de los escritos de San Agustín, dónde apoyaba la teoría aristotélica de la hominización tardía, siendo convertida en doctrina oficial de la iglesia en el siglo XIX, de

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

esta forma quedó oficializada la opinión de San Agustín que afirmaba que “el aborto es homicidio solo cuando el feto se ha formado”.^{14,16,17}

Este pensamiento se tradujo en una permisibilidad de los abortos desde esta época y hasta el siglo XIX siempre y cuando fuesen antes de los primeros movimientos fetales.

Tres siglos después, en 1588, el Papa Sixto V, en un intento de frenar la prostitución en Roma, declara el aborto y la anticoncepción como pecados mortales, con castigos de excomunión o muerte en la hoguera.

A continuación, el siguiente Papa, Gregorio XIV restableció nuevamente el principio de la hominización tardía, doctrina que fue posteriormente revocada tras la llegada del Papa Pío IX en 1869, cuando proclama nuevamente la hominización inmediata a la concepción, según la cual el alma humana está presente desde el mismo momento de la concepción.

Este afluente ideológico es el que se ha mantenido hasta la actualidad en cuanto a la opinión del Cristianismo, lo que lleva a una postura absolutamente en contra del aborto y la anticoncepción.^{14,16,17}

D) IVE EN DIFERENTES RELIGIONES Y CULTURAS:

En lo que al cristianismo respecta, la organización con una posición más fuerte ante el aborto es la de la organización Pro-Vida. El principio fundamental en el que creen estas Iglesias es que la vida comienza al momento de la concepción y, por lo tanto, el feto es digno de derechos y protección. Para estos grupos, su objetivo principal es la de revertir o detener las leyes que legalizan el aborto.¹⁸

La mayoría de estas Iglesias consideran que el aborto es una opción en circunstancias especiales y que, por tanto, no deben ser usados como un método ordinario de planificación familiar.¹⁸

La Iglesia Católica considera al ser humano vivo desde el momento de la concepción, y para ello considera que existen fundamentos científicos objetivos a favor de tal idea. Así de afirma en la encíclica “*Humanae vitae*” del papa Pablo VI.¹⁹

“La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida (cf. Congregación para la Doctrina de la Fe, Instr. *Donum vitae*, 1, 1).”^{18,19}

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

El Judaísmo y la tradición judía son proclives a la santidad del feto, y no permite el aborto a solicitud. Sin embargo permite el aborto bajo ciertas circunstancias, porque no considera al feto como persona autónoma. La Mishná (Ohalot 7:6) indica explícitamente la admisibilidad del aborto si la continuidad del embarazo pudiera poner en peligro la vida de la madre.²⁰

El judaísmo ortodoxo no admite otra causa que el peligro para la vida materna, y sin embargo el judaísmo conservador considera también la posibilidad de graves daños a la salud física o mental, o cuando el feto es inviable o padece graves defectos, según opinión médica experta.²⁰

El derecho islámico (Sharia) parte de consideraciones similares a las derecho canónico cristiano. Aunque ni el Corán ni la Sunna tratan el tema, se atribuye importancia al conocimiento médico que aporta el jurista versado en medicina, como Averroes o el médico conocedor de la ley islámica como Avicena. Según estos, el feto adquiere una condición legal de persona cuando recibe de Dios su alma personal, momento para cuya identificación se confía también en la ciencia del médico y solo es la revelación. De acuerdo con la tradición oral, el momento de la infusión del alma es a los 120 días o cuatro meses.²¹

El budismo no contempla la existencia de un alma insuflada o creada por una divinidad, por lo que su doctrina no establece un tiempo concreto que aconseje o no el aborto. No obstante, la doctrina budista sí que observa una evolución del desarrollo embrionario y sus capacidades, por lo que observa una graduación en la gravedad moral en el acto de abortar en función de la evolución de la consciencia en el no nacido. De manera general el budismo no condena con excesiva gravedad el aborto aunque señala las posibles graves consecuencias para la estabilidad emocional de la madre.²²

El hinduismo considera el aborto desde sus textos de una manera más radical que otras religiones, al considerar que le alma humana está presente desde la misma concepción sin un debate de peso. El aborto se considera un mal karma, y la persona que lo cometa, al morir, deberá ser inyectada en una mujer que está pensando en abortar. Bajo este esquema teológico que contempla la reencarnación de las almas, tanto el cigoto, embrión o feto poseen alma y deben ser protegidos.²³

E) INSTIUCIONES QUE REALIZAN LA IVE

En España hay más de 172 clínicas acreditadas en total entre las de ámbito privado y las que tienen concierto con la Seguridad Social, según datos del INE en el 2011

Cataluña es la Comunidad Autónoma con mayor número de clínicas tanto privadas como públicas, seguido de la Comunidad Valenciana.

En total, la Junta de Andalucía tiene una clínica pública y 16 privadas de las cuales gran parte tienen contratos de concierto con el S.A.S.

En Almería hay dos clínicas que realizan la IVE, ambas de gestión privada, no obstante una de ellas tiene un concierto con el S.A.S para realizar abortos voluntarios hasta las 14 semanas de gestación.^{10,24}(Ver Figura 1)

3) OBJETIVOS:

Con este Trabajo de Fin de Grado (TFG) pretendemos como objetivo general, comprender la situación actual de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) o Aborto Voluntario y cómo es vista por la sociedad según sus creencias y valores.

Cómo objetivos específicos pretendemos estudiar:

- Comprender en estado de la cuestión (como es vista por la sociedad las I.V.E.s según sus creencias y valores, evolución a lo largo de la Historia, legislación reguladora, estudio de los datos estadísticos)
- Realizar una propuesta de Plan de Cuidados estandarizado hacia la paciente que se somete a una I.V.E

4) METODOLOGÍA:

Este es un estudio cualitativo, descriptivo. La metodología de estudio empleada para realizar este TFG ha sido la revisión bibliográfica mediante el uso de diferentes bases de datos tales como la Biblioteca Cochrane plus; BioMed Central; la base de datos de la Fundación Index y CINAHL, ScienceDirect, y Dialnet;. Las palabras clave han sido “aborto”, “aborto inducido”, “interrupción voluntaria del embarazo”, “misoprolol” “método*”, “terminación del embarazo”, tanto en inglés como en español; empleando los booleanos *and* y *or*.

Además hemos contado con la información disponible en la páginas webs de la Junta de Andalucía, del Ministerio Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Estadística. Gracias a estos datos se ha realizado un estudio crítico y comparativo haciendo uso de los datos estadísticos referentes a la interrupción voluntaria del embarazo en la última década y hasta la fecha publicados (datos disponibles hasta el 2011).

5) DESARROLLO:

A) ESTADÍSTICAS ACERCA DE LA IVE

En España se inició el Registro de IVE en 1986 y en la Comunidad Autónoma de Andalucía en 1987. Los centros públicos y privados donde se realizan IVE remiten los cuestionarios a la Consejería de Salud y de ahí se derivan al Ministerio de Sanidad y Consumo. La gestión de las IVE se realiza a través de los distritos sanitarios. En el Distrito de Almería, el médico de familia o el enfermero cumplimenta la solicitud correspondiente y deriva a la mujer, dónde se le solicita la cita con la clínica concertada y se le indican medidas de educación sanitaria. En la actualidad hay dos clínicas concertadas, ubicadas en Almería (hasta el año 2001 se derivaban a una de Málaga) y en Sevilla, con las que se gestionan dos de los tres supuestos legales: peligro para la vida o la salud física o psíquica de la madre, y violación o, presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto.²⁵

Si observamos el número de abortos realizados desde 1995 hasta 2011 en España, podemos observar como se ha llevado un aumento exponencial del mismo, de forma que el número de abortos realizados en el 2011 duplica las tasas de aborto en 1995. Además podemos observar que en el 2009 se produjo un leve descenso que coincide con la comercialización del anticonceptivo de emergencia sin receta médica.¹ (Ver Tabla 1)

Si realizamos una comparación estadística de la Tasa de IVE por cada 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años) según las diferentes comunidades autónomas, podemos observar que la media nacional es un 12,44, estando la media en Andalucía ligeramente por encima, y siendo Madrid, seguida de Baleares y Cataluña las Comunidades Autónomas con mayor tasa.^{1,26,27} (Ver Gráfica 1 y Figura2)

Al observar las tablas de ámbito nacional donde nos señalan el progreso desde el 2002 hasta el 2011, observamos que se ha producido un creciente aumento en los últimos años de las tasas de aborto, cuando en 2002 la tasa de aborto total (teniendo en cuenta las edades en edad fértil) llegaban a un 8,46 % dichos valores han incrementado hasta un 12,44% en el 2011. Así mismo, podemos observar que la franja de edad que más abortos voluntarios realizan se encuentra entre los 20-24 años, seguido de las mujeres entre 25-29 años. (un 21,34 y un 17,72 respectivamente).^{1,26,27} (Ver Tabla 2)

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

Fijándonos en los datos estadísticos a nivel nacional podemos describir un perfil usual de mujer que con mayores tasas de realizar I.V.E ha tenido en el 2011. Las mujeres con mayor tasas de I.V.E son personas en pareja mayormente (27,86%) en aquellas que tienen convivencia con hijos, seguidas de las mujeres que viven con padres o familiares y no tienen convivencia con hijos (15,40%).^{1,26,27}

En su mayoría tienen estudios de ESO y equivalentes (35,57%), seguidas de aquellas con estudios de bachillerato y ciclos de FP o equivalentes (25%). En cuanto a la situación laboral, la mayor tasa de mujeres que se realizan una I.V.E se concentra en mujeres trabajadoras por cuenta ajena (49,31%), seguidas de las mujeres desempleadas o sin empleo (23,13%).^{1,26,27}

Además, un 45,38% no tienen ningún hijo vivo actualmente, y no ha tenido abortos voluntarios anteriores (64,25%) o han tenido uno (24,23%).(Tabla 3)

En la tabla 4 queda refleja el tipo de centro en el cuál se realiza con mayor frecuencia las I.V.E, ya sea a nivel hospitalario o extrahospitalario, en este caso, a fecha del 2011, un 90,14% de los abortos fueron realizados en un ámbito extrahospitalario, realizadas en su mayoría en un centro privado (el 89,11%).

Además, en su mayoría las pacientes tenían 8 o menos semanas de gestación (65,56%), seguidas de aquellas que tenían entre 9 y 12 semanas (24,21%); siendo decreciente el número a nivel que el número de semanas de gestación aumenta.

El motivo de interrupción más predominante es a petición de la mujer (89,58%), seguida, aunque con gran diferencia, por un grave riesgo para la vida o salud de la embarazada (7,30%).^{1,26,27}

Aunque estos datos corresponden a un nivel nacional, si observamos los datos a nivel de Andalucía podemos observar que se produce un seguimiento de los patrones.²⁶

Según los datos publicados en la Junta de Andalucía según los datos de I.V.E en Andalucía en el 2010, durante ese año, las residentes andaluzas realizaron 21.121 interrupciones voluntarias de embarazo. Las provincias con mayor aumento de I.V.E.s han sido en Sevilla y en Cádiz, y con mayor descenso en Málaga.

Por grupo de edad la tasa más alta es la de mujeres entre 20 y 24 años (20,71), algo superior a la de años anteriores. El aumento más elevado se produce en las mujeres entre 30 y 44 años. Respecto al nivel de instrucción, las mujeres que poseen formación de 2º grado concentran más de la mitad de los abortos voluntarios.

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

Al igual que en años anteriores, la mayoría de estas mujeres no tiene ningún hijo ó sólo uno. Además, el número de las que conviven en pareja o no, es prácticamente igual, y sigue aumentando las mujeres que no tienen ingresos propios.²⁷

De los 460.716 embarazos en mujeres residentes en Andalucía entre 2007 y 2010, el 83% terminó en parto y el 17% en interrupción voluntaria. Los porcentajes de partos y interrupciones voluntarias del embarazo fueron, respectivamente de un 88% y un 12% de abortos en las españolas y de un 67% y un 33% de las extranjeras.²⁸

B) TIPOS DE IVE SEGÚN ETAPA GESTACIONAL

Las técnicas de interrupción del embarazo pueden ser tanto quirúrgicas como farmacológicas. El uso de unas u otras dependerá de las semanas de gestación que tenga la paciente o del desarrollo del embrión o feto, de la valoración que realice el médico sobre la situación de la mujer para conocer el estado de salud de la madre.^{29,30,31,32,33,34,35.}

1- MÉTODOS QUIRÚRGICOS:

Se denomina aborto quirúrgico a ese conjunto de técnicas quirúrgicas que tienen el fin de provocar el aborto voluntario. El método quirúrgico más usado antes de las 7 semanas de gestación es el aborto por aspiración.

a. Métodos en el primer trimestre:

Normalmente en el primer trimestre no se realizan legrados instrumentales para realizar un aborto inducido. La técnica indicada y la que se realiza exclusivamente es la de la aspiración mediante el uso de unas sondas con un diámetro adecuado a la edad gestacional.^{29,30}

La aspiración manual (también conocida como minisucción o extracción menstrual), que se realiza tan solo durante las primeras semanas, no requiere dilatación cervical. En estas primeras semanas se habla de interrupción del embarazo más que de aborto.

El legrado instrumental se considera obsoleto dadas las ventajas de el legrado por aspiración. Para este procedimiento se puede utilizar tanto anestesia general (sedación superficial con Propofol) como local (realizando un bloqueo paracervical mediante la inyección de Lidocaína al 2%).

b. Método en el segundo trimestre:

La técnica más utilizada en las clínicas españolas, y que podríamos considerar de elección en segundo trimestre, hasta las 20-22 semanas es la Dilatación y

Evacuación (DyE). Aunque, muchos centros altamente especializados siguen utilizando la aspiración hasta las 15-16 semanas, usando cánulas más gruesas.

Este método también se puede realizar mediante una dilatación y raspado (legrado), que es un método general que se emplea también para la toma de muestras o detección de ciertos tipos de cáncer endometrial.

La DyE se realiza con pinzas de Finks, McClintocks, Hern, etc... diseñadas especialmente para esta finalidad, y que introducidas a través del cérvix, previa dilatación del mismo, permiten la fragmentación y posterior extracción del contenido uterino. Es conveniente la preparación del cérvix mediante la inserción de tallos dilatadores osmóticos de laminaria o de lamicel (Dilapan), junto con la administración una o dos horas, generalmente por vía vaginal, de prostaglandinas.

Algunos prácticos realizan feticidio previo con Digoxina o Cloruro Potásico (CIK) en altas dosis administrado intracardiamente en un primer tiempo.

La prostaglandina más utilizada en la mayoría de clínicas para preparar el cérvix antes de una DyE y la más aconsejable es el Misoprostol por vía vaginal. Algunas clínicas especializadas, administran especialmente en los casos de DyE más avanzados de 17 a 21-22 semanas, Mifepristona 48 horas antes del Misoprostol, lo cual consigue dilataciones promedio mucho mayores que las obtenidas solo con Misoprostol, facilitando de esta forma la extracción de las partes fetales y disminuyendo el riesgo de laceraciones cervicales.

La técnica de microcesárea, corporal o del fondo del útero, cuando está indicada, es practicada por muy pocos centros en sus propias instalaciones, ya que la mayoría de clínicas están acreditadas como centro de cirugía mayor ambulatoria o similar.^{29,30,31,32.}

2- MÉTODOS FARMACOLÓGICOS:

Entendiendo por aborto farmacológico aquel en el que se produce la completa expulsión de los productos de la concepción sin instrumentación quirúrgica.

El aborto farmacológico consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto en sí. Todo ello se encuentra inducido por una combinación de fármacos, siendo realmente efectivo las primeras semanas del embarazo. Éste suele ser preferido cuando es posible, puesto que no requiere anestesia ni una intervención quirúrgica.

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

Sus mayores inconvenientes son el sangrado, que la mujer puede observar el proceso y el embrión expulsado, lo que puede afectar psicológicamente sobre todo a aquellas mujeres que dudan en la realización del acto.

El procedimiento va perdiendo efectividad tras la séptima semana de gestación. Requiere vigilancia médica continuada para asegurar el éxito y prevenir posibles complicaciones. Además, a menudo la evacuación es incompleta por lo que requiere de una intervención final.^{33,34}

a. Métodos en el Primer Trimestre.: En este periodo de gestación se pueden realizar tres métodos diferentes de aborto farmacológicos.

Se puede usar la Mifepristona con el Misoprostol. El protocolo de uso en Europa recomienda administrar 600 mg (3 tabletas) de Mifepristona por vía oral seguidos de una o dos dosis más, con una separación 36-48 horas de Misoprostol. En algunos países como Suecia, Inglaterra y España se utiliza esta pauta hasta 9 semanas de gestación con resultados muy similares.

Además también se puede usar el Misoprostol con el Metotrexate, que es un inhibidor se utiliza desde hace décadas en el tratamiento de procesos cancerígenos, y más recientemente en el tratamiento de la artritis reumatoide, psoriasis, enfermedad de Chron, lupus eritematoso y también y con notable éxito en el embarazo ectópico. Los efectos secundarios de una sola dosis de Metotrexate son mínimos y en muchas ocasiones inexistentes. En gestaciones intrauterinas se obtienen abortos completos del 90 al 97% utilizando la misma dosis de Metotrexate por vía I.M. seguido de 2 a 5 días después de 1 a 3 dosis de Misoprostol por vía vaginal. El límite de este método se sitúa en las 7-8 semanas de gestación ya que el Metotrex solo es eficaz cuando las células son aún muy indiferenciadas, ya que su acción se ejerce fundamentalmente como tóxico placentario. Este método es ampliamente utilizado en Canadá y otros países donde aún no está comercializada la Mifepristona.^{33,34}

Por otro lado se puede usar el Misoprostol solo utilizando dosis altas por vía vaginal cada 24/12 horas en gestaciones de hasta 9 semanas, obteniéndose tasas de aborto completo del 90-93% según diferentes estudios tras dosis repetidas. Esta tasa de aborto completo aumenta hasta un 95-96% si se disminuye la edad gestacional hasta 6-7 semanas. Los resultados obtenidos cuando el Misoprostol se administra por vía oral son sensiblemente inferiores y mayores los efectos secundarios debidos al mismo, es por ello que se prefiere por vía vaginal.^{29,30,31,32}

Sin lugar a dudas el mejor método de los 3 en cuanto a eficacia, seguridad y confort es el primero, es decir el que combina Mifepristona con Misoprostol. La Mifepristona sola tiene una tasa de éxito inferior al 80%, y por tanto se descarta su uso sin combinar con Misoprostol. El Metotrexate se utiliza fundamentalmente en aquellos países desarrollados que no tienen aún comercializada la Mifepristona, como por ejemplo en Canadá.

b. Métodos en el Segundo Trimestre:

Durante el segundo trimestre se hace uso de varias técnicas como puede ser el Misoprostol solo por vía vaginal en grandes cantidades; el Misoprostol mezclado con la Mifepristona, de forma que se administra la Mifepristona 48 o 24 horas antes de la dosis de Misoprostol (la Mifepristona, al igual que cuando se utiliza el DyE en los casos avanzados con más de 17 semanas, potencia la acción de las prostaglandinas de manera muy significativa).^{29,30,31,32,33,34}

Además hay otras técnicas que hacen uso de la instilación intrauterina y/o intra-amniótica de suero salino hipertónico, urea, etacridina (Rivanol), etc., apoyado posteriormente por la administración de Oxitocina endovenosa, prostaglandinas, etc., son métodos que aunque se utilizan aún en muchos países, principalmente subdesarrollados. Sin embargo han caído en desuso al igual que el uso de la Oxitocina sola, ya que se ha probado la mayor eficacia y seguridad del Misoprostol solo y especialmente combinado con Mifepristona, que sin lugar a dudas y según los diferentes estudios es la técnica más segura y preferida.

Sea cual sea el método utilizado es aconsejable la administración de una terapia antibiótica y un tratamiento con inhibidores de la prolactina para evitar las molestias conlleva el pico lácteo.^{29,30}

C) CONSECUENCIAS Y EFECTOS ADVERSOS

1) RIESGOS FÍSICOS:

Los abortos por procesos quirúrgicos tales como el legrado o aspiración, la dilatación y el curetaje,... pueden producir endometritis, laceración o perforación del útero e intestinal, hemorragias, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, infección en el tracto genital, absceso pélvico. Además, puede provocar que la mujer tenga futuros embarazos ectópicos o bebés con peso por debajo de la media normal, inclusive la posibilidad de que los mismos nazcan muertos o con malformaciones.^{29,30,31}

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

El aborto mediante la administración de prostaglandinas puede provocar la ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y broncoaspiración, embolia cerebral y fallo renal agudo. El aborto mediante el uso de Mifeprex o Mifepristona (RU-486) puede conllevar a una grave infección bacteriológica, sepsis sanguínea y sangrado prolongado y abundante, lo que podría requerir una cirugía posterior. El Misoprostol, usado en ocasiones en conjunto con la Mifepristona, puede causar hemorragias severas y calambres. Algunas veces, el embrión o el feto pueden sobrevivir a la ingesta de los medicamentos, en esos casos los fetos sufren malformaciones graves que conllevarán a la necesidad de realizar una intervención quirúrgica para asegurar el aborto del mismo.^{29,30,31}

2) RIESGOS AFECTIVOS:

Las motivaciones más usuales para la decisión de realizarse una IVE se puede deber a dificultades socioeconómicas, tener dificultades en la pareja, tener proyectos de vida, tener problemas de salud, sentimientos internos contradictorios (Ver Tabla 5)^{36,37,38}

A pesar de todos los riesgos físicos, que no son pocos, debemos tener en cuenta que para la mayoría de las mujeres, la decisión de realizar una interrupción voluntaria del embarazo no es fácil, sobre todo si se trata de la primera vez que lo realizan, se tratan de mujeres menores de edad o jóvenes o no cuentan con el apoyo familiar y social adecuado.

La mayoría de las mujeres después de la interrupción voluntaria del embarazo no presentan trastornos psicopatológicos. No obstante, existe una confusión notable acerca de las reacciones transitorias a embarazos no deseados y el aborto (por ejemplo, las pacientes pasan por unas etapas de culpa, depresión y ansiedad). A todo esto se suma a que están pasando por un proceso hormonal importante y de cambios que afectan a nivel afectivo. Los estudios de los aspectos psiquiátricos del aborto se han visto limitados y ninguno de los estudios existentes permite el establecimiento definitivo de un vínculo entre aborto y la estabilidad emocional posterior.^{36,37,38}

El contexto social y el grado de apoyo emocional que las mujeres reciben de sus familiares son decisivos en reacciones frente al aborto. Las mujeres que toman su propia decisión de abortar, con apoyo social hacia esa toma de decisión, revelan menos dificultad en la toma de la decisión y menor nivel de ansiedad. Por otro lado, los problemas aumentan cuando la mujer se somete a la interrupción del embarazo como resultado de la presión de los demás.

Según algunos autores, el primer grupo de consecuencias del aborto es que incide negativamente en las relaciones de pareja, sobre todo cuando existe una contraposición de decisiones.^{36,37,38}

6) PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS:

Tras el estudio de la situación y comprender las posibles causas que pueden afectar a la mujer tanto antes como tras realizar la I.V.E podemos realizar una propuesta de plan de cuidados estandarizados para ayudar y abastecer las necesidades que tendrá la paciente desde un aspecto físico y psicológico, teniendo en cuenta los posibles patrones funcionales afectados.^{39,40,41,42}

- Patrón de Percepción de la Salud- Manejo de la Salud:

o 0004 Riesgo de Infección r/c procedimientos invasivos

NOC:0702 Estado Inmune ;NIC:6520 Análisis de la situación Sanitaria, 6650 Vigilancia, 6550 Protección contra las infecciones, 5510 Educación sanitaria, 2300 Administración de medicación

Actividades: 230002 Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada; 230004 Ayudar al paciente a tomar la medicación; 652020 Realizar valoración física, cuando proceda; 652021 Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios; 655005 Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito; 655005 Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

o 00099 Mantenimiento Inefectivo de la Salud r/c Afrontamiento individual ineficaz

NOC: 1703 Creencias sobre la salud: percepción de recursos; 1806 Conocimiento: Recursos sanitarios; 1813 Conocimiento: régimen terapéutico. NIC:5510 Educación Sanitaria; 5240 Asesoramiento; 5622 Enseñanza: sexo seguro; 5247 Asesoramiento antes de la concepción.

Actividades: 524001 Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno; 523010 Análisis de la implicación familiar si procede; 562203 Discutir con el paciente la forma de convencer al compañero para que use preservativos; 562207 Fomentar el uso de preservativos; 56221 Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.

- **Patrón Cognitivo- Perceptual:**

○ **00083 Conflicto de decisiones r/c creencias y valores poco claros**

NOC0906 Toma de decisiones; 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; NIC:5250 Apoyo en toma de decisiones, 5440 Aumentar los sistemas de apoyo, 5230 Aumentar el afrontamiento, 5606 enseñanza individual, 5270 Apoyo emocional.

Actividades: 525001 Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otra persona; 525002 Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa, 525011 Proporcionar la información solicitada por el paciente; 544003 Determinar el grado de apoyo económico y apoyo familiar; 560603 Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede; 527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

- **Patrón Rol- Relaciones:**

○ **00136 Duelo r/C pérdida inminente de una persona querida**

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas, 1304 Resolución de la aflicción. NIC 5294 Facilitar el duelo: muerto perinatal; 5230 Aumentar el afrontamiento; 5440 Aumentar los sistemas de apoyo; 5280 Facilitar el perdón.

Actividades: 523004 Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás, 523005 Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; 544001 Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

- **Patrón Sexualidad- Reproducción:**

○ **00059 Disfunción sexual r/c Alteración de la estructura (embarazo no deseado)**

NOC:0119 Funcionamiento Sexual. NIC; 5400 Potenciación de la autoestima; 4356 Manejo de la conducta sexual; 5622 Enseñanza sexo seguro; 5480 Clarificación de valores; 5624 Enseñanza: sexualidad; 6784 Planificación familiar: anticoncepción.

Actividades: 540002 Animar al paciente a evaluar su propia conducta; 540017 Explorar las razones de la autocrítica o culpa.

○ **00065 Patrón sexual inefectivo r/c miedo al embarazo**

NOC: 1200 Imagen Corporal, 1205 Autoestima NIC: 5480 Clarificación de valores, 5270 Apoyo emocional, 6960 Cuidados prenatales, 5400 Potenciación de la autoestima.

Actividades: Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones, 548003 Ayudar al paciente a definir

alternativas y sus ventajas y desventajas; 548006 Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios.

- **Patrón de adaptación- Tolerancia al Estrés**

- **00069 Afrontamiento inefectivo r/c crisis de maduración, inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones, percepción de un nivel inadecuado de control**

NOC: 0906 Toma de decisiones, 1300 Aceptación; estado de salud; 1302 Afrontamiento de problemas; 1305 Adaptación psicosocial al cambio de vida. NIC: 5250 Apoyo en toma de decisiones;7460 Protección de los derechos del paciente;5270 Apoyo emocional;5240 Asesoramiento;5440 Aumentar los sistemas de apoyo;5480 Clarificación de valores;5606 Enseñanza: individual;5248 Asesoramiento sexual;5622 Enseñanza: sexo seguro;5230Aumentar el afrontamiento;5400 Potenciación de la autoestima;5820Disminución de la ansiedad;5210Guía de anticipación

Actividades: 525001 Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas; 525002 Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa; 525007 Facilitar la toma de decisiones en colaboración; 525011 Proporcionar la información solicitada por el paciente; 746001 Abstenerse de forzar el tratamiento; 746009 Intervenir en situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados; 746011 Mantener la confidencialidad de los datos del paciente; 746012 Proporcionar al paciente la “Carta de derechos del paciente”;527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza; 527004 Comentar la experiencia emocional con el paciente; 548006 Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios; 560603 Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede; 540002 Animar al paciente a evaluar su propia conducta; 540003 Animar al paciente a identificar sus virtudes; 540004 Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos; 521001 Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los cambio de papeles. ; 521002 Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema

7) **DISCUSIÓN:**

A lo largo del trabajo hemos conseguido entender el concepto de aborto según las diferentes culturas y cronologías, y conocer como en el transcurrir del tiempo y desde la antigüedad, el aborto era algo normal, usado como un método de control de natalidad y

Estefanía Sarmiento Molero. Trabajo de Fin de Grado Enfermería. Curso 2012-13

una práctica vista como cualquier otra, que era realizada por médicos y matronas en la en esta época, sobre todo si la vida de la madre corría algún riesgo. Tras la Edad Media cuando las religiones comenzaron a tener más voto en la ética y moralidad, la ideología acerca del tema pasó por unos altibajos que al fin y al cabo sigue presente en nuestros días.

También pudimos observar como existe un claro común, que la penalización del aborto se está tendiendo a despenalizar y a ser ligeramente más permisivos cuando existe algún tipo de peligro o riesgo hacia el propio feto o la madre en sí, y es un patrón que se repite en diferentes religiones y culturas.

Además de todo esto, debemos de destacar un aspecto importante y que no se nombra en los diferentes tratados y artículos pero que siempre ha estado presente desde el principios de los tiempos, y es el hecho de que sea el hombre quien tenga el poder de elección sobre las decisiones, de una forma directa o indirecta ya que se erigen en responsables de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y ejerciendo presión moral.

Es necesario recordar que según la Ley Orgánica 2/2010, se pretende una libre elección de la mujer, no obstante sin la misma o sin tener en cuenta lo que realmente quiere, puesto que, en cierta forma, se ponen diferentes pegas legislativas.

El Gobierno actual pretende una nueva reforma sobre la cuestión, dirigiendo la misma a una restricción en el uso del aborto, no obstante tampoco ponen ayudas socioeconómicas que ayuden a la crianza de los hijos amparándose en la presente crisis existente.

No debemos olvidar que la decisión final es de la mujer que se someterá al proceso en sí, y que de la mejor forma en que podemos intervenir es desde la perspectiva previa de la prevención, puesto que si mejorásemos la información y educación en la materia de la sexualidad desde un principio, en edades tempranas, y mejorando la prestación y disposición hacia los diferentes métodos anticonceptivos disminuiría con creces la presencia de la problemática.

En cuanto a las opiniones que los diferentes autores defienden al respecto, y desde una posición central, hemos de confirmar, que más allá de si ha de considerarse embrión o feto, o si ha de realizarse o no tal intervención en el proceso de embarazo, lo que debemos procurar en todo momento es la salud de la paciente, antes, durante y tras el proceso en sí y evitando en todo momento que se llegue a situaciones de riesgo si la paciente no quiere un embarazo.

A la hora de realizar la revisión bibliográfica se ha hecho notable la ausencia de un desarrollo de información hacia el tema desde un aspecto de cuidados de enfermería,

puesto que la gran mayoría de los artículos son redactados desde un punto de vista ético-moral, legal o médico; sin tener en cuenta un papel de enfermería que es de gran relevancia y podría mejorar con creces la situación presente. Es por ello por lo que se ha realizado una propuesta de Plan de Cuidados estandarizados que recoja los posibles patrones funcionales alterados y como, desde la enfermería pudiésemos mejorarlos.

8) CONCLUSIONES:

Tras conocer la situación general del aborto, sobre todo a nivel nacional y observar como existe una clara diferenciación de dos bandos (uno a favor y otro en contra) en cuanto al tema del aborto voluntario y según sus ideologías políticas, religiosas y sus valores podemos deducir que éste es y seguirá siendo un dilema de muy difícil resolución, y que la situación en España cambiará al igual que en los demás países según la postura política gobernante en dicho momento.

No obstante, más allá de estar o no de acuerdo con una postura u otra, no debemos olvidar que el punto más importante es la educación, que, como hemos visto, no sólo ha de estar dirigida a jóvenes y adolescentes sino también a personas adultas. Desde el abordaje educativo en colegios y atención primaria podemos enseñar a llevar a cabo una adecuada prevención sexual que irá destinada tanto a hombres como a mujeres para evitar que se tenga que llegar a una situación tan dramática y emocionalmente importante como puede ser un aborto.

Desde un punto de vista profesional, tanto médicos como enfermeros debemos tener una posición neutral ante la situación, sin derecho a opinar ante la decisión de la paciente, y administrándole la información precisa y que demande en todo momento. Tanto si el profesional está a favor o en contra del mismo, puesto que la información es un derecho fundamental y de suma importancia a la hora de la toma de decisiones y es la paciente quien ha de elegir.

El papel de la enfermería ante estas situaciones es de suma importancia, no solo desde el punto de vista preventivo, sino desde el informativo en el acto profesional, proporcionando apoyo emocional pre y post quirúrgico, mediante la realización de una valoración de enfermería adecuada y personalizada hacia la paciente, dónde podamos observar de una forma integral las necesidades de la misma.

9) BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Instituto Nacional de Estadística. Datos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Serie 1992-2010. Disponible en: www.ine.es
- (2) Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de Salud, Ginebra, 2003. Disponible en www.who.int/reproductive-health
- (3) Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva: WHO 1991.
- (4) Martínez García MT, IniestaDoñate MD, Usandizaga Elio R. Bioética en Obstetricia y Ginecología (Capítulo 3). En Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, editores. 21-22.
- (5) SEGO. Declaración Pública de la Sociedad Española de ginecología y Obstetricia sobre el concepto médico de aborto.[Internet] Disponible en: <http://aborto.cc/documentos/depresion-post-aborto.pdf>
- (6) Souto Paz J.A. Derecho y opinión. Revista del departamento de disciplina histórico-jurídica y económico-social, N°5, Universidad de Córdoba. 1997; 413-432
- (7) Ruiz Miguel A. Revista de Occidente N° 177. Febrero 1996
- (8) Ruiz Miguel Alfonso. Tólos: Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas. 2002, XI72: 107-126.
- (9) Roberto Andorno. La dimensión biológica de la personalidad humana: El debate sobre el estatuto del embrión. Cuadernos de Bioética, Vol.15, N° 53, 2004; 29-36
- (10) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet] Madrid. 2013.[Consulta el 20 Febrero de 2013]. Disponible en: www.msssi.gob.es
- (11) Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 4 de marzo de 2010). que entró en vigor el 5 de julio de 2010.
- (12) Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Consejo General de Enfermería. Diciembre 2009. Organización colegial de enfermería.
- (13) Publicación en Portal de Salud. (11/05/13) “ Un juzgado de Málaga desestima que los médicos de familia puedan objetar de sus tareas de información y derivación de las IVEs.
- (14) Patricia González Gutiérrez. El Futuro del Pasado: revista electrónica de historia, N°. 2, 2011 (Ejemplar dedicado a: Razón, Utopía y Sociedad) , págs. 425-438
- (15) Plantas , anticoncepción y aborto. Compendio realizado por E & M. Boston Women's Health Book Collective. Barcelona. 2007.
- (16) Eva Rodríguez Armario. Ed. Instituto Andaluz de la Mujer. Cuaderno de salud 7. Sevilla.1996.
- (17) José Garrido Calderón. “El aborto en la Historia”. Acta Médica Dominicana. Vol. 17, N°1. 30-33.
- (18) Franca ToniniZaccarini. Mujer y realidad del aborto, un enfoque multidisciplinar: Actas del I Congreso Internacional Multidisciplinar "Mujer y realidad del aborto" (Cáceres, 8-10 de marzo de 2007) / Manuel Lázaro Pulido (ed. lit.), , págs. 97-108
- (19) Catecismo de la Iglesia Católica. Tercera parte de la Vida en Cristo. Segunda sección: Los diez Mandamientos. Cap. Segundo: <<Amarás a tu prójimo como a ti mismo>>. Art. 5: El quinto mandamiento. Párrafo 2270, 2271. [Internet] Disponible en: www.vatican.va
- (20) Daniel Eisenber. El Aborto de Acuerdo a la Ley Judía.[Artículo en Internet] Publicado 24/05/2008. Acceso 2/05/2013. Disponible en: www.aishlatino.com
- (21) Osman BAKAR: «Abortion. Religious traditions: islamic perspectives», en S. G. Post (ed.): Encyclopedia of bioethics (vol. 1, págs. 39-43). Nueva York: MacMillan, 2004.
- (22) BikkhuSujato. Cuando la vida comienza. [Internet] Artículo en español en el sitio web Budismo.net.
- (23) Vedantham,T.R. “Hindu Scriptures are Clear on Abortion”[Internet] Consulta el 24 Marzo. Disponible en: www.hinduismtoday.com
- (24) Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAIVE), Asturias. 2013. [consulta el 25 Febrero 2013]. Disponible en: www.acaive.com
- (25) Pilar Barroso García, Mª Ángeles Lucerna Méndez, Tesifón Parrón Carreño.” Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1988-2002. Rev. Esp Salud Pública 2005; 79: 493-501N.º 4 - Julio-Agosto 2005

- (26) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Internet] Disponible en: www.msc.es
- (27) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Andalucía 2010. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. [Internet] Consulta el 25 Marzo 2013. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/>
- (28) Miguel Ruiz-Ramos, Lourdes Ivañez-Gimeno y Francisco Javier García León. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera.
- (29) Técnicas para la Práctica del Aborto Provocado. Revista oficial de la Sociedad Española de Fertilidad. Especial 8º Congreso Nacional de SEC. Barcelona 21-24. Junio 2006.
- (30) M.A. Sánchez Durán. Interrupción del embarazo: técnicas, resultados y complicaciones. JANO EMC. Vol.59-Nº 1349. Pág. 47-50
- (31) Técnicas para la práctica del aborto provocado. Revista oficial de la sociedad Española de Fertilidad. Especial 8º Congreso Nacional SEC. Barcelona 21-24 Junio 2006.
- (32) Organización Mundial de la Salud. Aborto sin Riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2º Edición. 2012.
- (33) Misoprolol aborto: C. Capilla Montes, Teresa Bermejo Vicedo. Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Vol. 29, Nº. 3, 2005 , págs. 177-184
- (34) Alia A. Shuaib, Abdelrahman Hasan Alharazi. Medical versus surgical termination of the first trimester missed miscarriage. Alexandria Journal of Medicine, Volume 49, Issue 1, March 2013, Pages 13-16
- (35) Gillian C Penney Medical versus surgical termination of pregnancy. Reviews in Gynaecological Practice, Volume 1, Issue 1, 2001, Pages 18-23
- (36) Aquilino Palaino Lorente. Psicopatología e Interrupción Voluntaria del embarazo. Cuaderno de Bioética. XX, 2009. 3º. 357-380.
- (37) Elena Ortega Barreda. Secuelas psicológicas tras la interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes. ENE, Revista de enfermería. 5 (1): 25-32, abr. 2011. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>
- (38) S. López García. Aspectos Psicológicos de la Atención a la demanda de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Rev. Matronas Prof. 2001; 2(5): 10-16.
- (39) Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 1º Ed. NANDA International, Elsevier España, 2012
- (40) Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4º Ed. Elsevier España, 2009.
- (41) Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5º Ed. Elsevier Health Sciences Spain, 2011.
- (42) Cristóbal Rengel Díaz. Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. Artículo de Revisión. Enfermería Docente 2012; 91: 37-43.

10) ANEXOS:

A) TABLAS:

Año	Nº de abortos	Año	Nº de abortos	Año	Nº de abortos
1995	49.367	2001	69.857	2007	112.138
1996	51.002	2002	77.125	2008	115.812
1997	49.578	2003	79.788	2009	111.482
1998	53.847	2004	84.985	2010	113.031
1999	58.399	2005	91.664	2011	118.359
2000	63.756	2006	101.592		

Tabla 1: Datos del INE del número de abortos registrados en España desde 1995 hasta 2011

	<u>Año de intervención</u>									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78	11,41	11,71	12,44
19 y menos años	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48	12,74	13,05	13,67
20-24 años	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65	21,05	20,08	20,22	21,34
25-29 años	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57	16,49	16,02	16,57	17,72
30-34 años	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07	11,63	11,63	12,29	13,36
35-39 años	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67	7,97	8,05	8,42	9,23
40 y más años	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25	3,30	3,36	3,58	3,86

Tabla 2. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. 2002-2011. Total Nacional

	Año de intervención									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL I.V.E.	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359
Convivencia con hijos										
Sola	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,97
En pareja	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,86
Con padres/ familiares	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,63
Otras personas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,22
Convivencia sin hijos										
Sola	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,56
En pareja	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,31
Con padres/familiares	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,40
Otras personas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,60
Convivencia no consta hijos										
Sola	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,34
En pareja	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,73
Con padres/familiares	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,22
Otras personas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,46
Nivel de instrucción										
Analfabeta/Sin estudios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,30
Primer Grado (6º ED. Primaria y equivalentes)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,23
ESO y equivalentes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,57
Bachillerato y Ciclos de FP equivalentes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00
Escuelas Universitarias/Facultades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,68
No clasificables por grados y no bien especificados.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58
No consta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,65
Situación laboral de la mujer										
Trabajadora por cuenta propia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,10
Trabajadora por cuenta ajena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,31
Pensionista	0,32	0,35	0,37	0,34	0,30	0,28	0,30	0,29	0,27	1,28
Estudiante	12,34	11,91	11,88	11,67	10,75	10,24	10,03	10,81	11,91	12,33
Desempleada o sin empleo	14,96	16,08	14,61	13,70	12,77	12,52	15,04	20,41	21,96	23,13
Trabajo doméstico no remunerado	12,67	11,73	12,16	11,70	10,99	10,40	9,58	8,74	8,21	7,98
Otras	1,35	1,17	1,38	1,46	1,45	1,35	1,09	1,28	1,35	1,41
No consta	0,23	0,37	0,69	0,36	0,43	0,35	0,37	0,45	0,52	1,45
Nº de hijos vivos actualmente										
Ninguno	52,09	50,95	50,31	49,82	48,86	48,28	47,31	46,95	46,19	45,38
Uno	22,25	23,28	23,49	24,22	24,72	25,28	25,94	26,10	26,47	26,49
Dos	17,51	17,53	17,68	17,68	17,86	17,91	18,15	18,63	19,04	19,65
Tres	5,61	5,61	5,62	5,58	5,64	5,72	5,89	5,68	5,89	5,98
Cuatro	1,59	1,58	1,65	1,65	1,85	1,79	1,82	1,78	1,65	1,69
Cinco o más	0,93	0,93	0,87	0,96	0,95	0,94	0,86	0,83	0,73	0,82
	0,02	0,11	0,39	0,09	0,13	0,08	0,03	0,03	0,03	
Nº de abortos voluntarios anteriores										
Ningún	73,45	72,73	71,89	70,38	68,88	67,57	66,24	64,91	65,14	64,25
Un	19,69	19,99	20,18	21,20	21,98	22,93	23,47	24,16	23,74	24,23
Dos	4,74	4,90	5,06	5,54	6,05	6,25	6,70	7,16	7,21	7,58
Tres	1,29	1,38	1,39	1,63	1,79	1,92	2,05	2,20	2,36	2,34
Cuatro	0,45	0,47	0,60	0,59	0,63	0,68	0,75	0,80	0,78	0,85
Cinco o más	0,33	0,40	0,46	0,57	0,59	0,59	0,70	0,70	0,68	0,75
	0,05	0,14	0,42	0,08	0,09	0,06	0,09	0,08	0,07	

Tabla 3. I.V.E. Distribución porcentual según convivencia, nivel de instrucciones, situación laboral de la mujer, número de hijos vivos actualmente, número de abortos voluntarios anteriores al actual. 2002-20011. Total Nacional

	Año de intervención									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL I.V.E	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359
Tipo de centro										
HOSPITALARIO	10,96	12,54	13,28	12,79	11,62	12,63	12,77	12,28	11,45	9,82
Público	2,09	2,41	3,56	2,91	2,51	2,08	1,91	2,03	1,84	1,65
Privado	8,87	10,13	9,71	9,88	9,11	10,55	10,86	10,25	9,61	8,17
EXTRAHOSPITALARIO	89,04	87,46	86,72	87,21	88,38	87,37	87,23	87,72	88,55	90,14
Público	0,38	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03
Privado	88,66	87,01	86,72	87,21	88,38	87,36	87,23	87,72	88,55	89,11
Semanas de gestación										
8 ó menos semanas	62,69	63,52	61,43	62,09	62,23	62,84	62,90	63,17	63,52	65,56
9-12 semanas	26,54	25,36	26,50	25,84	25,71	25,31	25,80	25,31	24,92	24,21
13-16 semanas	5,36	5,57	6,33	5,98	6,14	6,20	6,11	6,30	6,68	6,13
17-20 semanas	3,53	3,62	3,69	4,05	3,87	3,69	3,49	3,56	3,27	2,74
21 ó más semanas	1,85	1,92	2,02	1,98	1,97	1,93	1,67	1,64	1,54	1,35
Motivo de la interrupción										
A petición de la mujer	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	89,58
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,30
Riesgo de graves anomalías en el feto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,73
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30
Varios motivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09

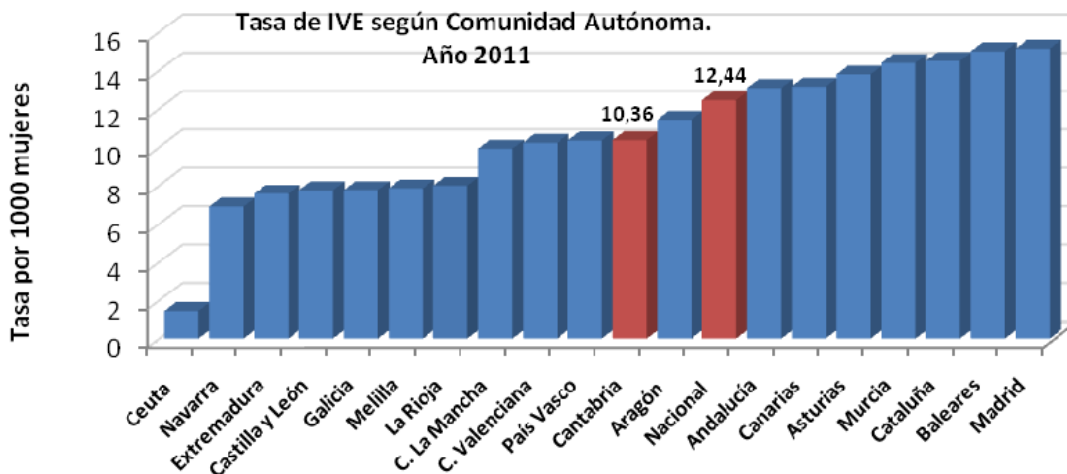
Tabla 4. I.V.E. Distribución porcentual según tipo de centro, semanas de gestación, motivo de la interrupción.

MOTIVACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA IVE	
Dificultades Socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> - Estar en paro o tener pocos recursos económicos - Precariedad del trabajo - No poder dar al futuro hijo los mismos bienes que a los hermanos - No disponer de ayudas para el cuidado - Dependencia económica de los padres - No disponer de espacio en la vivienda
Dificultades de Pareja	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis de pareja o ruptura de la relación - Relación de pareja no consolidada - Embarazo fruto de una relación esporádica - Desacuerdo respecto al deseo de tener un hijo - Existencia de maltratos.
Proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Ser demasiado joven y depender de los padres - Querer terminar los estudios y tener un trabajo estable - Querer esperar a casarse y tener una vivienda propia - Tener un proyecto de vida incompatible con la

	<p>maternidad/paternidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - No desear volver a la crianza porque se tienen hijos mayores.
Problemas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades graves de algún miembro de la familia, propia o extensa. - Trastornos psicológicos o enfermedad mental. - Antecedentes obstétricos o ginecológicos graves.
Sentimientos internos	<ul style="list-style-type: none"> - No sentirse capacitada/o para ser madre/padre y educar a un hijo - No tener ningún deseo de ser madre/padre ni ahora ni después. - Pensar que el progenitor no es el padre adecuado.

Tabla 5: Motivaciones para la realización de IVE.

B) GRÁFICOS:



Gráfica 1. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tasa: N° de IVE por cada 1000 mujeres en edad fértil (15-44 años)

C) FIGURAS:

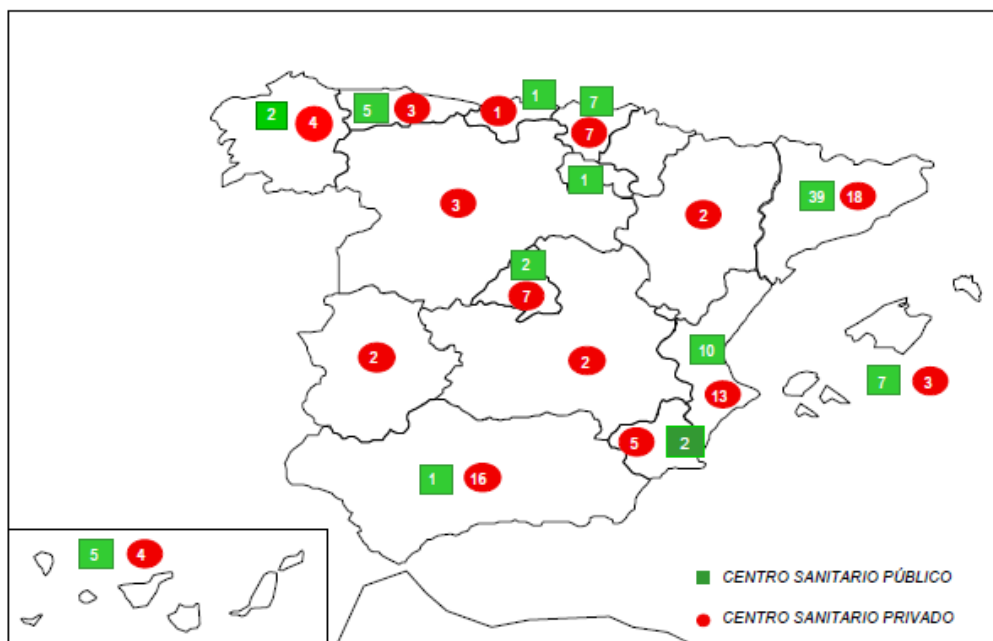


Figura 1: Distribución de centros que han notificado I.V.E.s según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España.2011.

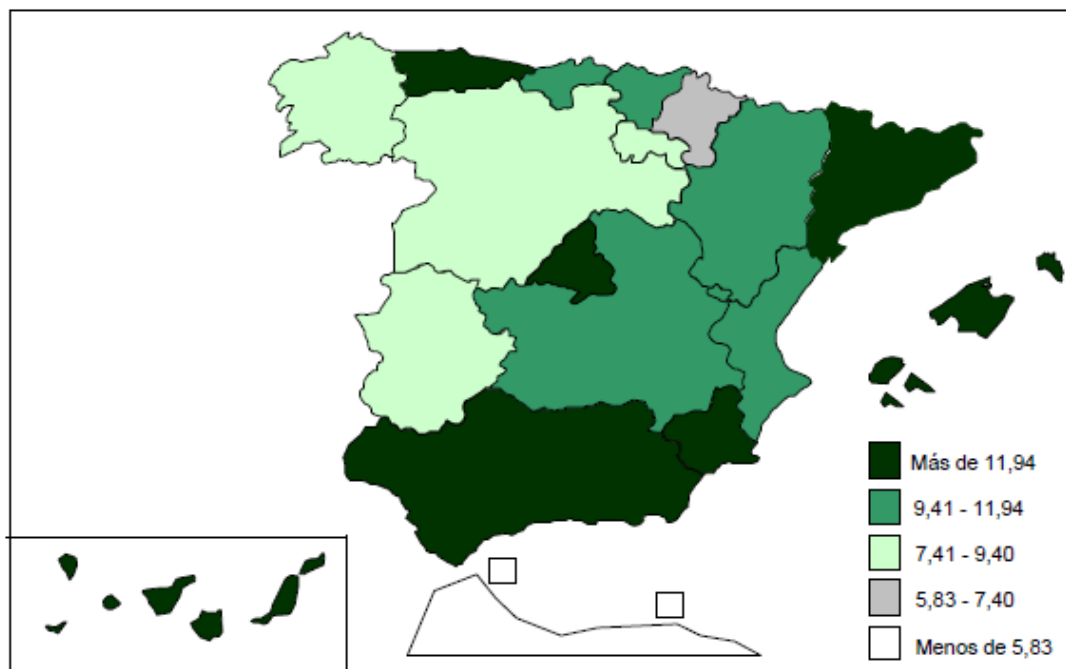


Figura 2: I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años según CC.AA de residencia. España.2011.

D) OTROS ANEXOS:

ANEXO I: Legislación acerca de la I.V.E

- **Real Decreto 1663/2008**, de 17 de octubre por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2009/2012 (B.O.E. de 15 de noviembre de 2008).
- **Ley Orgánica 2/2010**, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 4 de marzo de 2010). Su objetivo es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos, que entró en vigor el 5 de julio de 2010.
- **Real Decreto 825/2010**, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- **Real Decreto 831/2010**, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (B.O.E. de 26 de junio de 2010).
- **Orden de 16 de junio de 1986** sobre estadísticas e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (B.O.E. de 3 de julio de 1986).
- **Resolución de 27 de julio de 2007**, de la Secretaría General de Sanidad, sobre Estadísticas e Información Epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (B.O.E. de 14 de agosto de 2007).

Legislación complementaria

- **Ley 12/1989**, de la Función Estadística Pública (B.O.E. de 11 de mayo de 1989).
- **Real Decreto 1663/2008**, de 17 de octubre por el que se aprueba el Plan Estadístico Nacional 2009-2012 (B.O.E. de 15 de noviembre de 2008).
- **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. de 29 de mayo de 2003).
-

ANEXO II: FOLLETO INFORMATIVO SOBRE I.V.E

¿Qué hacer tras una IVE?

En el centro donde se practique la IVE todas las mujeres reciben información sobre los síntomas y cuidados posteriores. Es importante estar alerta y saber que:

- **Es normal:** un sangrado irregular tras la intervención durante unos 15 días, molestias en el bajo vientre similares a la menstruación, molestias en las mamas. La regla suele aparecer entre 25 y 50 días posteriores a la IVE.
- **No es normal:** un fuerte dolor en el vientre, temperatura mayor de 38° o sangrado mucho más abundante que la regla que no cede en pocas horas. En estos casos se debe acudir a urgencias, al centro de salud o la clínica que le atendió.
- **Es aconsejable** durante las primeras semanas: usar la ducha en lugar de tomar baños, usar compresas en lugar de tampones y mantener relaciones sexuales sin penetración.

Es muy importante iniciar anticoncepción segura antes de la primera regla tras la IVE, para ello se recomienda solicitar cita en su Centro de Salud.

Más información:

www.juntadeandalucia.es/salud/saludsexualyreproductiva

- Teléfono de Salud Sexual y Reproductiva: 900 850 100
- Teléfono de Salud Responde: 902 50 50 60
- Correo electrónico: saludresponde@juntadeandalucia.es
- La información está disponible y adaptada para personas con discapacidad visual en la página web de la Consejería de Salud.

JUNTA DE ANDALUCIA

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

¿Qué es?

La interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento para finalizar un embarazo. Se realiza por profesionales de la medicina especializados o bajo su dirección, con una técnica adecuada y siguiendo los criterios de calidad sanitaria.

¿Cuándo se puede solicitar?

Según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se puede solicitar la IVE en las siguientes circunstancias:

- A petición de la mujer en las primeras 14 semanas de gestación.
- También por determinadas causas médicas con diferentes plazos.

¿Cuáles son las causas médicas en las que puede realizarse una IVE?

- Cuando exista grave riesgo para la vida o la salud de la mujer hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Que exista riesgo de graves anomalías en el feto hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Cuando existan anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

¿Cuáles son las condiciones para la cobertura de la IVE?

En Andalucía la IVE es financiada por el sistema sanitario a todas las mujeres que lo soliciten y tengan derecho a la asistencia sanitaria pública.

¿Qué trámites son necesarios?

1. Acudir a un centro sanitario público y solicitar cita con un profesional.
2. La mujer será derivada a un centro acreditado a través del documento de derivación.
3. Recibirá información de las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo.
4. Cuando la solicitud de la IVE sea a petición de la mujer, es obligatorio un plazo de reflexión de 3 días desde la entrega de la información hasta la intervención.
5. Pedir cita con centro acreditado para la interrupción del embarazo y concertado con el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Las mujeres también pueden decidir acudir de forma privada dentro del periodo establecido por la ley (primeras 14 semanas de embarazo). En este caso, acudirán directamente a cualquiera de los centros acreditados y pagarán el coste de la intervención.

¿Cómo se realiza?

Existen diferentes métodos para interrumpir el embarazo según las semanas de gestación y dependiendo de la situación de cada mujer.

Estos métodos son instrumentales o quirúrgicos y farmacológicos según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¿Dónde se realiza?

Las intervenciones se realizan en centros sanitarios acreditados. En Andalucía son financiadas por el Sistema Sanitario Público a través de centros acreditados públicos o concertados con el SAS.

A través del teléfono 900 850 100 se informa de todos los centros acreditados.

Antes de una IVE, ¿se necesita alguna preparación?

En general, las mujeres sanas no necesitan ninguna medida previa, pero es recomendable consultar a un profesional sanitario si existe algún problema de salud, así como aspectos relacionados con las condiciones previas a la intervención.

¿Qué requisitos generales son necesarios para la realización de una IVE?

- Se realice en centro sanitario público o privado acreditado.
- Se lleve a cabo por profesionales de la medicina especializados o bajo su dirección.
- Se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada, o en su caso, del representante legal.

En caso de las menores, ¿Quién da el consentimiento?

En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas. Según la ley actual, al menos la madre o el padre o uno de los representantes legales deberán ser informados de la decisión de la mujer. Se podrá prescindir de la información al representante legal, si la menor alega de manera fundamentada que la decisión de someterse a una IVE provocará un conflicto grave.

Las menores de 16 años necesitan ir acompañadas de su madre o su padre o representante legal.

ANEXO III: CUESTIONARIO DE NOTIFICACIÓN DE I.V.E



MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D 831/2010

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRÉADOS

NÚMERO DE REGISTRO INTERNO
ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS

CÓDIGO DE CENTRO _____
IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE SÍ NO

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	PROVINCIA		
CONVIVENCIA		LUGAR DE RESIDENCIA			MUNICIPIO		
<input type="checkbox"/> 1 SOLA <input type="checkbox"/> 2 EN PAREJA <input type="checkbox"/> 3 CON PADRES/FAMILIARES <input type="checkbox"/> 4 OTRAS PERSONAS (*) <input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA					CODIGO POSTAL		
<input type="checkbox"/> 1 Con Hijos (2) <input type="checkbox"/> 2 Sin Hijos		RESIDE FUERA DE ESPAÑA			PAÍS DE RESIDENCIA		
PAÍS DE NACIMIENTO				AÑO DE LLEGADA			
NACIONALIDAD				DOBLE NAC.			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (3)	<input type="checkbox"/> 1 ANALFABETA/SIN ESTUDIOS		<input type="checkbox"/> 3 ESO Y EQUIVALENTES		<input type="checkbox"/> 5 ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES		
	<input type="checkbox"/> 2 PRIMER GRADO (6º ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES)		<input type="checkbox"/> 4 BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES		<input type="checkbox"/> 6 NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS		
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios)					
		<input type="checkbox"/> 1 PAREJA		<input type="checkbox"/> 2 FAMILIARES		<input type="checkbox"/> 3 OTROS INGRESOS	
				<input type="checkbox"/> 4 NO CONSTA			
SITUACIÓN LABORAL		Nº DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO		MES AÑO	
1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA							
2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA		Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL		FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO		MES AÑO	
3 PENSIONISTA							
4 ESTUDIANTE							
5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO							
6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO							
7 OTRAS							
8 NO CONSTA							
				¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				¿DE QUÉ TIPO? (4) <small>(Responda sólo en el caso de utilizar habitualmente métodos anticonceptivos)</small>		<input type="checkbox"/> 1 NATURALES <input type="checkbox"/> 2 BARRERA <input type="checkbox"/> 3 MECÁNICOS <input type="checkbox"/> 4 HORMONALES <input type="checkbox"/> 5 MÉTODOS DEFINITIVOS <input type="checkbox"/> 6 OTROS MÉTODOS	

B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> 1 CENTRO SANITARIO PÚBLICO		<input type="checkbox"/> 1 TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO			
	<input type="checkbox"/> 2 CENTRO SANITARIO PRIVADO		<input type="checkbox"/> 2 AMIGOS/FAMILIARES			
		<input type="checkbox"/> 3 OTROS		<input type="checkbox"/> 3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN		
				<input type="checkbox"/> 4 INTERNET		
				<input type="checkbox"/> 5 NO CONSTA		
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO			FECHA DE LA INTERVENCIÓN (6)			
			DÍA MES AÑO			
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> 1 A PETICIÓN DE LA MUJER	} → CAUSA	RIESGO PARA LA EMBARAZADA			
	<input type="checkbox"/> 2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA					
	<input type="checkbox"/> 3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO		RIESGO FETAL			
	<input type="checkbox"/> 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE					
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN	MÉTODO QUIRÚRGICO		<input type="checkbox"/> 1 DILATACIÓN Y EVACUACIÓN			
			<input type="checkbox"/> 2 DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN			
	MÉTODO FARMACOLÓGICO		<input type="checkbox"/> 3 MIFEPRISTONA			
			<input type="checkbox"/> 4 PROSTAGLANDINAS			
	OTROS MÉTODOS; ESPECIFICAR		<input type="checkbox"/> 5 _____			

NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.