

IVE de repetició.
Quins factors influeixen?

IVE de repetición.
¿Qué factores influyen?

Isabel Serrano Fuster iserranof@sego.es



FPFE

Federación
de Planificación
Familiar Estatal



madrid  salud

CONTENIDOS

¿Qué queremos decir con IVE de repetición?

¿De qué datos disponemos?

IVE de repetición, ¿es un problema?

Factores que influyen en la IVE de repetición

¿Podemos actuar sobre esos factores?

¿Qué queremos decir con IVE de repetición?

Tanto a nivel científico como mediático se habla de aborto de repetición (AR) sin que se haya encontrado un número exacto de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) que lo defina. Con frecuencia es un tema recurrente, con significación negativa, como refleja la expresión “muchas mujeres **reinciden** en...”

Una de cada tres chicas que abortan en la comunidad ya lo hicieron antes.

Para el 68% es la segunda vez. Para el 21%, la tercera o más que lo hacen.

<http://www.20minutos.es/noticia/359494/0/chicas/aborto/repeticion/#xtor=AD-15&xts=467263>

Tres o más abortos provocados aumentan el riesgo de problemas en futuros partos

La interrupción voluntaria repetida sube el riesgo de prematuridad y bajo peso.

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/08/30/noticias/1346312659.html>

Una de cada tres mujeres que abortan en Málaga ya lo han hecho antes al menos una vez

Las jóvenes y las inmigrantes son las que más recurren a esta vía para no tener un hijo.

<http://www.diariosur.es/20080211/malaga/cad-a-tres-mujeres-abortan-20080211.html>

¿De qué datos disponemos?



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

IVE distribución porcentual según número de abortos voluntarios anteriores al actual 1997-2015

Abortos voluntarios anteriores	1997	2000	2003	2006	2009	2012	2015
Ningún IVE	76,9	76,8	72,7	68,9	64,9	63,9	62,4
Un IVE	17,9	17,6	20	22	24,2	24,4	24,8
Dos IVE							
Tres IVE	5,1 %	5,4 %	7,2 %	9 %	10,9 %	11,7 %	12,8 %
Cuatro IVE o +							

***Elaboración propia a partir de los Informe anuales Interrupción Voluntaria de Embarazo.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad***

IVE distribución porcentual según número de abortos voluntarios anteriores al actual 2015

Cataluña, Madrid y País Vasco

Abortos voluntarios anteriores	Cataluña 18.477	%	Madrid 16.139	%	País Vasco 3.413	%
Ningún IVE	11.672	63,2	9.400	58,2	2.198	64,4
Un IVE	4.900	26,5	4.400	27,2	780	22,8
Dos IVE	1.500	8,1	1.100	6,8	200	5,8
Tres IVE	420	2,3	480	3,0	80	2,3
Cuatro IVE o +	259	1,4	256	1,6	61	1,8

<p>Nacidas en España: 56,9 %</p> <p>Nacidas fuera de España: 43,1 %</p>	<p>Nacidas en España: 46,9 %</p> <p>Nacidas fuera de España: 53,1 %</p>	<p>Nacidas en España: 60,7 %</p> <p>Nacidas fuera de España: 39,3 %</p>
---	---	---

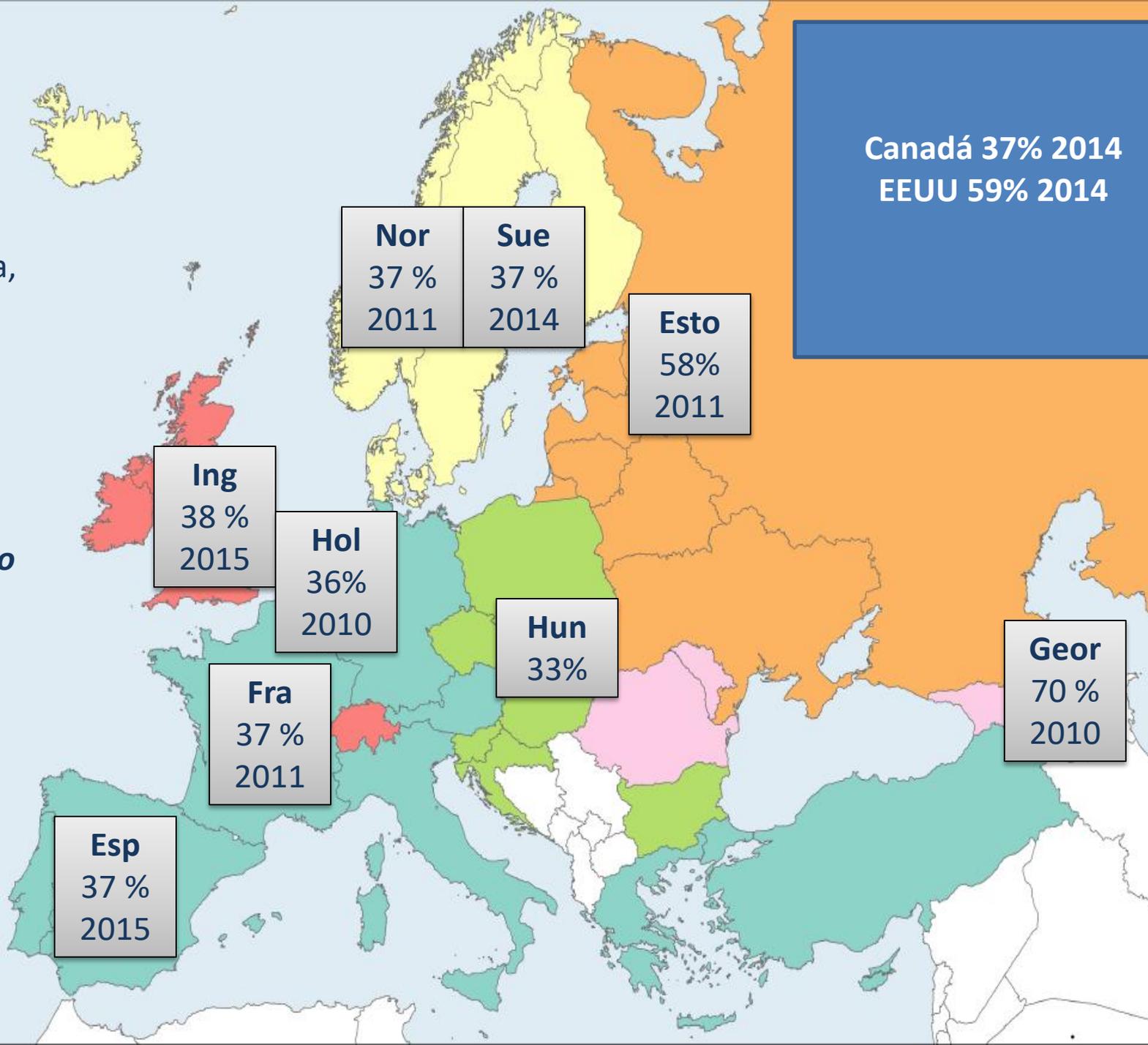
*Elaboración propia a partir del Informe IVE 2015.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

IVE de repetición. ¿Qué pasa en otros países?

La incidencia de IVE de repetición a nivel mundial varía mucho en función del modo como se defina (¿más de uno, más de 2 o 3?), del tiempo transcurrido desde la legalización del aborto y, al estar relacionada con las tasas anuales de IVE, del momento del análisis.

En el Estado español hemos pasado de un 23 % de *repetidoras* en 1997 a un 37 % en 2015

Como referencia, tras la revisión de distintos artículos, y tomando como referencia **haber tenido un aborto previo al actual**, los porcentajes aproximados son:



IVE de repetición, ¿es un problema?

- Problema o no, la realidad es que el AR crece. Uno de los primeros artículos relevantes publicados (o al menos encontrados) sobre las razones que justifican el incremento progresivo del AR data de 1978*.
- Modelos matemáticos muestran que la proporción de AR aumenta durante los primeros años que siguen a la legalización del aborto para más tarde crecer de manera mas estable. El riesgo de IVE es constante a lo largo del tiempo y no depende de la experiencia previa.
- Se relaciona con las tasas anuales de IVE. Las mujeres raramente tienen más de un aborto por año; que entre las mujeres que han tenido un primer aborto el riesgo de repetirlo es igual al riesgo del primero.

*Tietze C, Jain AK. *The mathematics of repeat abortion: explaining the increase*. Stud Fam Plann 1978 ; 9 (12): 294-299

IVE de repetición, ¿es un problema?

- El mal uso y deficiente acceso a métodos anticonceptivos (MAC) o el supuesto *déficit moral* de las sociedades permisivas (¡ya en los 80!) no explicaban suficientemente el fenómeno del AR.
- Berger * en 1984 coincidía con Tietze y Bongaarts en que el aborto repetido se debe al riesgo inherente de embarazo relacionado con coitos frecuentes y no a las características psicológicas, de personalidad o sociales de las mujeres.
- El nivel de instrucción, estatus socio-económico, creencias religiosas, duración de la relación de pareja, actitudes hacia la sexualidad y la anticoncepción etc. no mostraron diferencias significativas entre repetidoras y no.
- Solo resultó significativo la edad (mayor edad de las repetidoras); la frecuencia de relaciones sexuales coitales vs estado marital, actitudes respecto al aborto y calidad de las relaciones de pareja. Los autores indicaron que las pequeñas diferencias encontradas no permitían predecir quién iba a volver a tener una IVE o no.

* Berger C et al. *Repeat abortions: is it a problem?* Fam Plann Perspectiv 1984; 16 (2): 70-5

IVE de repetición, ¿es un problema?

- Otro estudio muy amplio realizado entre 1975 y 1993 en Canadá* en el que se analizaron 1,2 millones de casos de aborto puso de manifiesto que el AR pasó de 9% a 29% en los 19 años de estudio.
- También en los Países Nórdicos encontramos diversos estudios antiguos. Uno** realizado con 2.925 mujeres entre 1987 y 1991 en Noruega indicaba que la incidencia acumulativa del 3º IVE es dos veces la del 2º IVE después de un año desde el 1º. En base a los amplios resultados analizados concluía que la repetición de IVE es inevitable y que el *umbral moral* para elegir un aborto tras un embarazo no deseado está en la decisión del primero.
- Otros motivos de preocupación devenían de los posibles riesgos médicos derivados de la IVE en general y de las repetidas en particular. Un ejemplo*** fue la posible asociación con embarazos ectópicos posteriores. El mismo autor noruego analizó pacientes sin aborto previo y con 1 y 2 o más abortos inducidos (1987-92) concluyendo que el AR no incrementa ese riesgo.

* Millar WJ et al. *Repeat abortion in Canada*. Fam Plann Perspectiv 1997; 29 (1): 20-24

** Skjeldestad FE. *The incidence of repeat induced abortion; a prospective cohort study*. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73 (9): 706-10

*** Skjeldestad FE et al. *Multiple induced abortions as risk factor for ectopic pregnancy. A prospective study*. Acta Obstet Gynecol 1997; 76 (7): 691-6

Factores que influyen en la IVE de repetición

En 2006 el Instituto Guttmacher publicó el primer estudio conocido sobre el tema a partir del análisis de datos de los Estados Unidos y la revisión de la bibliografía.

Tras valorar que el aborto de repetición era un fenómeno que preocupaba a los profesionales e investigadores, el estudio expresaba que las mujeres que abortaban repetidamente eran mujeres que:

- No usan o no saben usar bien los métodos de planificación familiar.
- Carecen de motivación para usarlos.
- Usan el aborto como método de planificación familiar.
- Tienen más facilidad para quedar embarazadas.

* Jones RK y otros. Repeat abortion in the United States.

Partiendo de la escasa evidencia disponible hasta el momento que confirmara tales apreciaciones (frecuentes y perdurables en el tiempo) se empezaron a sugerir las diferencias estadísticamente significativas, o no, entre las mujeres que tienen más de un aborto voluntario respecto a las que tienen uno.

Si analizáramos nuestra propia percepción, ¿coincidiríamos? Otra idea muy común en nuestro medio... “escasos valores morales” y “migrantes, pobres” ???

FIN END.

**Perfil socio-demográfico,
cultural y psicológico
de las mujeres**

**Acceso a servicios
de PF y
métodos
anticonceptivos**

**Factores
influyentes**

**Calidad de los servicios
de aborto y de atención
post-IVE**

**Factores asociados
a las políticas
sanitarias**

Perfil de la mujer repetidora

La diferencia fundamental, estadísticamente significativa, entre las mujeres que tienen un primer aborto voluntario y las que tienen dos o más son:

- Estas últimas tienen el doble de probabilidad de tener 30 años o más (son más mayores) y tienen casi el doble de probabilidad de haber tenido un hijo/a previamente que las de primer aborto.
- Con menor significación, los estudios reflejan que tanto las que se enfrentan a un 1º como a un 2º o 3º aborto utilizaron algún método anticonceptivo (*píldora* o inyectable) en el tiempo previo al END.
- No se encuentran especiales diferencias en función de raza, etnicidad, nivel de estudios, pobreza, *estatus marital*, etc.

Estudios más recientes, en el contexto europeo, aportan otras características diferenciales, en general, con escasa evidencia.

Perfil de la mujer repetidora

En un contexto cercano al nuestro (Francia), referido al AF*:

- Mayor edad y paridad previa
- Uso similar de anticonceptivos en el momento del END; preferentemente píldora, asociado a olvidos.
- Mujeres en situación social y económica más desfavorable, solas, con precariedad laboral y, en gran medida, migrantes.

Del análisis de los registros oficiales de Holanda**, además de la coincidencia en los dos factores (edad y paridad), se concluye un mayor porcentaje de aborto de repetición entre mujeres migrantes, en ese caso, especialmente del Caribe. Sorprendentemente, como sucede en otros estudios, las repetidoras habían usado MAC más que las que abortaban por primera vez.

* Opatowski M *et al.* Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertility & Senologie* 2017 ; 45 (1): 22-27

** Picavet CH *et al.* Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18 (5): 327-34

Perfil de la mujer repetidora

En nuestro medio, solo se conoce un estudio (2006-2016) en la que entre una IVE y la siguiente se produce solo un aumento del 12,5% de mujeres que dicen utilizar un método eficaz (con o sin uso adecuado del mismo).

Las repetidoras presentan un estilo de afrontamiento pasivo en cuanto a la búsqueda de AC con una atribución causal inadecuada: percepción de la recurrencia de IVE por factores externos (mala suerte, alta capacidad fértil, **retraso en la cita a la consulta de PF/anticoncepción...**); lo que en psicología se denomina “*locus de control externo*”.

En otros casos, lo achacan a ellas mismas (abandono de método, mal uso...) “*locus de control interno*”.

El autor refuerza la necesidad de que en la propia clínica de IVE así como en el centro de derivación a ella, se consensue con la mujer el método anticonceptivo más apropiado.

*Joaquin Ferrera, Psicólogo y sexólogo. Visto en

www.ginesur.com/anticoncepcion-en-mujeres-con-abortos-de-repeticion/

Influencia del acceso a servicios de PF y métodos anticonceptivos

Es difícil relacionar con evidencia científica la cantidad, calidad y facilidad de acceso a los servicios de PF como indicador de mayor o menor recurso a la IVE.

La mayoría de los estudios analizan la percepción de las mujeres cuando acuden a abortar mediante entrevistas semi-estructuradas u otras modalidades de investigación cualitativa. En Holanda, de una investigación sobre mujeres con 3 o más IVE* se concluye que muestran mayor interés en métodos anticonceptivos y en discutir sobre los más apropiados a su caso en comparación con las que acuden a su primera IVE.

De ello deducen la importancia de abordar la información y elección responsable de un método anticonceptivo en cualquier momento del proceso de toma de decisión sobre IVE y con cualquier profesional o servicio donde se la atienda (pre y post IVE).

**Loeber OE, Muntinga ME. Contraceptive counselling for women with multiple unintended pregnancies: The abortion client's perspective. Eur J Contracept Reprod Health Care 2017; 22 (2) 94-101*

Influencia del acceso a servicios de PF y métodos anticonceptivos

- La fuente fundamental de información sobre AC tanto para mujeres de primer aborto o repetidoras son los medios de información (no sanitaria) y la pareja.
- Se insiste en que la diferencia de uso de AC no es lo más relevante, aunque quienes tienen condiciones sociales más desfavorables suelen tener peor acceso a anticonceptivos*.
- La AOH es el más utilizado por las mujeres que antes o después de una IVE y en el intervalo entre otro AR. La razón podría ser su mayor prevalencia de uso y, a veces, la necesidad de *justificar* el END.
- Comparando DIU, AOH y DMPA** instaurados inmediatamente después de la IVE, a los 5 años el DIU es el más coste efectivo.
- Concluyen en la necesidad de mejorar actitudes y hábitos sobre sexualidad y anticoncepción y en incrementar el uso de LARC.

*Kozinsky Z, et al. *Predictive model of repeat induced abortion in Hungary*. Cent Eur J Med 2011; 6: 701-709

**Ames CM, Norman WV. *Preventing repeat abortion in Canadá: Is de immediate insertion of intrauterine devices post-abortion a cost-effective option associated with fewer repeat abortions?* Contraception 2012; 85 (1): 51-55

Y de los servicios de aborto y atención post-IVE

- Otro estudio finlandés* también reiteró la eficacia del uso de DIU post-IVE, recomendando su instauración en las propias clínicas.
- Problemas psico-emocionales de las mujeres asociados a conflictos de pareja se asocian a AR** por discontinuidad y mal uso de AC. Ser migrante fue identificado como factor de riesgo lo que refuerza el apoyo psico-social pre y post-IVE de estas mujeres, promoviendo el uso inmediato de LARC.
- También se ha investigado*** AR y violencia sexual por parte de la pareja. En 12 clínicas de IVE analizaron 1.030 mujeres, de las que el 61 % habían tenido algún aborto previo. De ellas, el 22% referían algún episodio de violencia por parte de la pareja frente al 15% de las que se enfrentaban a su primer aborto.

*Heikinheimo O *et al.* *Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion.* Contraception 2008; 78 (2): 149-154

** Leeners B *et al.* *Why prevention of repeat abortion is so challenging: psychosocial characteristics of women at risk.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2017; 22(1): 38-44

***Citernesesi A *et al.* *Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2015; 20 (5): 344-49

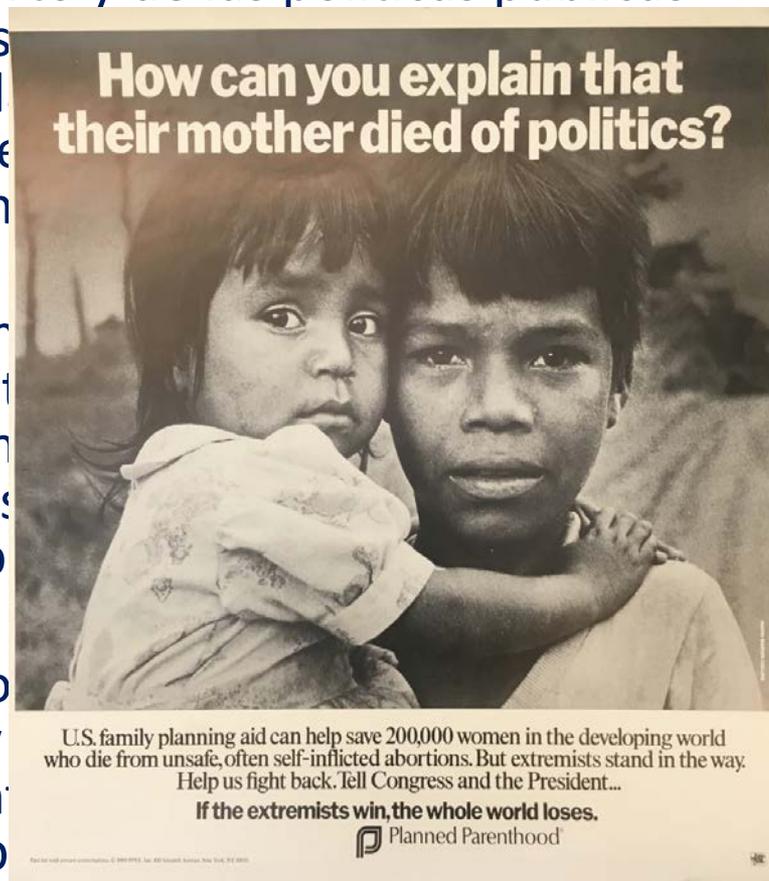
Factores asociados a las políticas sanitarias

La influencia de la legislación sobre aborto y de las políticas públicas

res
paí
res
y p
de
La
pol
en
gol
(19
Tru
El h
imp
ant
abortos en general y su repetición, en p



ria, s
legisl
d y e
es un
incon
n Est
, con
s of s
eimp
deedo
os y
con
en p



OS
IS
OS
cia
o

¿Podemos actuar sobre esos factores?

Necesitamos actuar sobre el peso de los comportamientos y
individuales de la mujer y de los factores sociales
de repetición.

**Quedaría
animar a
profesionales y
a instituciones
a investigar
sobre AR**

definir un perfil de la mujer que repite IVE ya que se
alto número de IVE, realizados por mujeres muy
y diversas circunstancias.

El aborto de repetición
es inevitable por
la mejor manera
evitar el aborto de
repetición es el
embarazo no de
no planificado.

**Quedaría
favorecer la
información y el
acceso a
métodos
anticonceptivos
eficaces y
mejorar su
cumplimiento**

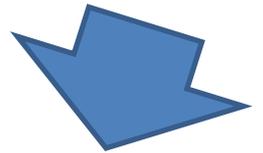
Sobre los
diferencias
estadísticas
que abordan
las que
(más edad
se puede

**Quedaría actuar
sobre otros
factores (más
discutibles) que
con frecuencia
se esgrimen al
tratar el AR.**

que
ón

Y hay más que podemos hacer...

- Evitar el *estigma* dejando de considerar el AR como:
 - Algo que solo sucede a las mujeres poco responsables, que no quieren utilizar métodos anticonceptivos o que usan el aborto como método anticonceptivo.
 - Algo que debe ser abordado *solo* por los profesionales involucrados en la atención directa al aborto.
 - Algo que se resolvería con buena educación sexual, acceso a anticonceptivos eficaces o con más servicios de PF.



Incluso en países con altos niveles de educación sexual, fácil acceso a anticoncepción eficaz y políticas públicas de salud que favorecen la salud sexual y reproductiva, más de un tercio de las mujeres que demanda IVE han pasado por una experiencia previa, y la tasa es mantenida o crece levemente en el tiempo.

Como resumen de todo lo anterior...

**Evitar
prejuicios y
estereotipos
respecto al AR**

Mejorar la
coordinación
entre los
servicios de PF y
de aborto
provocado

Mejorar la
educación
sexual
e
anticoncepción
y reproductiva

**Especial atención a:
Mujeres en situación
socio-económica**



**Empoderar a las
mujeres...**

Abordaje
psico-social
análisis
contexto
viven las
mujeres que
repiten aborto

realidad del
AR en nuestro
medio

entre mujeres
jóvenes y tras
IVE

**...Y al posible efecto
preventivo o favorecedor
del AF sobre el AR...**