

ORIGINAL

Cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social

Leyva Alarcón A¹, Peña Arredondo M¹, Orcera López MJ¹, Valle Rodríguez M^{1P2}, Pérez Milena A³

¹Médico Interno Residente. Centro de Salud El Valle (Jaén)

²Trabajadora social. Centro de Salud El Valle (Jaén)

³Doctor en Medicina, Médico de Familia, Centro de Salud El Valle (Jaén)

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 09-04-2018; aceptado para publicación el 8-11-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 141-150

PALABRAS CLAVE

Aborto Provocado; Aborto por demanda; Barrios marginales; Control de la natalidad; Atención Primaria.

RESUMEN

Título: cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo y su relación con el riesgo de exclusión social.

Objetivo: conocer la cobertura del programa de planificación familiar tras la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y su relación con el riesgo de exclusión social.

Diseño: estudio de cohorte histórica mediante auditoría de historias clínicas.

Población y muestra: se incluyen todas las mujeres que solicitan IVE en un centro de salud urbano (40% zona de transformación social), de 2013 a 2016. Se recogen variables personales, de la IVE y del uso de anticoncepción posterior. Análisis descriptivo y mediante regresión logística.

Resultados: se valoran 92 mujeres (25,3±6,3 años), quienes acuden a planificación familiar un 63% (ZNTS 32% y zona sin riesgo 77%; $p<0,001$ test X^2). Las mujeres en ZNTS sólo usan como anticonceptivos el DIU (56%) y los anticonceptivos orales (44%). La cobertura del diagnóstico precoz de cáncer cervical es inferior un 11% en ZNTS y se relaciona con el uso de un método anticonceptivo (diferencia media 36%; $p<0,001$ X^2). El análisis multivariante muestra relación entre no seguir un método anticonceptivo y vivir en zona necesitada de transformación social (OR 7,88).

Conclusiones: el riesgo social en la mujer influye en un mayor número de IVEs y en un menor uso posterior de anticonceptivos, con menor variedad de métodos. Es de especial importancia una captación activa de este subgrupo de mujeres fértiles para disminuir las tasas de IVE.

KEYWORDS

Abortion, Induced; Abortion, Legal; Poverty Areas; Contraception; Primary Care.

ABSTRACT

Title: Coverage of the family planning programme after voluntary termination of pregnancy and its relation to the risk of social exclusion.

Aim: To learn about the coverage of the family planning programme after voluntary termination of pregnancy (VTP) and its relation to the risk of social exclusion.

Design: A historical cohort study using medical record audits.

Population and sample: All women requesting VTP in an urban primary care centre (40% from areas in need for social transformation - ANST), from 2013 to 2016. Data were collected from personal variables, VTP and subsequent contraceptive use. Descriptive analyses were performed using logistic regression.

Results: 92 women (mean age 25.3 ± 6.3 years) were evaluated, 63% attending family planning (32% from ANST and 77% from no risk areas; X^2 test $p < 0.001$). Women from ANST only use the IUD (56%) and oral contraceptives (44%) as birth control methods. The coverage of the early detection of cervical cancer is 11% lower in ANST and is linked to the use of one contraception method (36% mean difference; X^2 test $p < 0.001$). Multivariate analysis shows a relationship between not using a contraception method and living in ANST (OR 7.88).

Conclusions: social risk in women leads to an increased number of VTP and a lower subsequent use of contraceptives, with a limited variety of methods. Of particular importance would be an active recruitment of this subgroup of fertile women to reduce VTP rates.

INTRODUCCIÓN

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) son un importante problema de salud pública. A nivel mundial, se estima que se produjeron más de 50 millones de abortos por año durante el período 2010–2014¹. En España están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, siendo mayor el número de IVEs solicitada en Andalucía frente a la media nacional (más de dos mil intervenciones). El perfil de la mujer que lo solicita presenta una edad inferior a 25 años², con menor nivel de instrucción y con trabajo por cuenta ajena o en desempleo³. En Andalucía, las mujeres que solicitaron la IVE presentaron, además, unas características específicas: un menor número de hijos previo al embarazo y vivir sola⁴.

Es bien conocido que las condiciones sociodemográficas de las mujeres son determinantes para decidir continuar o no con el embarazo^{1,5,6}. La mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo son resultado de una concepción no deseada y un fracaso de las medidas anticonceptivas. Los problemas económicos es uno de los principales motivos que se aducen en la sociedad española². En el año 2017 unos 13 millones de españoles estaban en riesgo de pobreza o exclusión social (casi la cuarta parte de la población)⁷. En Andalucía, los indicadores de pobreza son notablemente superiores a la media registrada para el conjunto del territorio nacional⁸. En las zonas con riesgo de exclusión social, las mujeres desempeñan roles tradicionales, con un mayor número de conductas de riesgo y déficit de actividades de promoción de la salud. En Andalucía se han identificado las zonas necesitadas de transformación social, definidas como espacios urbanos en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social⁹. En estas zonas se debe prestar una mayor atención a los problemas de salud de la mujer, como la interrupción del embarazo y la planificación familiar.

Diferentes estudios muestran cómo casi la mitad de las mujeres que solicitaron una IVE reconocían no haber utilizado nunca un método anticonceptivo²⁻⁴. Tras la IVE, la planificación familiar postaborto es una de varias prácticas de alto impacto, siendo un momento excepcional para su realización por parte del sistema sanitario¹⁰. Sin embargo, existe poca información sobre la

cobertura de la planificación familiar después del aborto y la mejor estrategia para mejorar su implementación¹¹. Con el presente estudio se desea conocer la cobertura del programa de planificación familiar tras una IVE y su relación con el riesgo de exclusión social, así como describir las variables más relacionadas con el uso de un método contraceptivo postaborto en este colectivo de mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio de cohortes con seguimiento retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas. El estudio se realiza en una zona básica de salud urbana, cuyo Centro de Salud atiende a unas 12.500 personas, de las cuales el 52% son mujeres y, de ellas, el 47% tienen de 15 a 49 años. Aproximadamente 5.000 personas viven en ZNTS (40% del total), y algo más de 1.200 son mujeres en edad fértil.

El Centro de Salud oferta atención a las mujeres que solicitan una IVE e información sobre la misma, así como su tramitación y citación con la clínica de referencia. Dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria, se hace especial hincapié en la atención a colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres que viven en zonas con necesidades de transformación social (ZNTS). Se incluirán en el estudio todas las mujeres que se hayan realizado una IVE entre los años 2013 al 2016, inclusive, pertenecientes al Centro de Salud. Se excluirán aquellas que no tengan ningún registro en la historia clínica tras la IVE. El tamaño de muestra se calcula para una incidencia de IVE de 10,6 por mil³, para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%, resultando un reclutamiento mínimo de 91 mujeres.

La variable principal es la inclusión en el programa de planificación familiar tras una IVE, para lo que se registran los métodos empleados. Los métodos contraceptivos se definen según la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud¹², recogiendo el uso de preservativo (masculino o femenino), en: anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica o vaginal), anticoncepción hormonal de sólo gestágenos (vía oral, intramuscular o subcutáneo), dispositivos

intrauterinos (DIU) y ligadura de trompas (esterilización).

Otras variables independientes recogidas son:

- Personales: código numérico personal (número único de historia de salud de Andalucía –NUHSA-), edad y pertenencia o no a una zona necesitada de transformación social (se establece en función del mapa de zonas en riesgo de exclusión social, siendo una delimitación administrativa empleada en la Junta de Andalucía).
- Relativas a la IVE: fecha de realización, edad de la paciente y fórmula obstétrica.
- Antecedentes ginecológicos de interés, realización de citologías y existencia de consulta hospitalaria en el servicio de ginecología.

El listado de mujeres a las que se les ha realizado una IVE se obtiene del registro manual que la trabajadora social del centro posee. Posteriormente se accede a la historia de salud digital DIRAYA para recoger el resto de variables, revisando como mínimo un año entre la realización de la IVE y el registro de un método contraceptivo en su historia. Se revisa tanto la historia clínica digital (Diraya) de Atención Primaria como la historia de salud única, donde se encuentran los registros de los datos de las consultas hospitalarias así como la medicación prescrita a lo largo del tiempo de estudio.

Análisis de datos

Los datos se vuelcan en una base de datos, de forma anonimizada, creada mediante el programa informático SPSS versión 21, siendo posteriormente depurados para detectar y corregir posibles errores en el procesado. Se aplica el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la Normalidad de los datos cuantitativos y el test de Levene para valorar la homocedasticidad de las varianzas. Los datos se muestran como medias con sus desviaciones típicas y proporciones, ofreciendo también los intervalos de confianza (IC) al 95%. Se propone un nivel de significación estadística con valores de $p < 0,05$, aplicándose el test de la t de Student y el test ANOVA de una vía para la comparación de medias (o sus

correspondientes test no paramétricos: U de Mann Whitney y test de Kruskal Wallis, y el test de la χ^2 para la comparación de proporciones, realizando un análisis bivalente diferenciando las particularidades de la cohorte de mujeres que viven en riesgo de exclusión social y la cohorte que no vive en dichas zonas. Para valorar las variables que se relacionan con el uso de planificación familiar tras una IVE, se realizará un análisis multivariante mediante una regresión logística donde la planificación familiar es la variable dependiente (codificada como no=0 y sí=1), relacionándola con el resto de valores recogidos.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación ha sido aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén (según normativa del RD 223/04). El tratamiento de los datos de carácter personal de los sujetos que participan en el estudio se ajusta a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 de 13 de Diciembre). Las historias clínicas fueron auditadas por médicos de familia y médicos residentes, quienes accedieron al contenido de la historia clínica digital de cada mujer mediante una identificación personal. Con los datos obtenidos se crearon dos bases de datos para el análisis estadístico, una con la identificación personal de las mujeres, solo accesible a dos investigadores, y otra con el resto de variables codificadas por claves para proteger el anonimato.

RESULTADOS

1. Características de la muestra estudiada.

Durante cuatro años, un total de 92 mujeres han solicitado y realizado un IVE, todas ellas cumplen criterios de inclusión y son reclutadas para el estudio. Un tercio de ellas pertenecen a ZNTS (30,4%). Las principales características de las mujeres, recogidas en función de la existencia o no de riesgo de exclusión social, se muestran en la tabla 1. La media de edad se sitúa en los 25,3 años ($\pm 6,3$), con un rango de 30 años (16 años la mujer más joven y 46 años la más mayor). La media de número de interrupciones voluntarias

del embarazo realizados por mujer es de 1,4 ($\pm 0,8$), superior en el caso de las mujeres que viven en ZNTS (diferencia media de $0,74 \pm 0,16$, $p < 0,001$ *t* de Student; tabla 1). El 75% de las mujeres sólo se han realizado un IVE, siendo más frecuente un mayor número de abortos en mujeres que viven en ZNTS: en el caso de presentar dos IVE es un 17,7% superior y para tres interrupciones es un 17,9% superior ($p < 0,001$ test χ^2 , figura 1). Tener 3, 4 o 5 abortos en su historial es casi exclusivo de mujeres en riesgo de exclusión social. La distribución de IVEs por año es similar en cada grupo de mujeres comparado (figura 2) con pequeñas variaciones sin significación estadística.

2. Cobertura del programa de planificación familiar tras una IVE

Tras la IVE, 58 mujeres (63%) tienen registrada una visita del programa de planificación familiar con un método prescrito por su médico de familia. El porcentaje de uso de un anticonceptivo es significativamente menor en las mujeres que viven en ZNTS (9 mujeres de un total de 28) frente al resto de mujeres (49 de un total de 64), con una diferencia de porcentaje de cobertura del programa de planificación familiar inferior en un 45% en las mujeres en zonas de riesgo social ($p < 0,001$ test χ^2 ; tabla 1). La indicación del uso de un determinado método anticonceptivo se realiza en todos los casos desde Atención Primaria, aunque 23 mujeres del total (5 en ZNTS y 6 del resto de población sin riesgo social) precisaron acudir al servicio de Ginecología para la inserción de un DIU o para proceder a una ligadura tubárica como método definitivo de esterilización.

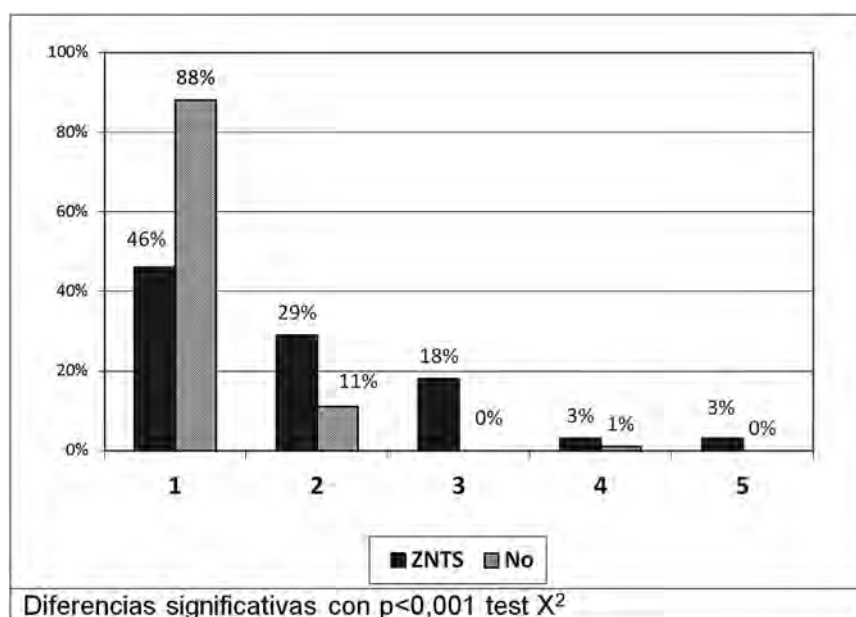
Entre los diferentes tipos de métodos empleados, los más frecuentes son la anticoncepción hormonal combinada oral (60%) y vaginal (9%) y el dispositivo intrauterino (19%). Otros menos frecuentes son el preservativo masculino (7%), la ligadura de trompas (esterilización) (3%) y la anticoncepción hormonal subcutánea de sólo gestágenos (implante anticonceptivo de etonogestrel) (2%). No se ha registrado ningún caso de uso de preservativo femenino), anticoncepción hormonal combinada transdérmica (en parches), ni anticoncepción hormonal de sólo gestágenos (vía oral o intramuscular). Sólo se

Tabla 1. Principales variables estudiadas en función de la zona donde viven las mujeres que se han practicado una interrupción voluntaria del embarazo

	ZNTS	
	No	Sí
Tamaño de muestra	64	28
Edad	25,92 ±6,9	23,71 ± 4,5
Número de IVEs (*)	1,16 ± 0,4	1,9 ± 1,1
Citología	61%	50%
Ginecología	11%	11%
Planificación familiar (†)	77%	32%
Tipo de método anticonceptivo (‡)		
ANTICONCEPCIÓN ORAL	63%	44%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	12%	56%
PRESERVATIVO	8%	0%
ANILLO VAGINAL	10%	0%
IMPLANTE SUBDERMICO	2%	0%
ESTERILIZACIÓN	4%	0%

(*) $p < 0,001$ t Student (†) $p < 0,001$ X^2 (‡) $p = 0,071$ X^2

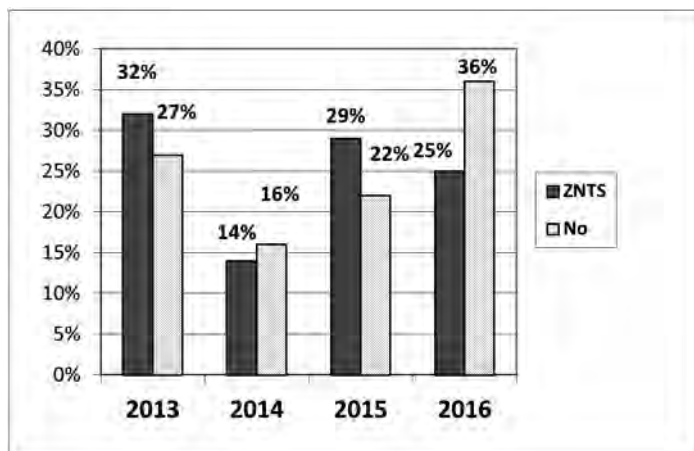
Figura 1. Número de interrupciones voluntarias de embarazo por mujer según la pertenencia o no a una zona de transformación social



recogen dos diferentes métodos anticonceptivos en mujeres que viven en ZNTS: en primer lugar el DIU (56%), y en segundo lugar los anticonceptivos orales (44%). Las mujeres sin riesgo social, a diferencia de grupo anterior, usan

mayoritariamente la anticoncepción oral (63%; $p = 0,071$ X^2) y emplean otros métodos como el preservativo, al anillo vaginal, el implante subcutáneo de progesterona o la esterilización (tabla 1).

Figura 2. Porcentaje de interrupciones voluntarias de embarazo por mujer según la pertenencia o no a una zona de transformación social y el año de estudio



3. Relación de la IVE con el resto de variables

Tras realizar el análisis bivalente, no se encuentran diferencias en la edad del grupo de mujeres que usan métodos anticonceptivos tras la IVE frente a las que no lo usan, así como tampoco en el número de IVEs ni en la presencia de cita para la consulta de ginecología (tabla 2). Las mujeres que no se han realizado citología tras la IVE tienen una menor cobertura del programa de planificación familiar (diferencia media 36%; $p < 0,001$ χ^2), e igual ocurre con aquéllas que viven en ZNTS (diferencia media 40%; $p < 0,001$ χ^2) (tabla 2). Tras la IVE, un 58% de las mujeres se realizan citología para diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino (un 11% inferior en mujeres en riesgo social, aunque sin diferencias significativas; tabla 1) y un 11% precisan acudir a ginecología por presentar diversa sintomatología o por solicitar la inserción de un DIU.

En la tabla 3 se presenta el modelo final obtenido mediante regresión logística en la que se desestima relación entre la presencia de planificación familiar tras la IVE y la edad, el número de abortos total, la realización de citología o la consulta en ginecología, con OR cuyos intervalos de confianza comprenden el valor 1. Sin embargo, se aprecia una relación de riesgo en las mujeres que viven en ZNTS, con una OR de 7,9 y un intervalo de confianza al 95% de [6,7; 9,1].

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que unas dos terceras partes de las mujeres que han realizado una IVE acuden posteriormente al sistema sanitario para recibir un método de planificación familiar. Este porcentaje disminuye casi a la mitad cuando la mujer pertenece a una zona necesitada de transformación social, algo que se ha atribuido a la falta de información, el miedo al fallo del método y la presencia de falsas creencias¹³. Junto a estas creencias sobre los anticonceptivos, la accesibilidad y la información que poseen las mujeres en zonas de riesgo social pueden determinar el uso de tan sólo dos métodos como son los anticonceptivos orales y el DIU. El coste económico y la baja accesibilidad a los implantes subcutáneos de progesterona, que requieren un visado hospitalario¹², así como la escasa indicación de otros métodos por los médicos de familia (como los preservativos femeninos o los gestagenos *depot*) son otras causas de la baja oferta y uso de los métodos anticonceptivos poco o nada registrados en las historias¹³. Junto a estas inequidades en salud, se aprecia cómo la existencia de un riesgo social predispone a la mujer a solicitar un mayor número de abortos al tiempo que participa en menor porcentaje en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino tras la IVE.

Tabla 2. Uso de métodos anticonceptivos y relación con las variables del estudio

	Planificación familiar	
	No	Sí
Tamaño de muestra	34	58
Edad	23,9 ± 6,4	24,1 ± 6,1
Número de IVEs	1,5 ± 0,9	1,2 ± 0,5
Citología (*)	35%	71%
Ginecología	9%	12%
Zona Necesitada de Transformación Social (*)	56%	16%

(*) $p < 0,001$ χ^2

Tabla 3. Modelo multivariante mediante regresión logística sobre variables predictivas en mujeres que no siguen un método anticonceptivo tras interrupción voluntaria del embarazo

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%	Chi2 (Wald)	p
Constante	-0,268	0,765	(0,49 ; 1,02)	0,054	0,816
Edad	-0,002	0,998	(0,908; 1,09)	0,003	0,958
Número de IVEs	-0,045	0,956	(0,25; 1,17)	0,015	0,902
Zona Necesitada de Transformación Social	2,065	7,887	(6,66; 9,11)	10,915	0,001
Realización de citología	-1,578	0,206	(0,89; 1,31)	7,879	0,005
Consulta en ginecología	-0,028	0,973	(0,74; 2,69)	0,001	0,975

Los datos obtenidos pueden tener un sesgo de información al haberse obtenido mediante una auditoría de las historias clínicas. Se ha constatado de forma clásica un sesgo de infraregistro en las historias de Atención Primaria, centrado principalmente en la actitud diagnóstica y el plan terapéutico, no así en el registro de los motivos de consulta¹⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en Andalucía existe una historia clínica digital que aporta una vista unificada y personalizada de datos procedentes de múltiples fuentes (como consultas hospitalarias o de otros centros, y registro de prescripción farmacológica)¹⁵. Ello aportaría diferentes fuentes de información en un mismo recurso, permitiendo así recoger adecuadamente la realidad de la demanda sanitaria al sumarse el registro de diferentes profesionales de distintos ámbitos en la misma historia de salud. Pese a esta ventaja, podrían quedar excluidas aquellas mujeres que acuden a clínicas privadas o los métodos anticonceptivos que no precisan prescripción médica, aunque la capacidad económica de las mujeres del estudio haría pensar

que su principal recurso sanitario es el sistema sanitario público. Respecto a la población de estudio, el registro obligatorio en papel que consigna la trabajadora social del centro permite reclutar a todas las mujeres que han solicitado una IVE. Por otra parte, habría que considerar que la población de estudio puede no ser representativa de todas las mujeres que solicitan abortos en Andalucía, aunque los resultados son concordantes con otras recientes publicaciones^{1,3}.

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas: los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. El ciclo de la pobreza comienza con la infrautilización de los servicios sanitarios¹⁶, siendo la falta de conocimientos de la población, las malas infraestructuras en zonas de riesgo social y el copago de algunos anticonceptivos varias de las causas más importantes en el medio estudiado. En concreto, los embarazos no planeados se

relacionan con el aumento de la pobreza¹⁷: los ingresos económicos son componentes clave de los recursos familiares en salud y condiciona el número de hijos de cada mujer, lo que supone una gran disparidad en el área de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven en países en vías de desarrollo y en zonas de exclusión social en países desarrollados.

La sociedad española sigue la tendencia europea que marca el deseo de familias más pequeñas con menor número de embarazos y mayor tiempo entre los mismos^{1,18}. Baste recordar que la tasa de embarazos en Andalucía (9,96‰) fue de las más altas de España en 2015 y que la incidencia del aborto presenta pocas variaciones entre las diferentes regiones de España³, aunque varía ampliamente según el nivel económico de las mujeres. Aunque las mujeres solicitan IVEs en todos los subgrupos sociodemográficos, la mayor prevalencia se encuentra en el grupo de edad de 20 a 29 años con un porcentaje proporcional de adolescentes¹, datos similares a los encontrados en el presente estudio. Los datos obtenidos en este estudio muestran que la cuarta parte de las mujeres han solicitado dos o más abortos, algo inferior a las medias españolas que se han incrementado en la última década hasta casi el 40%³. El sistema sanitario se enfrenta a una situación que requiere redirigir los recursos hacia una anticoncepción eficaz y de alta cobertura entre las mujeres fértiles, ya que si no se cumplen las preferencias de fertilidad de las mujeres probablemente se continúe incrementando el número de IVEs y el riesgo de daño para madres e hijos¹⁹. En concreto, el subgrupo de mujeres que han interrumpido voluntariamente su embarazo debería recibir asesoramiento sobre planificación familiar antes del alta tras la IVE o en las primeras revisiones en su centro de salud²⁰ dado que son un colectivo con mayor riesgo de reincidencia. La planificación familiar postaborto se define como el inicio del uso de anticonceptivos dentro de las 2 semanas tras un aborto, por lo que el momento tras la IVE es una oportunidad clave para ofrecer servicios de planificación familiar^{10,19}.

En muchos países, la fracción más alta de abortos ocurrió entre mujeres de alto nivel socioeconómico, medido por el estado de riqueza, el logro educativo y la residencia urbana²¹. Sin embargo, esto ocurre mayoritariamente en países de bajos y medianos ingresos, muchos de ellos con

una legislación altamente restrictiva y donde el acceso al aborto no es gratuito, por lo que sólo las mujeres con un elevado poder adquisitivo pueden hacerlo de forma legal¹. En tales casos la población de estudio no es comparable con la población española, que cuenta con un sistema sanitario público universal y una despenalización del aborto para un amplio número de casos (la gran mayoría se realizan a petición de la mujer)^{2,3}. El bajo porcentaje de mujeres en riesgo social que en este estudio son incluidas en programas de salud sexual de la mujer (planificación familiar o diagnóstico precoz de cáncer de cérvix) identifica claramente el subgrupo de mujeres con necesidades especiales en la comunidad que requieren políticas y programas específicos para reducir la incidencia de embarazos no deseados mediante un mejor acceso a servicios de atención postaborto de calidad¹.

Los estudios sobre la efectividad del consejo contraceptivo estructurado en diferentes ámbitos asistenciales ofrecen una evidencia pobre debido a importantes limitaciones metodológicas²². Se han diseñado diferentes intervenciones para mejorar la cobertura de la planificación familiar tras el aborto voluntario, pero ninguna ha obtenido suficiente evidencia^{13,19,23,24}. La entrega gratuita de métodos anticonceptivos antes del alta hospitalaria aumenta el uso de anticonceptivos a los doce meses pero tampoco parece disminuir la incidencia de los abortos de repetición²⁵. Otra interesante opción sería la inserción de un DIU inmediatamente después del aborto, siendo una técnica segura y práctica aunque con mayores tasas de expulsión que con las inserciones realizadas después de un intervalo de tiempo^{26,27}.

Más que la tecnología a emplear, parece fundamental promover una correcta educación sexual y reproductiva en la población, asociado a comportamientos y elecciones que propician una buena salud^{16,17}. Los métodos anticonceptivos de acción prolongada se asocian con tasas de interrupción más bajas que los métodos hormonales de acción corta²⁸. Sin embargo, es de especial importancia tanto el comienzo del tratamiento anticonceptivo como su mantenimiento, dado que la interrupción del mismo ocurre hasta en más del 50% de las mujeres²³. La participación activa de la mujer en la elección de la técnica anticonceptiva permitirá su empoderamiento mediante una elección autónoma que integre su

punto de vista y sus conocimientos o prácticas médicas, mejorará la accesibilidad (sobre todo en adolescentes) y aumentará la adherencia a la anticoncepción elegida^{1,29}. El abordaje en la consulta a demanda del médico de familia es clave para abordar la anticoncepción, siendo también necesario en las zonas necesitadas de transformación social un trabajo multidisciplinar que incluya enfermería y trabajo social²⁹.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle income countries. *PLoS ONE*. 2017; 12: e0172976.
- Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno L, García-León FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit*. 2012; 26:504–11.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2015. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid, 2017. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2015.pdf [accedido 8/12/17]
- Vila-Vives JM, Soler-Ferrero I, Gimeno-Clemente N, Hidalgo-Mora JJ, Vila-Martínez JM, Pellicer A. Perfil de la paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo. *Gac Sanit*. 2013; 27:565-6.
- Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*. 1998;24:117–27, 152.
- Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, et al. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008; 85:125–35.
- Llano Ortiz JC. Informe AROPE 2017. El estado de la pobreza: seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 200-2016. EAPN ESPAÑA, Madrid 2017. Disponible en: http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf [8/12/2017].
- Instituto Nacional de Estadística. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE. Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Gobierno de España, 2017. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&id=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout [8/12/17]
- Decreto-Ley 7/2013 de 30 de abril, de Medidas Extraordinarias y Urgentes para la lucha contra la exclusión social en Andalucía. BOJA nº 85 de 03/05/2013.
- John Hopkins University. Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care. Baltimore 2012. Disponible en: <http://www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planning-strengthening-family-planning-component-postabortion-care> [citado 6/3/18].
- Ferreira AL, Lemos A, Figueiroa JN, de Souza AI. Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009; 14:1–9.
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Anticoncepción. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_I_2_6_2 [citado 18/10/18].
- Domínguez Úbeda V, Ávila Pecci P, Espinaco Garrido MJ, Román Oliver J. Estudio sobre la accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. *Aten Primaria*. 2011;43:656-61.
- Pedreira-Carbonell V, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz-Chavarri G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36: 533-94.
- García Rojo M, Martín Sánchez F. El impacto de la historia clínica electrónica en la investigación y la docencia. En: V Informe SEIS "De la historia clínica a la historia de salud electrónica". Sociedad Española de Informática de la Salud, 2003. Disponible en: <http://www.conganat.org/seis/informes/2003/pdf/capitulo11.pdf> [citado 18/10/18].
- Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6).
- United Nations Population Fundation. Mundos Aparte. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. Estado de la población mundial 2017. División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del UNFPA. 2017. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/resources/población-y-pobreza?page=2%2C0%2C3> [accedido 10/3/2017]
- Westoff C. Desired number of children: 2000±2008 (DHS Comparative Reports 25). Calverton: ICF Macro. 2010.
- Smith C, Ngo TD, Gold J, Edwards P, Vannak UK, Sokhey L, et al. Effect of a mobile phone-based intervention on post-abortion contraception: a randomized controlled trial in Cambodia. *Bull World Health Organ* 2015; 93:842–50a.

20. Tripney J, Kwan I, Bird KS. Postabortion family planning counseling and services for women in low-income countries: a systematic review. *Contraception*. 2013; 87:17-25.
21. Sedgh G BJ, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016; 388:258-67.
22. Madden T, Mullersman JL, Omgvig KJ, Secura GM, Peipert JF. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2013; 88:243-9.
23. Castaño PM, Bynum JY, Andres R, Lara M, Westhoff C. Effect of daily text messages on oral contraceptive continuation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012; 119:14-20.
24. Hou MY, Hurwitz S, Kavanagh E, Fortin J, Goldberg AB. Using daily text-message reminders to improve adherence with oral contraceptives: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010; 116:633-40.
25. Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Stud Fam Plann*. 2002; 33:195-202.
26. Grimes DA, Schulz KFKF, Stanwood NN. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2*. Art. No.: CD001777. DOI: 10.1002/14651858.CD001777.
27. Korjamo R, Mentula M, Heikinheimo O. Fast-track vs. delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after early medical abortion - a randomized trial. *Contraception*. 2017; 96:344351.
28. Ali MM, Cleland J. Contraceptive switching after method-related discontinuation: levels and differentials. *Stud Fam Plann*. 2010; 41:129-33.
29. López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Baeyens Fernández JA, del Cura González I, Iglesias Piñero MJ, et al. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Primaria*. 2016;48 (Supl 1):105-26.