

# **TÍTULO: SITUACIÓN ACTUAL DE LAS IVES EN GRAN CANARIA**

**AUTORES: YAIZA MACHADO RIDER**

**LUCIANA OBREROS ZEGARRA**

**CRISTINA PÉREZ MATOS**

## **1.- INTRODUCCIÓN:**

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o aborto electivo es un procedimiento común realizado a nivel mundial, si bien la legislación sobre el mismo varía entre los distintos países y regiones, y sobre el cual existen debates y controversias en la actualidad.

La tasa mundial estimada de abortos entre 2010 y 2014 fue de 35 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años; en los países desarrollados esta tasa fue de 27 por 1000 y en los países en desarrollo de 37 por 1000<sup>1</sup>. Se estima que el 25 % de los embarazos a nivel mundial terminaron en aborto inducido<sup>1</sup>.

Según datos de la OMS de Septiembre de 2017, de 2010 a 2014 se produjeron en el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de los abortos) al año. En todo el mundo, se realizan entre 20 y 30 millones de abortos legales por año, con otros 10-20 millones de abortos realizados de manera ilegal (datos del Instituto Alan Guttmacher publicados en el Lancet y por la OMS 2017). Los abortos ilegales son inseguros y son responsables del 13% de toda la mortalidad materna y complicaciones graves. La mayoría de los abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

Las complicaciones de los abortos inseguros son comunes en las regiones en desarrollo, donde el procedimiento a menudo se encuentra muy restringido. Las estimaciones del 2012 indican que 6,9 millones de mujeres en estas regiones fueron tratadas por complicaciones de abortos inseguros, lo que corresponde a una tasa de 6,9 mujeres tratadas por cada 1,000 mujeres de 15-44 años<sup>2</sup>. Además, las estimaciones más recientes sugieren que alrededor del 40% de las mujeres que presentan complicaciones nunca reciben tratamiento.

Casi todas las muertes relacionadas con el aborto ocurren en los países en desarrollo, y la cifra más alta ocurre en África. Estudios recientes estiman que el 8-

18% de las muertes maternas en todo el mundo se deben a abortos inseguros, y el número de muertes relacionadas con el aborto en 2014 varió de 22,500 a 44,000<sup>3-5</sup>.

En España, la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra legalizada desde 1985 y representa un derecho de la mujer. La aprobación en el año 2010 de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Legal del Embarazo, supone un cambio en las coberturas sanitarias relacionadas con esta prestación, así como una reorganización de la misma, habiendo quedado definido en distintos documentos en qué centros se atenderá cada uno de los supuestos legales.

A nivel nacional, los datos estadísticos del año 2015 según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad indican que se realizaron un total de 94.188 interrupciones voluntarias, situando la tasa de IVE en España en 10,4 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Siendo esta tasa para la comunidad autónoma de Canarias de 11,58 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, ocupando el quinto lugar con respecto al resto de comunidades autónomas.

#### Marco Legal

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo recoge, en sus artículos 14 y 15 las “Condiciones para la Interrupción legal del embarazo”, que son:

- **Artículo 14: Interrupción del embarazo a petición de la mujer**

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

- **Artículo 15: Interrupción por causas médicas**

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no supere las 22 semanas de gestación y siempre que existan graves riesgos para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no supere las 22 semanas de gestación y siempre que existan riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando, superándose las 22 semanas, se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

En el caso de Gran Canaria, el procedimiento para la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer (art.14) se realiza en dos centros privados concertados y autorizados y en casi en su totalidad se trata de abortos quirúrgicos.

Los requisitos para financiación por el Servicio Canario de Salud son:

- Estar en posesión de la tarjeta sanitaria individual actualizada. Cuando la mujer vaya a acceder a esta prestación a través del Sistema Público de Salud, la información será proporcionada por el Área de Salud correspondiente.

- Cuando la mujer vaya a acceder a la prestación sin cobertura a través del Sistema Público de Salud, la información será proporcionada por los centros privados acreditados para IVE.

Dada la tasa de IVEs en nuestra comunidad, por encima de la media nacional, nos parece importante recolectar y valorar la información referente a estas pacientes que se someten al procedimiento, para poder conocer de manera más exacta la situación de las IVEs en la isla de Gran Canaria y determinar si es posible, las causas que pueden explicar estas cifras y plantearnos posibles estrategias futuras.

## **2.- OBJETIVO:**

El objetivo del estudio es conocer la situación actual de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en la isla de Gran Canaria, así como analizar los factores relacionados con ella, como el uso de anticoncepción previo a la gestación o de la anticoncepción de urgencia.

## **3.- METODOLOGÍA:**

Se trata de un estudio descriptivo observacional de mujeres sometidas a una interrupción voluntaria del embarazo durante el periodo comprendido entre Junio y Septiembre de 2017 en un Centro privado de la Isla de Gran Canaria. Para ello, se entregó una encuesta en el momento de la entrevista clínica previa a la realización de la interrupción.

Todas las mujeres encuestadas acudieron a uno de los centros de referencia para la interrupción legal de la gestación acogiéndose al artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010. Aquellas mujeres con gestaciones con edad gestacional mayor a 14 semanas fueron encuestadas a pesar de estar fuera de los supuestos legales aceptados para la interrupción voluntaria del embarazo. No se incluyeron interrupciones legales de la gestación por causa médica o fetal.

La encuesta realizada fue anónima y constaba de preguntas abiertas y cerradas.

El análisis estadístico de los variables analizadas se realizó empleando el paquete estadístico SPSS en su versión 20.0.

Se establece el nivel de significación estadística en un valor  $<0,05$ . Las variables categóricas se expresan mediante porcentajes (%). Las diferencias de estas variables, se evalúan mediante la prueba de **Chi-cuadrado**. La **prueba exacta de Fisher** se indica cuando la prueba de Chi-cuadrado no es aplicable por manejar el estudio estadístico tamaños de muestra muy pequeños.

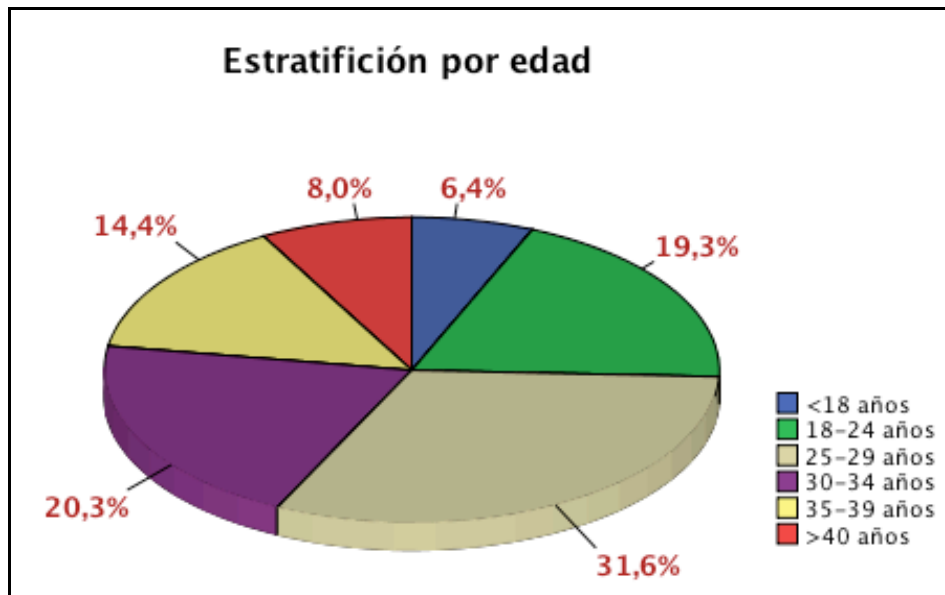
Las variables continuas se expresan mediante media  $\pm$  desviación típica (DT). Las diferencias de estas variables, se valoran mediante la prueba **de t de Student** para variables normales o **la prueba U de Mann-Whitney** para las no normales.

### **3.- RESULTADOS:**

Se recogió un total de 199 encuestas de mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en el periodo estudiado en dicho centro.

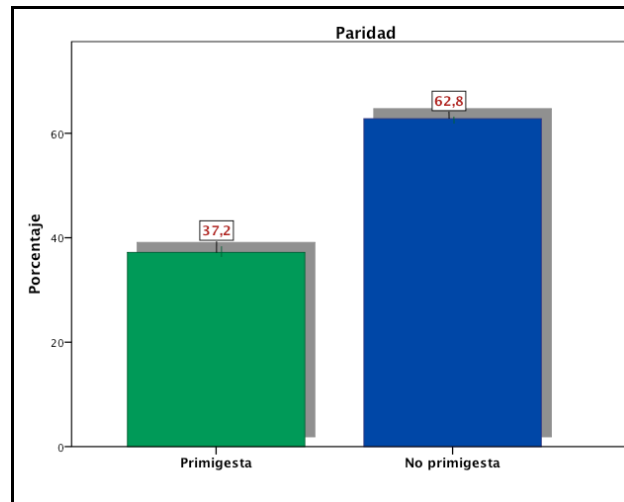
La edad media de las pacientes se situó en 28,7 años con una  $DT \pm 7,16$  (rango 14-45 años). El grupo de edad con mayor representación fue el de 25 a 29 años (31,6%), y cabe destacar un 6,4% de mujeres menores de 18 años y un 8% de mujeres mayores de 40 años. En la siguiente figura se observa la distribución de la población en grupos de edad.

**Fig 1. Distribución de las pacientes por grupos de edad**



La media de gestaciones entre las mujeres que se sometieron a IVE fue de 2,5 ( $DT \pm 1,7$ ). El 37,2% de las pacientes (74) eran primigestas y un 62,8% tenían el antecedente de un embarazo previo. Del grupo estudiado, 13 pacientes refirieron la realización de una interrupción de la gestación en otra ocasión (6,5%) y en 5 de ellas en más de 1 ocasión.

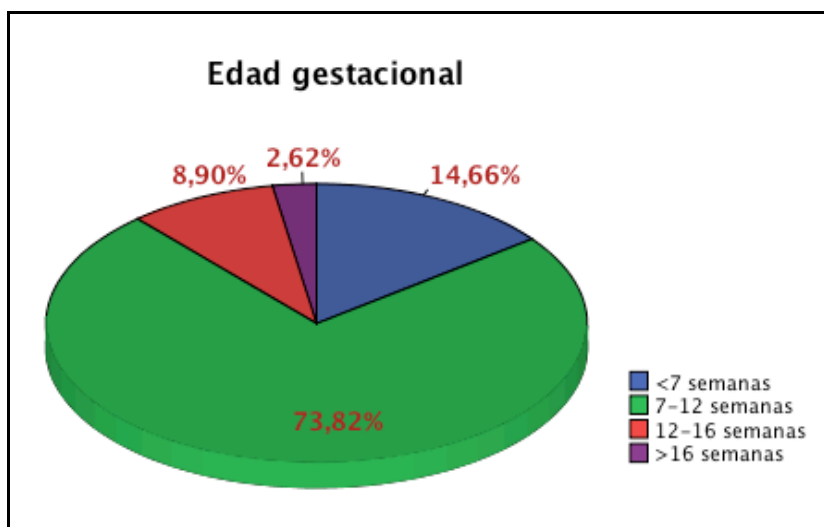
**Fig 2.- Distribución de la población en relación a la paridad**



El 95% de las mujeres (189) no referían antecedentes personales de interés. En el grupo con mujeres con antecedentes, se registraron 2 casos de diabetes mellitus tipo 2, 1 caso de epilepsia, 2 de by-pass gástrico, 1 enfermedad de Chron y 4 casos de patología de menor relevancia.

La edad gestacional media de las pacientes encuestadas fue de 8+6 semanas (rango 5-16 semanas). La distribución de las pacientes en relación a la edad gestacional en el momento de la IVE fue la que se muestra en la siguiente figura.

**Fig 3. Distribución de las pacientes en relación a la edad gestacional en el momento de la IVE.**



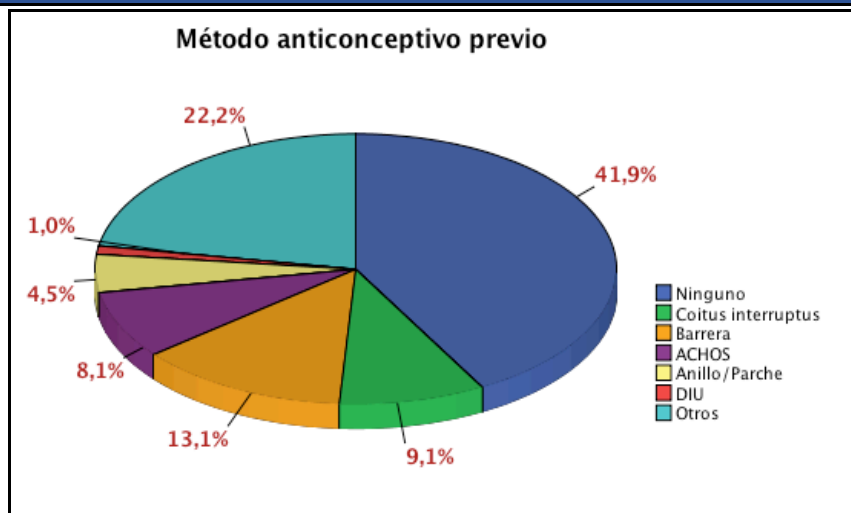
**Tabla 1. Distribución de las mujeres que se someten a una IVE en relación a la EG y la edad.**

	EG estratificada							
	<7 semanas		7-12 semanas		12-16 semanas		>16 semanas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<18 años	1	8,3%	11	91,7%	0	0,0%	0	0,0%
18-24 años	2	5,9%	24	70,6%	6	17,6%	2	5,9%
25-29 años	6	10,9%	46	83,6%	2	3,6%	1	1,8%
30-34 años	6	16,7%	26	72,2%	2	5,6%	2	5,6%
35-39 años	6	22,2%	18	66,7%	3	11,1%	0	0,0%
>40 años	2	13,3%	11	73,3%	2	13,3%	0	0,0%

No existen diferencias estadísticamente significativas cuando se compara la edad gestacional en la que se realiza el procedimiento y la edad de las pacientes ( $p=0,3$ ), aunque existe una tendencia a la interrupción voluntaria de la gestación a edades más tardía en la pacientes más jóvenes como muestra la tabla 1.

En relación al método anticonceptivo utilizado por las pacientes, se observó que el 41,9% de mujeres, no usaron ningún método (fig4). Entre las mujeres que reconocían utilizar algún método anticonceptivo, el preservativo fue el más utilizado, en el 13,1%, seguido de los ACHOS en el 8,1%. En la siguiente figura se muestra la distribución de las mujeres en relación al método anticonceptivo utilizado previo a la gestación.

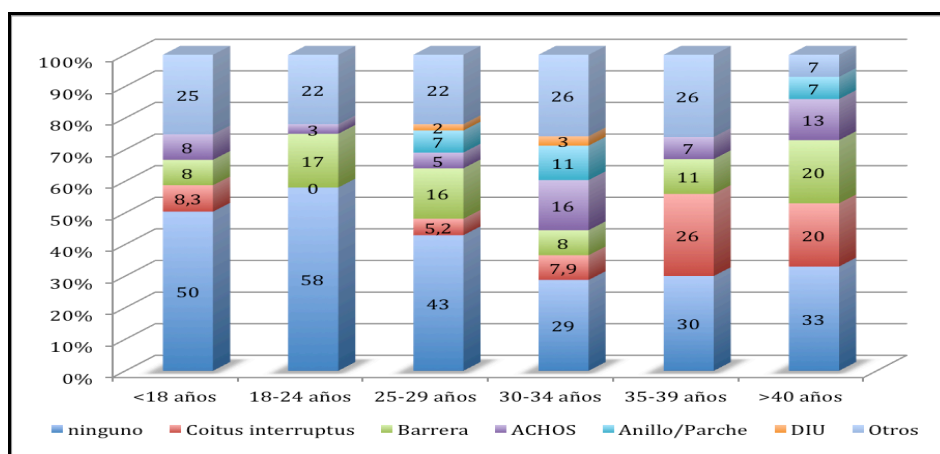
**Fig 4: Distribución de las mujeres sometidas a IVE en relación al método anticonceptivo utilizado.**



Cuando se analiza el uso de anticoncepción en relación a los distintos grupos de edad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad ( $p=0,1$ ), aunque si observamos que en los grupos de mujeres más jóvenes el uso de anticoncepción eficaz es menos frecuente (Tabla 2) . El 50% de las mujeres menores de 18 años reconocen no usar ningún método anticonceptivo y un 8,3% realizan el coitus interruptus como método para evitar la gestación.

El grupo de edad de 30-35 años es el que utiliza con mayor frecuencia métodos anticonceptivos eficaces, con un 7,9 de uso de preservativo, un 15,8% de ACHOS, un 10,5% de parche/anillo y un 2,6% de DIU. Cabe destacar que entre las mujeres mayores de 40 años, un 33,3% reconocen no usar ningún método anticonceptivo y el 20% realizan el coitus interruptus.

**Fig 5 y Tabla 2. Uso de métodos anticonceptivos en relación a los distintos grupos de edad.**



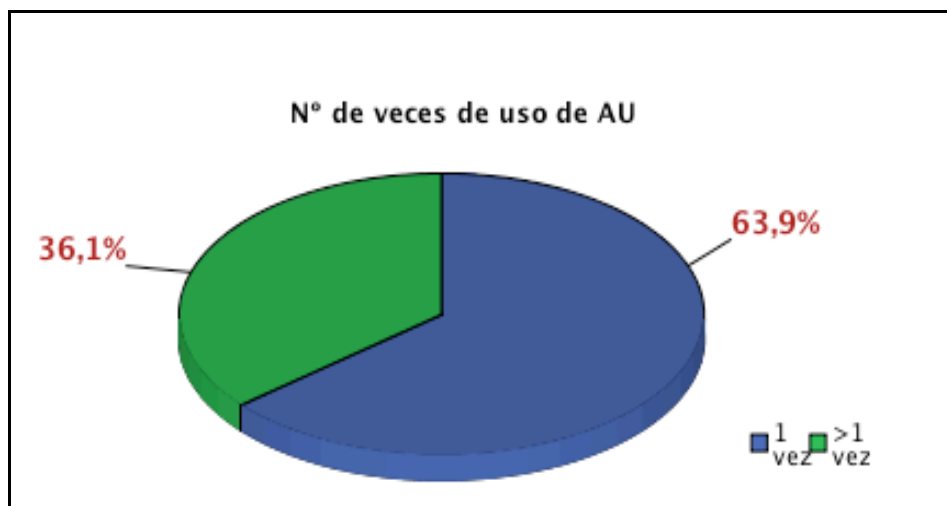
	Método anticonceptivo previo													
	Ninguno		Coitus interruptus		Barrera		ACHOS		Anillo/Parche		DIU		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<18 años	6	50,0%	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	25,0%
18-24 años	21	58,3%	0	0,0%	6	16,7%	1	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	8	22,2%
25-29 años	25	43,1%	3	5,2%	9	15,5%	3	5,2%	4	6,9%	1	1,7%	13	22,4%
30-34 años	11	28,9%	3	7,9%	3	7,9%	6	15,8%	4	10,5%	1	2,6%	10	26,3%
35-39 años	8	29,6%	7	25,9%	3	11,1%	2	7,4%	0	0,0%	0	0,0%	7	25,9%
>40 años	5	33,3%	3	20,0%	3	20,0%	2	13,3%	1	6,7%	0	0,0%	1	6,7%



Entre las usuarias de algún método anticonceptivo eficaz (96), el 39,6% (38) reconocieron la interrupción del mismo por distintos motivos. El motivo más frecuente de interrupción fueron los “olvidos” en el 21,1% de los casos, seguido de la presencia de efectos secundarios en el 10,5%, aunque en casi la mitad de los casos las usuarias no expresaron el motivo de interrupción.

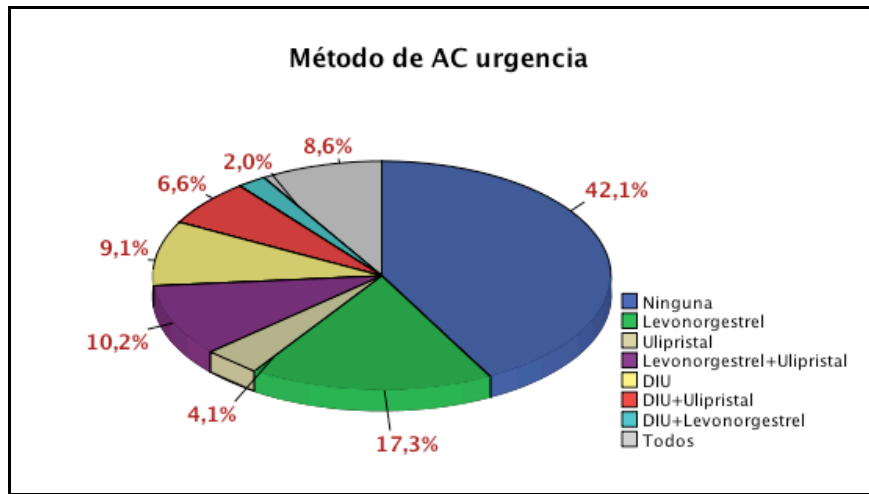
Cuando se pregunta a las mujeres que se sometieron a una IVE si conocían la anticoncepción de urgencia, el 70,9% (141) respondieron afirmativamente, mientras que el 29,1% aseguraron no conocerla. El 37,7% de estas mujeres han utilizado en alguna ocasión la anticoncepción de urgencia, con una media de 1,5 veces (DT±0,9). El 36,1% (26) la han utilizado en más de 1 ocasión.

**Fig.6: Frecuencia de uso previo de anticoncepción de urgencias entre las mujeres estudiadas**



Se investigó qué método de anticoncepción de urgencia conocían las mujeres estudiadas. El 27,5% (54) refirieron conocer el levonorgestrel como método de anticoncepción de urgencia. El 17,7% expresaron conocer el DIU como método de anticoncepción de urgencia.

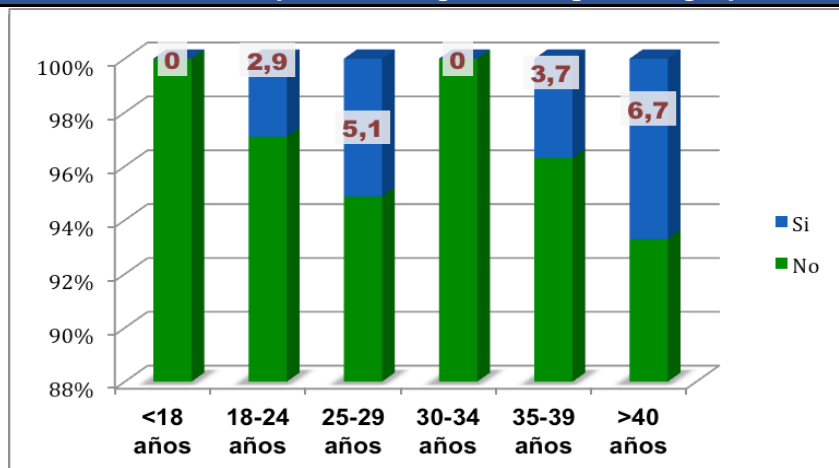
**Fig.7. Métodos de anticoncepción de urgencias conocidos por las mujeres encuestadas.**



El 43,4% de las mujeres encuestadas (86) respondieron que conocían los tiempos de administración de la anticoncepción postcoital, frente al 56,6% que lo desconocían.

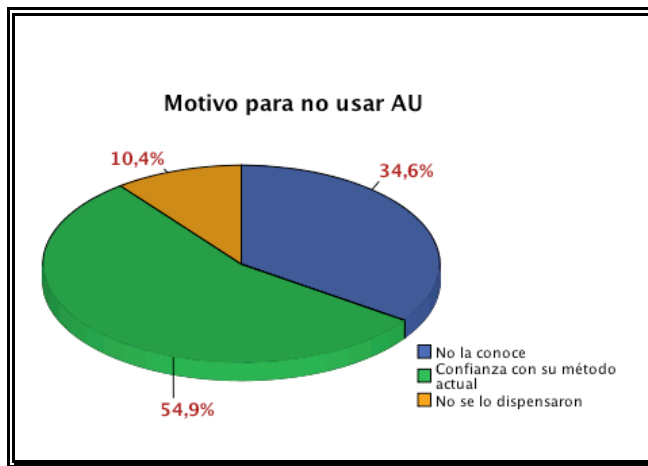
Únicamente el 3,5% (7) de las mujeres analizadas en este estudio manifestó haber usado la anticoncepción de urgencia en esta ocasión. El grupo etario que utilizó con más frecuencia la anticoncepción de urgencia fue el grupo de mujeres mayores de 40 años en un 6,7%, seguido de las mujeres entre 25 y 29 años, en un 5,1%. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos en relación al uso actual de anticoncepción de urgencia ( $p=0,7$ ), aunque debido al escaso número de mujeres estas diferencias no son concluyentes.

**Fig.8: Uso actual de anticoncepción de urgencia según los grupos de edad**



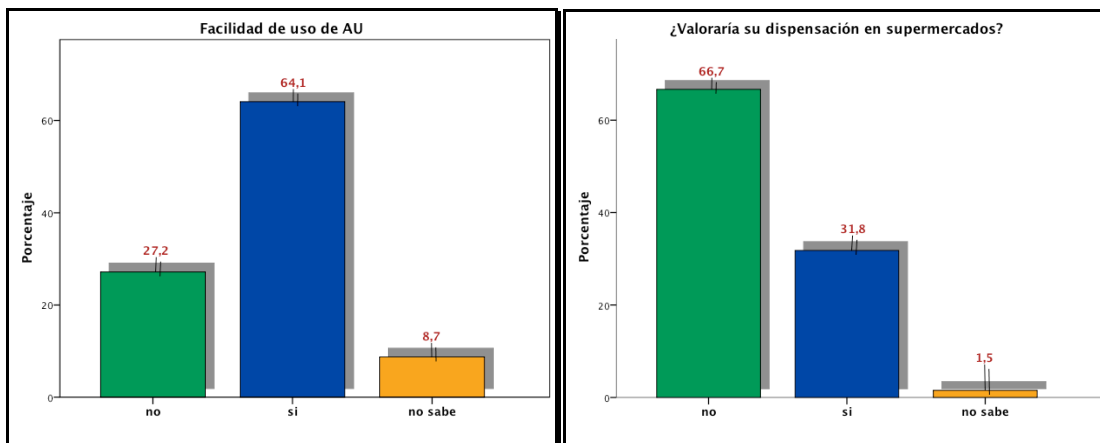
El 96,5% de los casos no recurrieron a la anticoncepción de urgencias. Se preguntó a estas mujeres el motivo de su no utilización y se observó en que el 54,9% de los casos (100) manifestaron tener confianza en su método anticonceptivo. Cabe destacar que el 10,4% (19) refirieron una no dispensación de la anticoncepción de urgencia.

**Fig.9. Motivos de no utilización de la anticoncepción de urgencia**



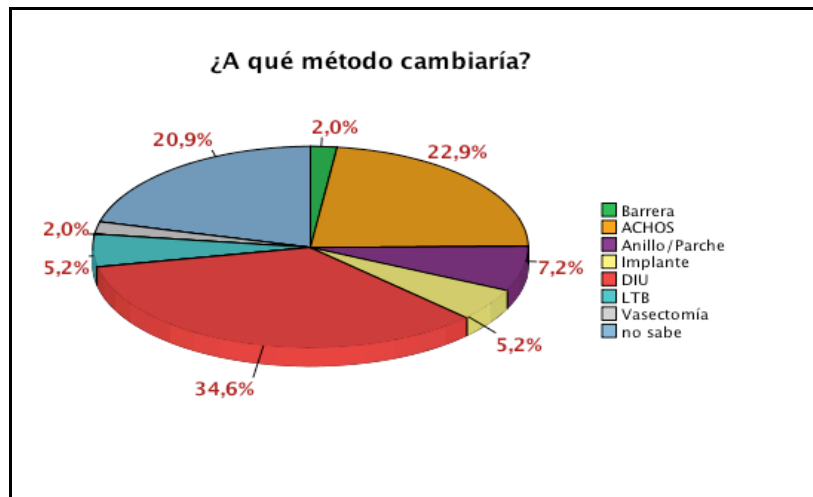
En relación a la anticoncepción de urgencias, se preguntó a las mujeres encuestadas si consideraban fácil acceder a ella, así como si valorarían su dispensación en supermercados. El 64,1% de las mujeres (125) consideraron que existe facilidad para acceder a la anticoncepción de urgencia y sólo el 31,8% valorarían su dispensación en supermercados(Fig 10 y 11).

**Fig 10 y 11: Facilidad de acceso a la anticoncepción de urgencia y valoración de la dispensación en supermercados**



El 78,4% de las pacientes (156) manifiestan intención de cambiar de método anticonceptivo frente al 19,6% que no desean cambiarlo (39). El 34,6% (53) se decantan por el DIU y el 22,9% (35) por los ACHOS. Sólo el 2% de las pacientes (3) consideran la vasectomía como método alternativo al actual.

**Fig. 12. Métodos anticonceptivos de preferencia para el cambio**



El 85,4% de las encuestadas afirman que consultarían con un profesional sanitario tras el procedimiento.

#### **4.- DISCUSIÓN:**

En relación a los datos obtenidos en este estudio, nos planteamos qué caracteriza nuestra población con respecto a la población nacional y resto de la comunidad canaria. Para ello, analizamos los datos obtenidos del estudio sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo realizadas en España durante el año 2015 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los comparamos con nuestros datos.

Si analizamos los datos de la encuesta antes mencionada. En España se realizaron un total de 94.188 IVEs a lo largo del 2015, de las cuales 5.211 fueron practicadas en Canarias. De estas, 2459 tuvieron lugar en Tenerife y 2752 corresponden a la provincia de Las Palmas a la que pertenece la isla de Gran Canaria.

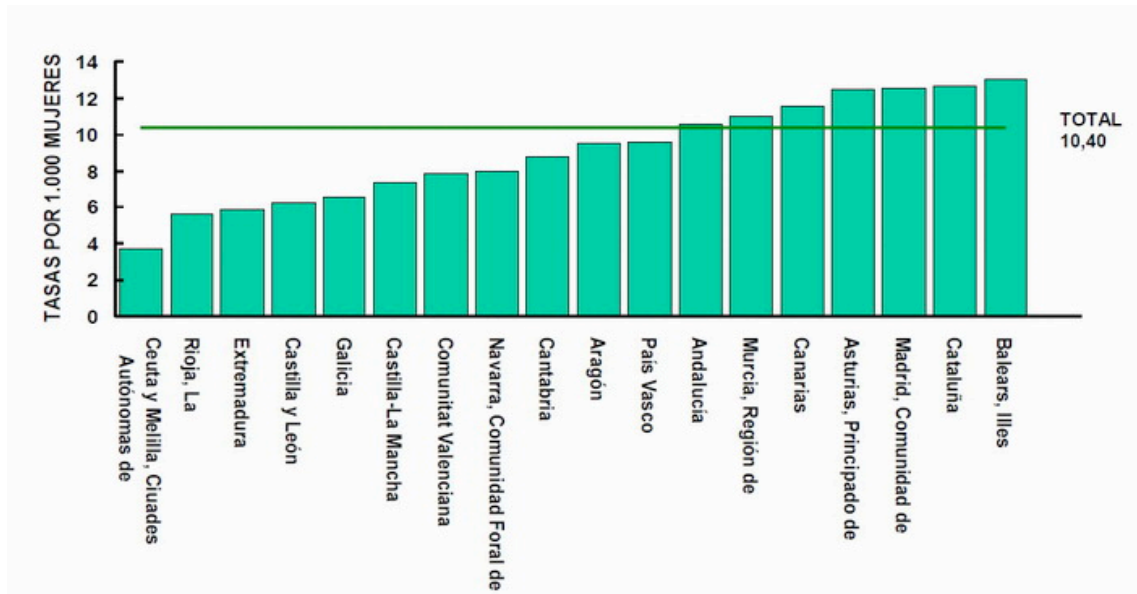
Canarias se encontraría entre las comunidades con mayor tasa de I.V.E (11,58 por cada 1000 mujeres), por encima de la media nacional (10,4 por 1.000 mujeres). En

concreto, ocuparía la quinta posición tras Islas Baleares (13,03 x 1.000 mujeres), Cataluña (12,7 x 1.000 mujeres), Madrid (12,54 x 1.000 mujeres) y Asturias (12,51 x 1.000 mujeres). Presenta un descenso con respecto a años anteriores tras el incremento en el 2011, tendencia registrada a nivel nacional. Este incremento experimentado en el 2011, en todo el país en el número de interrupciones, se correlaciona con la publicación de la Ley Orgánica del 2010 y con ello un incremento en la notificación de las mismas, como refleja el aumento de centros notificadores (Tabla 3-4y figura 13). A partir de dicha fecha se ha producido un descenso paulatino del número de IVEs alcanzando en el 2015 cifras similares a las de hace una década.

**TABLA 3 .Número de Centros que han notificado IVE. Número de abortos realizados. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años. Total Nacional.**

Año	Centros notificadores de I.V.E.	Total I.V.E.	Tasa por 1.000 mujeres
2015	200	94.188	10,40
2014	191	94.796	10,46
2013	198	108.690	11,74
2012	189	113.419	12,12
2011	173	118.611	12,47
2010	146	113.031	11,49
2009	141	111.482	11,41
2008	137	115.812	11,78
2007	137	112.138	11,49
2006	135	101.592	10,62

**Figura 13.- I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Año 2015.**



**Tabla 4.- Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional.**

Comunidad Autónoma	año 2015	año 2014	año 2013	año 2012	año 2011	año 2010	año 2009	año 2008	año 2007	año 2006
Andalucía	10,59	10,62	11,91	13,08	13,09	11,73	11,31	11,29	11,22	10,46
Aragón	9,53	8,58	10,09	10,83	11,43	10,74	10,86	12,60	11,91	11,85
Asturias	12,51	12,70	13,62	14,34	13,79	10,42	8,09	8,07	7,72	8,33
Baleares	13,03	12,26	13,06	13,01	15,00	13,82	13,22	14,13	14,91	14,00
Canarias	11,58	11,87	13,03	12,79	13,16	10,46	9,36	10,03	10,74	8,87
Cantabria	8,80	8,60	9,19	9,90	10,36	9,12	7,93	6,09	4,63	4,86
C. La Mancha	7,38	8,00	8,97	9,60	9,92	9,18	8,18	8,54	8,20	6,71
C León	6,33	6,14	7,11	7,25	7,75	6,62	6,03	6,78	6,38	6,40

Cataluña	12,70	12,59	14,18	14,28	14,49	15,20	16,10	16,49	14,31	13,57
C. Valenciana	7,85	8,67	9,58	9,47	10,22	10,07	9,99	10,75	10,46	9,92
Extremadura	5,89	6,22	7,12	7,20	7,57	6,47	6,13	6,11	5,46	5,19
Galicia	6,60	6,78	6,78	7,01	7,76	6,46	5,81	3,53	4,51	4,40
Madrid	12,54	12,58	14,62	14,90	15,14	14,77	14,49	15,79	16,00	14,18
Murcia	11,07	11,32	12,56	13,32	14,39	14,72	14,99	16,59	14,80	13,10
Navarra	8,00	7,53	7,82	8,94	8,64	6,92	5,54	6,13	5,65	5,31
País Vasco	9,57	8,88	9,97	10,04	10,34	8,26	7,25	7,02	6,84	5,99
La Rioja	5,64	6,19	6,78	8,23	8,62	7,95	7,86	9,22	8,64	8,25
Ceuta/ Melilla	3,72	3,53	3,74	4,50	4,59	4,31	3,33	3,26	3,74	2,66
Total	10,40	10,46	11,74	12,12	12,47	11,49	11,41	11,78	11,49	10,62

No podemos obtener información sobre las tasas de IVEs en nuestra población con la información obtenida en las encuestas, puesto que no se recogen la totalidad de las interrupciones de la Isla de Gran Canaria, sino una muestra aleatoria de mujeres que respondieron a la encuesta que planteamos.

### **EDAD:**

La edad media de nuestra población de estudio se situó en 28,7 años con DT  $\pm$  7,16 con predominio del grupo de edad entre 25 y 29 años (31,6%) frente al 15,21% que representa en la población nacional para este rango de edad. Además, también se observa una menor tasa de mujeres menores de 19 años (6,4% frente al 9,38%) y un mayor porcentaje de mujeres mayores de 40 años (8% frente al 3,8%); lo que se traduce en una población de mayor edad entre las pacientes de nuestro estudio.(Tabla 5 y6).

**Tabla 5.- I.V.E. Número según grupo de edad. 2015. Total Nacional.**

EDAD por años									
	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
<b>TOTAL I.V.E.</b>	94.188	371	9.641	19.063	20.156	20.473	17.117	6.745	622

**Tabla 6- Tasas por 1.000 mujeres por cada grupo de edad. Total Nacional.**

Año	<19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	>40 años
<b>2015</b>	9,38	16,67	15,21	12,50	8,79	3,80
<b>2014</b>	9,92	16,56	15,34	12,33	8,65	3,83
<b>2013</b>	12,23	19,43	16,84	13,42	9,22	3,92
<b>2012</b>	13,02	20,55	17,58	13,40	9,00	3,90
<b>2011</b>	13,68	21,37	17,75	13,40	9,26	3,87
<b>2010</b>	12,71	19,82	16,34	12,09	8,27	3,50
<b>2009</b>	12,74	20,08	16,02	11,63	8,05	3,36
<b>2008</b>	13,48	21,05	16,49	11,63	7,97	3,30
<b>2007</b>	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
<b>2006</b>	12,53	18,75	14,44	10,12	7,34	3,05



Los datos obtenidos discreparían con los publicados en el 2015 en el conjunto de la comunidad canaria. El porcentaje del grupo de edad de 19 años o menos fue mayor, con un 10,53% frente 6,4% de la muestra de estudio; similar a la media nacional (9,38%). En cuanto al grupo de edad de 40 o más años, supone un 7,2% de las mujeres que realizaron durante el 2015 en Canarias una IVE lo que lo sitúa en el doble de lo publicado a nivel nacional (3,8%), aunque similar al porcentaje de la población de estudio (8%). El grupo de edad predominante en el 2015 correspondería entre 25-29 años (23,29%) al igual de la población de estudio.

### **EDAD GESTACIONAL**

Si analizamos la edad gestacional media de las mujeres que accedieron a una IVE en nuestra Isla, se observó cómo la edad gestacional media se situó en 8+6 semanas entre nuestras encuestadas y coincide con la registrada a nivel nacional y en la población canaria.

**Tabla7.- Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación. Total Nacional**

<b>Año</b>	<b>&lt;8 sem (%)</b>	<b>9-14 sem (%)</b>	<b>15-22 sem (%)</b>	<b>&gt;23 sem (%)</b>
<b>2015</b>	69,83	23,99	6,06	0,12

### **PARIDAD**

Se mantiene el perfil predominante de usuaria de IVE con hijo previo entre las pacientes a nivel nacional (55,21%) y Canarias (51,75%) durante el año 2015. En la muestra registrada nuestro estudio el porcentaje de mujeres con más de una gestación fue ligeramente superior (62,8%), aunque estas diferencias no son clínicamente significativas.

**Tabla 8 .- Antecedentes obstétricos .Elaboración propia de los datos de IVE de ministerio 2015.**

2015	Total	Primigestas (0 hijos)	No IVE anteri (0 IVE)
ESPAÑA TOTAL I.V.E.	94.188	42.18 (44,79%)	58.736 (62,36%)
CANARIAS TOTAL I.V.E.	5.211	2.202 (42,25%)	3.091 (59,31%)

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS:**

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados previos a esta gestación, coincide el porcentaje de población no usuaria de algún tipo de método anticonceptivo entre las solicitantes de IVE (41,9%) de nuestro estudio, con los datos recogidos durante el 2015. Presentando porcentajes más elevados de no uso entre las usuarias canarias (45,55%) frente la media nacional (34,67%).

**Tabla 9 .- Métodos anticonceptivos .Elaboración propia de los datos de IVE de ministerio 2015.**

2015	Total	Ninguno	Natural	Barrera	Hormonal	DIU	Otros	NC
<b>España TOTAL I.V.E.</b>	94.188	32.656 (34,67%)	3.543 (3,76%)	23.349 (24,78%)	12.819 (13,61%)	967 (1,02%)	539 (0,57%)	20.295 (21,54%)
<b>Canarias TOTAL I.V.E.</b>	5.211	2.374 (45,55%)	16 (0,3%)	1.254 (24,06%)	1.428 (27,4%)	110 (2,11%)	16 (0,3%)	13 (0,25%)

Según la última estudio publicada por la SEC en el 2016, en base a 2.200 encuestas sobre el uso y opinión de los métodos anticonceptivos en España, el 24,7 % de las mujeres en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo y tan solo el 10 % del total tienen riesgo real de quedar embarazadas. Casi la mitad (49,1%) de las mujeres menores de 19 años declaran no usar ningún método anticonceptivo.

En nuestro estudio, el grupo de edad menor de 30 años presenta un alto porcentaje de no uso de anticonceptivos (llegando a un 58% entre 18-24 años). Es el grupo de edad de 30-35 años el que utiliza con mayor frecuencia métodos anticonceptivos eficaces aunque buena parte (39,6%) de los embarazos no deseados se produjeron por mal uso o problemas de cumplimiento con el método por ellas elegido. Una alternativa sería fomentar el uso de los LARCs como el DIU, al tratarse de un método que proporciona una protección anticonceptiva larga y eficaz durante el tiempo que la mujer desee y no depende de la participación activa de la mujer, lo que les confiere una alta efectividad. Además, casi todas las mujeres son candidatas a su uso, incluidas las adolescentes. Pero a pesar de ello sólo el 6,9% de las mujeres españolas que usan métodos anticonceptivos optan por el DIU. Esta baja proporción de su uso en nuestro medio se explica en parte por las reticencias de las mujeres a utilizarlos y por las barreras de los propios profesionales. De hecho, sólo el 31% de las mujeres de la encuesta de la SEC 2016 refieren haber sido informadas por los profesionales sanitarios de esta alternativa. De ahí la importancia de la desmitificación y formación de los profesionales.

### **ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA:**

En este estudio se analizó también el uso de anticoncepción de urgencia, observando que únicamente el 3,5% de las mujeres de nuestro estudio recurrieron a él en esta ocasión, a pesar de que el 70,9% afirmaban conocerlo y el 37,7% la habían utilizado alguna vez, lo que nos podría hacer pensar que en nuestro medio, podría ser una medida útil para disminuir los embarazos no deseados. Además, cabe destacar como, entre las mujeres más jóvenes (<18 años), ninguna confesó haberlo utilizado, lo que nos lleva a considerar que debemos promover su utilización no sólo en atención primaria sino también en las escuelas. Deben realizarse acciones preventivas orientadas a evitar embarazos no deseados, como la educación afectiva y sexual en la escuela, la atención activa a los jóvenes desde la atención primaria, haciendo énfasis en la anticoncepción de emergencia además del uso consistente de un método contraceptivo eficaz.

Sólo el 43,4% de las encuestadas conocían los tiempos de administración de la anticoncepción postcoital. En cuanto al método utilizado, el más conocido fue el Levonorgestrel en un 27,5% y sólo en un 8,6% el acetato de ulipristal. En la revisión de la Cochcrane del 2017 demostraron que el acetato de Ulipristal, es el mejor método debido a su eficacia y facilidad de uso, por lo que debiera difundirse más su uso en nuestra población<sup>15</sup>.

El 36,1% de las encuestadas que habían utilizado la anticoncepción de emergencia, lo había hecho en más de 1 ocasión, por lo que debe educarse a la población para su uso adecuado solo en el caso de fallo de un método contraceptivo habitual o después de una relación no protegida. Aunque no tiene efectos secundarios graves y su uso repetido no es un problema, se debe insistir en que no debería utilizarse como método anticonceptivo habitual, ya que no protege frente a las ITS ni el virus de la inmunodeficiencia humana, entre otros.

Desde el mes de octubre de 2004, la anticoncepción de emergencia se puede conseguir gratuitamente en diferentes puntos de la red sanitaria: centros de atención primaria, centros de atención a la salud sexual y reproductiva, y urgencias hospitalarias, entre otros. Este fácil acceso ha conducido a grandes controversias entre expertos y en la población. Por una parte, ofrece la posibilidad de reducir los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias, pero por otro hay riesgo de que se abuse de él y acabe por utilizarse como un método de anticoncepción habitual y aumenten las relaciones sin protección. En nuestra muestra de pacientes, el 64,1% consideraban fácil el acceso a la anticoncepción de urgencia y solo el 31,8% valorarían su dispensación en supermercados, por lo que creemos que únicamente sería conveniente dar información adecuada a la población de más riesgo de embarazos no deseados.

En diferentes países se han realizado estudios analizando si la facilidad del acceso a la pastilla poscoital afecta a las tasas de embarazos, las enfermedades de transmisión sexual o los comportamientos sexuales y anticonceptivos<sup>13,14</sup>. Estos estudios muestran que la accesibilidad al comprimido no influye en la reducción de los embarazos no planificados. Lo que sí se observaba, era un aumento de su uso y una reducción en el tiempo entre la relación de riesgo y la toma del comprimido cuando las mujeres disponían de la pastilla por anticipado.

Claramente todavía existe desconocimiento de la verdadera utilidad de la anticoncepción de emergencia. Por tanto, como problema de salud pública, quizá se

debería dar más información de la que se ofrece en la actualidad, desde todos los agentes implicados con políticas e intervenciones de salud, fomentando las conductas sexuales saludables.

## **5.- CONCLUSIONES:**

Nuestra comunidad es de las que registra tasas más altas de IVEs a nivel nacional. Las tasas más bajas de IVEs se relacionan con los sistemas con requisitos más orientados hacia las necesidades de las mujeres y donde éstas tienen una mayor autonomía para acceder a educación sexual, métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. De ahí, la importancia de la creación de estrategias que potencien estos puntos fundamentales.

Una posible explicación para la mayor tasa de IVEs en nuestra comunidad es la falta de educación sexual y de información acerca del uso de métodos anticonceptivos habituales y de urgencia, como se puede evidenciar por la falta de utilización de los mismos en un elevado porcentaje de la muestra que se sometió a una interrupción (41.9%), el uso inadecuado de los mismos (por ejemplo, interrupción en el uso del método anticonceptivo) y el desconocimiento de la anticoncepción de urgencia (29.1%).

Es importante implementar campañas de educación a la comunidad para poder mejorar esta situación, ya sea mediante atención primaria o especializada, ya que existe un interés por parte de las mujeres como se evidencia en el alto porcentaje de mujeres que consultarían a un profesional sanitario tras la interrupción.

Y por último, aunque no es objeto de estudio en este trabajo, es de destacar la baja tasa de aborto farmacológico (0,3%) en Canarias con respecto al resto de las comunidades autónomas. La diversidad de métodos empleados entre las distintas comunidades tiene que ver con diferencias organizacionales, legislativas o económicas, o simplemente es debido a la permanencia de tradiciones que no se han cuestionado. Por lo que, sin duda, es un aspecto fundamental que debería ser tratado con creación de un grupo de trabajo interdisciplinar para impulsar la utilización de del método farmacológico para las IVE en base a la evidencia científica.

## REFERENCIAS

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388:258.
2. Singh S and Maddow-Zimet I, Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, *BJOG*, 2015, doi:10.1111/1471-0528.13552.
3. Singh S, Darroch JE and Ashford LS, Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014, New York: Guttmacher Institute, 2014.
4. Kassebaum NJ et al., Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet*, 2014, 384(9947):980–1004.
5. Say L et al., Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, *Lancet Global Health*, 2014, 2(6):e323–e333.
6. Protocolo “Proceso ILE” del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC.
7. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo
8. ORDEN de 30 de junio de 2010, por la que se crean en la Comunidad Autónoma de Canarias, los comités clínicos del artículo 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
9. ORDEN de 30 de junio de 2010, por la que se designan miembros de los comités clínicos del artículo 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
10. Instrucción nº 14/10, de 2 de julio de 2010, del Director, relativa a la implantación de la prestación de interrupción voluntaria de embarazo en el Servicio Canario de la Salud, en los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo.
11. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52(1):67-8

12. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

13 Polis C.B., Schaffer K., Blanchard K., et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). Cochrane Database Syst Rev. 2007; 2:CD005497.

14 Raymond E.G., Stewart F., Weaver M., et al. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006; 108:1098-106.

15.- Shen J, Che Y, Showeill E, Che K, Cheng L. Intervenciones para la anticoncepción de urgencia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 8. Art.N0:CD001324