



Original

Interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes del medio rural: evolución desde 2008

María Ángeles Moreno Fontiveros^{a,*}, Inmaculada Izquierdo Gallardo^a,
 María José Martínez Vera^a, Elena Bravo Muñoz^b y Grupo de Estudio del Adolescente
 (greAdol) de la SAMFyC

^a ZBS Estepa, AGS Osuna, Sevilla, España

^b Hospital Costa del Sol, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de octubre de 2015

Aceptado el 25 de enero de 2016

On-line el 3 de marzo de 2016

Palabras clave:

Interrupción voluntaria del
 embarazo

Adolescente

Rural

Atención primaria

Aborto

R E S U M E N

Objetivo: La incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) es un indicador importante de los embarazos no deseados y de la efectividad de los servicios de contracepción. Buscamos conocer la prevalencia de IVE en adolescentes en nuestra área y compararla con las detectadas en años anteriores.

Método: Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron datos de solicitudes de IVE en atención primaria de la zona básica de salud de Estepa de 2 periodos de tiempo distintos, ambos de 21 meses, separados por 6 años (desde mayo de 2006 a enero 2008 y octubre 2012 a junio 2014, respectivamente). Variables recogidas: localidad de procedencia, fecha y lugar de nacimiento.

Resultados: En el primer periodo de tiempo se solicitaron 67 IVE, de las que 25,37 % fueron extranjeras; en el segundo periodo estudiado el número de IVE solicitadas fue menor (60), pero aumentó el porcentaje de extranjeras que la solicitaron (36,66 %). Si tomamos el límite de edad para definir la adolescencia en los 21 años, en el primer periodo estudiado fueron 33 las solicitudes de IVE (50,76 % de las tramitadas), de las que 9 eran menores de 19 años y el 15,15 % extranjeras. En el segundo tramo solicitaron IVE 20 adolescentes (33,3 % de las IVE solicitadas), de las que 13 eran menores de 19 años y el 35 % extranjeras.

Conclusiones: La prevalencia de solicitudes de IVE en todas las franjas de edad y de las de adolescentes es mucho menor a la observada en el resto de España. Observamos un aumento significativo de IVE en adolescentes con respecto a años previos, especialmente importante dentro de la población adolescente extranjera.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mangelesmfontiveros@gmail.com (M.Á. Moreno Fontiveros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.01.001>

1889-5433/Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Voluntary interruptions of pregnancy in adolescents in rural areas: Development since 2008

A B S T R A C T

Keywords:

Voluntary interruption of pregnancy
Adolescent
Rural
Primary care
Artificial abortion

Objective: The incidence of voluntary pregnancy interruption (VPI) is an important indicator, first of unwanted pregnancies, and secondly the effectiveness of Family Planning Clinics. We attempt to determine the adolescent voluntary pregnancy interruption rate in our area and compare it with that found in previous years.

Method: A cross-sectional and multicentre study was conducted using data from VPI requests collected in the Primary Care Health District of Estepa, over two different periods, both 21 months, separated by six years (Between May 2006 and January 2008, and from October 2012 to June 2014). The variables collected included locality of origin, and date and place of birth.

Results: There were 67 VPI requests in the first period, of which 25.37% were foreigners. Although the number of VPI is smaller (60) in the second period, there is an increase in the percentage of foreigners who request it, 36.66%. If we take the age limit of being adolescent as under 21 years, in the first period studied there were 33 women who applied VPI (50.76% of VPI processed), of whom 9 were under 19, and 15.15% were foreigners. In the second period, VPI was requested by 20 adolescents (33.3% of VPI processed), of whom 13 were under 19 years old, and 35% were foreigners.

Conclusions: The prevalence of VPI requests in all the age groups and adolescents is much lower than that observed in the rest of Spain. We observed a significant increase in adolescent VPI requests compared with previous years, and it is particularly significant in foreign adolescents.

Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «el periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos»; fija los límites entre los 10 y los 19 años. En este periodo los adolescentes adquieren capacidades y se enfrentan a retos nuevos, se les abre un abanico de oportunidades, pero también de vulnerabilidad para conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin anticoncepción, y con ello el embarazo adolescente¹. No cabe duda de que el adolescente necesita del soporte familiar, social y legislativo para que pueda responder a la realidad que vive en estos momentos, tomar conciencia de los problemas y asumir responsabilidades².

A la hora de delimitar la adolescencia el criterio cronológico utilizado por la OMS no tiene en cuenta las grandes variaciones individuales y la influencia de los factores psicosociales. Por ello, podemos definir la adolescencia de 2 formas³:

- Según la cronología: desde los 10 a los 19 años.
- Según el desarrollo psicosocial: desde los 12 a los 21 años; esta última es más lógica, dado que se ajusta mejor a los cambios experimentados por el adolescente.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una práctica habitual en el control de la fecundidad en todas las

sociedades y en todos los tiempos de la historia; sucede independientemente de que las leyes la permitan, la despenalicen o la prohíban. Se calcula que se producen en el mundo 46 millones de IVE al año, cerca de la mitad en condiciones de inseguridad, sobre todo en países que no la han despenalizado o en los que no hay accesibilidad a servicios adecuados. Según los organismos internacionales de derechos humanos y de salud, lo mejor que los gobiernos pueden hacer frente a las IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten la anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios de calidad que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de accesibilidad para las usuarias (OMS 2003).

La incidencia de IVE es un indicador importante de los embarazos no deseados y de la efectividad de los servicios de contracepción. El 5 de julio de 2010 entró en vigor en España la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley Orgánica 2/2010, de 3 marzo), que regula el aborto. Según consta en el título preliminar, el objetivo de la Ley es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, con actuaciones en información y educación sexual, y mejorar el acceso universal a los servicios y a métodos seguros y eficaces. Se regula el acceso a la IVE a petición de la mujer y el aborto se ha convertido *de facto* en un derecho. Durante las primeras 14 semanas de gestación, la mujer puede proceder, libremente y sin supervisión de terceros, a la IVE, y hasta la semana 22 siempre que haya un grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así sea dictaminado por un médico o especialista distinto de quien practique la intervención. El consentimiento de la adolescente para IVE

es suficiente para interrumpir su gestación; también entre las jóvenes de 16 y 17 años, pero deberá ser informado al menos uno de sus representantes legales (salvo causas excepcionales que están tipificadas en la Ley). El acceso a los servicios médicos ha de estar exento de barreras y deben ser atendidas por profesionales capacitados y sensibles.

En atención primaria estamos asistiendo a un incremento de los embarazos no deseados entre adolescentes debido a diversos factores de riesgo: inmigración, familias disgregadas, bajo nivel cultural⁴ y relaciones sexuales tempranas, con suficiente información acerca de educación sexual, pero mal abordaje para la prevención de un embarazo no deseado.

El embarazo no deseado tiende a perpetuar la pobreza y el aislamiento social de la mujer y de los hijos. Entre las madres adolescentes hay más abandono de los estudios, recursos de toda índole más limitados para ejercer su maternidad, se dan más matrimonios prematuros y se observa mayor multiparidad, más pobreza, más estigma de ilegitimidad, más depresión y embarazo recurrente en la adolescencia de una generación a otra. Cuando la adolescente tiene menos de 15 años el embarazo se considera un riesgo médico directamente ligado a la edad, por darse mayor mortalidad y morbilidad perinatal e infantil⁵.

Objetivos

- Estudiar la incidencia de IVE en un medio rural en 2 periodos separados.
- Comparar la incidencia de IVE en adolescentes en 2 periodos de tiempo.

Material y métodos

La zona básica de salud de Estepa se encuentra situada en la provincia de Sevilla, Sierra Sur, y está compuesta por 9 municipios. El nivel medio socioeconómico de la población es bajo, con una economía basada especialmente en la agricultura y la industria agroalimentaria.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se estudiaron las IVE en este medio rural, muy alejado de zonas urbanas como Málaga o Sevilla. Las solicitudes de IVE de esta zona básica de salud se gestionan a través de una única trabajadora social. En la primera entrevista para solicitar una IVE se reúne una serie de datos en su historia clínica que hemos utilizado para realizar nuestro estudio.

Se recogieron datos de solicitudes de IVE en atención primaria de 2 periodos de tiempo distintos, ambos de 21 meses: 1 de mayo de 2006 a 30 enero 2008 y 1 octubre 2012 a 30 junio del 2014, respectivamente. Las variables estudiadas fueron localidad de procedencia, fecha de nacimiento y lugar de nacimiento. Se excluyeron las solicitudes de mujeres que no vivían dentro de la zona básica de salud de Estepa. Los datos de población se obtuvieron a través del Instituto Nacional de Estadística. Para elaborar los datos obtenidos se utilizó el programa R commander.

Tabla 1 – Resumen datos obtenidos en los periodos de tiempo estudiados

	Mayo de 2006 a enero de 2008	Octubre de 2012 a junio de 2014
IVE total	67	60
IVE extranjeras	17	22
	25,37 %	36,66 %
IVE en menores de 21 años	33	20
	50,76 %	33,33 %
IVE en menores de 19 años	9	13
	13,43 %	21,66 %
Extranjeras menores de 21 años	5	7
	15,15 % de IVE en adolescentes	35 % de IVE en adolescentes

Negrita: valores netos.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2006 y enero de 2008 se solicitaron 67 IVE en el área (6,7 por cada 1.000 mujeres de 15-44 años), de las que 17 (25,37%) eran extranjeras.

La media de edad fue de 24,6 (DE: 7,34) años. Si tomamos como límite de edad para definir la adolescencia los 21 años, fueron 33 las mujeres que solicitaron IVE (50,76% de las tramitadas); si limitamos la definición de adolescencia a los 19 años, como indica la OMS, 9 fueron las IVE solicitadas por adolescentes (13,43%), 3,2 por cada 1.000 habitantes. De las IVE solicitadas por menores de 19 años 5 fueron extranjeras (15,15%).

Desde octubre de 2012 a junio 2014 se solicitaron 60 IVE en el área (6,33 IVE por cada 1.000 mujeres de 15-44 años), de las que 22 fueron extranjeras (36,66%). La media de edad era de 25,36 (DE: 7,1) años. Menores de 21 años eran 20 (33,33% de las tramitadas) y menores de 19 años 13 (21,66%). De las solicitadas por menores de 19 años 7 eran extranjeras (35%, 4,86 por 1.000 habitantes) (tabla 1).

Comentarios

No observamos diferencias significativas entre la incidencia de solicitudes de IVE en los 2 periodos de tiempo estudiados; en ambos casos es mucho menor a la observada en el resto de España (en 2007 11,44 por 1.000; en 2012 12,01 por 1.000) y en Andalucía (en 2007 11,22 por 1.000; en 2012 13,08 por 1.000). La incidencia de IVE en España en menores de 19 años es de 12,95 por 1.000; los resultados obtenidos en nuestra área son muchos menores en los 2 periodos estudiados.

A pesar de esto, hemos observado un aumento significativo de IVE en adolescentes con respecto a años previos. Es muy llamativo el incremento de la proporción de IVE en adolescentes extranjeras.

A la hora de analizar los datos obtenidos debemos tener en cuenta algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido, dados los cortos periodos de tiempo estudiados y la limitación territorial; además es difícil conocer la población inmigrante real de nuestra área, pues hay continuas fluctuaciones al tratarse en muchos casos de

trabajadores temporales agrícolas que no están registrados en los censos públicos. Otra limitación es dada por la propia obtención de registros, puesto que algunas mujeres acuden a clínicas privadas y no se han podido recoger datos de IVE relacionados con malformaciones fetales, ya que estas se gestionan en el Hospital de la Merced de Osuna.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones descritas, podemos afirmar que la población adolescente e inmigrante es un grupo de especial riesgo y, por lo tanto, sobre el que debemos dirigir actividades preventivas. Es imprescindible para ello extender la educación sexual y la accesibilidad de los recursos sanitarios de planificación familiar y anticonceptiva a estos 2 grupos de población.

Desde los centros de atención primaria debemos ofrecer un marco adecuado, con profesionales capacitados y sensibles, que sepan acercarse a la paciente adolescente en un momento crítico, como es la toma de decisión de una IVE. Es imprescindible realizar una posterior entrevista tras la IVE, que posibilite el seguimiento de estas pacientes para informarlas y guiarlas en la elección del anticonceptivo más eficaz y adecuado de cara a evitar conductas repetitivas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO), broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Geneva: Department of child and adolescent health and development family and community Health 2011 [consultado 15 Ene 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en/index.html.
2. Santelli JS, Di Clemente RJ, Miller KS, Kirby D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med.* 1999;10:87-108.
3. Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Guía de atención del adolescente. Sociedad Andaluza Medicina de Familia; 2008.
4. Alonso García MC, Piñana López A, Cánovas Inglés A, Luquín Martínez R, Muñoz Ureña AM, Piñana López JA. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. *Semergen.* 2011;37:227-32.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia. *Prog Obstet Ginecol.* 2014;57:380-92.