



OSASUN ETA KONTSUMO

SAILA

Kalitate, Ikerketa eta Berrikuntzako
Saiburuordetza
*Ezagutzaren Gestio eta Ebaluazioko
Zuzendaritza*

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO**

Viceconsejería de Calidad, Investigación
e Innovación Sanitaria
*Dirección de Gestión del Conocimiento y
Evaluación*

INFORME DEL REGISTRO DE

INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

2009

febrero 2011

N. Rodríguez-Sierra
M.I. Izarzugaza
info2-san@ej-gv.es

Servicio de Registros e Información Sanitaria
Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación
Departamento de Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

Desde la entrada en vigor de la ley de despenalización del aborto de 1985, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), está sometida a vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Sanidad, ateniéndose a la Orden de 16 de Junio de 1986, asumió la realización de esta vigilancia, para lo cual desarrolló un sistema de información nacional, en el que participa la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a través del Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

El objetivo de este documento es describir los datos de las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE en el año 2009 y la evolución de las tasas de abortividad en la CAPV y los tres territorios históricos.

Se hace también una descripción de los datos de las mujeres que siendo residentes en la CAPV han nacido en el extranjero y se sometieron a la IVE en 2009.

Los datos recogidos permiten conocer información sobre las IVEs que se realizan en la CAPV, así como el perfil socio-demográfico de la mujer residente en el País Vasco que recurre a la IVE y datos sobre la intervención realizada. Esta información servirá a los profesionales de la sanidad pública y privada de nuestra comunidad para planificar los servicios de atención y orientación a la mujer y poner en marcha medidas preventivas y/o de educación sanitaria para evitar, en lo posible, la necesidad de recurrir a la IVE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos presentados son los recogidos en las fichas de notificación que corresponden a las IVEs notificadas en el año 2009 al Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, ubicado en el Departamento de Sanidad y Consumo.

Los centros acreditados para la práctica de la IVE remiten periódicamente al registro las notificaciones de las intervenciones realizadas, cuyos datos son validados, codificados y procesados de acuerdo al protocolo y a la aplicación informática desarrollados por el Ministerio de Sanidad. Anualmente y una vez realizada la depuración definitiva de los datos, se envía el fichero de las Interrupciones realizadas en nuestra Comunidad al Ministerio de Sanidad y Política Social, el cual posteriormente, envía al registro de IVEs de la CAPV los datos de las mujeres vascas que recurrieron a la IVE en otras comunidades.

En el año 2000 se comenzó a recoger la información sobre la causa de la IVE en los hospitales de Osakidetza que se codifica según los criterios y reglas que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica 9ª revisión (CIE-9-MC).¹

A partir de 2007 se comenzó a recoger el país de origen, el año de llegada a España y la nacionalidad de la mujer que se ha sometido a la IVE. Para el análisis de esta información, en 2007 y 2008 se tuvieron en cuenta únicamente los centros que habían notificado estas variables correctamente. En 2009 se tienen en cuenta la totalidad de los centros.

El único indicador de exhaustividad de que disponemos sólo es aplicable a los centros públicos, comparando los datos de las IVEs recogidas en el registro de altas hospitalarias con los que llegan al registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo.

Las tasas de abortividad específicas para cada grupo de edad se definen como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. La tasa de abortividad voluntaria se define como el número de IVEs por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años). El intervalo de edad fértil en las mujeres se ha definido como el de 15 a 44 años en concordancia con las publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo², así como con publicaciones del Departamento de Sanidad y Consumo^{3,4}. Para el cálculo de las tasas se han utilizado las proyecciones de población 2020 difundidas por EUSTAT en 2009.

Las tasas de España y de otras comunidades se han obtenido de la publicación anual del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

RESULTADOS

El número total de IVEs notificadas al registro de la CAPV en el año 2009 fue de 3.570 y significa el mayor número de notificaciones desde que se creó el registro. Según se puede observar en la **Tabla 1** el número de intervenciones realizadas a mujeres residentes en otras CCAA fue de 547, siendo la mayoría de Comunidades limítrofes como Navarra (57,4%), Cantabria (22,1%), La Rioja (11,5%) y Burgos (5,3%). Las mujeres residentes en la CAPV que se sometieron a la IVE tanto en centros de nuestra comunidad como en centros de otras comunidades fueron 3.023 (27 mujeres más que en 2008) y a éstas se refieren los resultados que se presentan.

Los centros acreditados en la CAPV que notificaron IVEs fueron 7 públicos y 6 privados siendo uno de estos últimos una asociación sin ánimo de lucro y por lo tanto financiado públicamente (anexo 1).

En la **Tabla 2** se presentan las características socio-demográficas de las mujeres que se sometieron a la IVE en 2009 así como datos sobre la intervención. Como se puede observar, las mujeres que más frecuentemente recurrieron a la IVE fueron el grupo de edad de 25 a 29 años, 300 (9,9%) eran menores de 20 años.

En algo más de la mitad de los casos, la mujer no convivía en pareja. Respecto a la situación laboral, aproximadamente dos de cada tres mujeres se encontraba laboralmente activa, el 16,6% se encontraba en paro y el 10,7% eran estudiantes. En cuanto al nivel de instrucción la mitad de ellas (61,2%) tenía o estaba cursando estudios de segundo grado/2º ciclo o superiores y entre estas últimas, el 19% tenía o estaba cursando estudios universitarios.

En algo más de la mitad de los casos (51,6%) la mujer no tenía hijos y en el 28,7% de los casos ya había recurrido a la IVE con anterioridad. El 67% de las mujeres no había acudido a ningún centro o servicio sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos durante los dos años previos a la IVE. En el caso de las adolescentes, este porcentaje se eleva al 81,7% (**Gráfico 1**).

La evolución del porcentaje de mujeres que sometiéndose a la IVE no habían acudido en los dos años previos a ningún centro de planificación familiar se observa en el **Gráfico 2**. Las mujeres pertenecientes a los grupos de edad más jóvenes, son las que en menor medida hacen uso de los recursos de planificación a lo largo de los diez años de estudio.

En dos de cada tres casos la IVE se hizo en las primeras 8 semanas de gestación. En el 92,3% de los casos el motivo alegado para la realización de la IVE fue la existencia de peligro para la salud física o psíquica de la embarazada manteniéndose este porcentaje similar a años anteriores. La aspiración fue la técnica de intervención más utilizada (45,9%), seguida de la RU-486 (32,7%).

En el **Gráfico 3** se puede observar la evolución IVEs realizadas a mujeres residentes en la CAPV en hospitales de Osakidetza y en centros privados del País Vasco. No se tienen en cuenta las realizadas a residentes vascas en centros de otras CCAA ya que no se conocen los datos de esos centros.

Del total de mujeres que se sometieron a una IVE en 2009, el 37,7% (1.140) habían nacido en el extranjero. En la **tabla 3** se observan el país de nacimiento y el año de llegada a España de las mujeres extranjeras residentes en el País Vasco que se sometieron a una IVE en 2009. La mayoría eran de Bolivia (27,6%), seguidas de las de Ecuador (9,0%), Rumanía (8,5%), Paraguay (7,9%) y Colombia (6,8%).

Si observamos el tiempo desde su llegada de sus países de origen, las mujeres de Bolivia y Ecuador, que son las que más frecuencia representan, llevan residiendo en España tres años o más (Bolivia) o más de cinco años (Ecuador). En el caso de las rumanas parece que su llegada a España es más cercana en el tiempo.

En la **tabla 4** se ha hecho una comparación entre las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Así podemos observar cómo las mujeres cuyo país de nacimiento es extranjero son algo más jóvenes, conviven en pareja en mayor proporción, tienen menor nivel de estudios y tienen ingresos económicos en el casi el 70% de los casos frente al 64,6% de las españolas.

Las extranjeras tienen hijos e IVEs anteriores en mayor proporción que las españolas y usan los centros de planificación familiar en menor proporción.

El motivo de la IVE en las mujeres extranjeras ha sido “peligro para la salud materna” en el 99,3% de los casos lo que conlleva que la IVE se haya realizado con menos semanas de gestación y el legrado haya sido utilizado en menor medida.

En el **Gráfico 4** se presentan las tasas de abortividad por grupos de edad donde se puede observar que, como en años anteriores, la tasa más alta corresponde al grupo de edad de 20 a 24 años con una tasa de 12,64 por 1000 mujeres.

En la **tabla 5** se describen las causas de la IVE cuando el motivo ha sido “Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”. Así se observa cómo, en la mayoría de ellos (82,8%) la causa fue la existencia de anomalías congénitas (grupo XIV) y dentro de éstas las más frecuentes las alteraciones cromosómicas seguidas de las malformaciones congénitas del sistema nervioso.

En la **tabla 6** se describen las anomalías cromosómicas diagnosticadas en los fetos siendo el “Síndrome de Down” la más frecuente (57,5% de los casos) seguida a distancia del “Síndrome de Edwards” (16,0%).

En la **tabla 7** se presenta una evolución del número total de IVEs que se han realizado a mujeres residentes en la CAPV desde 1993 y las tasas específicas correspondientes en mujeres de 15 a 44 años residentes en esta Comunidad Autónoma. Como se puede observar, en 2009 la tasa de IVE (7,03 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años) ha sido algo superior a la de 2008 y es la tasa más alta desde el inicio del registro.

La evolución de las tasas de abortividad por grupos de edad desde 1997 se presentan en el **Gráfico 5**. Aunque las mujeres del grupo de edad 20-24 son en todo el periodo las que presentan mayor tasa de IVE, en el último año se observa una estabilización de la tasa, que comenzó a disminuir en 2007, así como en el grupo de edad de las más jóvenes (15-19) en las que sigue disminuyendo desde 2007. En el resto de los grupos de edad se observa un discreto aumento o bien estabilización, como en el grupo de edad 40-44 años.

El **Gráfico 6** muestra la evolución de la tasa de abortividad por Territorio Histórico en el periodo 1997-2009, observándose en el último año un discreto aumento de la tasa en Bizkaia y Gipuzkoa y una ligera disminución en Álava.

El **Gráfico 7** presenta la evolución de la tasa de abortividad de la CAPV y de España desde el año 1997. Se observa en España un ligero descenso en el último año y en la CAPV se produce un ligero ascenso aunque la evolución de todo el periodo es paralela, representando la CAPV tasas más bajas en todos los años.

La comparación de la tasa de la CAPV con la del resto de las Comunidades Autónomas se puede observar en el **Gráfico 8**, siendo la CAPV la sexta Comunidad con menor tasa de abortividad.

COMENTARIOS

El Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo se basa en notificaciones y por lo tanto es aceptado que se puede producir una infradeclaración. Este hecho influirá en cierta subestimación de las tasas⁵, si bien, como otros trabajos apuntan⁶ este sesgo es común a todos los registros basados en notificaciones. Por otro lado, como se ha mantenido la metodología podemos hacer a lo largo de los años una comparación de estas tasas.

El único criterio de calidad para medir la exhaustividad de la cobertura sólo es posible obtenerlo en los hospitales públicos de la CAPV y suponen solamente un 8,1% del total de las IVEs realizadas en esta Comunidad.

Desde 1997 a 2007 se ha venido observando una tendencia ascendente en las tasas de abortividad en todos los grupos de edad, siendo el aumento más acusado desde el año 2003 en los tres grupos de edad más jóvenes. En 2008, se observa una ligera disminución de las tasas en las mujeres de 15 a 29 años que continúa en 2009 en el caso de las adolescentes y se estabiliza en el grupo 20-24.

El perfil socio-demográfico de la mujer residente en el País Vasco que se somete a la IVE es similar a años anteriores, aunque respecto a la edad parece que empieza a haber un desplazamiento a grupos de edad mayores. Este año el grupo de edad 30-34 ha representado un porcentaje mayor que el de 20-24. Esta diferente distribución se traduce en que han aumentado las tasas de los grupos de edad mayores y han disminuido o se han estabilizado las de los grupos de edad más jóvenes aunque sigue siendo el grupo de edad 20-24 el que mayor tasa presenta.

En 2009 en general, en todos los grupos de edad ha disminuído el porcentaje de mujeres que no habían acudido a ningún servicio o centro sanitario para la utilización o control de métodos anticonceptivos. Las mujeres más jóvenes, al igual que en años precedentes, son las que en menor medida habían acudido a estos servicios. De ahí la importancia de seguir haciendo hincapié en la promoción de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

En los centros privados, el motivo por el que se realizó la interrupción del embarazo fue “peligro para la salud física o psíquica de la embarazada” en todos los casos, ya que estos centros sólo están acreditados para la práctica de la IVE en este supuesto. Sin embargo, en las IVE que se realizaron en los centros públicos, el motivo de la

interrupción fue, en el 96,6% de los casos, “presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras”; así vemos, como otros autores indican⁷, una clara relación entre el motivo de la IVE y el tipo de centro en el que se realiza. Así mismo, hay que tener en cuenta que en la CAPV en 2009 no había ningún centro privado acreditado para la realización de la IVE de más de 12 semanas, eso puede explicar porqué las mujeres que acudieron a centros de otras CCAA en su mayoría estaban embarazadas de más de 12 semanas.

La causa de la IVE, cuando estaba relacionada con la salud fetal, ha sido en aproximadamente 8 de cada 10 casos la existencia de anomalías congénitas, porcentaje similar en años anteriores, existiendo en la gran mayoría de los casos anomalías cromosómicas, principalmente Síndrome de Down. Como han señalado varios autores, su frecuencia al nacimiento ha disminuído en estos últimos años debido a la legalización de la IVE⁸. Según datos del País Vasco proporcionados a Eurocat⁹ (European Surveillance of Congenital Anomalies) en 2008, de las 451 anomalías congénitas registradas, 148 fueron diagnosticadas prenatalmente terminando en una IVE.

La utilización de la RU-486, como método para la IVE, se introdujo en 2001. Desde entonces, se ha venido utilizando en la CAPV en aproximadamente una de cada tres intervenciones, no siendo así en el conjunto del Estado Español, en el que su utilización también desde su introducción ha sido, al igual que años precedentes sensiblemente más baja (en 2009 un 4,3% del total de IVEs).

En 2009 el número de mujeres cuyo país de origen era extranjero ascendió a 1.140 lo que supone un 37,7% del total de mujeres residentes en el País Vasco que se sometieron a la IVE. Esto lleva a pensar que probablemente en los últimos años han tenido una clara relación en el aumento de las tasas de IVE de la CAPV. Es difícil conocer con exactitud el impacto real que ha supuesto, ya que no se puede saber si todas las mujeres inmigrantes están empadronadas y por lo tanto no estarían en el denominador de las poblaciones de mujeres residentes.

En 2009 el porcentaje de mujeres cuyo país de nacimiento es extranjero y se han sometido a la IVE en la CAPV ha sido inferior que en el conjunto de todas las CCAA donde ha supuesto el 42,8%² del total. Por ejemplo la Comunidad Valenciana representan un 42,4%² y la Comunidad de Madrid representan un 59%²

Las mujeres extranjeras que recurren a una IVE en comparación con las nacidas en España, se diferencian en que son algo más jóvenes, conviven en pareja en mayor proporción, tienen menor nivel de instrucción, ya tienen hijos y han recurrido a una IVE con anterioridad en mayor medida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades. Modificación Clínica 9ª revisión 7ª edición. Madrid 2008.
- 2) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2008. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 3) Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2006.
- 4) Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Documento de Trabajo: Interrupciones Voluntarias del Embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2007.
- 5) MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology principles and methods. Boston: Little Brown and Company; 1970.
- 6) Rodríguez C, Sendra JM, Regidor E, Gutierrez JL, Iñigo J. Propuesta de un método para estimar la subnotificación del aborto inducido practicado en España. Gaceta Sanitaria 1994;8:63-70.
- 7) Uría M, Mosquera C. Legal abortion in Asturias (Spain) after 1.985 law: Sociodemographic characteristics of women applying for abortion. Eur. J. Epid 1.999; 15: 59-64.
- 8) Martínez-Frías ML, Bermejo E. Frequency and trends of congenital defects in Spain: usefulness and significance of different frequencies. Med Clin (Barc). 1999 Oct 16; 113(12) 459-62.
- 9) EUROCAT Website Database: <http://www.eurocat-network.eu> (data uploaded 07/12/2009)

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de los centros que realizan Interrupciones Voluntarias del Embarazo por su exhaustividad en la recogida y envío de los datos.

ANEXO 1

CENTROS QUE HAN NOTIFICADO INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO. CAPV 2009.

ALAVA

Hospital Txagorritxu

GIPUZKOA

Hospital comarcal del Alto Deba

Hospital Donostia

Consultorio Dr. Prada

Askabide

Hospital de Mendaro

Hospital Zumárraga

BIZKAIA

Hospital de Cruces

Hospital de Basurto

Clínica Euskalduna

Lasaitasuna

Módulo Psicosocial Rekaldeberri

Clínica Ginecológica Carlton

ANEXO 2

Población de mujeres por grupos de edad según Territorio Histórico de residencia.
CAPV 2009.

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
15-19	6.300	22.200	13.400
20-24	8.100	28.200	15.600
25-29	10.800	37.700	20.700
30-34	13.500	47.300	27.400
35-39	13.400	47.500	27.900
40-44	12.900	46.800	27.100
Total	65.000	229.700	132.100

Fuente: EUSTAT Proyecciones demográficas 2020

Difundidas por EUSTAT 13 de marzo de 2009

Tabla 1. Total de Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas al Registro de la CAPV y las realizadas a mujeres residentes en la CAPV. Año 2009.

AÑO	Nº IVES realizadas en la CAPV*		Nº IVES en residentes en la CAPV	
	A mujeres residentes en la CAPV	A mujeres residentes en otras CCAA	En centros de la CAPV	En centros de otras CCAA
2009	2.876	547	2.876	147
TOTAL	3.423		3.023	

*A mujeres residentes en la CAPV y mujeres de otras CCAA

Tabla 2. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE y datos sobre la intervención, por grupos de edad. Año 2009.

	Nº TOTAL	%	GRUPOS DE EDAD							
			<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total	3.023		10	290	656	734	658	497	165	13
%			0,33%	9,59%	21,70%	24,28%	21,77%	16,44%	5,46%	0,43%
Situación laboral										
Empresaria	61	2,1%	0	0	9	11	15	17	7	2
Trabaja a sueldo	1.888	62,5%	0	53	374	511	459	360	122	9
Pensionista	10	0,3%	0	0	0	1	2	6	1	0
Estudiante	324	10,7%	8	181	98	29	5	2	1	0
Parada	501	16,6%	1	46	139	138	109	57	10	1
Ama de casa	176	5,8%	0	10	34	34	48	30	19	1
Otros	10	0,3%	0	0	2	2	2	4	0	0
No consta	53	1,8%	1	0	0	8	18	21	5	0
Nivel de instrucción										
Analfabeta o sin estudios	55	1,9%	1	5	9	15	16	7	2	0
1ª grado	345	11,4%	3	33	82	85	67	57	18	0
2ª grado, 1º ciclo	711	23,5%	5	64	168	181	147	106	38	2
2ª grado, 2º ciclo	1.275	42,2%	1	162	290	300	261	192	63	6
3ª grado (Escuela)	368	12,2%	1	21	67	86	91	70	28	5
3ª grado (Facultad)	205	6,8%	0	3	36	52	55	47	12	0
No clasificables	1	0,0%	0	0	0	1	0	0	0	0
No consta	63	2,1%	0	2	4	14	21	18	4	0
Nº de hijos vivos										
Ninguno	1.560	51,6%	9	261	453	393	273	134	35	2
Uno	777	25,7%	1	26	160	194	176	166	48	6
Dos	477	15,8%	0	3	37	113	137	122	61	4
Tres	138	4,6%	0	0	4	22	49	50	12	1
Cuatro o más	71	2,3%	0	0	2	12	23	25	9	0
Nº IVEs anteriores										
Ninguno	2.160	71,5%	10	248	476	501	457	349	107	12
Uno	607	20,1%	0	33	140	171	139	90	33	1
Dos	186	6,2%	0	7	34	44	46	37	18	0
Tres o más	70	2,4%	0	2	6	18	16	21	7	0
Semanas gestación										
8 ó menos	1.995	66,0%	8	191	451	515	416	294	109	11
9 a 12	728	24,1%	1	87	180	170	146	111	31	2
13 a 16	93	3,1%	1	2	7	18	30	29	6	0
17 a 20	136	4,5%	0	5	14	16	38	47	16	0
21 ó más	71	2,3%	0	5	4	15	28	16	3	0
Motivo interrupción										
Riesgo salud materna	2.789	92,3%	8	288	649	704	574	413	140	13
Riesgo fetal	229	7,6%	1	2	5	30	82	84	25	0
Violación	2	0,1%	1	0	0	0	1	0	0	0
Salud materna+riesgo fetal	1	0,0%	0	0	0	0	1	0	0	0
Riesgo salud materna+violación	2	0,1%	0	0	2	0	0	0	0	0
Técnica intervención										
Aspiración	1.389	45,9%	3	143	293	366	272	219	89	4
Dilatación	50	1,7%	0	2	9	7	17	11	4	0
Legrado	437	14,5%	2	36	78	87	102	104	23	5
Ru-486	989	32,7%	4	102	267	248	218	113	33	4
Iny. intravenosa	15	0,5%	0	2	4	3	3	3	0	0
Otros y no consta	143	4,8%	1	5	5	23	46	47	16	0

Tabla 4. Características de las mujeres residentes en la CAPV que se han sometido a la IVE según país de nacimiento. Año 2009

	País de nacimiento	
	España	Extranjero
Total %	62,3%	37,7%
Edad media	29,1	27,5
Convive en pareja		
Si	43,0	53,7
No	53,3	45,1
Desconocido	3,77	1,23
Situación laboral		
Empresaria	2,7	1,0
Trabaja a sueldo	59,8	66,8
Estudiante	13,4	6,3
Parada	15,3	18,7
Ama de casa	5,3	6,8
Otros o desconocida	3,6	0,4
Nivel de instrucción		
Sin estudios	0,9	3,4
1ª grado	7,9	17,3
2ª grado, 1º ciclo	16,3	35,4
2ª grado, 2º ciclo	45,6	36,6
3ª grado (Escuela)	17,3	3,7
3ª grado (Facultad)	9,4	2,5
No clasificable o desconocido	2,7	1,1
Ingresos económicos propios		
Si	64,6	69,7
No	33,2	30,1
Desconocido	2,1	0,3
Nº de hijos vivos		
Ninguno	60,9	36,2
Uno	22,4	31,2
Dos	13,2	20,1
Tres o más	3,5	12,5

	País de nacimiento	
	España	Extranjero
Total %	62,3%	37,7%
Nº IVEs anteriores		
Ninguno	76,6	63,0
Uno	17,3	24,7
Dos ó más	6,1	12,4
Utilización centros planificación		
Si. Público	24,1	20,4
Si. Privado	11,3	2,2
Si. Otros	0,5	0,5
No	61,2	76,2
Desconocido	2,9	0,7
Semanas gestación		
8 ó menos	63,6	70,0
9 a 12	22,7	26,3
13 a 16	4,2	1,2
17 a 20	6,1	1,8
21 ó más	3,4	0,6
Motivo interrupción		
Riesgo salud materna	88,0	99,3
Riesgo fetal	11,9	0,4
Salud materna+riesgo fetal	0,1	0,0
Violación	0,0	0,2
Salud materna+violación	0,1	0,1
Técnica intervención		
Aspiración	41,0	54,1
Dilatación	2,1	0,9
Legrado	17,3	9,8
Ru-486	31,9	34,1
Otros	7,8	1,1

Tabla 5. Causas de interrupción cuando el motivo ha sido "Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras" en mujeres residentes de la CAPV. Año 2009.

GRUPO	CIE 9-MC		Nº	%
I	(0-139)	Enfermedades infecciosas	1	0,4
II	(140-239)	Neoplasias	6	2,5
III	(240-279)	Enf. Endocrinas y trastornos de la inmunidad	3	1,3
VI	(320-326)	Enfermedades del sistema nervioso	1	0,4
VII	(390-459)	Enfermedades del aparato circulatorio	1	0,4
IX	(520-579)	Enfermedades del aparato digestivo	1	0,4
XI	(634-639)	Complic. de la gestación parto y puerperio	4	1,7
XIV	(740-759)	Anomalías congénitas	197	82,8
	(740-742)	<i>Malf. congénitas del sistema nervioso</i>	41	
	(745-747)	<i>Malf.congénitas del aparato circulatorio</i>	22	
	748	<i>Malf.congénitas del sist. Respiratorio</i>	1	
	749	<i>Fisura del paladar y labio leporino</i>	1	
	752	<i>Malf. Congénitas de órganos genitales</i>	1	
	753	<i>Malf. congénitas del sistema urinario</i>	6	
	(754-756)	<i>Malf. congénitas del sist osteomuscular</i>	12	
	758	<i>Anomalías cromosómicas</i>	106	
	(757-759)	<i>Otras malformaciones congénitas</i>	7	
XV	(760-779)	Afecciones perinatales	21	8,8
	761	<i>Oligoamnios con o sin RPM</i>	17	
XVI	(780-799)	Causas mal definidas	1	0,4
	(E800-E999)	Causas externas de lesiones e intoxicaciones	2	0,8
Total			238	

Los 238 diagnósticos corresponden a 230 casos ya que a cada IVE le puede corresponder más de una anomalía o malformación.

Tabla 6. Frecuencia de las anomalías cromosómicas en las interrupciones realizadas en mujeres residentes en la CAPV por "presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras". Año 2009.

Diagnóstico CIE-9 MC	Nº	%
(758.0) Síndrome de Down	61	57,5
(758.2) Síndrome de Edwards	17	16,0
(758.8) Otras afecciones por anomalías de cromosomas	8	7,5
(758.1) Síndrome de Patau	4	3,8
(758.6) Disgenesia gonadal o Síndrome de Turner	4	3,8
(758.7) Síndrome de Klinefelter	4	3,8
(758.5) Otras afecciones por anomalías autosómicas	3	2,8
(758.9) Afecciones por anomalías cromosómicas no esp.	3	2,8
(758,3) Síndrome por delección autosómica	2	1,9
Total	106	100,0

Tabla 7. Número y tasa* de Interrupción Voluntaria del Embarazo. CAPV años 1993-2009.

AÑO	Nº IVE	TASA
1993	1.283	2,60
1994	1.174	2,37
1995	1.256	2,55
1996	1.278	2,59
1997	1.301	2,64
1998	1.305	2,64
1999	1.435	2,91
2000	1.653	3,34
2001	1.646	3,33
2002	1.804	3,92
2003	1.798	3,93
2004	1.997	4,43
2005	2.383	5,34
2006	2.586	5,86
2007	2.955	6,89
2008	2.996	6,89
2009	3.023	7,03

* Tasa específica por 1.000 mujeres de 15 a 44 años.

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres, según grupo de edad, que se ha sometido a la IVE y NO había acudido a centros sanitarios para la utilización de métodos anticonceptivos. CAPV 2009.

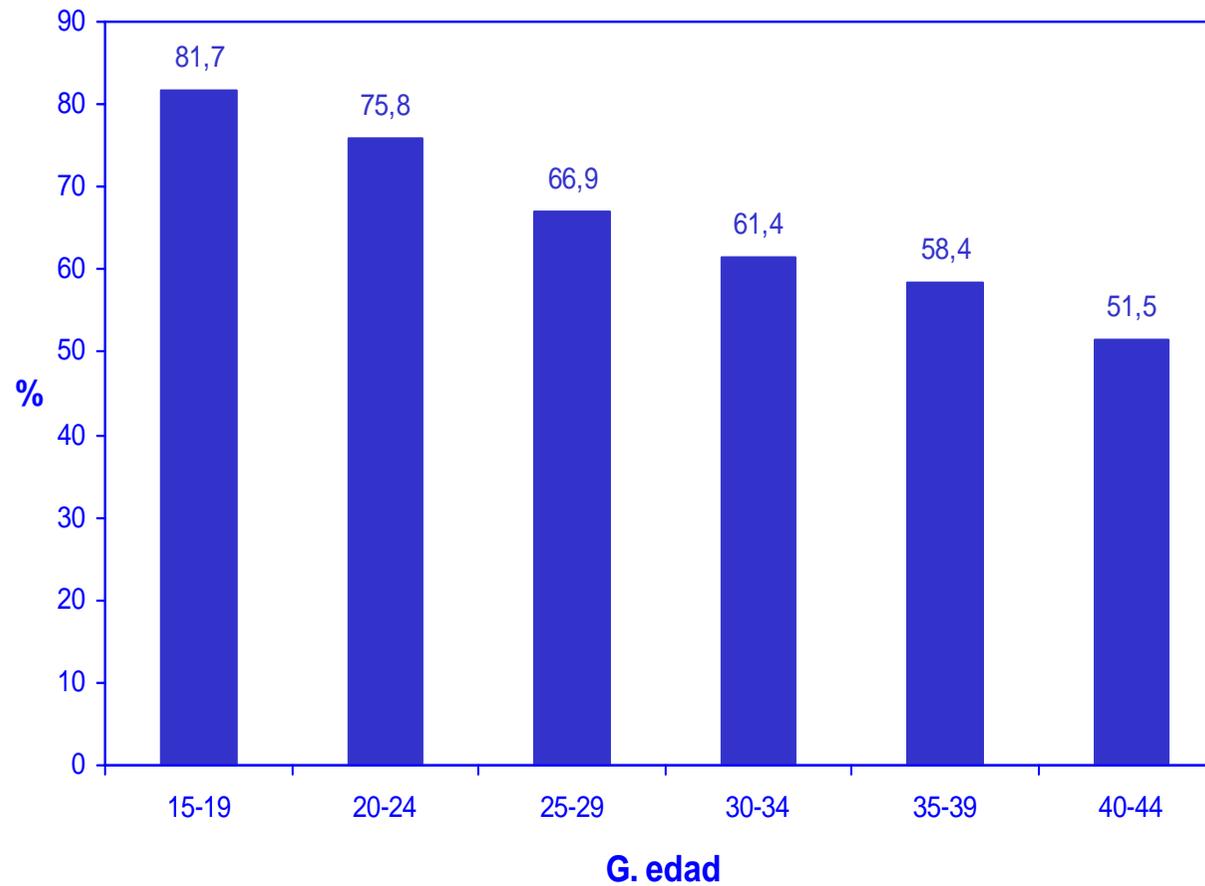


Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que recurren a la IVE y NO habían acudido a centros de planificación familiar en los dos años anteriores, por grupos de edad. CAPV 1997-2009

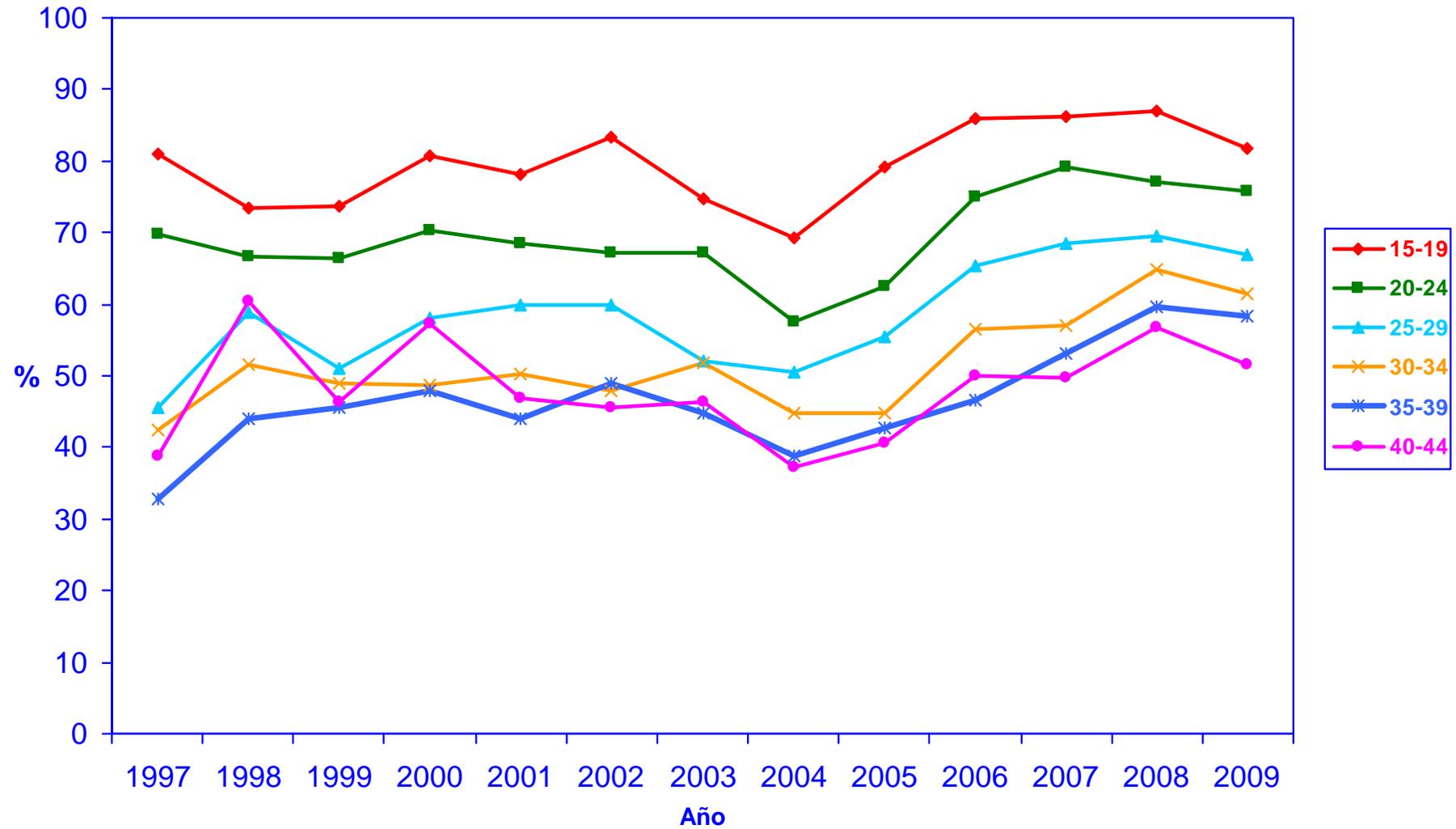
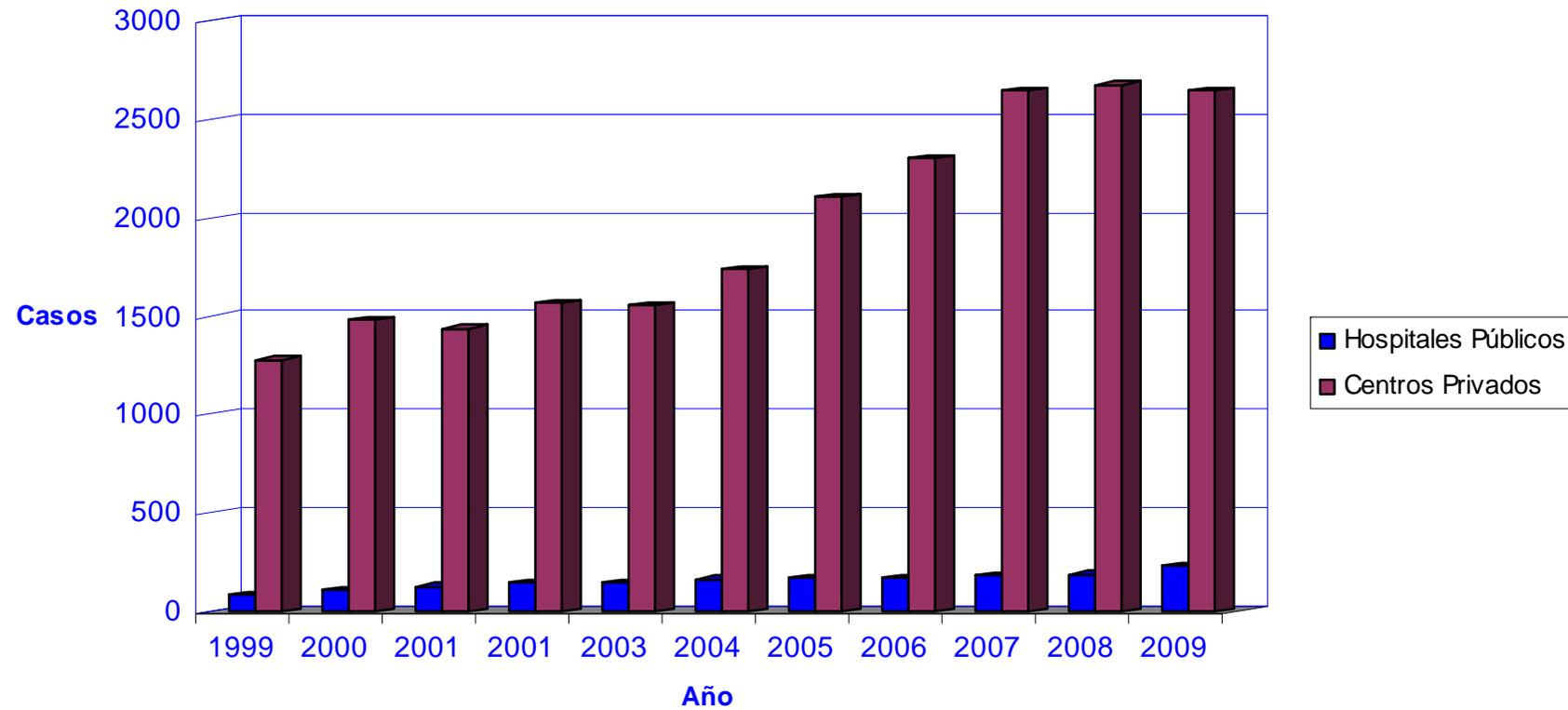


Gráfico 3. Nº de IVES realizadas a mujeres residentes en la CAPV* en hospitales de OSAKIDETZA y centros privados del País Vasco. CAPV 1997-2009



* Se excluyen las IVES realizadas en centros de otras CCAA en mujeres residentes en la CAPV ya que se desconoce el centro donde se realizó.

Gráfico 4. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 2009.

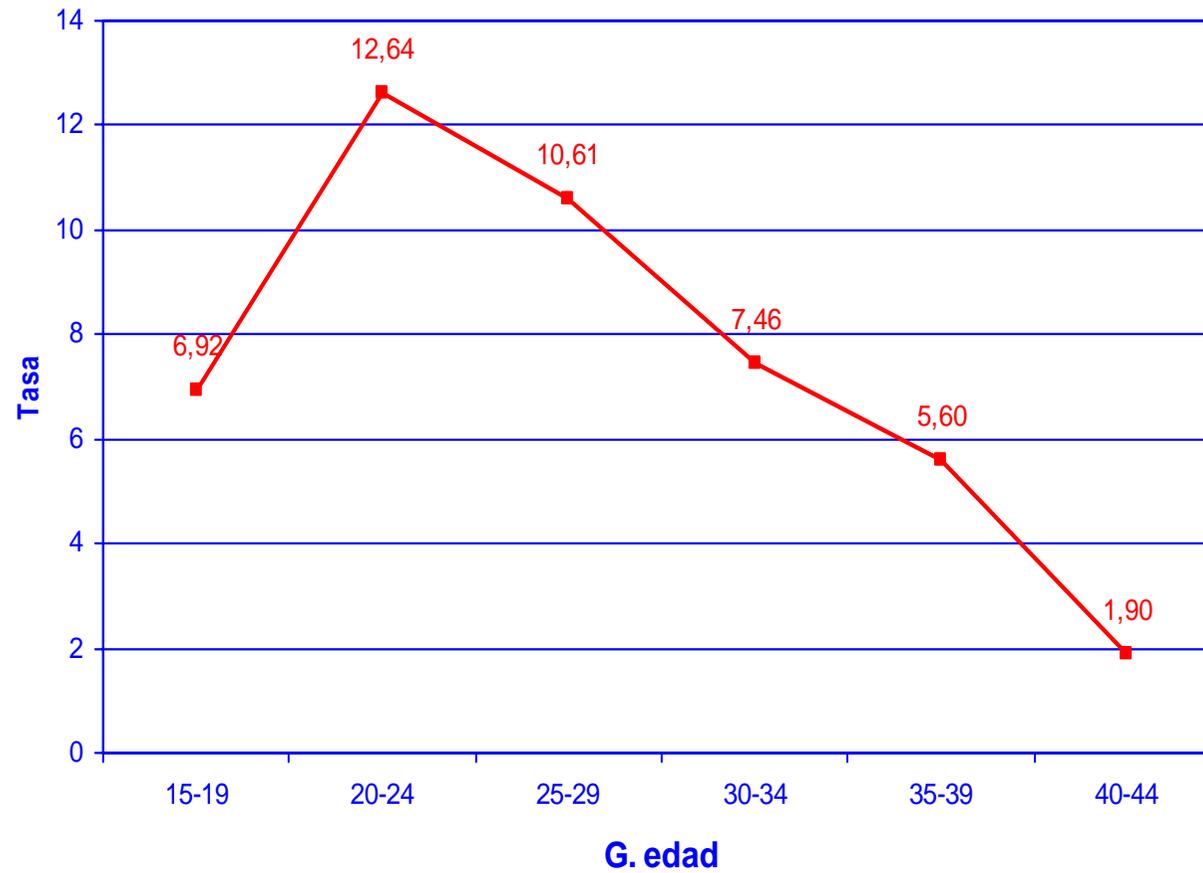


Gráfico 5. Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad. CAPV 1997-2009.

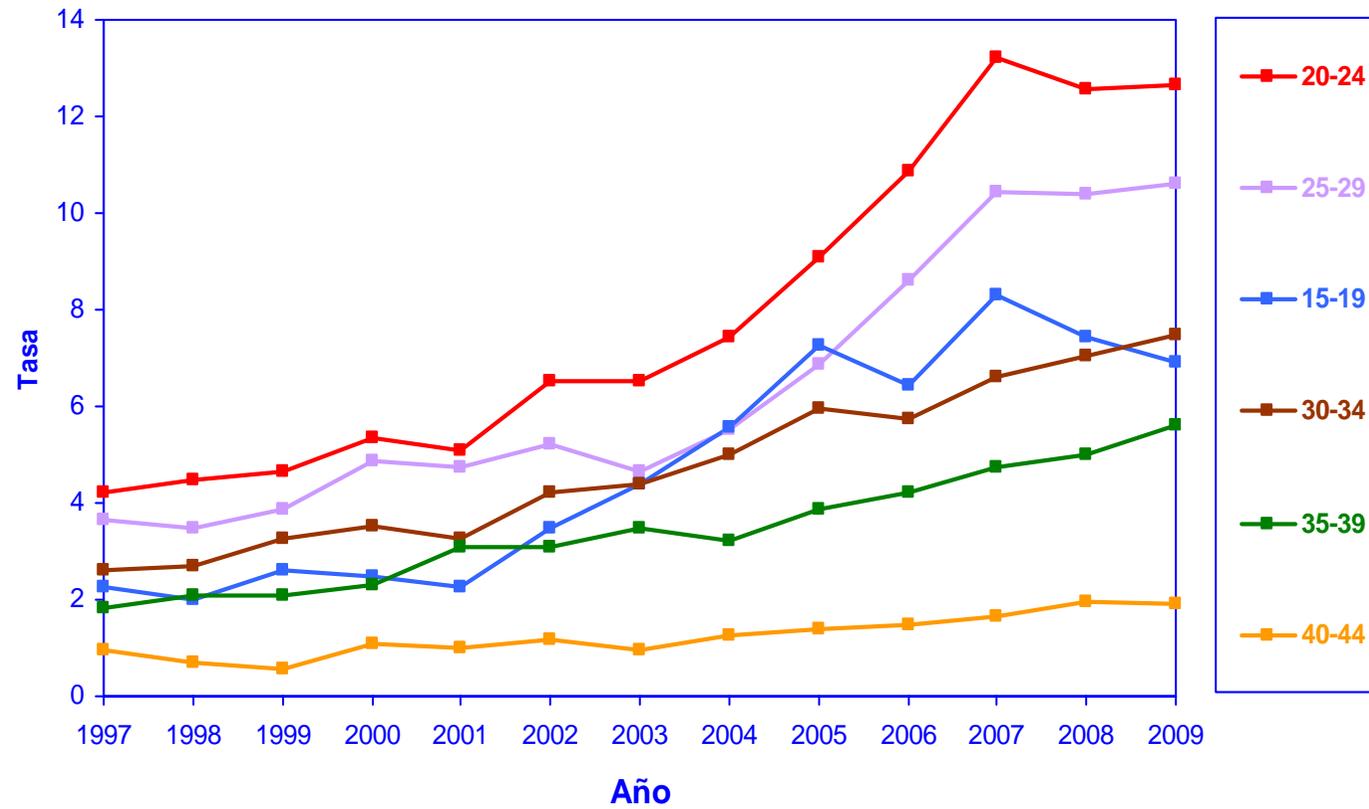


Gráfico 6. Tasa de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según Territorio Histórico de residencia. CAPV 1997-2009.

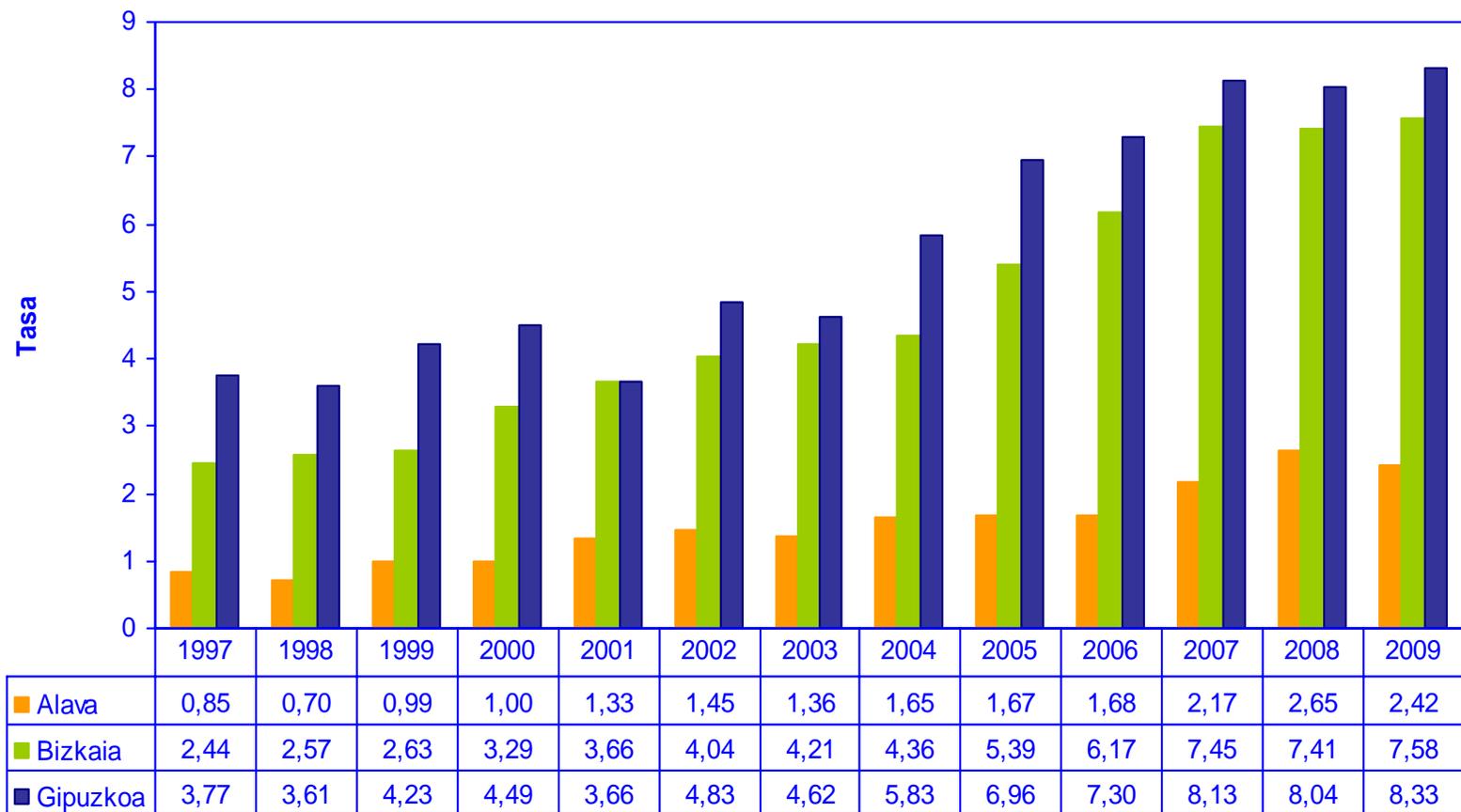


Gráfico 7. Evolución de las tasas de abortividad en España y en la CAPV. Años 1997- 2009

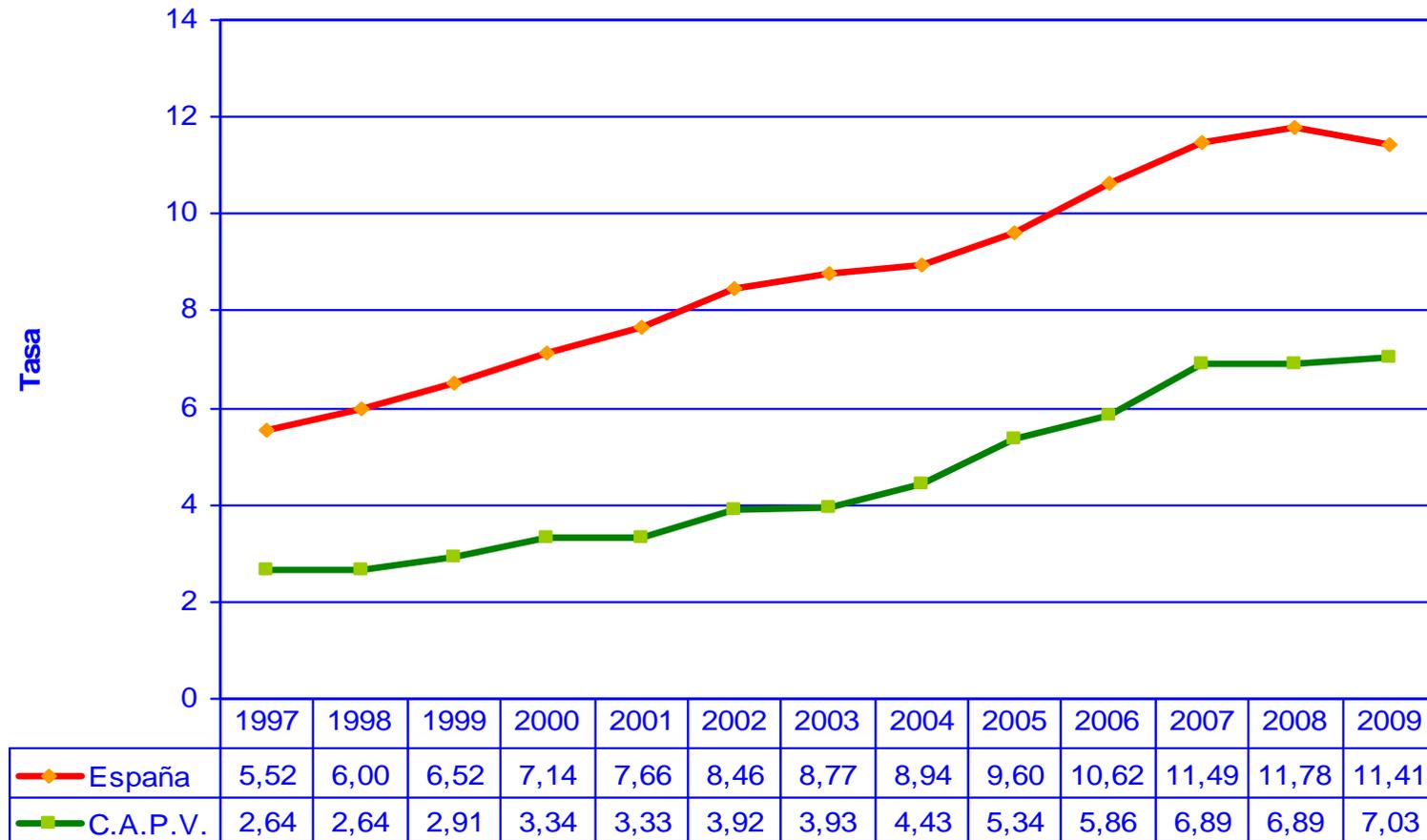


Gráfico 8. Tasa de abortividad según Comunidad Autónoma de residencia. Año 2009

