



GUÍA TÉCNICA



ATENCIÓN
INTEGRAL
DEL ABORTO
EN MENORES
DE 15 AÑOS

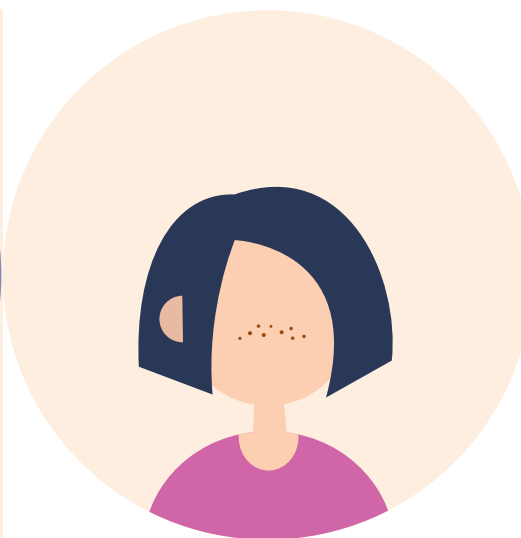


clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



GUÍA TÉCNICA



ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO EN MENORES DE 15 AÑOS

AUTOR:

DR. GUILLERMO ORTIZ OB/GYN/MGH



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. MARCO REFERENCIAL	7
1.1. Embarazos en menores de 15 años y su implicación en la salud	8
1.2. Desarrollo físico, mental y social en las menores de 15 años	9
1.3. El embarazo y sus consecuencias en la salud de las menores de 15 años	10
1.4. Impacto del embarazo en menores de 15 años	11
1.5. Embarazos no deseados y aborto inseguro en adolescentes	13
2. PAUTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO EN MENORES DE 15 AÑOS	14
2.1. Entrevista y examen físico en adolescentes menores de 15 años	16
2.2. Previamente al examen	18
2.3. Durante el examen	18
2.4. Evaluación del desarrollo sexual	19
2.5. El examen pélvico-vaginal en niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años	20
2.6. Examen vaginal en niñas cercanas a los 10 años	21
2.7. Los exámenes de laboratorio para la interrupción del embarazo	24
2.8. En caso de Rh negativo	24
3. RECOMENDACIONES PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO ANTES DE LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN	26
3.1. Seguridad del aborto en menores de 15 años	28
3.2. Seguridad del aborto quirúrgico	29
3.3. Seguridad del aborto con medicamentos en menores de 15 años	30
4. MANEJO DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS	32
4.1. Mifepristona y misoprostol combinados durante el primer trimestre	33
4.2. Mifepristona y misoprostol combinados en el segundo trimestre	34
4.3. Aborto con medicamentos, régimen de solo misoprostol en primer trimestre de gestación	34
4.4. Aborto con medicamentos, régimen de solo misoprostol en segundo trimestre de gestación	35

5. ABORTO INSTRUMENTAL O QUIRÚRGICO, ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) PARA MENORES DE 15 AÑOS	36
6. MANEJO DEL DOLOR EN EL ABORTO PARA MENORES DE 15 AÑOS	38
6.1. Cómo medir el dolor en menores de 15 años	39
6.2. Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos antes de las 13 semanas de gestación	41
6.3. Manejo del dolor después de las 13 semanas de gestación	42
6.4. Recomendaciones para el uso de analgésicos y anestésicos	44
6.4.1. Tabla de analgésicos por kilogramos de peso en menores de 16 años	44
7. ANTICONCEPCIÓN	48
7.1. Esterilización quirúrgica o ligadura tubárica	50
7.2. Inyectables	50
7.3. Dispositivos intrauterinos y métodos anticonceptivos de acción prolongada	50
7.4. Quick Start	51
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52



INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es ampliamente conocido como un problema creciente en la región Latinoamericana, con serias implicaciones en la salud de las jóvenes. Anteriormente, se han realizado diferentes esfuerzos locales y regionales para la elaboración de documentos que permiten brindar atención en salud reproductiva para este grupo. Sin embargo, se encuentra poca información para el abordaje clínico; específicamente para el grupo de la adolescencia temprana, el cual corresponde a las menores de 15 años.

Por lo anterior, se propuso llenar este vacío desde una perspectiva de abordaje integral clínico para este grupo poblacional. De esta manera, para la elaboración de este documento se ha tomado en cuenta las particularidades que presentan las adolescentes menores de 15 años, en especial, en los profundos cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales en su paso por la pubertad. Dichas características hacen a este sub-grupo etario sujeto de un abordaje propio de sus necesidades de salud reproductiva, fundamentalmente en el tema del aborto.



Esta Guía de atención, está dirigida a profesionales de salud reproductiva con el objetivo de poder brindar una evaluación clínica a una "niña" o una adolescente demasiado joven y no a una adolescente tardía, joven o una adulta, por lo que los diferentes procesos de atención acá plasmados como las entrevista Clínica, el examen gineco-obstétrico, el procedimiento mismo del aborto, el manejo del dolor y la contracepción, toman en consideración las características propias que se presentan a esta edad.

GUÍA TÉCNICA
DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL ABORTO
EN ADOLESCENTES
MENORES
DE **15 AÑOS**



1

**MARCO
REFERENCIAL**





1.1. EMBARAZOS EN MENORES DE 15 AÑOS Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en menores de 15 años (niñas y adolescentes), tales como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, prematuridad, nutrición insuficiente, etc., conducen a un aumento en la morbilidad y mortalidad por causas obstétricas, así como a un incremento de la mortalidad perinatal de 2 a 3 veces mayor a la que se presenta en el grupo de mujeres entre 20 y 29 años (UNFPA, 2013).

En todo el mundo, el 25% de todas las muertes por causas obstétricas se concentran en las mujeres jóvenes y, en América Latina, gestar a edades tempranas incrementa el riesgo de que se produzcan adversidades durante el embarazo.

La maternidad a edades tempranas es un factor de riesgo tanto para la persona gestante como para el recién nacido. Dentro de los problemas que acarrea, se incluyen la deserción escolar, la violencia, el término del embarazo en malas condiciones, así como otras condiciones de vulnerabilidad, como pobreza, baja autoestima y abuso de alcohol y drogas.

Los factores de riesgo asociados al embarazo en menores de 15 años incluyen un bajo nivel educativo, la ausencia de la pareja, el historial materno de embarazo en la adolescencia, y la falta de conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos; como consecuencia, existirá un alto porcentaje de abandono escolar, falta de planes para el futuro, baja autoestima, abuso de alcohol y drogas, ignorancia sobre la sexualidad y un uso inadecuado de anticonceptivos (W. Azevedo, Diniz, Fonseca, L. Azevedo y Evangelista, 2015).



1.2. DESARROLLO FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL EN LAS MENORES DE 15 AÑOS

Los cambios entre la niñez y la adolescencia se inician con la pubertad, etapa en la cual se producen una serie de cambios físicos y psicológicos, estos últimos muy vinculados con el entorno social. El término pubertad proviene del latín *pubere*, que significa 'pubis con vello'. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como el crecimiento de la masa ósea, grasa y muscular, e incremento de la talla que se alcanzará en la vida adulta. El término *adolescencia* procede de la palabra latina *adolescere*, del verbo adolecer, y en castellano tiene dos significados: 'tener cierta imperfección o defecto' y también 'crecimiento y maduración'. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta.

Una de las características de la pubertad es la conciencia del cambio, dependiendo, en gran medida, del contexto. Incluye la maduración cognitiva, psicosocial y biológica, y el crecimiento y desarrollo de características sexuales secundarias son las manifestaciones más visibles de la aparición de la pubertad (Dahl, 2004). Como parte del proceso de maduración, se busca una mayor definición de una identidad separada a la de los padres y la familia, proceso que con frecuencia suele desarrollarse de manera conflictiva, pues los púberes procuran ser más autónomos, compartir más con sus pares e insertarse en sus propios grupos referenciales. En esta etapa, aparece la atracción sexual y el enamoramiento.

Aunque no se conoce cuál es el disparador del proceso de la menarquia (primera menstruación), aparece con una serie de cambios hormonales que conectan el encéfalo o el sistema límbico (Guyton y Hall, 2011), influidos por factores genéticos, medio ambiente, el contexto social y las exposiciones ambientales que participan activamente en el proceso de maduración.

Los siguientes cambios físicos se presentan en la pubertad, en promedio entre los 10 y 12 años:

1. Aparecimiento del pezón mamario, también llamado telarquia
2. Aparecimiento del vello púbico (pubarquia)
3. Crecimiento acelerado
4. Menarquia

Las hormonas sexuales ejercen cambios en la pelvis, aumentando su tamaño hasta alcanzar su amplitud y forma definitiva a los 16 años. Previo a este alcance, es considerada una arquitectura infantil (Cabero, Saldivar y Cabrillo, 2007).



1.3. EL EMBARAZO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS MENORES DE 15 AÑOS

Las razones por las cuales niñas y adolescentes se embarazan han sido documentadas por diversos autores. Un estudio realizado por Pons, Deligeoroglu y Horejs (2009) en Sudáfrica encontró lo siguiente:

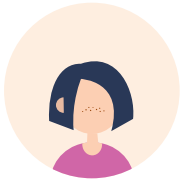
- El 84,5% de las madres menores de 15 años declara que su embarazo no fue buscado.
- Existe juicio moral y sanción social.
- Se desconoce el marco normativo, así como los deberes y responsabilidades del sistema de salud.
- Los servicios de salud son excluyentes (no atractivos ni adecuados).

En el mismo estudio también se señala que, a menor edad de la gestante, existe lo siguiente:

- mayor incidencia de relaciones no consentidas y abuso sexual
- mayor diferencia de edad con el varón cogestante
- menor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos

Estos hallazgos no son muy diferentes a los encontrados en América Latina por Gómez, Molina y Zamberlin en 2010 respecto al análisis sobre “Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe”. Señalan como condicionantes sociales del embarazo en menores de 15 años el inicio temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual en los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual, y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad.

Por lo tanto, es importante establecer que los embarazos en menores de 15 años son, en su mayoría, no intencionales, y este es un problema que afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más pobres y con menor acceso a la educación y, particularmente, a la educación sexual. Así mismo, se identifican causales directas como el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual.



1.4. IMPACTO DEL EMBARAZO EN MENORES DE 15 AÑOS

Hay una mayor correlación entre el embarazo en menores de 15 años y el parto prematuro. Dentro de las patologías más frecuentes se encuentran la anemia, las infecciones urinarias, y la preeclampsia y eclampsia, que afectan la nutrición placentaria y condicionan el menor peso del recién nacido.

Algunas complicaciones, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, la anemia, la diabetes gestacional y complicaciones durante el parto que conducen a un aumento de la mortalidad materna y fetal, son mucho más frecuentes en este grupo de edad (Chalem et al., 2007).

La razón de mortalidad materna supera en dos o tres veces riesgo de morir por causas del embarazo, parto o puerperio en menores de 15 años, en comparación con las mujeres de 15 a 19 años y de 20 a más años (FLASOG, 2011).

En general, el aborto en adolescentes se presenta cuando llevan mayor tiempo de gestación y de forma más insegura que en las mujeres adultas, ya que suelen identificar el embarazo de manera tardía y recurren a métodos inseguros, a prestadores no calificados, en condiciones inapropiadas, o suelen demorar la búsqueda de atención médica cuando presentan complicaciones.

Algunas de las causas por las que las menores de 15 años acuden tardíamente a la atención de salud son las siguientes:

- Desconocimiento del cuerpo
- Abuso sexual
- Negación del abuso
- Rechazo familiar
- Ocultamiento por temor
- Inaccesibilidad geográfica en zonas rurales

Estos y otros resultados han sido corroborados por una serie de estudios:

ESTUDIOS	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS
Apodaca, I. et al. (abril, 2018). A comparative study about obstetric complications in the early and late adolescence in a low income mexican hospital. <i>Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology</i> . 31(2).	En un grupo de 894 pacientes adolescentes, segregado en grupos de 12-15 y 16-19 años, se compararon las complicaciones obstétricas como prematuridad, preeclampsia y eclampsia. Este estudio se realizó en un hospital de bajos recursos.	La población de 12 a 15 años representó el 11.6% del estudio. En general, el porcentaje de complicaciones fue del 20.1% en la adolescencia temprana comparado con el 16.2% del resto de adolescentes, y la prematuridad fue el problema más frecuente.
Chantrapanichkul, P. y Chawanpaiboon, S. (noviembre, 2012). Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> . 120(2).	Se llevó a cabo un estudio de cohortes en el Hospital Siriraj de la Universidad Mahidol, Bangkok (Tailandia), utilizando cuadros clínicos completos para 1061 niñas de 16 años (grupo de estudio) y 1100 mujeres de 20 a 29 años (grupo de referencia).	Los resultados adversos maternos y neonatales fueron comunes en el grupo de estudio.
Casas, J., Chumbe, O., Inguil, R., Gonzales, L. y Mercado, F. (1998). El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i> , 44(2),101-106.	En este estudio se determinó que, del total de partos atendidos (47 430), el 18,3% (8689) era adolescente; de estas, 590 (6,8%) (1,2% del total de partos) eran adolescentes tempranas y 8099 (93,2%) (17,1% del total de partos) tardías.	La anemia se presentó en mayor porcentaje en adolescencia temprana con respecto a los otros grupos (31, 28% y 27% respectivamente), así como la preeclampsia grave (10.4%, 8.7% y 7.2%); y al igual que otros estudios la prematuridad fue más reportada en la adolescencia temprana (14, 11% y 9%).

Respecto a la mortalidad infantil, esta suele ser mayor en menores de 15 años y sin tendencia al descenso. En la etapa perinatal y primera infancia, se duplica la mortalidad, tendencia que se mantiene en ascenso, a diferencia de otros grupos de edad.

En cuanto a las complicaciones en el recién nacido, en este grupo se concentran las tasas más altas de bajo peso al nacer, parto prematuro, enfermedades respiratorias y una mayor frecuencia de complicaciones neonatales debido a partos complicados, situación que repercute en la salud de niñas parturientas y de sus hijos (Al-Suleiman, Qutub, Rahman y Rahman, 2006).



1.5. EMBARAZOS NO DESEADOS Y ABORTO INSEGURO EN ADOLESCENTES

Existen muchas barreras, retos y mitos acerca del aborto en la adolescencia temprana y esto responde a varias razones; la naturalización del embarazo en niñas y adolescentes, la falta de entrenamiento de los y las proveedoras y la falta de recursos, entre otros, obligando muchas veces a estas niñas y adolescentes a un embarazo forzado o exponiéndolas a prácticas inseguras, poniendo en grave riesgo su salud (OMS, 2011).



LOS EMBARAZOS
EN MENORES
DE 15 AÑOS SON,
EN SU MAYORÍA, **NO**
INTENCIO
NALES

2

PAUTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO EN MENORES DE 15 AÑOS



En el año 2016, Ipas realizó una exhaustiva revisión de 52 documentos relativos a la atención del aborto en adolescentes, en un total de 15 países (Bolivia, El Salvador, Etiopía, Ghana, Guatemala, Honduras, India, Kenia, Malawi, México, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Sudáfrica y Zimbabue), cuyos hallazgos fueron presentados en el documento “Cuidado de aborto seguro para mujeres jóvenes: revisión de la orientación nacional de atención integral del aborto y servicios amigables con los jóvenes”.

Aunque el documento no es específico para gestantes menores de 15 años, algunas de sus recomendaciones generales son relativas a la prestación de servicios para este grupo de edad:

- a) Se debe tomar en consideración que, para muchas niñas y adolescentes menores de 15 años, la consulta para solicitar el aborto podría ser la ocasión para su primer examen ginecológico, por lo que será necesario explicar paso a paso el procedimiento. Se deberá ayudar palpando suavemente, tratando de identificar y reducir los temores, ya que una experiencia negativa puede afectar el procedimiento posterior y afectar el retorno al control.
- b) Las niñas y adolescentes suelen reportar mayor dolor durante el aborto, por lo que se debe considerar, dentro del manejo del dolor, el manejo del miedo y la ansiedad, así como otros métodos de carácter psicológico.
- c) Se debe conceder tiempo adicional para el asesoramiento sobre la atención del aborto, así como de otros problemas de salud sexual y reproductiva que puedan presentarse, sin embargo, la consejería siempre debe ser voluntaria.
- d) Es altamente deseable que las instalaciones proporcionen otros servicios de salud reproductiva, tales como las pruebas y tratamiento de las ITS, y el asesoramiento y el tratamiento voluntarios contra el VIH.
- e) Se debe ofertar anticonceptivos a todas las mujeres, independientemente de su edad. Se recomienda disponer de una variedad completa de opciones de anticonceptivos. Es posible que las mujeres jóvenes no se sientan cómodas o no puedan retornar al establecimiento de salud con frecuencia, como sí lo podrían hacer las mujeres adultas.



2.1. ENTREVISTA Y EXAMEN FÍSICO EN ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS

El personal de salud encargado del seguimiento del embarazo en este grupo de edad debe estar preparado también para asistir un aborto en caso se requiera. En tal sentido, deberá ser competente para brindar la más amplia gama de información a fin de ofrecer una buena orientación, incluyendo temas que aborden diferentes escenarios, sin perder de vista que el centro de la atención es la niña o adolescente gestante. Dicha información puede incluir temas como la adopción, un mejor acercamiento con los padres, recursos financieros y de asistencia disponibles, cuidados del recién nacido y de los niños y niñas, así como temas relacionados con el cuidado de su salud (De Bruyn y Packer, 2004). Deberá también poseer un buen conocimiento de la salud sexual y reproductiva, de las pautas locales, concepciones culturales, así como de las leyes (Fischer, Reynolds, Yacobson, Barnett y Schueller, 2007).

Durante la entrevista, será necesario establecer una relación respetuosa y horizontal con las menores de 15 años; tratar de reducir sus temores y respetar las diferentes circunstancias que están enfrentando. Es importante que los y las prestadoras de salud desarrollen habilidades de comunicación; como veremos más adelante, se recomienda hacer preguntas en tercera persona para que las consultantes no se sientan interpeladas.

**BRINDAR
LA MÁS AMPLIA GAMA
DE INFORMACIÓN
A FIN DE OFRECER UNA BUENA
ORIENTACIÓN**



Es importante poner atención en la detección de algún tipo de presión o coacción y de quién proviene dicha acción; si es de la pareja, del o de la acompañante, algún miembro de la familia, o de alguna otra persona o grupo. Deberá asegurarse de que la decisión sea completamente suya; se debe poner atención al lenguaje que puede indicar la influencia de otras personas, tales como “mi madre cree que...” o “la persona que me atendió primero me dijo que...”.

El personal de salud que realiza la evaluación clínica deberá mostrarse amigable, mirarla a los ojos y eliminar cualquier barrera física que pueda interferir en la comunicación, como, por ejemplo, un escritorio. Deberá comunicarse con la niña o adolescente mostrando interés y empatía. Se recomienda tomar una postura inclinándose ligeramente hacia adelante, mantener contacto visual apropiado y asistir ante el intercambio para afirmar la aprobación.

Se recomienda también disponer de información impresa, con imágenes y en el idioma local. Asimismo, se debe proporcionar información sobre cuidados y servicios que puedan ser útiles para ellas, relacionados con la salud, pero también con la edad física (pediatría) y psicosocial adecuada (Turner, Börjesson, Huber y Mulligan, 2011).

Las siguientes indicaciones corresponden al documento *Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers*, publicado por la OMS en el 2010.



2.2. PREVIAMENTE AL EXAMEN

- Explique los procedimientos que se realizarán y las razones. Muéstrela el equipo del que hará uso; déjela ver el espéculo si lo desea. Para el examen, permítela seguir usando su propia vestimenta (dejarse puesta la camisa o el vestido).
- No inicie el examen hasta recibir su consentimiento, incluso si un adulto ha dado su consentimiento legal en su nombre. No se debe dejarla desnuda en una sala de examen por más de unos pocos minutos.
- Si es posible en ese entorno, ofrezca el acompañamiento de otra persona durante el examen; puede ser una trabajadora de salud, un pariente, amigo o compañero, quien deberá estar cerca de ella, y podrá hablarle y apoyarla durante el examen pélvico si es que la niña o adolescente está de acuerdo.



2.3. DURANTE EL EXAMEN

- Cuando comience el examen pélvico, pida permiso antes de tocarla con la mano o con el espéculo.
- Antes de tocar sus genitales, toque otra parte de su cuerpo, como su pierna. Luego, de forma delicada, abra los genitales, explicándole que le insertará el espéculo. Mientras inserte el espéculo, pídale que se relaje, que respire lenta y profundamente y que mantenga este ejercicio durante todo el examen.
- Explique lo que está haciendo en cada paso y proporciónela un espejo para ver su vagina y cuello uterino si ella quiere.
- Realice el examen de forma cuidadosa, suave y trate de reducir la incomodidad y la ansiedad.



2.4. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL

La progresión del desarrollo de las características sexuales secundarias puede describirse utilizando la escala de calificación de madurez sexual, que representa los hallazgos físicos de la maduración del vello púbico y cambios en las mamas. Esta calificación va desde 1 en preadolescencia hasta 5 en la madurez sexual (Kliegman et al., 2019).

En algunos casos de embarazos en menores de 15 años, los cambios en el desarrollo sexual secundario pueden estar más avanzados en comparación a su edad cronológica, incluso pueden llegar a una pubertad precoz (antes de los 8 años). Una de las principales causas de esto es el abuso sexual desde temprana edad, por lo que la evaluación de los caracteres sexuales secundarios es de suma importancia en embarazos en este grupo poblacional (Noll et al., 2017; Berek, 2012).

Para la evaluación del desarrollo mamario y del vello púbico se utiliza la medición conocida como las etapas de Tanner.

ESCALA DE TANNER (TAMBIÉN CONOCIDA COMO LAS FASES/ETAPAS DE TANNER)

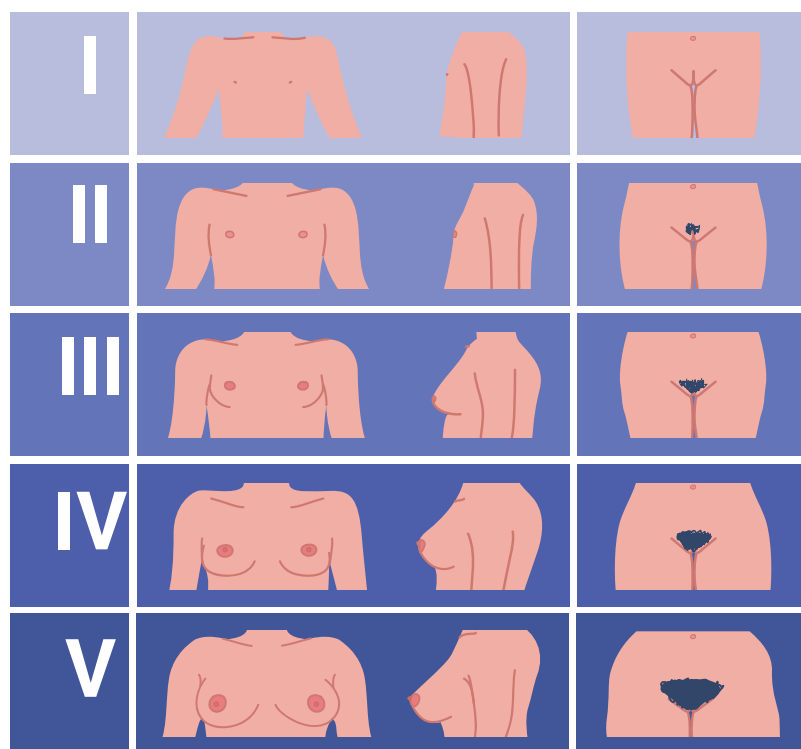


Ilustración adaptada de Creative Commons por Michał Komorniczak, con licencia BY-SA 3.0

La siguiente tabla contiene los parámetros a evaluar tanto en los cambios del vello púbico como en las mamas:

ESTADIO SMR (Sexual Maturity Rating)	VELLO PÚBLICO	PECHOS	EDAD ESPERADA EN AÑOS
1	Preadolescente	Preadolescente	10 o menos
2	Borde disperso, ligeramente pigmentado, recto y medial de los labios	Pecho y papila elevados como pequeño montículo; diámetro de areola aumentó	10 - 11.5
3	Más oscuro, empezando a curvarse, mayor cantidad	Pecho y areola agrandados, sin separación de contorno	11.5 - 13
4	Grueso, rizado, abundante, pero menos que en adultos	Areola y papila forman montículo secundario	13 - 15
5	Triángulo femenino adulto, extendido a la superficie medial de los muslos	Madura, proyectos de pezón, areola parte del contorno general de la mama	15 o más

Adaptada de *Growth at adolescence* (2.ª ed.), por Tanner, J., 1962. Oxford: Blackwell Scientific.



2.5. EL EXAMEN PÉLVICO-VAGINAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS MENORES DE 15 AÑOS

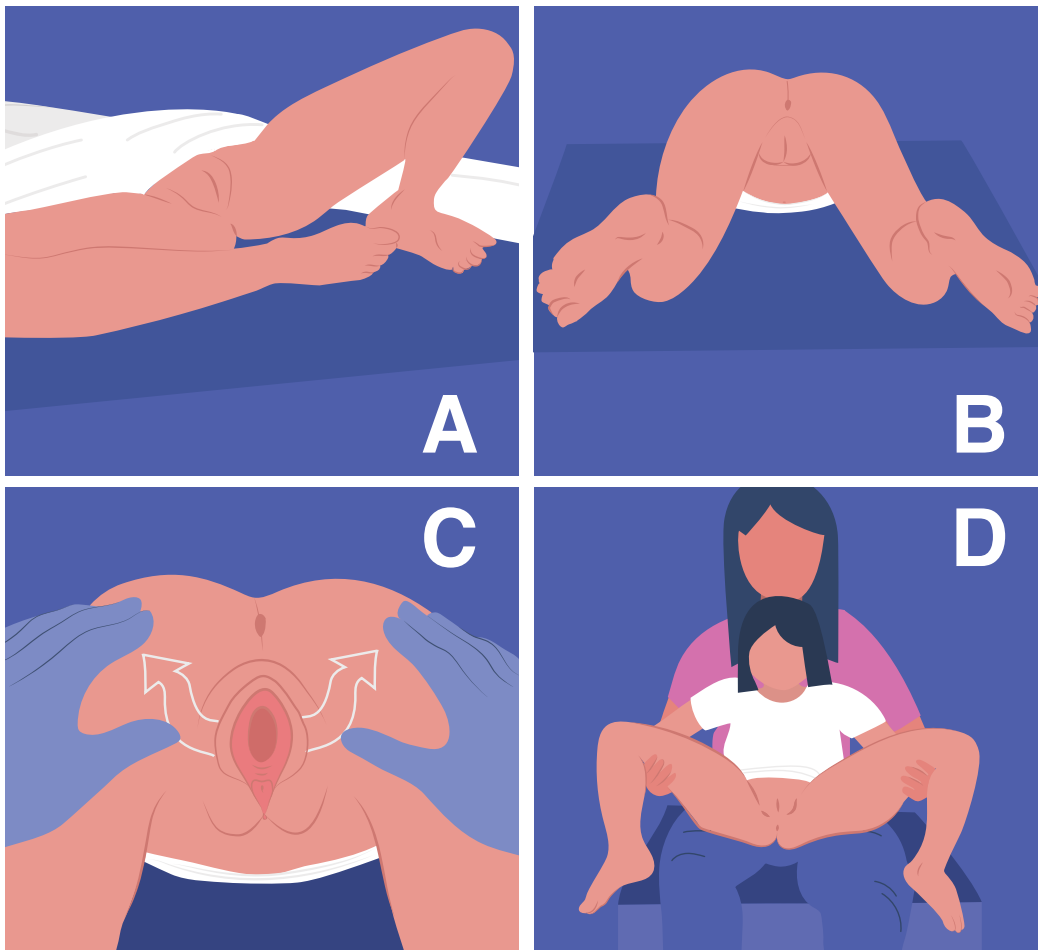
Recuerde que no todas las niñas gestantes necesitarán un examen pélvico-vaginal. Se debe tener especial cuidado con que el examen no genere mayor estrés o, en casos de violación, se incremente la revictimización. Es posible que un ultrasonido abdominal brinde suficiente información para el diagnóstico, incluyendo la decisión de realizar un aborto con medicamentos.

En los casos en que se requiera examen vaginal, se deberán seguir las recomendaciones que se describen en este apartado y esto puede ocurrir en caso de que se decida hacer un aborto mediante aspiración manual endouterina.



2.6. EXAMEN VAGINAL EN NIÑAS CERCANAS A LOS 10 AÑOS

El examen vaginal podría ser muy difícil si es una niña pequeña, pues la camilla ginecológica podría ser inadecuada. En tal caso, se sugiere la técnica mostrada en la Figura A: posición de ancas de rana. Con esta técnica, la niña podrá sentirse más segura, el profesional que realiza el examen podrá traccionar los labios mayores y realizar el examen que se requiere.



Diferentes posiciones de examen para realizar un examen ginecológico en una niña. **A**, posición de ancas de rana. **B**, posición rodilla-pecho. **C**, posición prona. **D**, sentado en el regazo de mamá. (Figura A: Adaptada de *El atlas de abuso infantil*, por McCann, J., y Kerns, D., 2018. Evidentia Learning. Disponible en www.childabuseatlas.com; Figuras B, C y D: Adaptadas de *Examen médico del abuso sexual infantil: una práctica guía* (2.ª ed.), por Finkel, M., Giardino, A. (eds), 2002. California, Estados Unidos: Thousand Oaks.

El examen genital, el desarrollo mamario y el vello pubiano brindan información sobre el nivel estrogénico de la niña; posteriormente, se evaluará si este es el adecuado para su edad cronológica y maduración ósea (OSECAC, 2013).

Es muy importante evaluar a esta edad algunos cambios y describir las características encontradas. Los hallazgos que pueden evidenciarse son que los labios mayores comienzan a llenarse y los labios menores se engrosan y alargan como resultado del aumento de los niveles de estrógeno. El himen se engrosa y se vuelve más redundante. Puede haber secreciones fisiológicas claras o blancas. El epitelio vaginal prepuberal hipoestrogénico parece delgado, rojo y sensible al tacto, además de que la mucosa vaginal puede tener aún crestas longitudinales. El cuello uterino generalmente aparece plano y al ras con la bóveda vaginal (Kliegman et al., 2019).

En las menores de 15 años, en el examen de los genitales externos se evalúa el vello púbico, la etapa de Tanner, inflamación, tamaño del clítoris, el himen, las glándulas de Bartholin y Skene, las lesiones cutáneas, el flujo vaginal o el sangrado, las lesiones perianales y los ganglios inguinales, verrugas genitales (condiloma acuminado), lesiones papulares (condiloma lata de la sífilis), molusco contagioso, prolapso uretral, foliculitis, hidradenitis supurativa, vulvitis, cambios pigmentarios o papilomatosis (Braverman, Breech y The Committee on Adolescence, 2010).

**SERÁ NECESARIO
ESTABLECER UNA RELACIÓN**

RESPETUOSA Y HORIZONTAL

**CON LAS NIÑAS
MENORES DE 15 AÑOS;
TRATAR DE REDUCIR
SUS TEMORES Y RESPETAR
LAS DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS
QUE ESTÁN ENFRENTANDO.**

Si se indica un examen de espéculo, se debe usar un espéculo de tamaño apropiado, como el espéculo Huffman (en ancho × 4 en largo) o Pedersen (en ancho × 4 en largo). Los espéculos más cortos no permitirán la visualización de todo el canal vaginal. Además, la paciente adolescente debe estar tranquila de que el examen podría ser incómodo, pero no doloroso y de que su solicitud de detenerse o esperar será respetada.

Un examen de espéculo, de ser necesario, se realiza de la siguiente manera (Braverman, Breech y The Committee on Adolescence, 2010):

- Se puede insertar un solo dedo a lo largo de la pared vaginal posterior para localizar el cuello uterino.
- El espéculo se lubrica con agua tibia.
- Debe evitarse la presión anterior y el espéculo debe insertarse completamente antes de abrir las cuchillas.
- Las paredes vaginales deben inspeccionarse para detectar secreciones y lesiones.
- Se debe inspeccionar el cuello uterino en busca de lesiones, ectropión en el exocérvix, friabilidad, hiperemia, placas blancas, lesiones puntuadas rojas o tono azulado.
- Se debe usar un hisopo de algodón para recolectar las secreciones vaginales para la preparación húmeda, el examen de hidróxido de potasio y la prueba de pH vaginal.
- De estar indicado, las pruebas de Papanicolaou se obtienen girando la paleta Papanicolaou 360° para tomar muestras de todo el exocérvix, y se utiliza un citocepillo para recoger una muestra endocervical.
- Se pueden obtener muestras cervicales para pruebas de gonorrea y clamidia con pruebas de amplificación de ácido nucleico, cultivo o sonda de ADN.
- El espéculo debe cerrarse y luego retirarse con presión posterior.

El examen bimanual incluye la inserción de 1 o 2 dedos en la vagina con un lubricante a base de agua en la mano enguantada para evaluar la consistencia cervical y la sensibilidad al movimiento, el tamaño y la sensibilidad del útero y el dolor o las masas anexiales.



2.7. LOS EXÁMENES DE LABORATORIO PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

En general no son indispensables y, sobre todo, en la mayoría de los casos, solo se necesita información de la historia clínica y del examen físico para finalizar la evaluación clínica. La valoración de la hemoglobina o hematocrito será útil si hay sospecha o se tienen antecedentes de anemia, y también para las consideraciones específicas en el manejo de sangrado abundante.



2.8. EN CASO DE RH NEGATIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda tamizaje a menos que la inmunoglobulina (Anti-D) esté disponible para las mujeres con tipo sanguíneo Rh negativo (OMS, 2014).

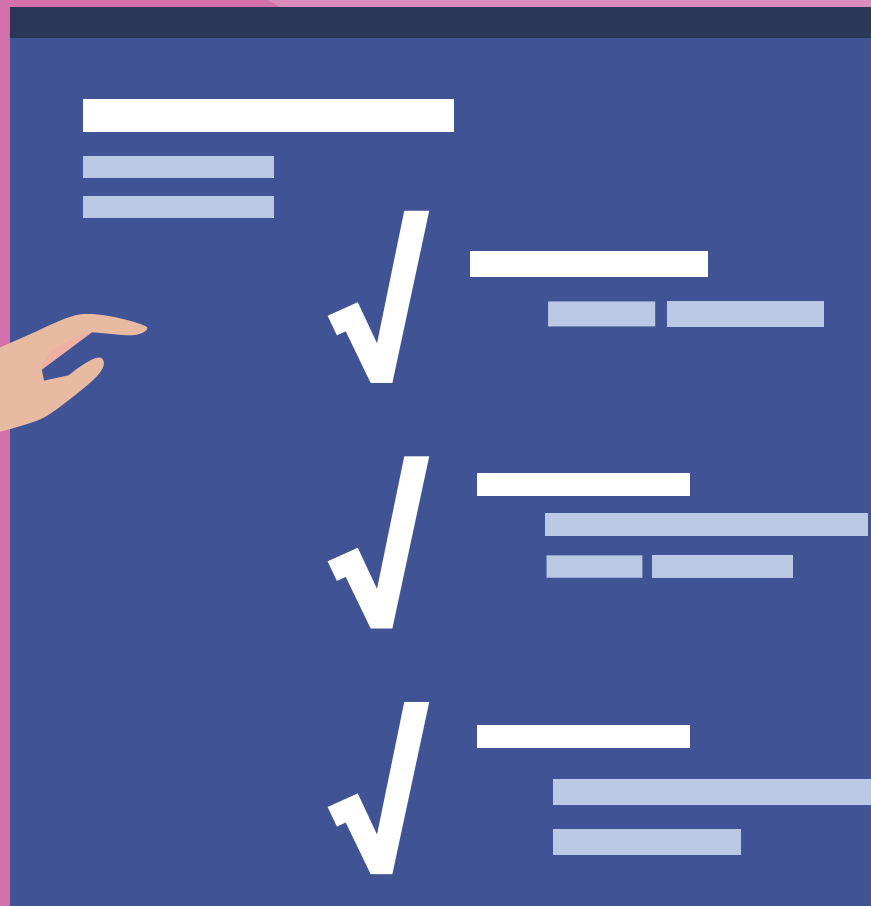
A las mujeres, en este caso niñas y adolescentes confirmadas como Rh negativas, se les debe administrar inmunoglobulina (Anti-D) en el momento de realizar el aborto (Karanth, Jaafar, Kanagasabai, Nair y Barua, 2013).



LA PACIENTE ADOLESCENTE
DEBE ESTAR TRANQUILA
DE QUE EL EXAMEN PODRÍA SER
INCÓMODO, PERO NO DOLOROSO
Y DE QUE
SU SOLICITUD
DE DETENERSE
O ESPERAR
**SERÁ
RESPETADA**

3

RECOMENDACIONES PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO ANTES DE LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN (IPAS, 2020)



Hay indicios de que, si el aborto seguro se lleva a cabo durante el primer trimestre, las adolescentes suelen tener menos complicaciones que las mujeres adultas, tal como señalan los resultados de un extenso estudio de cohorte retrospectivo realizado en Estados Unidos, que incluyó en el análisis el resultado de 54 911 abortos quirúrgicos y con medicamentos (Upadhyay et al., 2015), aunque es preciso señalar que no hubo diferenciación entre adolescentes entre 15 y 19 años y adolescentes y niñas menores de 15 años.

En una revisión sistemática realizada en el año 2014, que incluyó el análisis de 25 ensayos clínicos aleatorizados y observacionales que documentaron los servicios de aborto proporcionados a adolescentes y jóvenes, se concluyó que el aborto, incluida la aspiración por vacío, es seguro y eficaz, aunque no se informaron tasas de eficacia específicas (Renner y Brahmi, 2014).

En cuanto a la inseguridad del aborto para las adolescentes, esta incluso se considera un mito en la actualidad. En un extenso estudio de cohorte prospectivo multicéntrico realizado en Estados Unidos, con 164 000 mujeres en proceso de interrupción legal del embarazo, 50 000 de ellas adolescentes, se encontró que las tasas de mortalidad y morbilidad grave fueron más bajas en adolescentes comparadas con mujeres adultas (Renner y Brahmi, 2014).

**SI EL ABORTO SEGURO
SE LLEVA A CABO DURANTE EL
PRIMER
TRIMESTRE,
LAS ADOLESCENTES SUELEN TENER
MENOS COMPLICACIONES QUE
LAS MUJERES ADULTAS**



3.1. SEGURIDAD DEL ABORTO EN MENORES DE 15 AÑOS

Los abortos realizados, ya sea con medicamentos o quirúrgicos, deben ser seguros, accesibles y respetuosos. Se considera que un aborto es seguro si es realizado por personal competente, si se realiza en las condiciones sanitarias mínimas necesarias y se disponen de los equipos e insumos precisos, tal como lo indica el *Manual de Guía Práctica Clínica para un Aborto Seguro* de la OMS (OMS, 2014).

Deberá tenerse en consideración, también, que las personas, preparación y condiciones médicas consideradas seguras en la prestación de servicios de aborto son diferentes para el aborto médico y quirúrgico, y además dependen de la duración del embarazo. Lo que se considera “seguro” debe interpretarse en consonancia con la guía técnica y de políticas actual de la OMS.

La mortalidad asociada con el parto es muchas veces más alta que la asociada con el aborto seguro, dado que las tasas de las complicaciones resultan bajas (Cleland, Creinin, Nucatola, Nshom y Trussell, 2012; Laurie, Hornberger, MPH, FAAP y The Committee On Adolescence, 2017; Raymond y Grimes, 2012). Hay quienes señalan preocupaciones sobre posibles efectos a largo plazo, tales como infertilidad, incremento de riesgo de cáncer o problemas de salud mental, cuando el aborto se realiza en adolescentes; sin embargo, no hay ninguna evidencia científica que respalde este temor (Boonstra, Gold, Richards y Finer, 2006; Robinson, Stotland, Russo, Lang y Occhiogrosso, 2009).

Hay ocasiones en que, después del aborto, pueden presentarse sentimientos de dolor o pérdida, por lo que el personal de salud deberá estar preparado para identificar estas reacciones y ofrecer recursos de apoyo emocional después del procedimiento.

Un ejemplo de la seguridad del aborto en menores de 15 años es el Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México. Con más de 10 años de existencia y con 226 904 interrupciones realizadas hasta el 30 de junio del 2020, no se reportan muertes en mujeres o niñas, teniendo en consideración que el 5.6% del total de abortos ocurrieron en menores de 17 años (12 706 casos) y, de estos, aproximadamente 1588 casos están en el rango de 11 a 14 años (Secretaría de Salud del Gobierno de México, s. f.).



3.2. SEGURIDAD DEL ABORTO QUIRÚRGICO

Las tasas de mortalidad en adolescentes para aborto quirúrgico en general son bajas e incluso menores que en mujeres adultas. La frecuencia de eventos adversos graves después del aborto con medicamentos es similar o menor entre las adolescentes que entre las mujeres mayores. Por lo tanto, el aborto con medicamentos parece ser, al menos, tan seguro en adolescentes como en adultos (Niinimäki et al. 2011); sin embargo, las menores de 17 años presentaron mayor riesgo de lesión cervical, aun después de controlar la variable de nuliparidad, comparadas con mujeres de 30 años, con un riesgo relativo de 1.9 (Schulz, Grimes y Cates, 1983), lo que implica la necesidad de la preparación cervical en las adolescentes menores de 17 y las niñas antes de un procedimiento por aspiración manual endouterina (Allen y Goldberg, 2016).

VARIABLE	MENORES DE 18	18 O MÁS
Tasas de mortalidad	1.3 x 100,000	2.2 x 100,000
Aborto incompleto	0.7 x 1000	1.02 x 1000
Retención de restos	1.1 x 1000	1.3 x 1000
Hemorragia	1.28 x 100	1.54 x 1000
Lesión cervical por aspiración endouterina	5.5 por cada 1000 de 17	1.7 por cada 1000

**UN ABORTO
ES SEGURO
SI ES REALIZADO
POR PERSONAL**

COMPETENTE



3.3. SEGURIDAD DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS EN MENORES DE 15 AÑOS

Una duda muy frecuente que suele surgir para la atención del aborto en niñas y mujeres muy jóvenes se relaciona con las dosis de los medicamentos como misoprostol y mifepristona. Esta preocupación tiene sentido, ya que el peso de una adolescente es menor que el de una mujer adulta. Por ejemplo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) señalan que el peso promedio para las menores de 15 años oscila entre los 35 y 50 kilogramos. La Secretaría de Salud de México estima el peso de una niña de 10 años en 44.9 kg y de 46 kg a los 15 años (Secretaría de Salud de México, 1997). A pesar de que existe diferencia con el peso promedio de una mujer adulta, el cual es de aproximadamente 70 kilogramos, los ensayos clínicos y estudios de cohorte han demostrado que dosis convencionales de mifepristona y misoprostol, en menores de 15 años, presentan las mismas o incluso mayores tasas de eficacia en comparación con mujeres con mayor peso (Haimov-Kochman, Arbel, Sciaky-Tamir, Brzezinski, Laufer y Yagel, 2007). Un ejemplo de ello es un extenso estudio de cohorte retrospectivo y poblacional realizado en Finlandia, que comparó el uso de mifepristona y misoprostol con las mismas dosis en adolescentes que en mujeres adultas en embarazos de hasta 20 semanas de gestación; este encontró que la necesidad de evacuación endouterina quirúrgica después del aborto con medicamentos fue significativamente menor para las adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

Otro ejemplo es un estudio de cohorte prospectivo que incluyó a mujeres jóvenes que solo usaron misoprostol para el aborto. Este encontró que la tasa de eficacia del régimen de solo misoprostol para inducir el aborto fue la misma para jóvenes y adultas (Bugalho, Faundes, Jamisse, Usfa, Maria y Bique, 1996). Asimismo, la tasa de eficacia en otros dos estudios de cohorte prospectivos de aborto inducido con misoprostol, que solo involucraron adolescentes, fue equivalente a lo reportado en ensayos clínicos con mujeres adultas (Carbonell et al., 2001).

En uno de los estudios, las adolescentes presentaron una incidencia significativamente menor de hemorragia, aborto incompleto y necesidad de evacuación endouterina quirúrgica. Las tasas de infección postaborto fueron similares entre adolescentes y mujeres adultas, aun cuando las adolescentes presentaban mayores tasas de infección por clamidia.

Estudios con régimen de solo misoprostol para inducir el aborto que incluyeron adolescentes encontraron que las tasas de complicaciones no eran mayores a las de las mujeres de mayor edad (Velazco et al., 2000).

En general, las complicaciones de aborto con medicamentos en adolescentes son bajas (ver abajo tabla de complicaciones), estas aumentan según la presencia de factores de riesgo y edad gestacional.

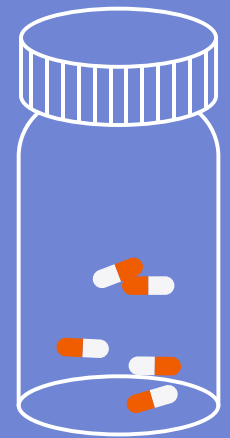
COMPLICACIONES DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS, POR ESTUDIO

	GOLDSTONE, 2017	CELAND, 2013	GATER, 2015
Número de mujeres inscritas	13,078	233,805	13,373
Edad gestacional	≤ 63 días	≤ 63 días	≤ 63 días
Lugar / organización	MSI Australia	Planned Parenthood USA	Planned Parenthood USA
Período	Del 2013 al 2015	Del 2009 al 2010	Del 2006 al 2011
Aborto incompleto que requirió aspiración	4.84%	No reportado	2.3%
Embarazo ectópico no diagnosticado	No reportado	0.007%	No reportado
Continuación del embarazo	0.76%	0.5%	0.5%
Transfusión	0.13%	0.05%	0.03%
Infección	0.11%	0.02%	0.01%
Muerte	<0.01% (1 muerte por pulmonía, probablemente no relacionada)		

Tomado de *Clinical Updates in Reproductive Health*, por Castleman, L. y Kapp, N. (eds.), 2020. Ipas. Disponible en <https://ipas.azureedge.net/files/CURH-E20.pdf>

4

MANEJO DEL ABORTO CON MEDICAMENTOS





4.1. MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL COMBINADOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE (IPAS, 2020), EFICACIA DE 95-97% (CHEN Y GREININ, 2015; BRACKEN ET AL., 2014).

HASTA LAS 10 SEMANAS DE GESTACIÓN (70 DÍAS DESDE LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM))

MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	NÚMERO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Mifepristona	200 miligramos	Oral	Una dosis	
Misoprostol	800 microgramos	Sublingual, bucal o vaginal	Una dosis de 800 microgramos (4 tab) uno o dos días después de la mifepristona	

DE 10 A 13 SEMANAS DE GESTACIÓN, EFICACIA DE 95% (HAMODA, ASHOK, FLETT Y TEMPLETON, 2005)

Mifepristona	200 miligramos	Oral	Una dosis	
Misoprostol	600 microgramos	Sublingual	Una dosis (3 tab) uno o dos días después de la mifepristona; luego 400 microgramos (2 tab) cada 3 horas hasta la expulsión	
	800 microgramos	Vaginal	Una dosis (3 tab) uno o dos días después de la mifepristona; luego 400 microgramos (2 tab) cada 3 horas hasta la expulsión	
	200 microgramos	Bucal, sublingual o vaginal	1 o 2 días después de la mifepristona por vía bucal, sublingual o vaginal	Se puede repetir la dosis de misoprostol para lograr aborto completo



4.2. MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL COMBINADOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE (IPAS, 2020)

DE LAS 13 A 24 SEMANAS DE GESTACIÓN, EFICACIA DE 90% (ABBAS ET AL., 2016)

MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	NÚMERO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Mifepristona	200 miligramos	Oral	Una dosis	Si la mujer está estable y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben permitirle al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para expulsar la placenta.
Misoprostol	400 microgramos	Sublingual o vaginal	400 microgramos dosis uno o dos días después de la mifepristona cada tres horas hasta la expulsión de feto y placenta	

4.3. ABORTO CON MEDICAMENTOS, RÉGIMEN DE SOLO MISOPROSTOL EN PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN (IPAS, 2020)

HASTA LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN, EFICACIA DE HASTA 94% (SHELDON ET AL., 2019).

MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	NÚMERO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Misoprostol	800 microgramos	Sublingual, bucal, vaginal	800 microgramos cada tres horas hasta la expulsión de feto y placenta	Desde el inicio de la primera dosis, el promedio de espera para la expulsión es 8 horas (Von Hertzen et al., 2007).



4.4. ABORTO CON MEDICAMENTOS, RÉGIMEN DE SOLO MISOPROSTOL EN SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN

DE LAS 13 HASTA LAS 24 SEMANAS DE GESTACIÓN, EFICACIA DE 72 A 91% (BHATTACHARJEE, SAHA, GHOSHROY, BHOWMIK Y BARUI, 2008).

MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	NÚMERO DE DOSIS	OBSERVACIONES
Misoprostol	400 microgramos	Sublingual, vaginal (en ausencia de sangrado)	400 microgramos cada tres horas hasta la expulsión de feto y placenta	Si la mujer está estable y es conveniente para ella hacerlo, los proveedores deben permitirle al menos cuatro horas después de la expulsión fetal para expulsar la placenta. La administración de dosis por vía vaginal es más eficaz que por vía sublingual para mujeres nulíparas.

Nota: El intervalo entre dosis puede variar, dependiendo de la vía de administración



5

**ABORTO
INSTRUMENTAL
O QUIRÚRGICO,
ASPIRACIÓN MANUAL
ENDOUTERINA (AMEU)
PARA MENORES
DE 15 AÑOS**



AMEU

Aunque no hay ninguna diferencia en cuanto a la técnica a seguir en mujeres menores de 15 años, ya que el riesgo de accidentes es prácticamente el mismo, sí la hay con relación a la preparación cervical, debido a los riesgos de lesión cervical (Allen y Goldberg, 2016; Schulz, Grimes y Cates, 1983). Este riesgo es independiente de la nuliparidad (Meirik, Huong, Piaggio, Bergel y Von Hertzen, 2012). Las mujeres, antes de cumplir los 15 años, tienen un cuello de útero o cérvix fisiológicamente inmaduro, que podría sufrir desgarros cuando se introduce la cánula.

**SI SE OPTA POR EL AMEU,
EL EXAMEN GINECOLÓGICO**

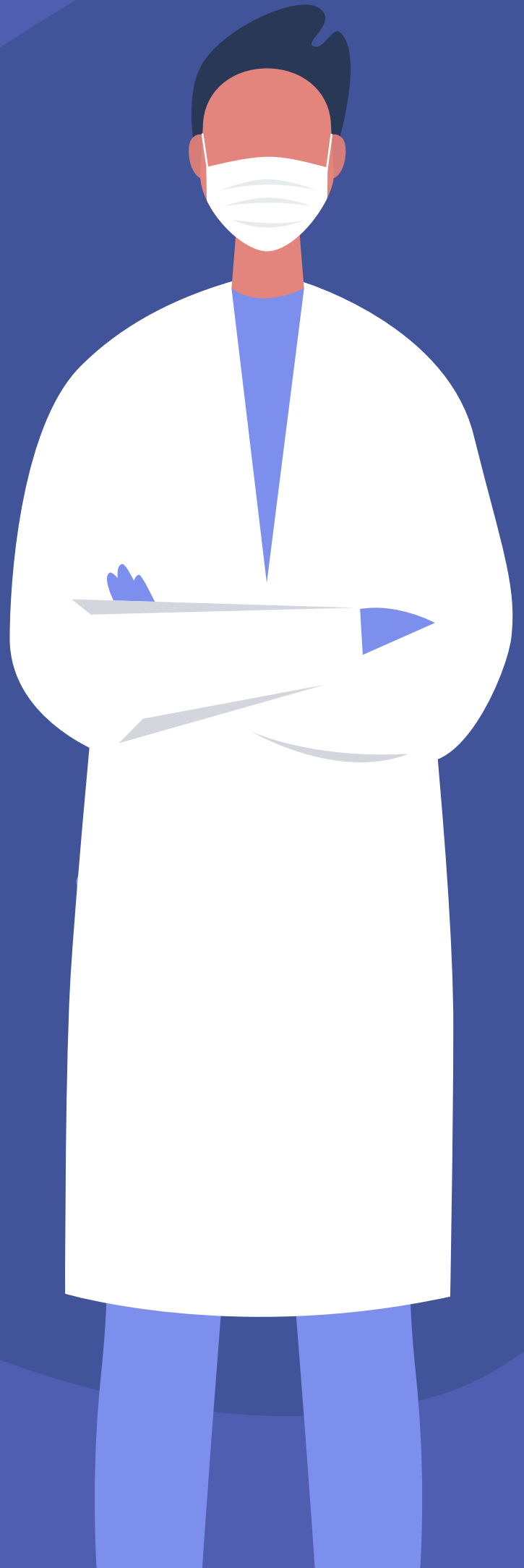
**NO PUEDE
SER OBVIADO,**

**PUES SE NECESITA CORROBORAR
EL TAMAÑO UTERINO Y LA POSICIÓN
DEL ÚTERO, LO QUE PERMITIRÁ ORIENTAR
DE MEJOR MANERA EL MANEJO DEL EQUIPO
Y EVITARÁ CUALQUIER RIESGO DE PERFORACIÓN
DURANTE EL PROCEDIMIENTO
(CHEN, LAI, LEE Y LEONG, 1995).**

La aspiración por vacío puede ser aplicable para tamaños uterinos menores de 13 semanas o incluso de hasta 15 semanas, siempre y cuando se disponga de cánulas de 14 mm o 16 mm y personal capacitado.

6

MANEJO DEL DOLOR EN EL ABORTO PARA MENORES DE 15 AÑOS



El manejo del dolor es probablemente la variante más importante en el manejo del aborto, especialmente en el quirúrgico, en casos de niñas y adolescentes menores de 15 años.

Algunas preguntas surgen especialmente en relación con las menores de 15 años con respecto a los analgésicos no esteroideos, narcóticos y anestésicos, como, por ejemplo, si existen variaciones en la dosis según el peso de la menor y en la percepción de la intensidad del dolor a esta edad.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esta lesión”. Esta definición indica que el dolor es un proceso complejo y altamente subjetivo, el cual puede ser más difícil de manejar en niñas y adolescentes. Esta sección está destinada a brindar información sobre cómo explorar la intensidad del dolor en menores de edad utilizando técnicas especializadas para tal fin. Como se mencionó con anterioridad, las niñas pueden no expresar con certeza qué tanto dolor están percibiendo durante un procedimiento de AMEU, por lo que la utilización de estas herramientas puede ayudar a los proveedores a brindar una mejor atención en el manejo del dolor.



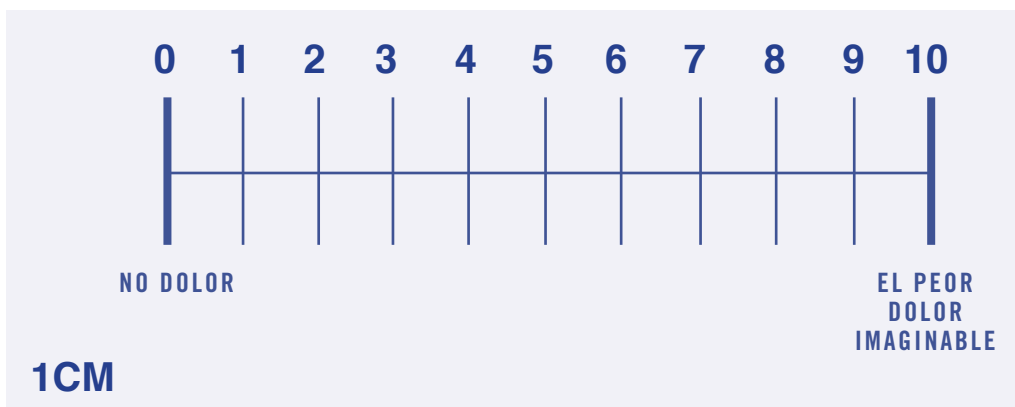
6.1. CÓMO MEDIR EL DOLOR EN MENORES DE 15 AÑOS

Unas de las formas más comunes de medir el dolor, especialmente en niñas, es el siguiente:

- Escalas verbales descriptivas (dolor leve, moderado, intenso e insoportable).
- Escalas numéricas verbales o visuales (de 0-10 o de 0-100). Existen numerosas versiones de este método, como las caras de Wong-Baker (Míguez, Guerrero y De la Mata, 2019).

					
0	2	4	6	8	10
NO DUELE	DUELE SOLO UN POCO	DUELE UN POCO MÁS	DUELE AÚN MÁS	DUELE MUCHO MÁS	DUELE TANTO COMO PUEDE IMAGINARSE

- Escala visual analógica. Consiste en una línea de 10 cm, anclada en un extremo con el título “no dolor” y en el otro con “máximo dolor imaginable”. La puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando un punto de la línea o deslizando un cursor cuya distancia se traduce en centímetros (Catala, 2015).



La entrevista estructurada permite evaluar de forma completa la experiencia del dolor en adolescentes sin centrarse únicamente en los aspectos cuantitativos. Un ejemplo de estos instrumentos es “The Pediatric Pain Questionnaire” (Tesler, Ward, y Saavedra, 1983), que recomienda realizar las siguientes preguntas para estimar el dolor que siente o podría sentir la paciente:

1. Nombra tres cosas que han provocado que sientas dolor.
2. Marca o selecciona las palabras que describen el dolor (se le presenta una lista a la paciente).
3. ¿De qué color es el dolor?
4. Cuando tengo dolor, me siento...
5. Recuerda el peor dolor que hayas tenido. ¿Cómo fue? Dime cómo te sentiste.
6. ¿Qué te ayuda a sentirte mejor cuando tienes dolor?
7. ¿Qué tiene de bueno el dolor?
8. ¿Sientes dolor ahora? (Si contesta que sí, se le entrega un dibujo con una figura humana para que ella marque la zona donde le duele).



6.2. MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL ABORTO CON MEDICAMENTOS ANTES DE LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN

Entre las características asociadas con más dolor en las pacientes se encuentran: edad gestacional más avanzada, menor edad, nuliparidad, ningún antecedente de parto vaginal e historia de dismenorrea (si percibe dolor intenso durante su menstruación, percibirá más dolor durante un procedimiento de aborto) (Suhonen, Tikka, Kivinen y Kauppila, 2011).

En estos casos, se debe explicar claramente qué medicamentos tomará y qué efectos se esperan de ellos, así como procurar un ambiente de apoyo. La aplicación de una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo es una ayuda complementaria, pero no es sustituto para el manejo del dolor con medicamentos (Akin, M. et al., 2001).

En la versión del 2020 de las *Actualizaciones clínicas de salud reproductiva* de Ipas, se establece como “fuerte” la recomendación de ofrecer medicamentos para el dolor a todas las mujeres y niñas que reciban servicios de aborto con medicamentos. Asimismo, los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (Ipas, 2020) son recomendados de manera profiláctica o para cuando empiecen los cólicos; también puede ser útil usar analgésicos narcóticos y tomar medidas no farmacológicas para el manejo del dolor. No se recomienda usar paracetamol o acetaminofén, pues el control del dolor será menor, a menos de que la mujer presente alergia o contraindicación a los AINE.

Para la aspiración endouterina antes de las 13 semanas de gestación, la combinación de medicamentos orales, bloqueo paracervical con anestesia local y medidas no farmacológicas alivia el dolor en la mayoría de las mujeres; también se podría ofrecer sedación intravenosa. Por otro lado, los ansiolíticos orales como lorazepam o midazolam disminuyen la ansiedad relacionada con el procedimiento y causan amnesia en algunas mujeres, pero no afectan los puntajes del dolor (Allen y Singh, 2018).

Los narcóticos y ansiolíticos por vía intravenosa son más eficaces que por vía oral para manejar el dolor durante la aspiración endouterina; el bloqueo paracervical, cuando se da sedación, parece no ofrecer un beneficio adicional (Kan, A. et al., 2004).

Ipas recomienda un régimen combinado de AINE profilácticos, administrados con el misoprostol, más analgésicos narcóticos por vía oral o parenteral (Edelman y Mark, 2018).

Las medidas no farmacológicas son un apoyo importante y pueden ser también utilizadas en el aborto quirúrgico. Por ejemplo, procurar un ambiente tranquilo, tener personal de apoyo y aplicar una almohadilla térmica o bolsa de agua caliente sobre el abdomen bajo puede ser útil. Como se mencionó, estos métodos son complementarios, pero no sustitutos para el manejo del dolor con medicamentos.



6.3. MANEJO DEL DOLOR DESPUÉS DE LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN

De manera rutinaria, se debe ofrecer a todas las menores de 15 años medicamentos para el manejo del dolor. Estos medicamentos deben ser proporcionados sin demora, teniendo como propósito disminuir las molestias, dolor y ansiedad antes, durante y después del procedimiento, independientemente de que se indique aborto con medicamentos o quirúrgico. La nuliparidad, la edad gestacional avanzada, la mayor cantidad de dosis de misoprostol y el intervalo entre la inducción y la expulsión están asociados con mayor dolor durante el aborto con medicamentos después de 13 semanas de gestación (Goh y Thong, 2006; Hamoda et al., 2004).

Aún no se ha establecido el régimen óptimo para el manejo del dolor. Se recomienda combinar métodos farmacológicos y no farmacológicos, tomando en cuenta las siguientes pautas:

- Iniciar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el momento de administrar la primera dosis de misoprostol, luego administrar cada 6 u 8 horas, según sea necesario.
- Agregar analgésico narcótico por vía oral o parenteral, según sea necesario, para aliviar dolor intermitente.
- Proporcionar medidas no farmacológicas tales como medios físicos (por ejemplo, una bolsa de agua caliente o fría en el hipogastrio) y medidas de confort. Estas medidas pueden incluir un ambiente relajado; apoyo de personal capacitado, familiares o amistades; apoyo verbal; posición libremente escogida por la mujer, lo cual incluye caminar si es que lo considera necesario; etc.

- Si se dispone de personal, equipo y monitoreo, las mujeres en proceso de aborto después de 13 semanas de gestación pueden beneficiarse de los mismos tipos de medicamentos para el manejo del dolor utilizados en mujeres en proceso de trabajo de parto a término, tales como anestesia epidural o analgesia controlada por la paciente (Smith et al., 2016; Maggiore et al., 2016).
- Se puede administrar paracetamol para la fiebre, pero no es eficaz para el manejo del dolor relacionado con el aborto (Ipas, 2018).

**ESTOS MEDICAMENTOS
DEBEN SER
PROPORCIONADOS
SIN DEMORA,
TENIENDO COMO PROPÓSITO
DISMINUIR LAS MOLESTIAS,
DOLOR Y ANSIEDAD**

**ANTES,
DURANTE
Y DESPUES
DEL PROCE
DIMIENTO**



6.4. RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANALGÉSICOS Y ANESTÉSICOS

6.4.1. Tabla de analgésicos por kilogramos de peso en menores de 16 años

ANALGÉSICOS NO ESTEROIDEOS			
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Ibuprofeno	Vía oral: 5-10 mg/kg cada 6-8 horas. En procesos reumatológicos, la dosis se puede aumentar hasta 20 mg/kg. Dosis máxima: <40 mg/kg al día.	Gastrointestinales (son los más frecuentes): náuseas y vómitos, inhibición de la función plaquetaria. Son los mismos para todos los AINE.	AINE preferido en niñas porque es igualmente eficaz que otros y tiene menos efectos secundarios (FDA, Motrin, 2007).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Ketorolaco	Vía oral: 1 mg/kg cada 4-6 horas (máximo 40 mg al día) Vía intravenosa, hasta los 16 años y >16 años con peso inferior a 50 kg: 0.5 mg/kg cada 6-8 horas (máximo 15 mg) Duración del tratamiento: máximo 5 días. Vía intramuscular: 1 mg/kg en dosis única (máximo 30 mg).		No se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes pediátricos (FDA, Toradol, 2008).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Diclofenaco	Vía oral: mayores de 12 años, 50 mg cada 8-12 horas. Vía intramuscular: mayores de 12 años, 50-75 mg cada 12 horas. Dosis máxima vía oral: 50 mg por dosis o 150 mg por día. Duración máxima: 2 días.		Advertencia: No se puede administrar por vía intravenosa. Autorizado para mayores de 14 años (FDA, Voltaren, s. f.).

OPIÁCEOS			
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Meperidina	Subcutánea, intramuscular o intravenosa: 0,5-2 mg/kg cada 4 horas. Dosis máxima para menores de 50 kg: 100 mg/dosis. Dosis máxima para mayores de 50 kg: 150 mg/dosis.	Vómitos, estreñimiento, retención de orina, broncoespasmo, hipotensión, convulsiones e insuficiencia renal.	Indicado para dolor moderado a severo. No se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes pediátricos (FDA, Demerol, 2010).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Tramadol	Vía oral, rectal, subcutánea, intramuscular o intravenosa, hasta los 16 años: 12 mg/kg cada 4-6 horas; máximo 400 mg al día.	Náuseas, vómitos, estreñimiento, mareos, vértigo, sedación, depresión del sistema nervioso central, convulsiones, miosis, sequedad de boca, retención urinaria, broncoespasmo.	Indicado en dolor moderado a severo. La FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) no lo aprueba en niños, sin embargo, estudios de la Biblioteca Cochrane respaldan su uso en adolescentes y niños (FDA, Tramadol, 2010).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Fentanilo	Vía intravenosa: 0,5-2 µg/kg. Dosis máxima: 50 mcg.	Hipotensión (precaución en pacientes hipovolémicos), euforia, trastornos de sueño, convulsiones, prurito por liberación de histamina. Antídoto: naloxona.	Es 100 veces más potente que la morfina. Puede provocar rigidez torácica si se administra en bolo rápido. Efecto rápido (pico: 2-3 minutos). Duración 30-45 minutos. Útil acción analgésica de corta duración durante los periodos anestésicos, premedicación, inducción y mantenimiento, y en el postoperatorio inmediato (sala de recuperación). La FDA no lo aprueba en menores de 2 años (FDA, Fentanyl, 2012).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Naloxona	IV/IM/SC: 0.4 mg cada 2 minutos hasta que se observe la reversión		Agente antagonista del narcótico. La duración de acción es de 1 hora y su efecto puede terminar antes que el del narcótico. Por lo tanto, se debe monitorear de cerca durante varias horas a las pacientes tratadas con naloxona. De debe mantener la vía respiratoria abierta y dar respiración durante la administración de naloxona.

ANSIOLÍTICOS			
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Diazepam	Vía oral: 0.12-0.8 mg/kg al día cada 6-8 horas. Vía intravenosa o intramuscular: 0.040,2 mg/kg cada 2-4 horas. Dosis máxima: no más de 0.6 mg/kg en un plazo de 8 horas (Medscape, 2020).	Visión borrosa, mareos, desorientación, dolor y enrojecimiento de la piel en el sitio de la inyección, disminución de la frecuencia respiratoria, pérdida de conocimiento.	Es un ansiolítico, sedante, relajante muscular, anticonvulsivo, con efectos amnésicos. Si se compromete la respiración, se deben mantener las vías respiratorias con oxígeno y bolsaambu, y revertir con flumazenil. Tiene un efecto amnésico leve. Su acción inicia entre 1 a 22 minutos cuando se administra por vía intravenosa (Medscape, 2020).
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Lorazepam	Oral: 1 a 2 mg, 30 a 60 minutos antes del procedimiento (mayores de 12 años) para sedación y alivio de la ansiedad, inyección intravenosa de 2 mg en total, o 0,02 mg/lb (0,044 mg/kg) (FDA, Ativan, s. f.).		La seguridad en menores de 12 años no ha sido establecida.
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Midazolam	Menores de 12 años: dosis inicial de 0,025 a 0,05 mg/kg; puede ser necesaria una dosis total de hasta 0,4 mg/kg para alcanzar el punto final deseado, pero por lo general no supera los 10 mg. IM: 0.05 mg/kg hasta un máximo de 4 mg en un plazo de 2 horas antes del procedimiento. De 12 a 16 años: Se debe dosificar como en adultos. IV: 1 a 2 mg antes del procedimiento, seguido de 0.5 a 1 mg IV cada 5 minutos según sea necesario, no debe sobrepasar 5 mg. IM: 0.07 a 0.08 mg/kg o aproximadamente 5 mg hasta 1 hora antes del procedimiento.	Visión borrosa, mareo, desorientación, depresión del sistema nervioso central y disminución de la frecuencia respiratoria.	La inyección de midazolam es un potente agente sedante que requiere una administración lenta e individualización de la dosis. La experiencia clínica ha demostrado que el midazolam es de 3 a 4 veces más potente por miligramo que el diazepam.

MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
Flumazenil	0,01 mg/kg hasta una dosis total máxima de 1,0 mg a una velocidad no superior a 0,2 mg/min.; hasta que vuelva respirar.		La duración de acción de flumazenil es 1 hora y puede terminar antes que el de la benzodiazepina. Por lo tanto, se debe monitorear de cerca durante varias horas a las pacientes tratadas con flumazenil. En caso de sobredosis de narcótico y benzodiazepina, revertir el narcótico primero con naloxona y luego administrar flumazenil si es necesario. Mantener la vía respiratoria abierta y dar respiración durante la administración de flumazenil.
ANESTÉSICOS			
MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS	EFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS (IPAS, 2020)
Lidocaína	Dosis: 0,2-0,4 ml/kg de lidocaína. Dosis máxima: 0,7 ml/kg Dosis total máxima: 50 ml. Para bloqueo paracervical, la dosis es de 10 ml de lidocaína al 1%, que equivale a 100 mg. No exceda la dosis máxima de lidocaína de 4.5 mg/kg o 200 mg en total.	Entre los posibles efectos secundarios vistos con la inyección intravascular se encuentran hormigueo peribucal, tinnitus (zumbido en los oídos), sabor metálico, mareos o pulso irregular/lento.	Donde se disponga de bicarbonato de sodio y donde el personal haya sido capacitado para utilizarlo, este se puede agregar al bloqueo paracervical (1 ml de bicarbonato de sodio por cada 10 ml de solución anestésica).

MÉTODOS DE PREPARACIÓN CERVICAL

MÉTODO	DÓSIS	NOTA
Dilatadores osmóticos (laminaria o dilatadores osmóticos sintéticos)	De 6 a 24 horas antes del procedimiento	Los dilatadores osmóticos sintéticos pueden utilizarse el día del procedimiento de D y E.
Misoprostol	400mg por vía bucal o vaginal 3 horas antes del procedimiento	Se puede utilizar como agente único hasta las 18 semanas de embarazo. Hay datos muy limitados que apoyan su uso como agente único en embarazos mayores a entre 18 y 20 semanas de gestación. Se puede combinar con dilatadores osmóticos o mifepristona. Se puede repetir según sea necesario
Mifepristona	200mg por vía oral entre 24 y 48 horas antes del procedimiento	Datos limitados apoyan su uso como agente único en embarazos de hasta 18 semanas de gestación A menudo se utiliza antes del misoprostol

Tomado de *Clinical Updates in Reproductive Health*, por Castleman, L. y Kapp, N. (eds.), 2020. Ipas. Disponible en <https://ipas.azureedge.net/files/CURH-E20.pdf>

7

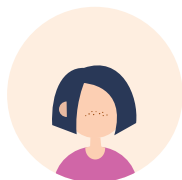
ANTICONCEPCIÓN



A pesar de que no existe un desglose de la información específica en menores de 15 años, se hará referencia al grupo de adolescentes tal como lo plantea la OMS en el contexto de agresiones sexuales: “Las víctimas de agresión sexual requieren servicios de salud integrales y sensibles al género para hacer frente a las consecuencias de salud física y mental de su experiencia y ayudarles a recuperarse de un evento extremadamente angustiante y traumático. Los tipos de servicios que se necesitan incluyen pruebas de embarazo, prevención de embarazo (es decir, anticoncepción de emergencia), servicios de aborto (donde sea legal), pruebas de ITS o profilaxis, tratamiento de lesiones y asesoramiento psicosocial” (Ipas, 2013). Es necesario remarcar la innegable necesidad del acceso a contraceptivos en adolescentes menores de 15 años, ya que ellas, casi con certeza, están expuestas a relaciones sexuales no protegidas y a entornos de abuso. Además, como se verá a continuación, los anticonceptivos son bien manejados por las adolescentes.

El término “anticoncepción” se utiliza en este conjunto de herramientas en lugar de “planificación familiar”. Mientras que la expresión “planificación familiar” es más culturalmente aceptable en algunos entornos, la mayoría de las mujeres jóvenes que recibe servicios anticonceptivos simplemente está tratando de evitar quedar embarazada en lugar de planear una familia. Además, usar el término “anticoncepción” ayuda a recordar a los consejeros que no deben hacer suposiciones sobre las intenciones reproductivas de las mujeres. Así, las mujeres más jóvenes, particularmente si no están casadas, probablemente busquen anticonceptivos para prevenir el embarazo y no para planificar una familiar, aunque esto también puede ser cierto para adultas y casadas en menor medida (Turner, Börjesson, Huber y Mulligan, 2011).

Los criterios de elegibilidad de los anticonceptivos después de un aborto para mujeres jóvenes son los mismos que para las mujeres adultas. Sin embargo, tres métodos tienen implicaciones para las mujeres jóvenes que merecen una discusión adicional: la esterilización, los inyectables y los dispositivos intrauterinos (DIU).



7.1. ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA O LIGADURA TUBÁRICA

Aunque no se mencionan rangos de edades, en realidad no existe contraindicación clínica para la esterilización en adolescentes (OMS, 2010). Sin embargo, las mujeres menores de 30 años son significativamente más propensas a experimentar arrepentimiento después de la esterilización (Curtis, Mohllajee y Peterson, 2006). Durante el asesoramiento, el personal de salud debe enfatizar que este es un método permanente y dejar en claro que no hay ningún beneficio adicional en llevar a cabo el procedimiento en el momento del aborto en comparación con usar un método no permanente durante algún tiempo, a fin de asegurarse de que es el método deseado. Adicionalmente, puede haber leyes y políticas en vigor que afecten la capacidad de un menor para dar su consentimiento a la modificación quirúrgica permanente o que lo prohíban. En todos los casos, los proveedores deben ofrecer información de manera fáctica y apoyar la decisión informada de la joven.



7.2. INYECTABLES

Existe cierta preocupación de que la medroxiprogesterona de depósito (DMPA) pueda disminuir permanentemente la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres jóvenes y niñas, ya que la disminuye temporalmente y los adolescentes aún no han alcanzado su masa ósea máxima. Sin embargo, un estudio específicamente sobre mujeres adolescentes encontró que todas ellas tenían una recuperación completa de la DMO dentro de los 12 meses posteriores a la interrupción, y la duración del uso de DMPA no afectó esta recuperación (Scholes et al., 2005).



7.3. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE ACCIÓN PROLONGADA

Existe una tasa de fracaso más alta en adolescentes que en mujeres adultas para las píldoras anticonceptivas orales combinadas, y los métodos reversibles de larga duración

(LARC) que no requieren administración diaria parecen ser los más eficaces en la prevención de embarazos posteriores (Scholes et al., 2005).

Las adolescentes son médicamente elegibles para usar DIU y no existen contraindicaciones clínicas basadas únicamente en la edad. A pesar de ello, los DIU son menos propensos a ser seleccionados por mujeres jóvenes que por mujeres mayores en algunos países, según lo encontrado por Roberts, Silva y Xu (2010).

Pero no solo las adolescentes tienen menos preferencia por el DIU. Un estudio elaborado en Latinoamérica por Luis Bahamondes y otros (Bahamondes, Makuch, Monteiro, Marin y Lynen, 2015), publicado en 2015 en el *International Journal of Women's Health*, reportó que casi el 80% de los encuestados respondió que no ofrece DIU a nuligrávidas y cerca del 10% no lo ofrece a las adolescentes; sin embargo, casi el 90% de los encuestados informaron que las nuligrávidas son candidatas (en teoría) para un DIU medicado.

No está claro si esto se debe, en parte, a la renuencia de los proveedores a ofrecer DIU a las mujeres jóvenes o es la respuesta natural de las mujeres jóvenes después de recibir información imprecisa e imparcial sobre el método.

Sin embargo, otro estudio realizado en Nueva Zelanda encontró que las adolescentes que se fueron con un DIU luego de un aborto tenían 70% menos probabilidades de regresar para un aborto en los próximos tres años que las que se fueron con píldoras anticonceptivas orales combinadas. En ese sentido, los proveedores deben brindar esta información a las mujeres, pero no presionarlas para que acepten un DIU si no están interesadas en hacerlo.



7.4. QUICK START

Los profesionales de la salud pueden ofrecer un inicio rápido de cualquier método anticonceptivo en cualquier momento del ciclo menstrual si es razonablemente seguro que una mujer no está embarazada o en riesgo de embarazo por relaciones sexuales recientes sin protección.

Tanto el implante como la medroxiprogesterona de depósito pueden iniciarse de forma segura en el momento de la administración de misoprostol, 24-48 horas después de la mifepristona, sin un aumento en el riesgo de un embarazo continuo (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017).

8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas, D. et al. (2016). Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.
- Allen, R. y Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, 93(4), 277-291.
- Allen, R. y Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1, local anesthesia and minimal sedation. *Contraception*, 97(6), 471-477.
- Al-Suleiman, S., Qutub, H., Rahman, J. y Rahman, M. (2006). Obstetric admissions to the intensive care unit: A 12-year review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274(1), 4-8.
- Akin, M. et al. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97(3), 343-349.
- Apodaca, I. et al. (abril, 2018). A comparative study about obstetric complications in the early and late adolescence in a low income mexican hospital. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 31(2), 199-200.
- Azevedo, W., Diniz, M., Fonseca, E., Azevedo, L. y Evangelista, C. (octubre-diciembre 2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*, 13(4), 618-626.
- Bahamondes, L., Makuch, M., Monteiro, I., Marin, V. y Lynen, R. (julio, 2015). Knowledge and attitudes of Latin American obstetricians and gynecologists regarding intrauterine contraceptives. *International Journal of Women's Health*, 7, 717-722.
- Berek, J. (2012). *Berek & Novaks Gynecology* (15.a ed.). Filadelfia, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bhattacharjee, N., Saha, S., Ghoshroy, S., Bhowmik, S. y Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(2), 165-17.
- Boonstra, H., Gold, R., Richards, C. y Finer L. (2006). *Abortion in women's lives*. Nueva York, Estados Unidos: Guttmacher Institute. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>

- Bracken, H. et al. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3),181-186.
- Braverman, P., Breech, L., y The Committee on Adolescence (setiembre, 2010). Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting. *American Academy of Pediatrics*. 126(3), 583-590. Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/583>
- Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E. y Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*, 53(4), 243-246.
- Cabero, L., Saldivar, D. y Cabrillo, E. (Dir.) (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid: Médica Panamericana.
- Carbonell, J. et al. (marzo, 2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Casas, J., Chumbe, O., Inguil, R., Gonzales, L. y Mercado, F. (1998). El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 44(2),101-106. Recuperado de <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/969/931>
- Catala, E. (ed.) (2015). *Manual de tratamiento del dolor* (3.ª ed.). Barcelona, España: Permanyer.
- Chalem, E. et al. (enero, 2007). Gravidez na adolescência: Perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(1),177-186.
- Chantrapanchikul, P. y Chawanpaiboon, S. (noviembre, 2012). Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 120(2). Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2012.08.024>
- Chen, L., Lai, S., Lee, W. y Leong, N. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1), 6367.
- Chen, M. y Creinin, M. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Cleland, K., Creinin, M., Nucatola, D., Nshom, M. y Trussell, J. (diciembre, 2012). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(1), 166-171.

- Curtis, K., Mohllajee, A. y Peterson, H. (febrero, 2006). Regret following female sterilization at a young age: A systematic review. *Contraception*, 73(2), 20510.
- Dahl, R. (julio, 2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1),1-22.
- De Bruyn, M. y Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion. Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC, Estados Unidos: Ipas.
- Edelman, A. y Mark, A. (2018). *Guía de referencia sobre el aborto con medicamentos: aborto inducido y atención postaborto a las 13 semanas o más de gestación*. Chapel Hill, CN, Estados Unidos: Ipas.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2017). *FSRH Guideline. Quick Starting Contraception*.
- FDA. (s. f.). *Ativan (lorazepam) Injection* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2006/018140s028lbl.pdf
- FDA. (s. f.). *Voltaren. diclofenac sodium enteric-coated tablets* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/019201s038lbl.pdf
- FDA. (2007). *Motrin. Ibuprofen Tablets* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/017463s105lbl.pdf
- FDA. (2008). *Toradol. Ketorolac tromethamine tablets* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/019645s019lbl.pdf
- FDA. (2010). *Tramadol hydrochloride extended-release capsules* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/022370s000lbl.pdf
- FDA. (2010). *Demerol. Meperidine hydrochloride* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/005010s050lbl.pdf
- FDA. (2012). *Fentanyl Citrate Injection* [Guía de medicamento]. Recuperado de https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/016619s034lbl.pdf
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología [FLASOG]. (2011). *El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y El Caribe*. Recuperado de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/BrochureEmbarazoadolescenteFlasog.pdf>

- Finkel, M. y Giardino, A. (Eds.) (2002). *Examen médico del abuso sexual infantil: una práctica guía* (2.ª ed.). California, Estados Unidos: Thousand Oaks.
- Fischer, S., Reynolds, H., Jacobson, I., Barnett, B. y Schueller, J. (2007). *HIV counseling and testing for youth: A manual for providers*. Research Triangle Park, NC, Estados Unidos: Family Health International.
- Goh, S. y Thong, K. (2006). Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception*, 73(5), 516-519.
- Gómez, P., Molina, R. y Zamberlin., N. (2010). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima, Perú: FLASOG.
- Guyton, A. y Hall, J. (2011). *Tratado de fisiología médica* (12.ª ed.). Philadelphia, Estados Unidos: Elsevier Saunders.
- Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N. y Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 462-466.
- Hamoda, H. et al. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 111(9), 996-1000.
- Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G. y Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Ipas. (febrero, 2013). Sexual and reproductive rights of adolescent girls in the context of sexual violence, early and unwanted pregnancy.
- Ipas. (2016). "Cuidado de aborto seguro para mujeres jóvenes: revisión de la orientación nacional de atención integral del aborto y servicios amigables con los jóvenes".
- Ipas (2018). Memorándum Clínico "Aclaraciones y recomendaciones para el aborto después de 13 semanas de gestación (SDG)".
- Ipas. (2020). *Clinical Updates in Reproductive Health*. Castleman, L. y Kapp, N. (eds.). Chapel Hill, NC, Estados Unidos: Ipas. Recuperado de <https://ipas.azureedge.net/files/CURH-E20.pdf>
- Kan, A., Ng, E. y Ho, P. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 70, 159-163.

- Karant, L., Jaafar, S., Kanagasabai, S., Nair, N. y Barua, A. (marzo, 2013). Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3).
- Kliegman et al. (2019). *Nelson Textbook of Pediatrics* (21.^a ed.). Filadelfia, Estados Unidos: Elsevier.
- Laurie, L., Hornberger, M., MPH, FAAP y Committee On Adolescence. (setiembre, 2017). Options Counseling for the Pregnant Adolescent Patient. *Pediatrics*, 40(3).
- Maggiore, U et al. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 25(1), 37-44.
- McCann, J. y Kerns, D. (2018). *El atlas de abuso infantil*. Evidentia Learning.
- Medscape (12 de agosto de 2020). *Diazepam (Rx)* [Página web]. Recuperado de <https://reference.medscape.com/drug/valium-diastat-diazepam-342902>
- Meirik, O., Huong, N., Piaggio, G., Bergel, E. y Von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet*, 379(9828), 1817-1824.
- Míguez, M., Guerrero, G. y De la Mata, S. (febrero, 2019). *Manejo del dolor en atención primaria*. Congreso de Actualización Pediatría, organizado por AEPap. Madrid, España. 373-390. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/pags.373-390_manejo_del_dolor.pdf
- Niinimäki, M. et al. (abril, 2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ: British Medical Journal*, 342. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d2111>
- Noll, J. et al. (enero, 2017). Childhood Sexual Abuse and Early Timing of Puberty. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 65-71.
- Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles [OSECAC]. (2013) *Abordaje de la Consulta Ginecológica Infantojuvenil* [Guía de práctica clínica]. Recuperado de http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/gpc%202008/Pediatrica/Ped-57%20Abordaje%20de%20la%20consulta%20ginecologica%20infanto-juvenil_v0-13.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44387/9789241599962_eng.pdf;jsessionid=E81093FE21351258F24C94179FA23029?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44590/9789241501552_eng.pdf;jsessionid=D63E25659187AADCAFC8943D36CEAC38?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Pons, E., Deligeoroglu, E. y Horejsi, J. (octubre, 2009). *Which are the main gynecological problems among children and adolescents in developed and developing countries?* Trabajo presentado en el XIX Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Cape Town, Sudáfrica.
- Raymond, E. y Grimes, D. (febrero, 2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 119(2), 215-219.
- Renner, R., De Guzmán, A. y Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(1), 1-7.
- Resnik, R. et al. (2009). *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice* (6.ª ed.). Filadelfia, Estados Unidos: Saunders.
- Roberts, H., Silva, M. y Xu, S. (setiembre, 2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.
- Robinson, G., Stotland, N., Russo, N., Lang, J. y Occhiogrosso, M. (agosto, 2009). Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Scholes, D. et al. (febrero, 2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2), 139-44.
- Secretaría de Salud del Gobierno de México. (1997). "NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio".

- Secretaría de Salud del Gobierno de México. (s. f.) “Interrupción Legal del Embarazo Estadísticas Abril 2007-30 junio 2020”. Recuperado de <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB.pdf>
- Sheldon, W. et al. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception*, 99(5), 272-277.
- Schulz, K., Grimes, D. y Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 321(8335), 1182-1185.
- Smith, R. et al. (febrero, 2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(2), 147-153.
- Stevens-Simon, C., Kelly, L. y Kulick, R. (julio, 2001). A village would be nice but... it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 60-65.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. y Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83, 357-361.
- Tanner, J. (1962). *Growth at adolescence* (2.ª ed.). Oxford: Blackwell Scientific.
- Tesler, M., Ward, J. y Saavedra, M. (1983). Developing an instrument for electin children’s description of pain. *Perceptual and Motor Skills Journal*, 56, 315-21.
- Turner, K., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC, Estados Unidos: Ipas.
- UNFPA (2013). State of World Population 2013. Moderhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy.
- Upadhyay, U. et al. (enero, 2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-83.
- Von Hertzen, H. et al. (junio, 2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 369(9577), 1938-46. Recuperado de <http://infoabortochile.org/wp-content/uploads/2012/10/Misoprostol-study-Lancet-2007..pdf>
- Von Hertzen, H. et al. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.



clacai

CONSORCIO
LATINOAMERICANO
CONTRA EL
ABORTO INSEGURO

www.clacai.org



www.ipas.org



clacai

CONSORCIO
LATINOAMERICANO
CONTRA EL
ABORTO INSEGURO

www.clacai.org



www.ipas.org