

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Regina-Maria Renner MD MPH^a, Anna de Guzman MPH^b, Dalia Brahmi MD MPH^b

INTRODUCCIÓN

- El embarazo no intencional entre adolescentes (de 10 a 19 años de edad) y mujeres jóvenes (de 20 a 24 años de edad) es un problema común de salud pública a nivel mundial.
- Las adolescentes y las jóvenes enfrentan dificultades para obtener información y servicios de salud sexual y reproductiva, por lo cual aumenta su riesgo de tener embarazos no deseados y abortos inseguros y de buscar servicios de aborto en etapas más avanzadas del embarazo.
- El procedimiento de aborto es eficaz y seguro.
- Muchos de los estudios sobre el aborto incluyeron a adolescentes y jóvenes, pero no se centraron en ellas. Por consiguiente, se carece de guías y recomendaciones basadas en evidencia respecto a los servicios de aborto para adolescentes.
- Una revisión sistemática sintetiza toda la literatura de alta calidad sobre un solo tema para intentar determinar recomendaciones para la atención clínica.

OBJETIVOS

- Realizar una revisión sistemática para determinar si los servicios de aborto para adolescentes y mujeres jóvenes son diferentes a los servicios para mujeres de edad más avanzada. Centrarse en eficacia, seguridad y aceptabilidad del aborto, así como en las complicaciones a largo plazo, la anticoncepción postaborto y los costos.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estrategia de búsqueda: Realizamos búsquedas en publicaciones revisadas por pares para encontrar estudios clínicos de alta calidad que comparan la eficacia, seguridad, aceptabilidad y secuelas a largo plazo de los servicios de aborto entre adolescentes/jóvenes y mujeres de edad más avanzada.
- Recolección y análisis de datos: Dos revisores extrajeron los datos de manera independiente. Utilizamos el enfoque de la Escala de Cochrane y Newcastle-Ottawa para la evaluación de la calidad.

RESULTADOS

- Incluimos 25 estudios de aproximadamente 5260 resultados revisados de las búsquedas. Los estudios incluidos abarcaron a 346,000 mujeres en proceso de aborto en el primer y segundo trimestre.
- El porcentaje de adolescentes y jóvenes incluidas en los estudios varió del 4% al 50% y del 20% al 70% respectivamente, pero no fue reportado en muchos estudios. Por lo tanto, no pudimos calcular el porcentaje general.
- Al igual que en publicaciones anteriores, las adolescentes incluidas en esta revisión buscaron servicios de interrupción del embarazo con una edad gestacional más avanzada, lo cual es un factor importante de riesgo de complicaciones
- Los estudios evaluaron principalmente a las mujeres en el primer trimestre; cuatro estudios incluyeron el segundo trimestre.
- Cabe señalar que no encontramos ningún estudio sobre complicaciones a largo plazo, tales como embarazo ectópico o futuro riesgo de parto prematuro, que reuniera los criterios de inclusión.

PRINCIPALES RESULTADOS

- *Las tasas de eficacia y seguridad del aborto con medicamentos inducido con mifepristona y misoprostol* fueron similares entre grupos etarios. Un estudio con pocas participantes adolescentes mostró mayor tasa de eficacia del aborto con medicamentos en este grupo.
- *Las tasas de eficacia y seguridad del aborto con medicamentos inducido con regímenes de misoprostol solo* fueron similares entre grupos etarios.
- *La satisfacción con el procedimiento de aborto con medicamentos* en general fue similar entre grupos etarios; la mayoría de las mujeres estaba satisfecha con el aborto con medicamentos. Sin embargo, en un estudio las jóvenes estaban menos dispuestas a administrarse el misoprostol, informaron presentar más sangrado que lo esperado y prefirieron un encuentro en persona en vez de telemedicina.
- *Las tasas de efectos secundarios y seguridad del aborto por aspiración y D&E* fueron similares en general entre grupos etarios. Sin embargo, las jóvenes tuvieron mayor riesgo de laceración cervical y **menor** riesgo de las siguientes complicaciones: perforación uterina, que requiere una intervención quirúrgica importante, y menor riesgo de mortalidad.

RESULTADOS SECUNDARIOS

- *Anticoncepción postaborto*: Excepto por menos aceptación del DIU, la edad no estaba asociada con el uso de anticonceptivos postaborto.
- *Secuelas psicológicas después del aborto*: El aborto en adolescentes no estaba asociado con depresión posterior. En dos estudios, las menores se sintieron menos cómodas con su decisión hasta un mes después del aborto, pero de ahí en adelante no hubo diferencias de ajuste entre las jóvenes y adultas.
- *En el análisis de costo-eficacia* de la D&E comparada con el aborto con medicamentos inducido con misoprostol en el segundo trimestre en Estados Unidos, no se demostró ninguna relación con la edad, es decir, la D&E fue más eficaz en función de los costos que el aborto con medicamentos inducido con misoprostol en mujeres de 15 a 45 años de edad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Limitada evidencia indica que todos los tipos de aborto (ya sea con medicamentos, con aspiración por vacío o con D&E), a todas las edades gestacionales, es eficaz, aceptable y seguro para adolescentes y mujeres jóvenes.
- Dado que la edad gestacional más avanzada es un factor importante de riesgo de morbimortalidad a causa del aborto, recomendamos enfáticamente brindar apoyo a las adolescentes con el diagnóstico de embarazo, la toma de decisiones y el acceso a servicios de aborto lo antes posible.
- En vista de las tasas de eficacia y seguridad del aborto con medicamentos en adolescentes, recomendamos ofrecerles esta opción y apoyarlas con el uso de los medicamentos en un lugar que les resulte cómodo.
- Basándonos en limitada evidencia, recomendamos considerar la preparación cervical para adolescentes en proceso de aborto con aspiración por vacío en el primer trimestre para disminuir el riesgo de laceración cervical. Se recomienda la preparación cervical para todas las mujeres después de las primeras 12 a 14 semanas de gestación. *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*, que se encuentra en el siguiente enlace <https://luna.ipas.org/clinicalaffairs/capublic/CURH/Pages/First-trimester%20vacuum%20aspiration%20cervical%20preparation%20SPA.aspx>, contiene más información sobre las recomendaciones de Ipas en cuanto a la preparación del cuello uterino.
- Recomendamos enfáticamente ofrecer a las adolescentes la opción de elegir de entre toda la gama de métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos intrauterinos, después de un aborto.

ESTUDIOS INCLUIDOS EN ESTA REVISIÓN SISTEMÁTICA

- Becker D., Diaz-Olavarrieta C., Juarez C., Garcia S.G., Sanhueza P. & Harper C.C. (2011). Clients' perceptions of the quality of care in Mexico city's public-sector legal abortion program. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health*, 37(4):191-201.
- Bugalho A., Faundes A., Jamisse L., Usfa M., Maria E. & Bique C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*, 53(4):244-6.
- Cates W., Jr., Schulz K.F. & Grimes D.A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, 309(11):621-4.
- Cowett A.A., Golub R.M. & Grobman W.A. (2006). Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(3):768-73.
- Creinin M.D., Huang X., Westhoff C., Barnhart K., Gilles J.M. & Zhang J. (2006). Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4):901-7.
- El-Tagy A., Sakr E., Sokal D.C. & Issa A.H. (2003). Safety and acceptability of post-abortual IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 67(3):229-34.
- Grimes D.A., Schulz K.F. & Cates W.J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association*, 251(16):2108-11.
- Grossman D., Grindlay K., Buchacker T., Lane K. & Blanchard K. (2011). Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstetrics & Gynecology*, 118(2 Pt 1):296-303.
- Haimov-Kochman R., Arbel R., Sciaky-Tamir Y., Brzezinski A., Laufer N. & Yagel S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(4):462-6.
- Harper C., Ellertson C. & Winikoff B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*, 65(2):133-42.
- Heikinheimo O., Leminen R. & Suhonen S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone-misoprostol regimens. *Contraception*, 76(6):456-60.
- Kopp Kallner H., Fiala C. & Gemzell-Danielsson K. (2002). Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception*, 85(4):394-7.
- Langston A.M., Rosario L. & Westhoff C.L. (2010). Structured contraceptive counseling—a randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 81(3):362-7.
- Livshits A., Machtiger R., David L.B., Spira M., Moshe-Zahav A. & Seidman D.S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility & Sterility*, 91(5):1877-80.
- Major B., Cozzarelli C., Cooper M.L., Zubek J., Richards C., Wilhite M. & Gramzow, R.H. (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8):777-84.
- Niinimaki M., Suhonen S., Mentula M., Hemminki E., Heikinheimo O. & Gissler M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*, 342:d2111.
- Pedersen W. (2008). Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4):424-8.
- Pope L.M., Adler N.E. & Tschann J.M. (2001). Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health*, 29(1):2-11.
- Quinton W.J., Major B. & Richards C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology Public Policy and Law*, 7(3):491-514.

Rose S.B., Lawton B.A. & Brown S.A. (2010). Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. *Contraception*, 82(4):345-53.

Schaff E.A., Eisinger S.H., Stadalius L.S., Franks P., Gore B.Z. & Poppema S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1):1-6.

Schulz K.F., Grimes D.A. & Cates W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 1(8335):1182-5.

Shannon C., Wiebe E., Jacot F., Guilbert E., Dunn S., Sheldon W.R. & Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(6):621-8.

Zhou W., Nielsen G.L., Moller M. & Olsen J. (2002). Short-term complications after surgically induced abortions: A register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(4):331-6.

Zhu J.L., Zhang W.H., Cheng Y., Xu J., Xu X. & Gibson D., et al. (2009). Impact of post-abortion family planning services on contraceptive use and abortion rate among young women in China: A cluster randomised trial. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(1):46-54.



P.O. Box 9990 • Chapel Hill, NC 27515 EE. UU.
1.919.967.7052 • info@ipas.org • www.ipas.org

© 2013 ipas