





ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento de la interrupción precoz y voluntaria de la gestación en adolescentes

MSc. Dra. Yarima Bravo Torres¹ , MSc. Dr. Yoel Cardet Niebla¹ , Dr. Eleodoro Medina Escobar¹ , MSc. Dr. Fernando Machado Rojas¹ , Dr. Osiel Montero Silverio¹ 

¹Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: el aborto es un problema mundial de grandes proporciones, con mayores riesgos en adolescentes. Existen varios métodos para realizar la interrupción, pero a pesar de ser un procedimiento institucionalizado en el medio aún se presentan complicaciones. **Objetivo:** describir características clínico-epidemiológicas en relación a los resultados de los métodos empleados para la interrupción precoz y voluntaria de la gestación en adolescentes en el Servicio de Ginecología del Hospital “Mariana Grajales”. **Método:** se realizó una investigación descriptiva, transversal entre el primero de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes adolescentes a las que se les realizó aborto inducido. En total fueron 858 adolescentes, a 260 se les aplicó misoprostol y a 598 se les realizó legrado de la cavidad uterina. **Resultados:** las adolescentes que acudieron para la interrupción voluntaria de la gestación se encuentran en la adolescencia intermedia y tardía, las adolescentes tratadas con misoprostol presentaron edad media menor. La interrupción se realizó alrededor de la séptima semana de gestación y se observó comienzo precoz de las relaciones sexuales. **Conclusiones:** el misoprostol mostró mayor cantidad de complicaciones, sobre todo restos y fallo del método y, en la mayoría de las pacientes, se necesitó administrar hasta tres dosis del medicamento.

Palabras clave: interrupción voluntaria de la gestación; misoprostol; aborto

ABSTRACT

Introduction: abortion is a worldwide problem of great proportions, with greater risks in adolescents. There are several methods to perform the interruption of pregnancy, but despite being an institutionalized procedure there exist still complications. **Objective:** to describe clinical-epidemiological characteristics in relation to the results of the methods used for the early and voluntary interruption of pregnancy in adolescents in the Gynecology Service of the Mariana Grajales Hospital. **Method:** a descriptive, cross-sectional investigation was carried out between January 1, 2013 and December 31, 2014. The study population consisted of all adolescent patients who underwent induced abortion. In total there were 858 adolescents, 260 were applied misoprostol and 598 had curettage of the uterine cavity. **Results:** the adolescents who attended for the voluntary interruption of pregnancy are in the middle and late adolescence, adolescents treated with misoprostol had a lower average age. This interruption was made around the seventh week of pregnancy and an early onset of sexual intercourse was observed.

Conclusions: misoprostol showed a greater number of complications, especially remains and failure of the method, and in most of the patients it was necessary to administer up to three doses of the medication.

Key words: voluntary interruption of pregnancy; misoprostol; abortion

INTRODUCCIÓN

El aborto provocado se consideraba ilícito en Cuba antes del triunfo revolucionario y en los primeros años de la década de los años 60; no obstante, este procedimiento era ampliamente utilizado en el país desde principios del siglo pasado y en el decenio de los 50, junto al condón, como la principal forma de regular la fecundidad. Después de 1959 se promovió y estableció la institucionalización hospitalaria de la práctica del aborto voluntario en unidades del nivel secundario de atención como una medida encaminada no solo a disminuir las complicaciones y el número de muertes maternas, sino a garantizar el pleno ejercicio de la igualdad entre los géneros, basado en el libre derecho de poder decidir sobre la reproducción. Actualmente se juzga que el volumen de abortos voluntarios resulta elevado y que el propósito principal de las políticas de planificación familiar se basa en minimizar esta práctica todo cuanto sea posible. El procedimiento es riesgoso y, por ende, deviene todavía una de las causas frecuentes de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal.⁽¹⁾

El embarazo en adolescentes, que no siempre es deseado, ha ocurrido desde épocas remotas de la humanidad. Para determinados autores este tipo de embarazo tiene la denominación de no oportuno y surge en las épocas actuales por una relación sexual sin usar o con uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se asocia a falta de información o ignorancia. Estos embarazos ocurren en cualquier mujer, aunque en mayor proporción entre las adolescentes. Las consecuencias de los embarazos no oportunos pueden ser diversas, entre ellas, el aborto.⁽²⁾

Algunos aspectos que caracterizan los embarazos no deseados en adolescentes son las relaciones sexuales particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas y la violencia. Las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico caracterizado por agresividad, excesivo énfasis en su independencia personal y tendencia a actividades desviantes.⁽²⁾

En Cuba la fecundidad ha evolucionado desde hace varios años a niveles que no garantizan el remplazo de las generaciones, lo que se une a una estructura de fecundidad temprana. Derivado de lo anterior y frente a la necesidad de incrementar el nivel de la fecundidad, se llega a contradicciones sobre acciones a realizar para reducir su nivel, relativamente alto, en las adolescentes.⁽²⁾

El embarazo en adolescentes tiene especial connotación y los resultados que derivan de él, como el aborto, han hecho que se tomen medidas para su disminución; el hecho de que sea difícil lograrlo indica la existencia de factores diversos vinculados con esta práctica y muchas de sus determinantes, por lo que es fundamental estudiarlos y llegar a ellos valorando la forma de pensar de personas que pueden estar relacionadas con él. Entre los participantes a los que

les concierne el aborto es necesario considerar, en primer lugar, a las propias embarazadas, y después a las/los practicantes del aborto, el compañero sexual, los familiares, otras personas del contexto social y los prestadores de servicio de salud y educación, que pueden brindar luz sobre factores intrínsecos que es necesario considerar.⁽²⁾

El aborto es la interrupción de la gestación antes del inicio del período perinatal definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Comisión de Información Estadística en su Décima Revisión, a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación (momento cuando el peso al nacer es, normalmente, 500g). Se acostumbra clasificar el aborto como precoz cuando ocurre antes de las 12 semanas de embarazo y tardío a partir de las 12 hasta las 22 semanas.⁽³⁾ El aborto puede ser inducido de muchas maneras y la elección depende del tiempo de gestación o de desarrollo del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto socioeconómico en el que se tome la decisión y se realice el acto, especialmente el acceso a los servicios médicos, y de los límites puestos por la legislación, entre otros factores.⁽⁴⁾

El misoprostol surge a mediados de la década de 1980 y es un metil análogo sintético de la prostaglandina E1 (PGE1). Comienza a ser utilizado en Ginecología y Obstetricia por su estabilidad térmica (puede ser almacenado en forma segura y a temperatura ambiente) y porque presenta menos efectos colaterales, su costo es aproximadamente 100 veces menor que el de cualquier otra prostaglandina, tiene un tiempo de vida más prolongado y es de fácil administración.⁽⁵⁾

Se denomina aborto quirúrgico al conjunto de procedimientos o técnicas quirúrgicas que se realizan dentro del quirófano. El método quirúrgico más empleado antes de las siete semanas de embarazo es el aborto por aspiración. El aborto químico o farmacológico consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo inducido por lo que suele ser una combinación de fármacos.⁽⁶⁾

El aborto es un problema mundial de grandes proporciones, las muertes causadas por el aborto séptico, que resulta cuando se realiza sin las condiciones requeridas y muchas veces por manos inexpertas, tienen un papel preponderante en las tasas de mortalidad materna en muchos países.⁽⁷⁾

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo que está asociado a factores económicos, sociales y de comportamiento sexual y que ha sido considerado, en estas últimas décadas, un importante problema de salud pública en virtud de la prevalencia con que ocurre.⁽⁸⁾

En Cuba el aborto se realiza de forma institucionalizada y, en las adolescentes, de forma diferenciada, con las mayores garantías posibles; aun así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, que van desde los accidentes anestésicos, las perforaciones uterinas, las sepsis, las hemorragias, la enfermedad inflamatoria pélvica e, incluso, la muerte, hasta la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. A pesar de esto no es para nada despreciable el número de ellas que recurren a solucionarlo a través de la interrupción, de manera que uno de cada cuatro abortos provocados tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que suceden en las adolescentes.⁽⁹⁾

Este trabajo tiene el objetivo de describir las características clínico-epidemiológicas en relación a los resultados de los métodos empleados para la interrupción precoz y voluntaria de la gestación en adolescentes en el Servicio de Ginecología del Hospital "Mariana Grajales" entre los años 2013 y 2014.

MÉTODOS

Diseño y población

Se realizó una investigación descriptiva, transversal en el Servicio de Ginecología del Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, en el período comprendido de enero del año 2013 a diciembre del año 2014.

La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes adolescentes a las que les realizó aborto inducido. En total fueron 858, a 260 se les aplicó misoprostol y a 598 se les realizó legrado de la cavidad uterina.

Se utilizó el muestreo aleatorio simple y se obtuvo una muestra de 422 adolescentes.

Los datos fueron recolectados de fuentes secundarias de información (historias clínicas y registro estadístico de la Sala de abortos del hospital). Se utilizó como método la revisión documental y como técnica de recolección de la información se aplicó una guía de revisión documental.

Procesamiento y análisis de la información:

Se organizó la información en un fichero de datos que contenía las mediciones de las variables de interés en cada paciente. Se utilizaron los programas Microsoft Excel y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 15.0 para Windows. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa Epidat (Programa para el análisis epidemiológico de los datos tabulados), versión 3.0.

Se utilizaron medidas de resumen como:

- Números absolutos
- Por cientos
- Media o promedio
- Desviación típica.

Se realizaron pruebas de hipótesis:

- Prueba de comparación de medias para dos muestras (estadístico t de Student)
- Prueba de independencia (estadístico Chi cuadrado).

Se fijó un nivel de significación para la prueba α (0,05). La decisión estadística se tomó en función del valor de la probabilidad (p).

- Si $p > 0,05$ no existen evidencias significativas para rechazar la hipótesis nula, por lo que se plantea no diferencias o no asociación
- Si $p \leq 0,05$ se rechaza la hipótesis nula y se aceptará la alternativa.

Los resultados fueron mostrados en tablas y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Las adolescentes a las que se les realizó interrupción de la gestación incluidas en el estudio se muestran en la tabla 1. De un total de 442 a 210 (47,51%) se les realizó la interrupción de la gestación por legrado y en 232 (52,49%) se utilizó misoprostol.

Tabla 1. Adolescentes según la edad y el método de interrupción de la gestación

Edad (años)	Legrado		Misoprostol		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 - 14	3	0,68	14	3,17	17	3,85
15 - 17	96	21,72	104	23,53	200	45,25
18 - 19	111	25,11	114	25,79	225	50,90
Total	210	47,51	232	52,49	442	100

Edad media=17,26 años; Desviación típica=1,46 años

Edad media (legrado)=17,42 años; Desviación típica=1,32 años

Edad media (misoprostol)=17,13 años; Desviación típica=1,57 años

t=2,13; p=0,034

La cantidad de adolescentes que se realizaron interrupciones de embarazo aumentaron a medida que aumentó la edad: entre los 18 y los 19 años fueron 225 (50,9%), entre los 15 y los 17 años 200 (45,25%) y solo a 17 muchachas (3,85%) se les realizó interrupción de la gestación entre los 11 y los 14 años de edad. La edad promedio de las pacientes que se realizaron abortos provocados fue de 17,26 (DE 1,46 años).

En relación a la edad de las pacientes a las que se aplicó cada método se aprecia que en el legrado la edad media fue 17,42 (DE 1,32 años), estadísticamente fue significativa la diferencia con la edad media de las pacientes que utilizaron misoprostol, que fue de 17,13 (DE 1,57 años). En 14 de las 17 adolescentes entre 11 y 14 años se realizó el aborto medicamentoso.

En cuanto a las semanas de gestación en el momento de la interrupción en relación al método empleado la interrupción fue realizada entre las siete y las 7,6 semanas (239, 54,07%), entre las ocho y las 8,6 semanas (132, 29,86%) y entre las nueve y las 9,6 semanas (50, 11,31%). La edad gestacional promedio en el momento de la interrupción de la gestación fue de 7,6 (DE 0,8 semanas) -tabla 2-.

Respecto a los métodos la variable edad gestacional se mostró de forma similar en las pacientes a las que se realizó legrado, las semanas de gestación promedio fueron de 7,58 (DE 0,77 semanas), y en las que se utilizó misoprostol la edad gestacional promedio fue de 7,62 (DE 0,88 semanas). Al realizar la prueba de comparación de medias se consideraron aproximadamente iguales (p=0,664).

En la tabla 3 se resumen los antecedentes obstétricos de las adolescentes a las que se les realizaron ambos métodos de interrupción de la gestación. La edad de las primeras relaciones sexuales, que fue referida en la mayoría de las adolescentes entre los 15 y los 17 años de edad, se identificó de esta forma en 263 (59,5%), pero se evidenció que 154 pacientes (34,48%) las comenzaron

Tabla 2. Adolescentes según las semanas de gestación y el método de interrupción del embarazo

Semanas de gestación	Legrado		Misoprostol		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
6 - 6,6	6	2,86	1	0,43	7	1,58
7 - 7,6	104	49,52	135	58,19	239	54,07
8 - 8,6	74	35,24	58	25,00	132	29,86
9 - 9,6	24	11,43	26	11,21	50	11,31
10	2	0,95	12	5,17	14	3,17
Total	210	100	232	100	442	100

Edad gest media=7,60 sem; Desviación típica=0,83 sem

Edad gest media (legrado)=7,58 sem; Desviación típica=0,77 sem

Edad gest media (misoprostol)=7,62 sem; Desviación típica=0,88 sem

t=-0,434; p=0,664

entre los 11 y los 14 años de edad. La edad promedio de las primeras relaciones sexuales fue 15,16 (DE 1,24 años). La distribución de la edad de las primeras relaciones sexuales fue significativamente diferente en ambos grupos de tratamiento (p=0,0413), aunque se observaron edades más jóvenes entre las que utilizaron misoprostol.

Respecto a los antecedentes de abortos inducidos no los refieren 344 pacientes (77,83%). En ambos tipos de tratamiento del aborto predominaron las pacientes sin antecedentes de abortos anteriores; las diferencias en este caso no fueron significativas (p=0,4048).

Tabla 3. Adolescentes según los antecedentes obstétricos y el método de interrupción del embarazo

Historia ginecoobstétrica	Legrado		Misoprostol		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad de primera relación sexual						
11 - 14	71	16,06	83	18,78	154	34,84
15 - 17	121	27,38	142	32,13	263	59,50
18 - 19	18	4,07	7	1,58	25	5,66
Sin abortos inducidos previos	174	39,37	170	38,46	344	77,83
Primigestas	170	38,46	157	35,52	327	73,98
Nulíparas	195	44,12	213	48,19	408	92,31
No usan anticonceptivos	178	40,27	187	42,31	365	82,58

n=442

Promedio edad primeras relaciones sexuales=15,16 años; DT=1,24 años

$X^2=6,3726$; p=0,0413

Abortos inducidos previos: $X^2=1,8087$; p=0,4048

Primigesta: $X^2=9,4209$; p=0,0021

Partos previos: $X^2=0,0546$; p=0,8152

Anticonceptivos: $X^2=1,0517$; p=0,3051

Al explorar sobre los embarazos anteriores 327 adolescentes (73,98%) se encontraban en el primero: a 170 (80,95%) se les realizó legrado y en 157 (67,67%) se utilizó misoprostol. Hubo una diferencia significativa (p=0,0021). Eran nulíparas 408 adolescentes (92,31%): a 195 (44,12%) se les hizo un legrado y 213 (48,19%) se trataron con misoprostol, comportamiento que fue

aproximadamente igual ($p=0,8152$). En cuanto al uso de anticonceptivos 365 adolescentes (82,58%) no los utilizan, de ellas a 178 (40,27%) se les realizó legrado y a 187 (42,31%) se les aplicó misoprostol, comportamiento aproximadamente igual ($p=0,3051$).

La tabla 4 muestra las principales complicaciones ocurridas con ambos métodos de interrupción de la gestación en las adolescentes. La presencia de restos ocurrió en 90 casos (20,36%): en las pacientes con legrado se presentó en el 6,67% y en el misoprostol en el 32,76%. El fallo del método ocurrió en 25 pacientes (10,78%) con misoprostol. Los restos con fiebre se encontraron en 11 pacientes (2,49%): en el 4,29% de las sometidas a legrado y en el 0,86% de las tratadas con misoprostol.

Hubo una diferencia significativa en cuanto al número de complicaciones entre las interrupciones realizadas con misoprostol y los legrados ($p=0,000$).

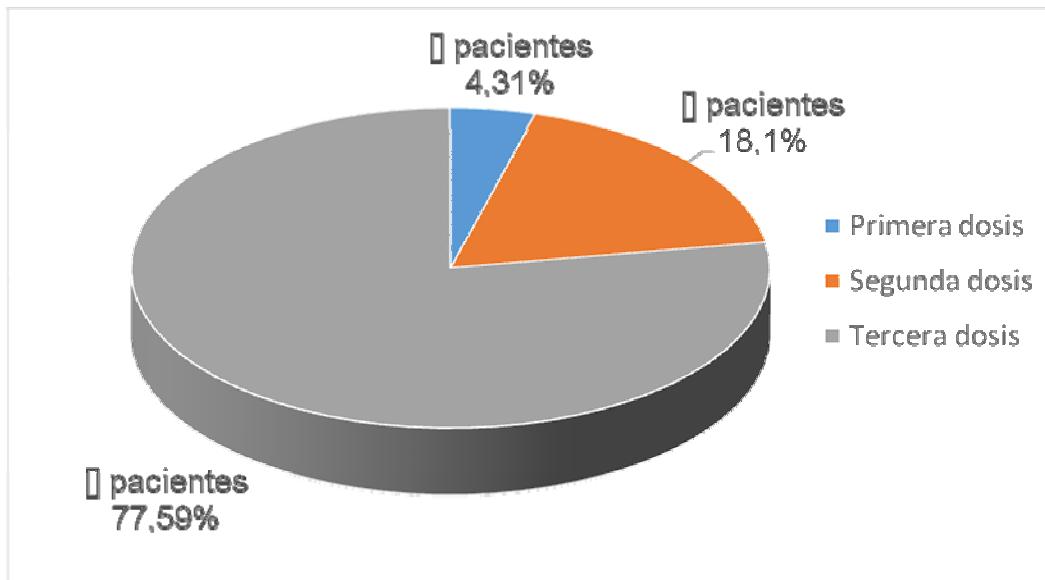
Tabla 4. Adolescentes según las complicaciones y el método de interrupción del embarazo

Complicaciones	Legrado		Misoprostol		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Restos	14	6,67	76	32,76	90	20,36
Fallo del método	0	0,00	25	10,78	25	5,66
Restos y fiebre	9	4,29	2	0,86	11	2,49
Total	23	10,95	103	44,40	126	28,51

Nota: por ciento en relación al total en cada método (por columna)
 Complicaciones y método: $X^2=58,8642$; $p=0,0000$

En el gráfico 1 se muestra el resumen de las dosis de misoprostol aplicadas a las pacientes: en 180 (77,59%) fue necesario administrar hasta una tercera dosis, en 42 (18,1%) se administraron dos dosis y en 10 (4,31%) solo una dosis.

Gráfico 1. Adolescentes según las dosis de misoprostol aplicadas



DISCUSIÓN

En el presente estudio la cantidad de adolescentes que se realizaron abortos aumentó a medida que también aumentó la edad; se encontraban alrededor de los 17 años de edad como promedio.

En el mundo, entre 2,2 y 4 millones de adolescentes tienen, por año, un aborto, aunque es un procedimiento 14% inseguro. En Brasil ocurre de 7% a 9% en adolescentes entre 17 y 19 años.⁽⁸⁾

En España se produjeron 18 000 embarazos anuales en adolescentes y 7 000 decidieron interrumpir la gestación, dentro de este grupo 800 tenían entre 11 y 15 años.⁽⁵⁾

Según trascendió en la intervención de Menéndez López en el XVI Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología son las muchachas de entre 18 y 19 años quienes más lo utilizaron en los últimos años en el hospital donde labora.⁽¹⁰⁾

Estudios hechos en distintas regiones de España argumentan que el misoprostol tiene una alta efectividad en las primeras semanas del embarazo pues con menos de siete semanas de gestación la tasa de éxitos es elevada. Además, el costo monetario del medicamento es relativamente bajo, los efectos adversos son escasos y de poca intensidad y los reingresos hospitalarios por restos ovulares en cavidad uterina infrecuentes.⁽¹¹⁾

Cada vez es más frecuente que los abortos en el primer trimestre se provoquen mediante el uso de fármacos en lugar de practicar métodos quirúrgicos. Un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* muestra que en investigaciones efectuadas en la década del 90, dirigidas a explorar comportamientos sexuales entre adolescentes, se obtuvieron interesantes resultados: la mayoría mantenían una vida sexual activa, el antecedente de abortos se halló en el 88,1% del total de las féminas que tenían relaciones sexuales, mientras que el 29,5% recurrió al recurso, más de una vez. Tener en cuenta que las primeras relaciones sexuales se inician cada vez más precozmente, y sin olvidar que en esta etapa no están creadas las condiciones anatómicas ni fisiológicas del aparato ginecológico para su inicio ni para realizar intervenciones en él, se facilitaría la aparición de daños y de lesiones posiblemente irreparables para la vida reproductiva posterior.⁽⁵⁾

En relación con el número de interrupciones previas el trabajo de Gran Álvarez encontró que el 58% de las pacientes estudiadas no tenían ninguna gestación, con una el 25,7% y con dos o más el 16,3%. En Chile, en un estudio realizado en tres comunidades de la capital, se pudo comprobar que las mujeres una vez que recurren por primera vez al aborto tienden a repetir el proceso y se hacen usuarias del método.⁽⁵⁾

La efectividad del misoprostol en la inducción del aborto temprano es superior al 90%. Los efectos adversos, en su mayoría, no llegan a generar complicaciones médicas o quirúrgicas mayores y, en gran medida, desaparecen en las primeras 24 horas posteriores a la administración del medicamento. El sangrado vaginal y los cólicos se presentan en la mayoría de los casos; las contracciones generan el aborto. El sangrado abundante es la complicación más frecuente.⁽¹²⁾

En un estudio que incluyó a 522 mujeres solo 177 informaron haber sido sometidas a un aborto inducido: 41 (23,2%) se realizaron su primer aborto inducido con misoprostol, mientras que 79 (44,6%) se sometieron a realizarse un aborto quirúrgico. Las complicaciones mas frecuentes fueron la fiebre, el sangramiento y el dolor abdominal. No se encontraron diferencias significativas entre ambos metodos de aborto.⁽¹³⁾

Es necesario incrementar y mejorar los conocimientos técnicos y legales acerca del aborto, sobre todo entre Especialistas en Ginecología y Obstetricia, que son en quienes recae la responsabilidad de cumplir con lo que señala la ley, acorde con las recomendaciones internacionales y el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer.⁽¹⁴⁾

CONCLUSIONES

Las adolescentes que acudieron para la interrupción voluntaria de la gestación se encuentran, principalmente, en la adolescencia intermedia y tardía; las adolescentes tratados con misoprostol presentaron edad media menor. La mayor parte no presentaban antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas. La interrupción se realizó alrededor de la séptima semana de gestación y se observó un comienzo precoz de las relaciones sexuales, la mayoría fueron nulíparas; no se observó el uso de anticoncepción en la mayoría de las adolescentes. El misoprostol mostró mayor cantidad de complicaciones, sobre todo restos y fallo del método y, en la mayoría de las pacientes, se necesitó administrar hasta tres dosis del medicamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista Rojas O, Álvarez González Z. Breves consideraciones históricas, jurídicas y actuales acerca del aborto y la regulación menstrual. MEDISAN [Internet]. 2011 Ago [citado 15 Feb 2018];15(8):1180-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n8/san19811.pdf>
2. Álvarez Vázquez L, Salomón Avich N. El aborto en adolescentes en un contexto legal. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Ene-Mar [citado 15 Feb 2018];38(1):45-53. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n1/spu05112.pdf>
3. Torres Ugalde BA. Eficacia del uso de misoprostol en la evacuación uterina en mujeres embarazadas con perdida gestacional temprana en el Hospital General Dr. Nicolás San Juan en el año 2011 [tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/55519087.pdf>
4. Martín Lupión EM. El aborto: perspectivas y realidades. Aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. En: Jornadas internacionales de investigación en educación y salud: Educación y Salud en una Sociedad Global; 2014 May 9 y 10; Almería, España: Universidad de Almería [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: <https://w3.ual.es/Congresos/JORNADASINTERNACIONALESDEINVESTIGACIONENEDUCACIONYSALUD/Ab.pdf>

5. Varona Sánchez JA, Borrego López JA, Formoso Martín LE, Martínez Martínez-Pinillo Á. Misoprostol en la interrupción temprana del embarazo en pacientes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 23 Sep 2019];36(1):97-108. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100012
6. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=79543D37E68B7C55D1C1B754863847BB?sequence=1
7. González Labrador I, Miyar Pieiga E, González Salvat RM. Algunas consideraciones sobre el aborto: La educación sexual como una alternativa en su prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 Jun [citado 15 Feb 2018];17(3):281-286. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300013
8. Ribeiro da Fonseca Domingos S, Barbosa Merighi MA, Pinto de Jesús MC, Moura de Oliveira D. Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 Jul-Ago [citado 15 Feb 2018];21(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0899.pdf
9. Flores Coca JA. Aborto en la adolescencia. Impacto ético y social. Medisur [Internet]. 2015 Nov-Dic [citado 15 Feb 2018];13(6):708-710. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000600001&lng=es
10. Menéndez López LR. Misoprostol: "no hay que llegar a ese momento". Revista Mujeres [Internet]. 2016 [citado 23 Sep 2019]. Disponible en: <http://www.mujeres.co.cu/art.php?MzA4OQ==>
11. García Baños LG, Alonso Sicilia M, Concepción Pérez M. Misoprostol en dos formas de administración para la dilatación cervical en el aborto instrumentado. Rev Cienc Méd Habana [Internet]. 2013 Sep [citado 5 Ago 2019];19(2):183-191. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/578/html>
12. Serrano Angulo A, Concepción Feria L. Misoprostol en la inducción del aborto temprano. CCM [Internet]. 2014 Oct-Dic [citado 5 Ago 2019];18(4):700-708. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n4/ccm10414.pdf>
13. Irinyenikan TA, Loto OM, Oluborode B, Awowole I, Bello FA, Fabamwo AO, et al. A prospective study of severity of complications associated with use of misoprostol and other abortion methods in South West Nigeria. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2019 Sep [citado 23 Sep 2019];146(3):302-307. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31152593>
14. Montoya-Romero JJ, Schiavon R, Troncoso E, Díaz-Olavarrieta C, Karver T. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 Ene [citado 15 Feb 2018];83:23-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151d.pdf>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

ORL: Concibió la idea, trabajó en la redacción del manuscrito.

YBT, YCN: Recopilaron y procesaron los datos y realizaron la búsqueda de las referencias bibliográficas.

EME, FMR y OMS: Trabajaron en la redacción del manuscrito.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 27-12-2019

Aprobado: 10-3-2020

Yarima Bravo Torres. Hospital Ginecoobstétrico Universitario "Mariana Grajales".
Avenida 26 de Julio. Reparto Escambray. Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Código Postal:
50200 Teléfono: (53)42272245
yarimabt@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0002-1864-5582>