

# Aborto en una adolescente de 12 años. Cómo abordarlo desde un Centro de Atención Primaria

**M.M. Moreno García<sup>(1)</sup>, M. Jiménez Moreno<sup>(1)</sup>, A. Sánchez González<sup>(1)</sup>, C. Coronel Rodríguez<sup>(2)</sup>.**

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>(2)</sup>Doctor en Medicina. Médico Especialista en Pediatría. Centro de Salud Amante Laffón. Sevilla.

**Fecha de recepción:** 07-05-2020

**Fecha de publicación:** 28-02-2021

Adolescere 2021; IX (1): 86-89

## Resumen

En la sociedad actual en la que vivimos en la que la presión social, así como otros factores propios de la adolescencia, conducen al inicio de las relaciones sexuales de forma cada vez más precoz, consideramos necesaria y urgente la formación del Pediatra en el abordaje de la gestación y/o de la interrupción voluntaria del embarazo, circunstancia hasta el momento anecdótica en nuestras consultas.

**Palabras clave:** Embarazo; Aborto; Adolescencia.

## Abstract

In the current society where social pressure, as well as other factors, lead to an earlier onset of sexual relations among adolescents, we consider that it is necessary and urgent for pediatricians to be trained in the approach to pregnancy and / or to voluntary interruption of pregnancy. Up to now, this has been an anecdotal circumstance in our clinical consultations.

**Key words:** Pregnancy; Abortion; Adolescence.

## Introducción

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre antes de finalizar el desarrollo somático completo<sup>(1)</sup>. El embarazo en dicha etapa plantea múltiples dificultades tanto de índole médica (aumento del número de abortos, mayor incidencia de parto prematuro...) como de índole social (rechazo familiar, interrupción de la escolaridad, consumo de tóxicos, etc.)<sup>(1,2)</sup>.

No debemos olvidar que la identidad adolescente representada por una etapa de autoconocimiento contrasta significativamente con la maternidad, etapa definida por la responsabilidad y dedicación hacia otra persona que depende de sus progenitores<sup>(3)</sup>.

El abordaje de la gestación y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) desde el punto de vista administrativo, ético y legal en nuestras pacientes menores de edad supone un reto para el pediatra, por lo que los autores de este artículo consideramos interesante y necesario el estudio y la publicación de manuscritos sobre esta materia que nos permitan ampliar nuestros conocimientos en una sociedad en la cual las relaciones sexuales se establecen cada vez a edades más precoces.

## Caso clínico

Paciente de 12 años y un mes con antecedentes personales de alteración de la conducta y trastorno de ansiedad. Menarquia a los 10 años. Inicia relaciones sexuales a los 11 años. Contexto sociofamiliar: padres divorciados. Guardia y custodia materna. No consta privación del padre de la Patria Potestad.

**El embarazo en la adolescencia se define como aquel que ocurre antes de finalizar el desarrollo somático completo y plantea muchas dificultades médicas y sociales**

Consulta acompañada por su madre por amenorrea de 35 días y sospecha de gestación en curso por fallo en medidas de anticoncepción (preservativo), tras mantener relaciones sexuales consentidas con su pareja de 14 años, hacía dos semanas aproximadamente, que confiesa a su madre tras conversar con ella por percibirla más irascible de lo habitual.

Se realiza un primer test de gestación a los 35 días de amenorrea, con resultado negativo. A los 4 días se repite test de gestación en presencia de la menor y de su madre, obteniéndose resultado positivo en dos ocasiones. A pesar de ello la madre de la paciente plantea la posibilidad de que se trate de un falso positivo, por lo que se decide derivación a Urgencias Hospitalarias para confirmación. A su llegada a Urgencias, la paciente no consiente exploración. Sí se realiza B-HCG en sangre con resultado 403 U/L (positivo), confirmando por tanto, estado gestante.

Posteriormente, se le comunica a la paciente la información completa sobre las distintas vías a seguir, así como los derechos, prestaciones y ayudas de apoyo a la maternidad. Tras periodo de reflexión, la paciente y su pareja expresan su deseo inequívoco de realizar la IVE. La madre consiente y apoya la decisión. La paciente indica activamente su negativa a informar al padre de lo ocurrido y de su decisión de la IVE.

Ante esta situación y debido a la edad de la paciente, se realiza interconsulta a trabajo social (ya alarmados por consulta procedente del Hospital ante solicitud de IVE en una paciente de 12 años), quien realiza informe de notificación de menor en riesgo de desamparo (de obligatoria cumplimentación en estos casos, a pesar de no constar por nuestra parte que pudiera existir desprotección o situación de riesgo en la menor), y se gestiona valoración del comité de ética asistencial de forma urgente, el cual valoró el caso tras 7 días de confirmación del estado gestante, quien asesora que:

1. *Suponiendo que se trate de un embarazo confirmado y dentro de las primeras catorce semanas de gestación, entendemos que se trataría de una IVE a petición de la mujer, supuesto específicamente contemplado en la Ley 2/2010, por lo que no existirían reservas desde el punto de vista ético siempre que se confirme la voluntad de la embarazada, la consistencia de su decisión una vez proporcionada la información que incluya la relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y se evalúe su capacidad.*
2. *A juicio de este CEA se requiere que ambos progenitores sean informados y consientan la realización del IVE con independencia de la situación socio-familiar, salvo que por sentencia judicial se hubiera privado de la patria potestad a uno de ellos. En caso de discrepancia entre ambos se debería resolver a través de la instancia judicial correspondiente de acuerdo con lo previsto en el artículo 156 del Código Civil.*

Por tanto, se informa a la madre del dictamen del comité de ética y esta comunica al padre el estado gestante de la paciente y la decisión de la IVE, la cual acepta. En este momento se deriva a clínica, confirmando gestación de 4 semanas, realizándose por tanto la IVE.

Por último, se solicita interconsulta a planificación familiar, refiriendo la imposibilidad de realizarlo en pacientes pediátricos, administrando la información sobre los distintos métodos anticonceptivos desde la consulta de Pediatría. A los 11 días de la IVE, vuelve a consultar la menor solicitando la anticoncepción postcoital de urgencia tras relación sexual sin la protección adecuada, la cual se administra. Tras informar de nuevo a la paciente sobre los distintos métodos anticonceptivos, así como de las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, decide colocación de anticoncepción hormonal combinada transdérmica.

## Discusión y conclusiones

Inicialmente, y centrándonos en el caso de nuestra paciente, nos gustaría reflexionar sobre el conflicto ético y legal que se nos presenta ante la solicitud de una IVE en una menor de 12 años, y, en mayor medida, en un caso en el que la paciente inicialmente se niega a informar al padre de lo ocurrido, a pesar de que según la Ley 2/2010 modificada por la Ley 11/2015 "Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad, o personas con capacidad modificada judicialmente, será preciso, además de manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil", por lo que precisa autorización de ambos representantes legales para llevarla a cabo. No debemos pasar por alto que, en caso de

## Caso clínico

Aborto en una adolescente de 12 años. Cómo abordarlo desde un Centro de Atención Primaria

negación por parte de uno de los titulares de la Patria Potestad a la realización de la IVE, podrían entrar en conflicto algunos principios éticos básicos como son: el Principio de Autonomía (deseo inequívoco de la menor en realizar la IVE), el de Beneficencia y el de No Maleficencia (evitando secuelas de distinta índole en nuestra paciente, tanto desde el punto de vista psicológico como económico y social), con la propia Ley.

Además, debemos recordar que según lo citado en el art. 183 *quater* del Código Penal "la realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez", como es el caso de nuestra paciente.

No debemos olvidar que previamente a la realización de la IVE debemos confirmar la gestación de menos de 14 semanas para poder llevarla a cabo, según indica la Ley Orgánica 02/2010, así como informar adecuadamente a nuestra paciente sobre los derechos, prestaciones y ayudas de apoyo a la maternidad y respetar el periodo de reflexión (3 días desde la entrega de información hasta la intervención).

Asimismo, destacar que un test de embarazo negativo cuando han transcurrido 5 semanas o menos desde la fecha de última regla, no descarta gestación, por lo que en dicha ocasión debemos recitar a nuestra paciente para repetir test y descartar falso negativo tal y como ocurrió en nuestro caso.

Subrayar también la importancia de activar protocolo conjuntamente con trabajo social para valoración del caso y efectuar informe de notificación de menor en riesgo de desamparo (de obligatoria cumplimentación en estos casos).

Los objetivos principales del trabajo han sido reflexionar sobre la importancia de profundizar en la educación sexual administrada tanto por personal sanitario como educativo a los adolescentes así como ampliar la formación de los pediatras en el abordaje de la gestación y de la IVE, circunstancia que según indica la bibliografía revisada se irá produciendo más frecuentemente en los próximos años en la consulta de Pediatría dada la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales debido entre otros motivos a la mayor presión social en los jóvenes hacia una rápida iniciación de las relaciones sexuales coitales (como también hemos podido observar reflejado en otras materias como el adelanto en el calendario vacunal de la vacuna del VPH)<sup>(3)</sup>. No podemos olvidar que en la época adolescente la conciencia de riesgo es menor, la presión de grupo es muy significativa y el sentido de la experimentación se acrecienta, por lo que no debemos perder de vista proveer de una adecuada información a nuestras pacientes<sup>(4)</sup>.

Los sanitarios debemos colaborar con escuelas y familias en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado, abriendo consultas específicas de adolescentes y realizando entrevistas confidenciales con los pacientes si lo solicitan. En diversos estudios realizados a adolescentes embarazadas, estas refieren como deficiente la información administrada por personal cualificado sobre salud sexual y reproductiva así como sobre anticoncepción<sup>(2,3,4)</sup>.

Igualmente, consideramos indispensable que estos casos sean abordados por personal sanitario adecuadamente cualificado para ello, así como una fácil accesibilidad a estos servicios para garantizar una reducción en los tiempos de espera, los cuales pueden ser cruciales en el caso en el que la paciente desee llevar a cabo una IVE.

Así mismo, destacar la importancia de evaluar los factores de riesgo para que se produzcan conductas sexuales inseguras, como serían los antecedentes de enfermedad psiquiátrica (trastornos de la conducta alimentaria, trastornos depresivos, trastornos del comportamiento...), la situación económica y sociocultural adversa, el consumo de tóxicos, la familia disfuncional y el bajo nivel educativo<sup>(5,6)</sup>.

Desde el punto de vista de la anticoncepción en la adolescencia, éstos deben reunir una serie de requisitos como: no interferir en el crecimiento y desarrollo estatural, ser reversible, adecuado a su actividad sexual y de fácil realización. El preservativo se establece como el método más indicado en la adolescencia dado que es el único anticonceptivo eficaz tanto para la prevención del embarazo no deseado como para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, en algunas estadísticas realizadas a adolescentes aún el 35% de ellas reconocen no utilizarlos de manera habitual<sup>(6,7,8)</sup>.

Por último, subrayar la importancia de los equipos de planificación familiar en pacientes con antecedente de IVE o embarazo no deseado para evitar en la medida de lo posible que se vuelvan a producir, así como facilitar su derivación desde la consulta de Pediatría.

**Previo a la realización de la IVE se debe confirmar la gestación menor a 14 semanas para llevarla a cabo, según indica la Ley Orgánica 02/2010, así como informar a nuestra paciente sobre derechos, prestaciones y ayudas de apoyo a la maternidad y respetar el periodo de reflexión (3 días desde la entrega de información hasta la intervención)**

**Es indispensable que estos casos sean abordados por personal sanitario adecuadamente cualificado, así como una fácil accesibilidad a esos servicios**

## Bibliografía

1. Castro Martín B, Martínez Montoro B, Panal Cusati M. Embarazo en la adolescencia. Aspectos a tener en cuenta. *Adolescere*. 2013;1:57-67.
2. Venegas M, Nayta Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21:109-119.
3. Madrid Gutiérrez J, Hernández Cordero A, Gentile A, Cevallos Platero L. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Adolescere*. 2019;7:39-47.
4. López Sánchez F. Sexualidad en la adolescencia. ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? *Adolescere*. 2014;2:24-34.
5. Palomino Pérez L, Pérez Suárez E, Cabrero Hernández M, De la Cruz Benito A, Cañedo G. Embarazo en los adolescentes en los últimos 11 años. Motivo de consulta y factores de riesgo. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:121-122.
6. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;4:CD005215.
7. Perkal Rug G. El embarazo en la adolescencia. *Adolescere*. 2015;3:26-35.
8. Rodríguez Jiménez M.J. Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes? *Adolescere*. 2015; 3: 69-79.

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Entre las diferentes causas de inicio precoz de las relaciones sexuales en los adolescentes según los distintos estudios revisados, se encuentran:**
  - a) Conciencia menor del riesgo en la adolescencia
  - b) Aumento de la presión social en la época actual
  - c) Mayor necesidad de búsqueda de aventura relacionada con la edad
  - d) Crítica constante a los consejos de los adultos por parte de los adolescentes
  - e) Todas son ciertas
2. **¿Qué factores de los siguientes se consideran de riesgo para la adopción de conductas sexuales inseguras?**
  - a) Antecedentes de enfermedad psiquiátrica
  - b) Menor nivel socio-cultural
  - c) Consumo de tóxicos
  - d) Familia disfuncional
  - e) Todas son ciertas
3. **En caso de decisión de aborto en una paciente menor de edad, deberán prestar su consentimiento, según la Ley 11/2015:**
  - a) Únicamente la paciente
  - b) La paciente y uno de sus representante legales
  - c) La paciente y sus representantes legales
  - d) Únicamente sus representantes legales
  - e) Ninguna es cierta

Respuestas en la página 112