

VALENCIA, 14 al 16 de abril de 2016

PALACIO DE CONGRESOS VALENCIA

www.congresoseup2016.com

"caminando juntos"

21

REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Urgencias ginecológicas en la mujer adolescente

Valencia. 16/4/16

Francisco Donat Colomer

francisco.donat@uv.es

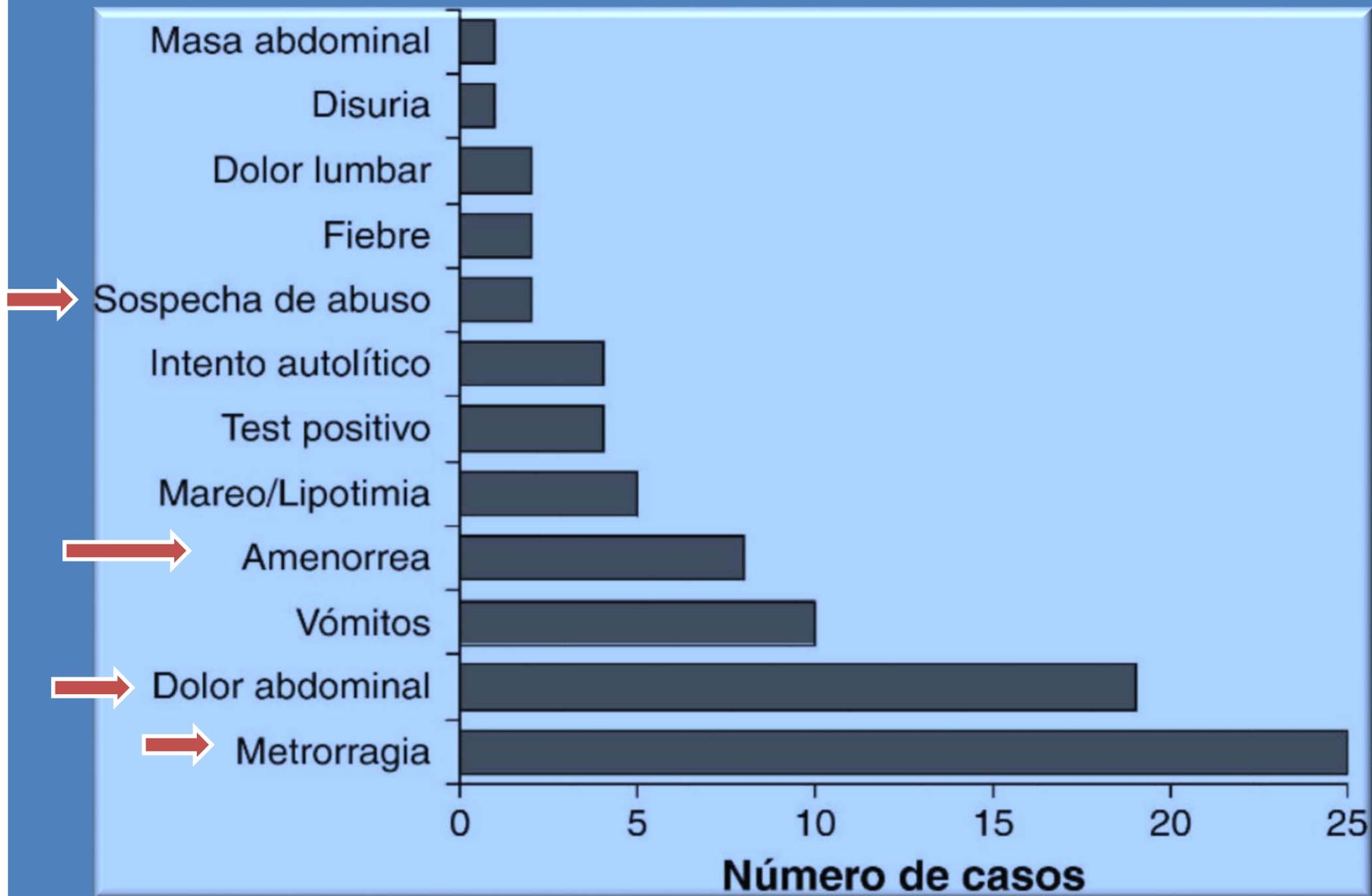
MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA RELACIONADOS CON LA SSR

Adolescencia temprana
(12-14 años)

- Flujo vaginal
- Vulvovaginitis
- **Alteraciones menstruales**
- Alteraciones en el desarrollo puberal

Adolescencia media
(14-16 años)
y tardía

- Anticoncepción (explícita o encubierta)
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS)**
- **Embarazos**



Fernandez Avalos y cols. Abdominalgias de causa ginecológica: Una realidad en adolescentes. An.Pediatr.2010: 339-42

- **COITO DE RIESGO VS AGRESION SEXUAL**
- **DOLOR ABDOMINAL**
- **ALTERACIONES DE LA MENSTRUACIÓN**
- **EMBARAZO**

ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE VICTIMA DE UNA AGRESION SEXUAL / COITO DE RIESGO

(Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012. Informes , estudios e investigación. MSSSI)

EXPLORACION Y DIAGNOSTICO

- **Inspeccion bucal, genital , anal y perineal:**

Heridas, contusiones, hematomas, desgarros himeneales

- **Exploracion instrumental cuidadosa.**

*Posibles lesiones internas no diagnosticadas
Para no provocar lesiones nuevas*

- **Toma de muestras precoz y bien identificadas**

- **SEMEN:** *Del área genital, directo o por lavado SF. De las ropas*
- **UÑAS:** *Recortarlas y envasar dedo a dedo*
- **VELLO PUBICO:** *Peinado púbico*
- **SANGRE:** *Grupo y Rh. Serologia ITS (VIH, VHB/C, RPR)*
- **EXUDADO ENDOCERVICAL /VAGINAL**
Gonococo, Clamidia, Ureaplasma, Trichomonas, Candida

Examen ginecológico

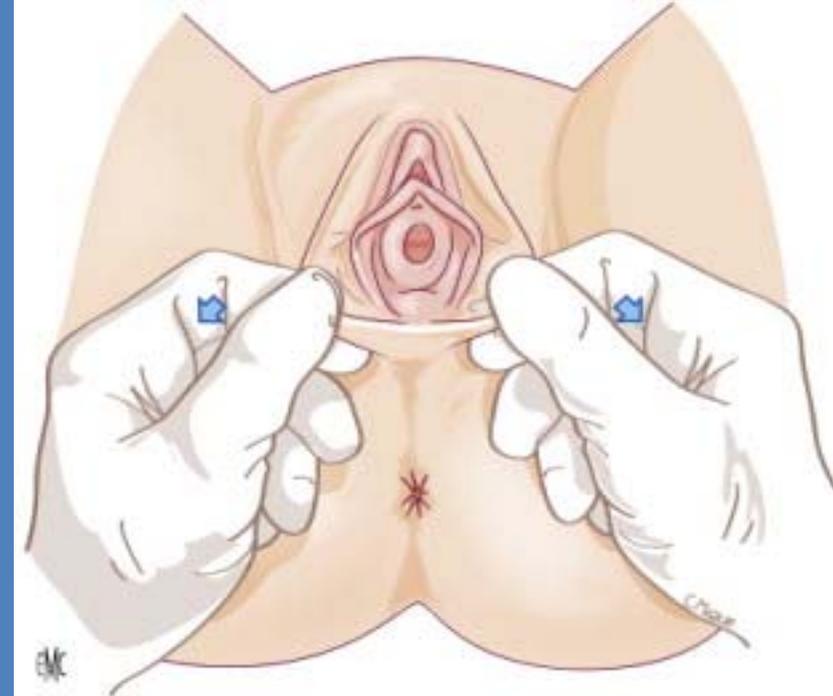
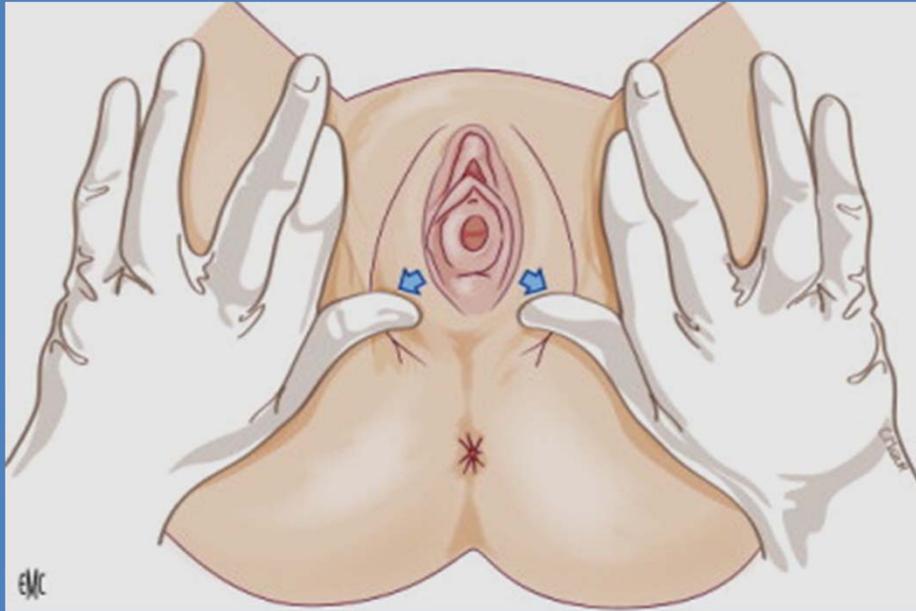
Sin actividad sexual

- Posición ginecológica
- Maniobras de tracción en tienda
- Observación externa, himen , 1/3 inferior vagina y meato uretral

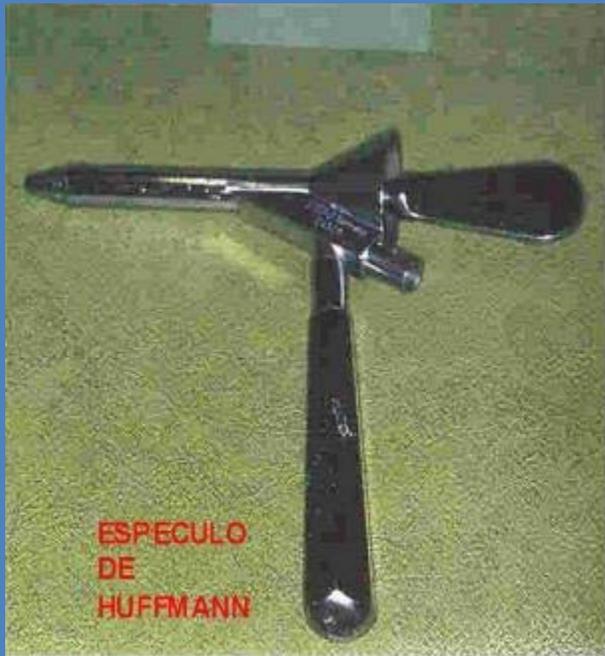
Con actividad sexual

Posición ginecológica

- Examen vulvar
- Especuloscopia
- Cultivo vaginal /cervical/triple toma
- Toma citológica /vph
- Tacto vaginal abdominal
- Ecografía



- Examen de la región perineal: signos inflamatorios, lesiones
- Alteraciones anatómicas
- Flujo observando si sale a través de la luz vaginal



ESPECULO
DE
HUFFMANN

ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE VICTIMA DE UNA AGRESION SEXUAL/ COITO DE RIESGO

(Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012. Informes , estudios e investigación. MSSSI)

ASISTENCIA

- **Tratar las lesiones físicas: Profilaxis infecciosa, incluyendo tétanos**
- **Tratar las lesiones psicológicas**
- **Prevención de ITS**
 - Anticoncepción de urgencia : 72h o más de 72 horas
- **Prevención de embarazos**
 - Seguimiento y confirmación de la próxima regla o TIG a las 2 semanas
 - Información sobre la posibilidad de IVE

INFORME JUDICIAL

- **Parte de lesiones**
- **Informe medico, incluyendo las muestras tomadas**

DERIVACIONES Y COORDINACION CON A.P.

Coito con riesgo de embarazo

Anamnesis:

- Fecha de la última regla.
- Características de normalidad de la última menstruación.
- Tipo de ciclo menstrual.
- Número de horas transcurridas desde el coito de riesgo hasta el momento de consulta.
- Existencia de coitos sin protección anteriores al de la consulta.
- Toma de medicamentos que puedan disminuir la eficacia de la anticoncepción hormonal.
- Toma de anticoncepción de urgencia en ese ciclo.

Coito de riesgo
≤72 horas

Acetato de Ulipristal
30 mg única dosis
o
Levonorgestrel
1,5 mg única dosis

Coito de riesgo
entre 72-120 horas

Acetato de Ulipristal
30 mg única dosis (muy eficaz)
o Inserción de DIU (muy eficaz)
o Levonorgestrel
1,5 mg única dosis

Información:

- Hemorragia por privación en la fecha prevista de la menstruación o antes.
- Efectos secundarios.
- Si no aparece la menstruación pasados 21 días hacer un test de embarazo.



PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS AGRESIONES SEXUALES

- Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.
- La necesidad de profilaxis post-exposición frente al VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor tiene infección por el VIH, padece otras infecciones de transmisión sexual y el riesgo es aún más elevado si la violación es múltiple o repetida y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las Recomendaciones de la SPNS/ GESIDA/ AEP/CEEISCAT/ SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños.
- La necesidad de profilaxis frente al virus de Hepatitis B se valorará individualmente.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012.
Informes , estudios e investigación. MSSSI .

EPIDEMIOLOGÍA ITS

DATOS EEUU Y UK

- Tendencia creciente en todas las edades : 19 000.000 de nuevos casos al año
- Incremento de bacterianas y viricas, excepto VIH, que permanece invariable desde 2003
- **La mitad de los casos en jóvenes entre 15 y 24 años**
- Chlamydia y gonococcia presentan un especial incremento en los adolescentes

Risser WI, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldman JM, Barratt MS, Eissa MA, et al. : The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. Seminars in Pediatric Infectious Diseases 2005; 16: 160-167.

LinJS, Whitlock E, O'Connor E, Bauer V. : Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 2008; 149: 497-508.

EPIDEMIOLOGIA ITS ADOLESCENTES EN ESPAÑA

- Dificultades de conocimiento real
- Persiste la tendencia de infecciones bacterianas
- Aumenta la tendencia de víricas

POR SEXO

Chicas: Uretritis y cervicitis no gonocócicas, sobre todo Chlamydias
HPV (condilomas e infecciones del cuello uterino vs cáncer).

Chicos: Uretritis no gonocócicas (Chlamydia) y Gonocócicas . HPV (condilomas.
Infecciones de mucosas vs cáncer)

POR TENDENCIA SEXUAL

Chicos heterosexuales: Condilomas. UNG

Chicos homosexuales: Condilomas. (Infecciones mucosas vs cáncer) Uretritis
Gonocócica

Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, ed. Vigilancia Epidemiológica De Las Infecciones De Transmisión Sexual, 1995-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.

AGENTES INFECCIOSOS PREVALENTES EN LAS ITS DE LOS ADOLESCENTES

Vaginitis	Vaginosis Candidiasis Trichomoniasis
Cervicitis	No gonocóccicas: Ureaplasma, Mycoplasma. CHLAMYDIA Gonocóccicas
Uretritis	No gonocóccicas Ureaplasma. Mycoplasma. CHLAMYDIA Gonocóccicas
Infección por VPH	Cutánea (Condilomas) Mucosa (Displasia/ Cancer: cervical, rectoanal, orofaringea)

Workowski KA, Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010;59 (RR-12):1-110.

GRUPOS DE RIESGO ANTE LAS I.T.S.

CONDUCTA SEXUAL PROMISCUA

(Más de 6 parejas al año)

- Prostitutas
- **Adolescentes**
- Homosexuales masculinos
- Personas desplazadas

TR. HEMÁTICA

Drogadictos i.v.

Inyección accidental

Transfusiones

Transplantes

La “*monogamia secuencial o monogamia sucesiva*” como problema de exposición al riesgo inconsciente

1. Es una etapa de experimentación
2. Se encuentran en pleno desarrollo somático y emocional de la sexualidad, con una alta pulsión del deseo
3. Se trata de una etapa de cambios constantes, en su cuerpo y en su mente : cambios frecuentes de la pareja sexual

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO EN LAS I.T.S.

(Global Reproduction Forum. 2000)

1. Son frecuentemente asintomáticas en la mujer
2. Cuando aparecen, los síntomas son menos evidentes
3. Los signos clínicos se detectan con más dificultad
4. Es más probable la transmisión hombre-mujer porque:
 - * La superficie de exposición es mayor
 - * El tiempo de exposición al agente es mayor
5. Las complicaciones estructurales y funcionales a largo plazo son más frecuentes y más graves en la mujer, sobre todo en la función reproductiva



Discriminación
más marcada
en la población
adolescente

PREVENCIÓN DE LAS ITS MEDIANTE MÉTODOS DE BARRERA

PRESERVATIVO

Gonorrea
Chlamydia
Hepatitis B
VIH
Trichomona
Mycoplasma
Sífilis
VPH

DIAFRAGMA

Gonorrea
Chlamydia
VHP

¿ESPERMICIDAS ?
(Nonoxinol 9)

Gonorrea
Trichomona
Ureaplasma
Chlamydia
Sífilis
VHP
VIH

**Mayor eficacia
de la
combinación**

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO POR TRAMOS DE EDAD

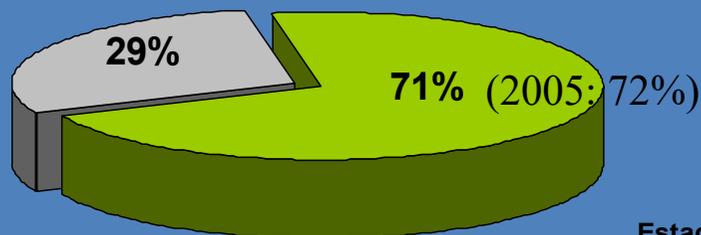
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Preservativo	47,1%	49,5%	38,8%	36,7%	34,8%	28,0%	29,6%	37,3%
Píldora	11,3%	27,0%	30,5%	23,2%	14,3%	12,3%	2,9%	17,9%
Doble Método	0,9%	2,1%	3,4%	1,5%	1,2%	0,6%	0,4%	1,5%
DIU	0,9%	1,1%	2,6%	6,3%	4,6%	9,7%	8,2%	4,9%
Vasectomía	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	6,4%	12,6%	10,0%	4,6%
Ligadura	0,0%	0,4%	0,3%	2,1%	5,8%	9,1%	11,8%	4,3%
Otros (anillo, parche, implante,...)	3,2%	7,1%	9,2%	6,6%	5,7%	3,4%	3,3%	5,7%
C. Interrumpido	1,4%	2,5%	1,1%	1,8%	3,4%	2,8%	2,5%	2,2%
Naturales	0,0%	0,4%	0,3%	0,9%	0,6%	0,9%	0,7%	0,6%
Ninguno	35,3%	10,0%	13,8%	18,7%	23,2%	20,4%	30,7%	21,0%
Total	100,0%							

Encuesta Daphne juventud, 2009 (Tomado de Pérez Campos, E.)

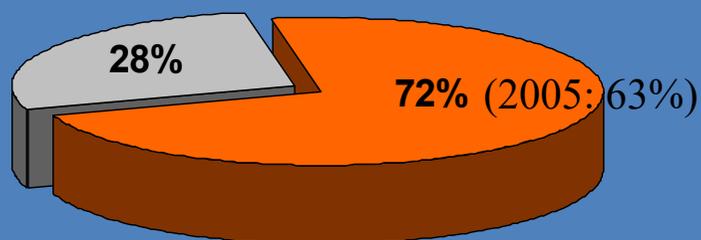
Base: 2108 mujeres, toda la muestra

Uso consistente del preservativo

Chicas



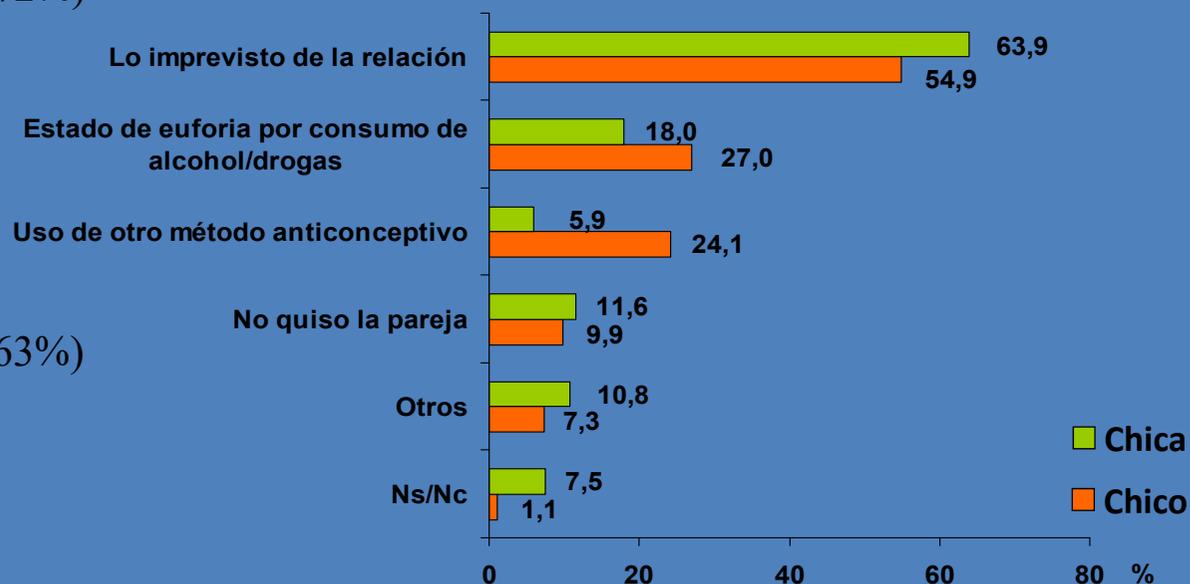
Chicos



■ SI
 ■ NO

Base: declaran usar actualmente el preservativo como método anticonceptivo, 1055 personas.

¿Cuáles son las razones por las que no has utilizado el preservativo?



Base: 304 usuarios actuales de preservativo que algunas veces no lo utilizan.

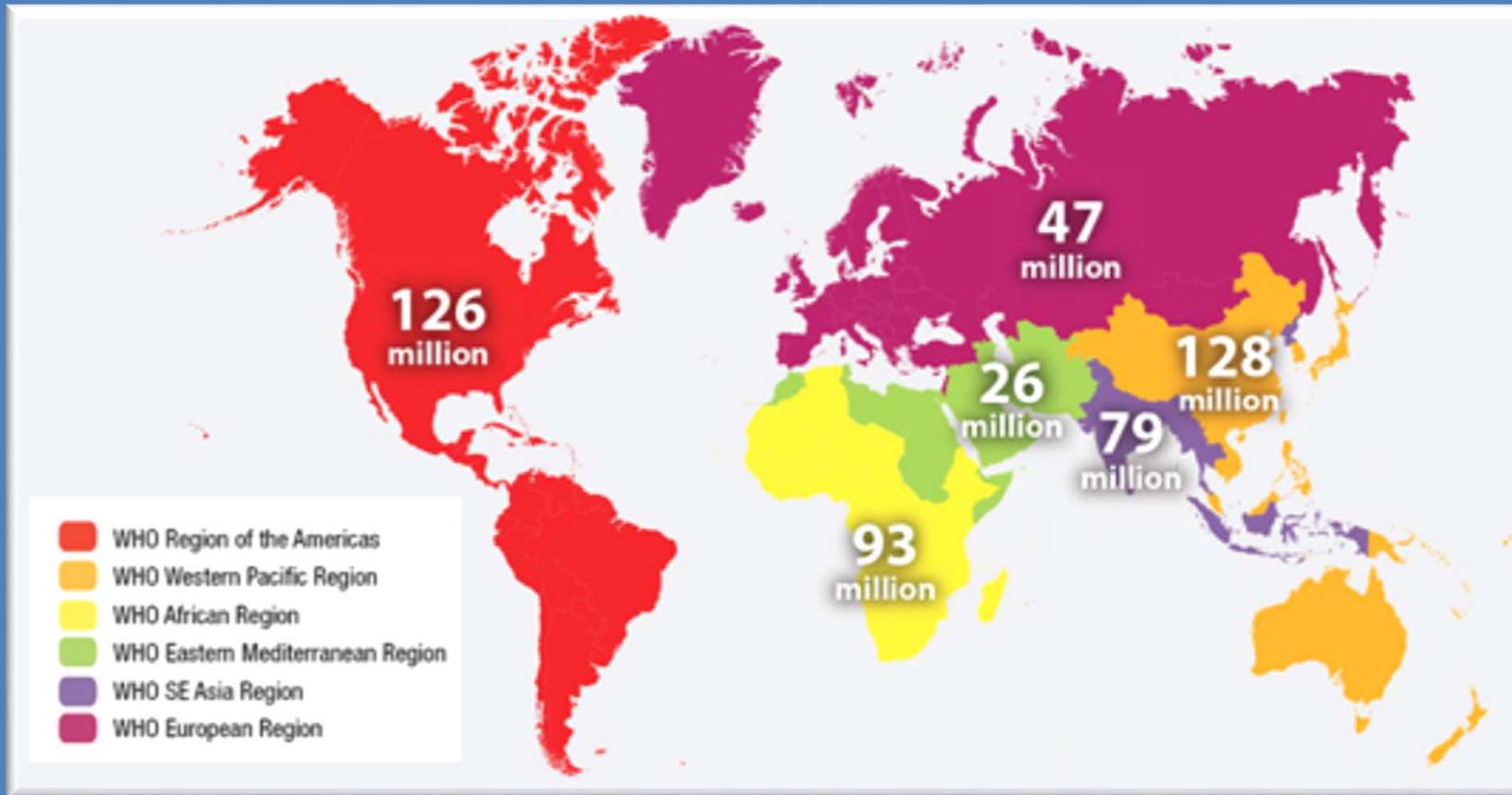
- Incrementa el uso consistente del preservativo entre los chicos, igualando a las chicas.
- El primer motivo para no usar el preservativo es lo imprevisto de las relaciones.

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LAS ITS EN LOS ADOLESCENTES

- 1.- Mayor frecuencia de algunas ITS:** Gonococcia, Chlamydias y VPH
- 2.-Mayor frecuencia en las mujeres:** 3/1
- 3.- Retraso en la primera consulta :** Dificultades de acceso, baja asertividad, insuficiente información
- 4.-Mayor frecuencia de las complicaciones :** La dificultad de acceso a los servicios dificulta el diagnóstico y tratamiento precoces
- 5.-Mayores consecuencias de las complicaciones :** Mayor vulnerabilidad de los órganos por la baja edad. Proyecto reproductivo sin realizar

Risser WI , Bortot AT, Benjamins LJ, Feldman JM, Barratt MS, Eissa MA, et al . : The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. Seminars in Pediatric Infectious Diseases 2005; 16: 160-167.

Estimated new cases of curable sexually transmitted infections (gonorrhoea, chlamydia, syphilis and trichomoniasis) by WHO region, 2008

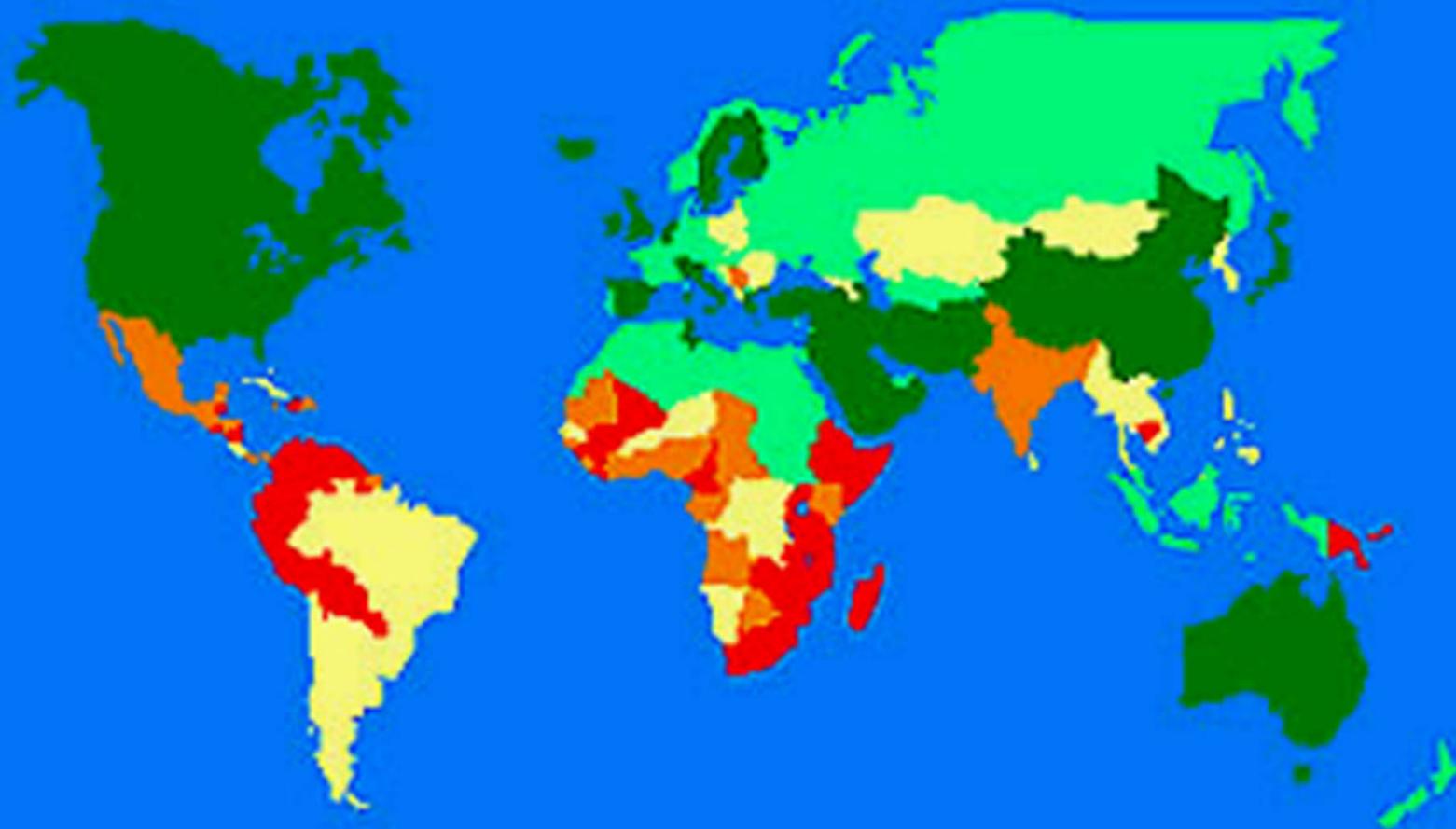


CERVICITIS Y URETRITIS: TRATAMIENTO

	GONOCÓCCICAS (<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>)	NO GONOCÓCCICAS (<i>Chlamydia, Mycoplasma, Ureaplasma</i>)
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome clínico expresivo • Exudado uretral o rectal : Gram o Cultivo + ABG • Exudado cervical : Cultivo + ABG 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome clínico inexpresivo • Cultivo + ABG (triple toma endocervical, rectal y uretral) • Determinación AC chlamydia (Enzimo- inmunoanálisis) • Diagnóstico genético (PCR)
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico parenteral (CEFTRIAXONA i.m., 125-250 mg), monodosis • Combinar AZITROMICINA, oral, 1gr, monodosis • Muy efectivo en fases precoces 	<ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA, oral, 1gr monodosis o DOXICICLINA, 100 mg /12 horas, 7 días • Muy efectivo en fases precoces

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance, 2009. 2010.
 Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats/>

Incidence of Cervix uteri cancer: ASR (World) (All ages)



■ < 9.3 ■ < 16.2 ■ < 26.2 ■ < 32.6 ■ < 87.3

GLOBOCAN 2002

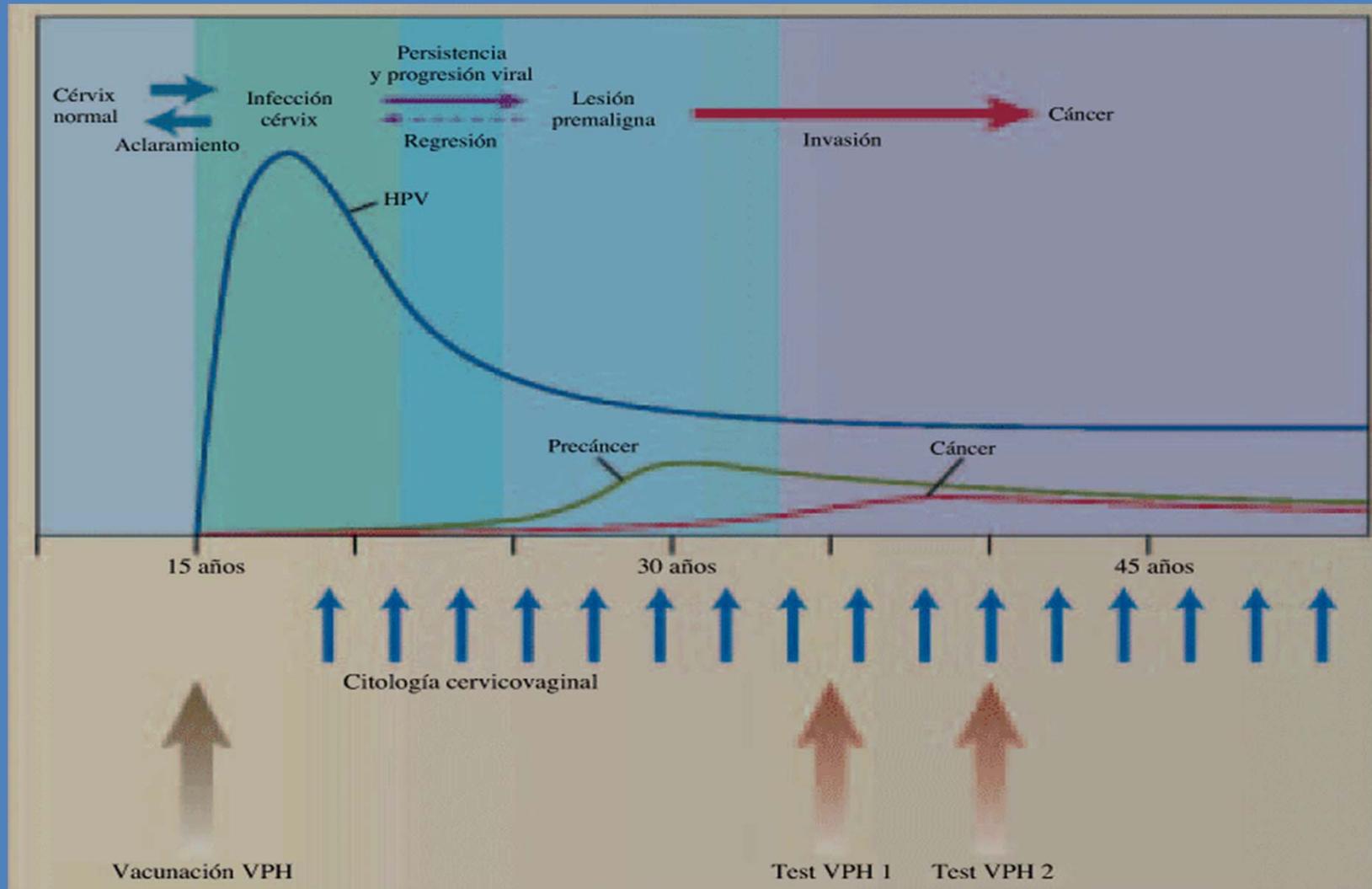


Figura 4. Historia natural de la infección por VPH y cáncer de cérvix.

Las curvas muestran el pico de prevalencia de infección por VPH al inicio de las relaciones sexuales (entre 15 y 20 años de edad), de lesiones premalignas (10 años después) y el de cáncer invasivo (a los 40-50 años de edad). En la parte inferior, se indican los métodos de prevención basados en citología cervicovaginal, y las estrategias alternativas: vacunación en la adolescencia antes del inicio las relaciones sexuales y test de detección de VPH en el pico de edad de lesiones premalignas y de cáncer en fase precoz.

Fuente: Schiffman M, et al. 2005

Reproducido con autorizaci

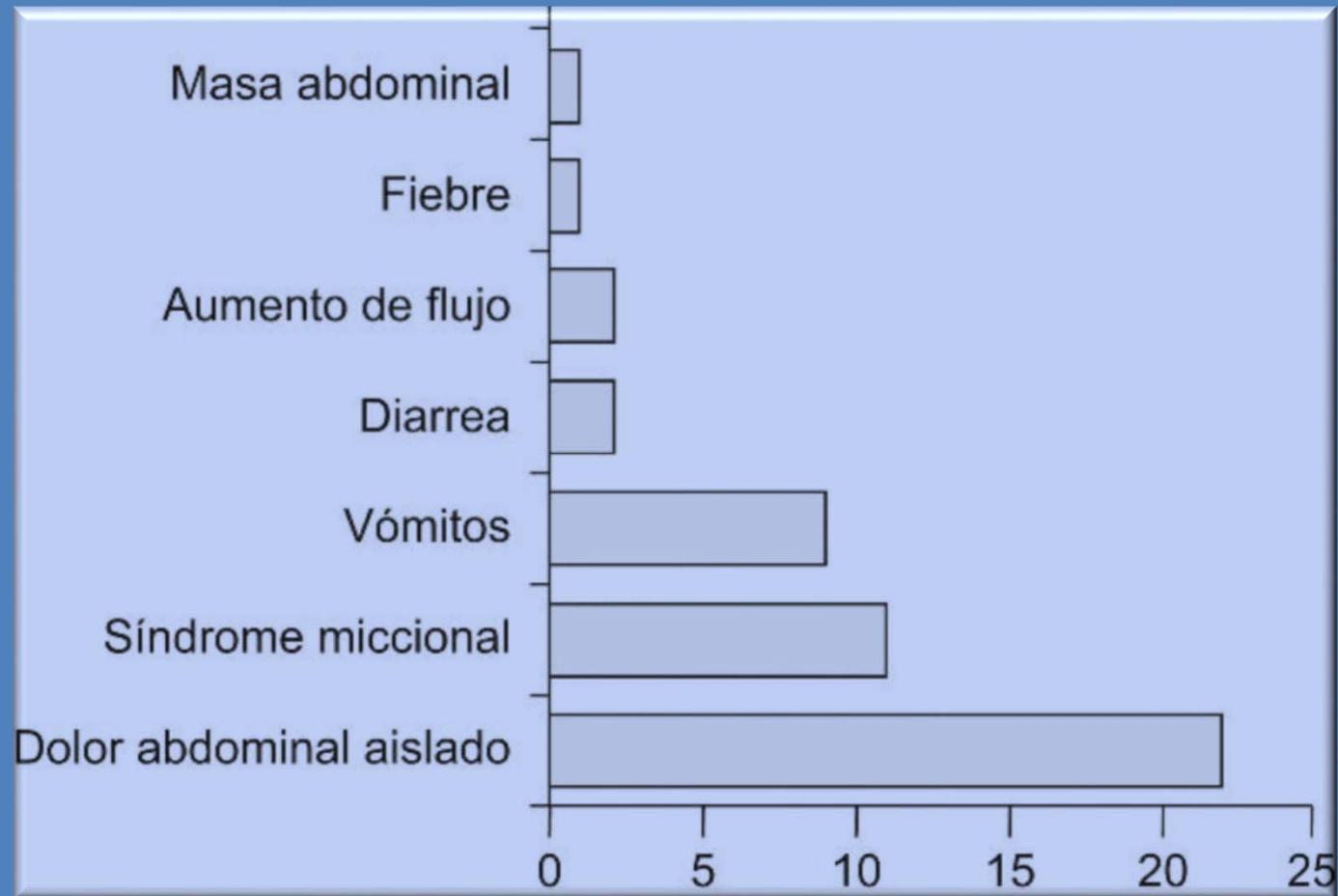
LA ADOLESCENTE CON DOLOR ABDOMINAL

PROBLEMA	N	%
Ovulación dolorosa	16	55,2
Quiste folicular	7	24,1
Quiste hemorragico	6	20,7
Dismenorrea	14	25,9
Malformacion genital (Himen imperforado. Didelfo)	3	5,6
EPI	2	3,8
Gestación	2	3,8
Torsión de quiste ovarico	1	1,9
Quiste dermoide	1	1,9
S.O.P.	1	1,9

Dolor
periovulatorio
(54%)

Fernandez Avalos y cols. Abdominalgias de causa ginecológica: Una realidad en adolescentes. An.Pediatr.2010: 339-42

SINTOMAS ACOMPAÑANTES DEL DOLOR ABDOMINAL



Fernandez Avalos y cols. Abdominalgias de causa ginecológica: Una realidad en adolescentes. An.Pediatr.2010: 339-42

Tabla 1. Cuadro de diagnóstico diferencial abdomen agudo ginecológico.

Sospecha diagnóstica	Clinica	Confirmación	Tratamiento
EIP	Fiebre, dolor, flujo vaginal anómalo	Bacteriológico Laparoscopia	Antibioterapia Cirugía
Ectópico	Amenorrea, dolor, sangrado vaginal, hemoperitoneo	Hemograma Prueba de embarazo Laparoscopia	Laparoscopia vs Laparotomía
Quiste anexial	Masa anexial Tacto doloroso	Ecografía	Laparoscopia vs Laparotomía
Mioma	Menometrorragia Útero irregular	Ecografía	Expectante vs Laparotomía
Infección orina	Fiebre, dolor lumbar/ suprapúbica	Urocultivo	Antibioterapia

Bajo Arenas, JM. Ed. y cols: Fundamentos de ginecología. 2009. SEGO

DISMENORREA: Tratamiento

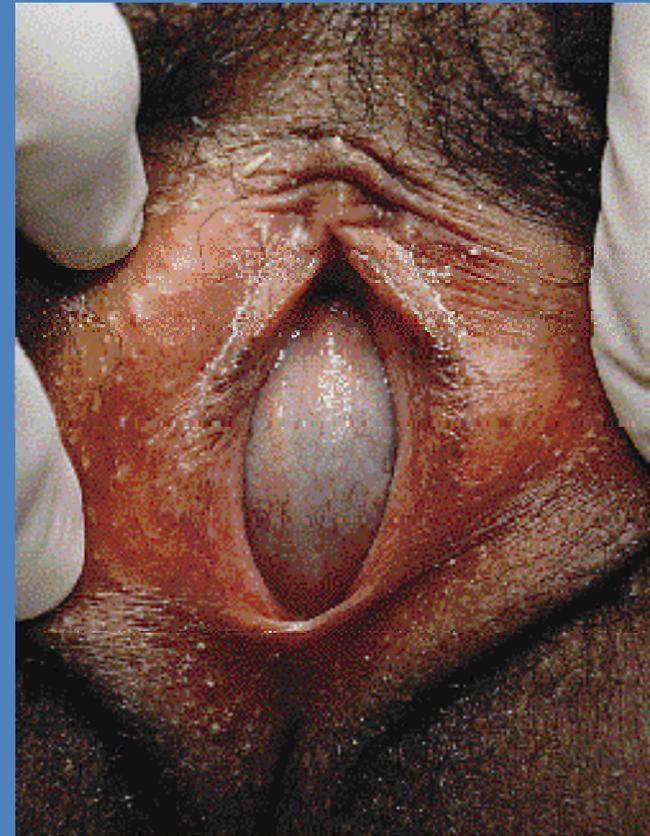
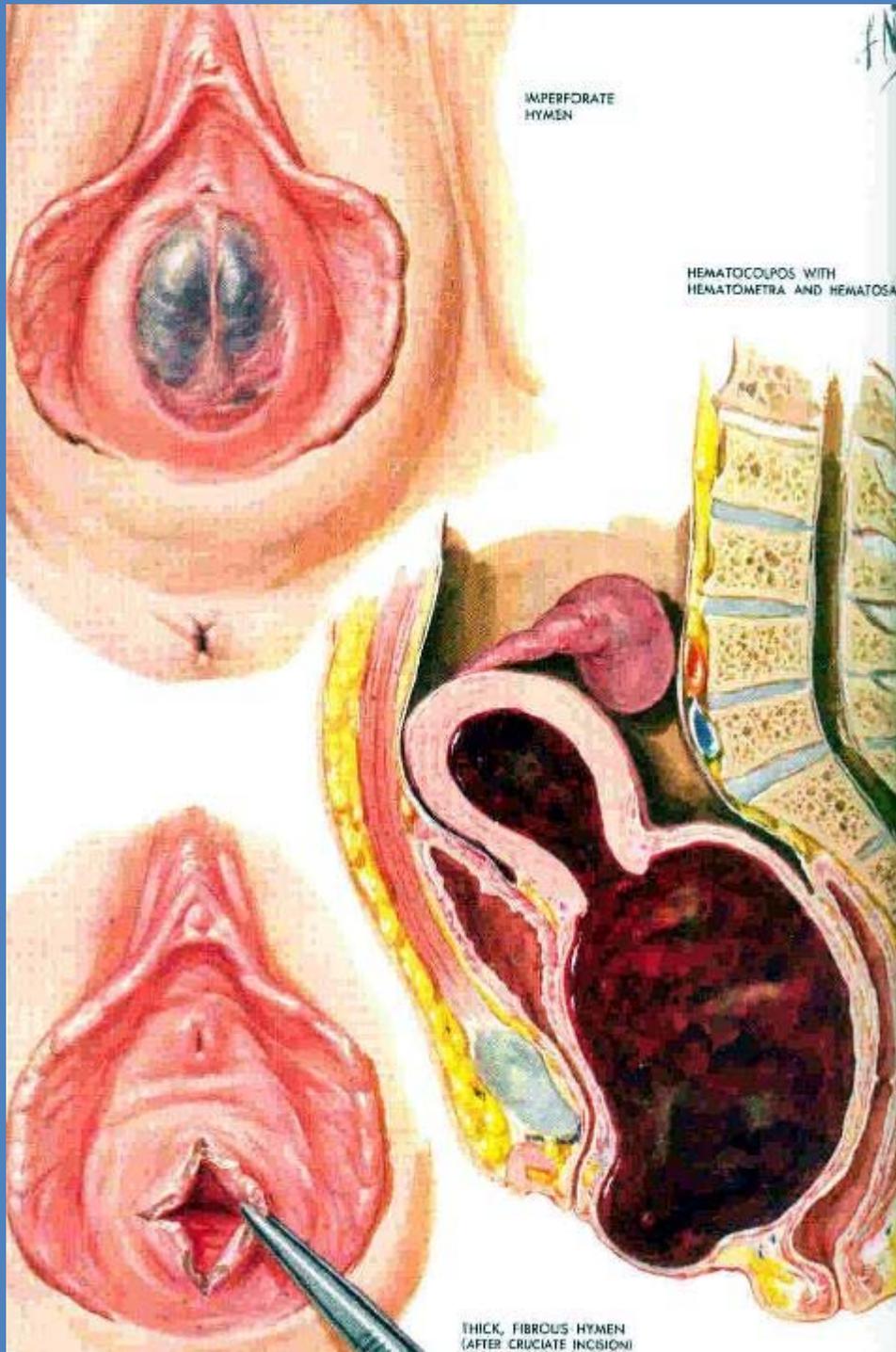
Dismenorrea.
Menstruación
dolorosa
[CIE-9 625.3]

- MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS
- TRATAMIENTO SINTOMÁTICO
 - Antagonistas de las prostaglandinas

Productos	Posología diaria
Ácido mefenámico	500 mg × 1 a 3
Ibuprofeno	400 mg × 1 a 3
Flurbiprofeno	100 mg × 2 a 3
Naproxeno	500 mg × 1 a 3
Naproxeno sódico	550 mg × 1 a 3

- Tratamiento hormonal
anticonceptivos hormonales

*Harel,Z .Dysmenorrea in adolescents and young adults: etiology and management..
J.Pediatr.Adolesc.Gynecol.. 2009: 363-712.*



626 Trastorno de la menstruación y otras hemorragias anormales del tracto genital femenino



Excluye:

dolor y otros síntomas asociados con el ciclo menstrual (625.2-25.4)

hemorragia menopáusica y premenopáusica (627.0)

hemorragia posmenopáusica (627.1)

pubertad precoz (259.1)

626.0 Ausencia de menstruación

Amenorrea (primaria) (secundaria)

626.1 Menstruación escasa o poco frecuente

Hipomenorrea

Oligomenorrea

626.2 Menstruación excesiva o frecuente

Menometrorragia

Menorragia

Períodos copiosos

Polimenorrea

Excluye: aquélla de la pubertad (626.3)

premenopáusica (627.0)

626.3 Hemorragia de la pubertad

Hemorragia excesiva asociada con el inicio de los períodos menstruales

Menorragia de pubertad

626.4 Ciclo menstrual irregular

Irregular:

hemorragia NEOM

menstruación

períodos

626.8 Otras

Hemorragia uterina funcional o disfuncional NEOM

Menstruación:

retenida

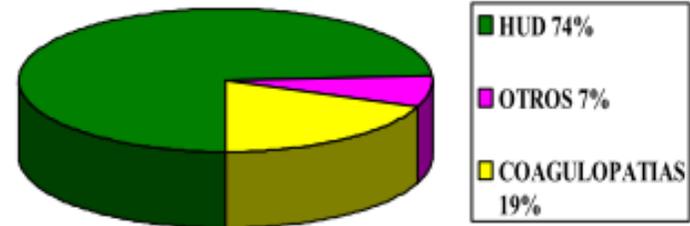
supresión de

DIMENSIONES DE LA MENSTRUACION Y DEL CICLO MENSTRUAL	TERMINO DESCRIPTIVO	LIMITES NORMALES
FRECUENCIA DEL PERIODO (días)	Frecuente Normal Infrecuente	<24 24-38 >38
REGULARIDAD DE LA MENSTRUACION (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente Regular Irregular	- Variación $\pm 2-20$ d. Variación >20 d.
DURACION DEL SANGRADO (días)	Prolongado Normal Acortado	>8 4-8 <4
VOLUMEN DE LA PERDIDA MENSTRUAL MENSUAL (ml)	Fuerte Normal Ligero	>80 5-80 <5

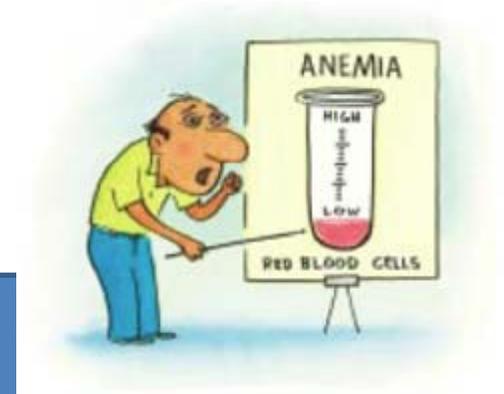
Frasser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding?. Human Reproduction Vol.22, No.3 pp. 635-643. 2007

¿Hemorragia orgánica o funcional?

¿Por inmadurez del eje Hipotálamo-Hipófisis-ovario o secundaria a otra patología?



¿Existe repercusión hemodinámica?



TERMINOLOGÍA PARA DEFINIR EL SANGRADO UTERINO ANORMAL Y NORMAL₁

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). 2011.

ALTERACIONES DE LA REGULARIDAD

Sangrado uterino irregular (ciclos largos y ciclos cortos)

Ausencia de sangrado menstrual (amenorrea)

ALTERACIONES DE LA CANTIDAD

Sangrado menstrual abundante

Sangrado menstrual escaso

ALTERACIONES DE LA DURACION

Sangrado menstrual prolongado

Sangrado menstrual acortado

SANGRADO IRREGULAR NO MENSTRUAL

SANGRADO FUERA DE LA EDAD REPRODUCTIVA

Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med.* 2011;29:383— 90.

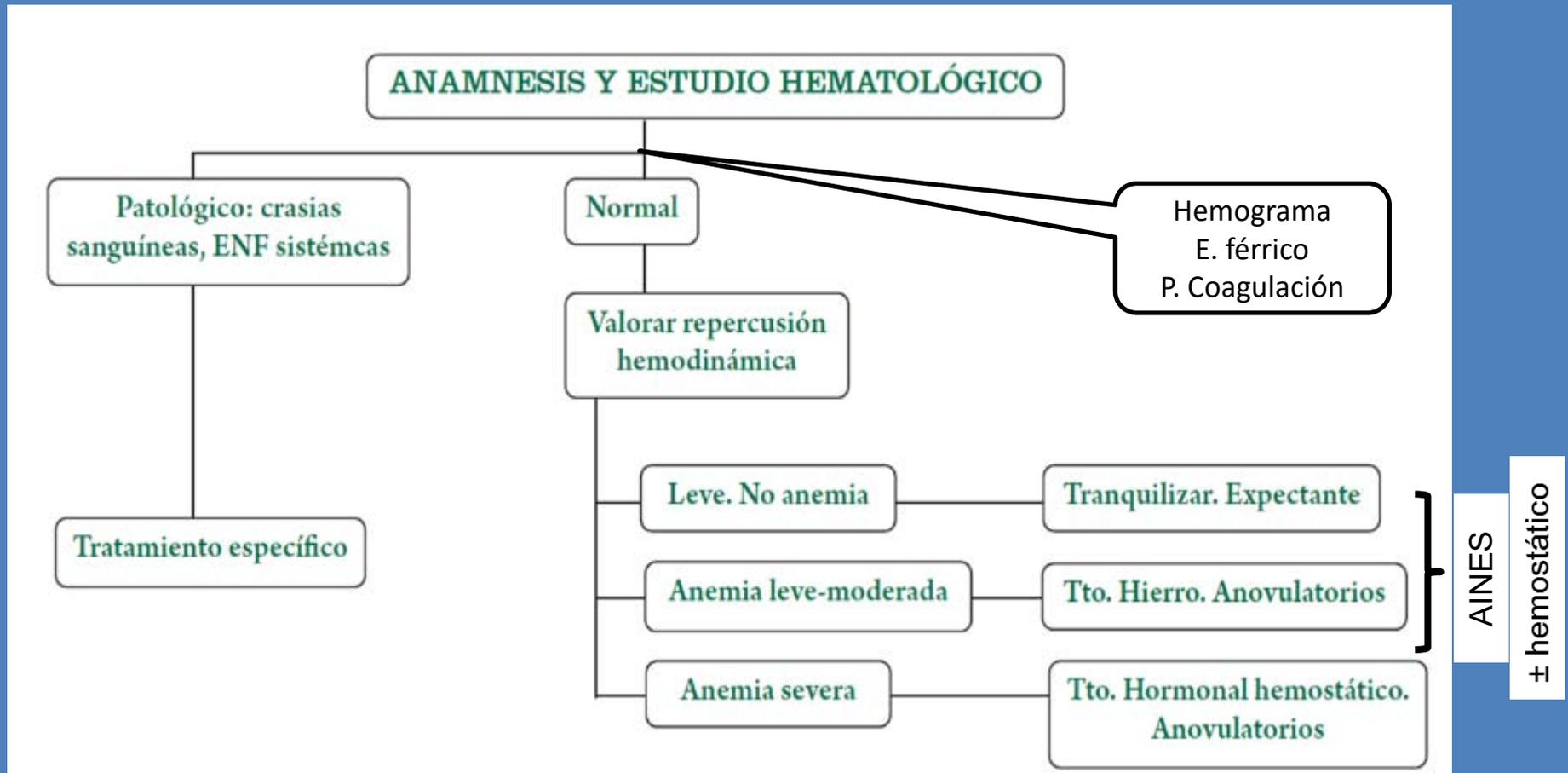
Anamnesis:

- Menarquia y características del ciclo
- Evolución de las alteraciones
- Inicio relaciones sexuales
- Antecedentes que sugieran trastorno coagulación o hemostasia
- Antecedentes personales/ familiares e. sistémicas o coagulación.
- Síntomas de anemia o de ferropenia

Exploración física:

- Peso, Talla, T.A y FC
- Palpación abdominal y del tiroides
- Signos de anemia o ferropenia
- Inspección ginecológica
- Tacto vaginal si relaciones sexuales

Algoritmo de alteraciones del ciclo menstrual por exceso. Fuente: Rodríguez Jiménez MJ. Curso actualización Pediatría 2013



[Menstruación excesiva o frecuente] [CIE-9 626.2]



- Los AINES reducen el sangrado en un 20-30% (y la dismenorrea en un 70%)

- Dosificación:

-Ibuprofeno 400-600 mg/8 horas,

- Ac. Mefenámico 500 mg/8 h,

1º - 5º/último día regla



- El ácido tranexámico reduce el sangrado en un 40%

- Dosis: 1 g/8 horas, los días de máximo sangrado (hasta 5)



-Los anticonceptivos reducen el sangrado en un 66%

- Combinados: estrógenos + progestágenos, monofásicos

- Dosis: los de 30 mcg de etinil-estradiol, cada 21 días o sin descanso, durante 3-6 meses

Amenorrea primaria	Ausencia 1ª menstruación a los 16 a. con desarrollo sexual normal Ausencia caracteres sexuales 2ªrios a los 14 a.
Amenorrea secundaria	Ausencia de menstruación por un periodo de tres ciclos o un total de 6 meses. (excluir embarazo)

Oligomenorrea

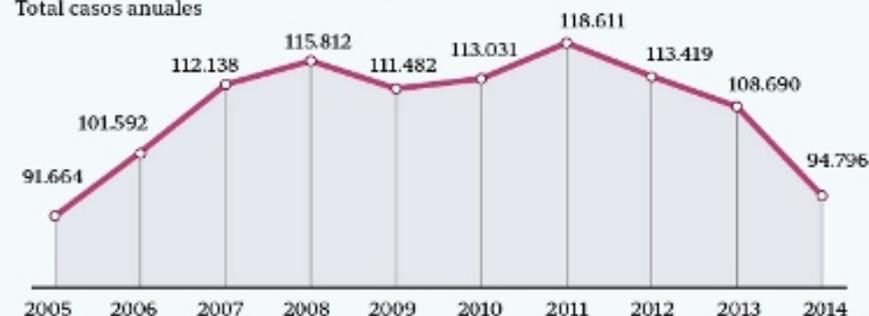
Ciclos menstruales con intervalo mayor de 45 d.

[Menstruación escasa o poco frecuente] [CIE-9 626.1]

Las cifras del aborto en España

Evolución de interrupciones voluntarias del embarazo

Total casos anuales



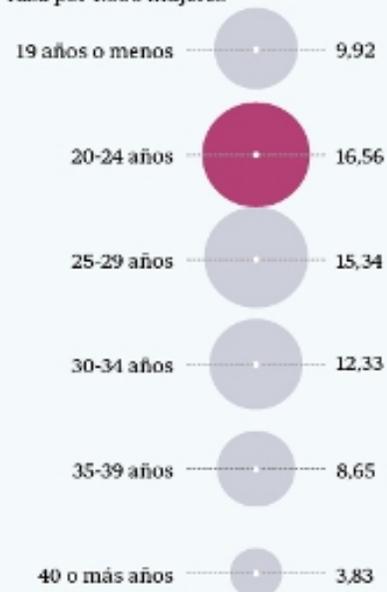
Aborto por CC.AA

Tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 45 años



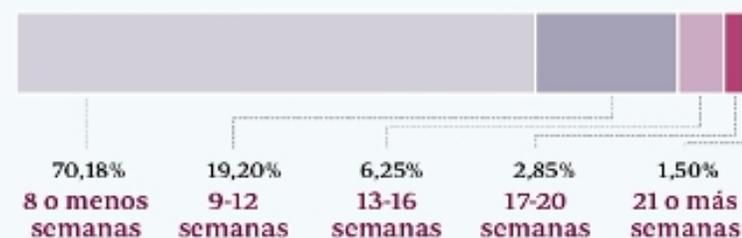
Por grupos de edad

Tasa por 1.000 mujeres

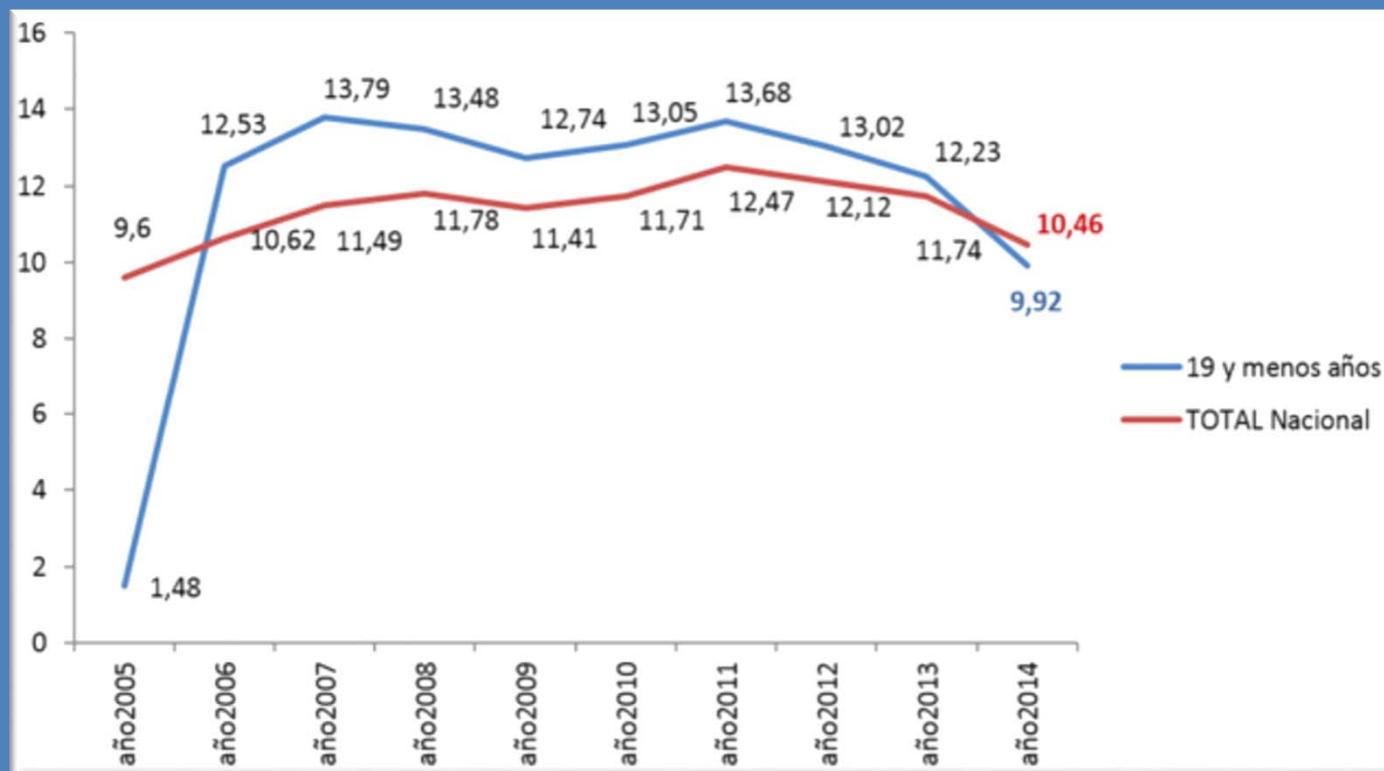


Según las semanas de gestación

Datos en porcentaje de 2014



IVE EN LA ADOLESCENCIA



Comparativa de estudios	Estudio anterior 2010-2011 (%)	Estudio actual 2014 (%)
Porcentaje de Mujeres de 16 y 17 años que acceden a la IVE respecto del total.	3,23%	3,60%
Porcentaje de Mujeres de 16 y 17 años que acceden a la IVE sin el conocimiento de sus tutores respecto del número de menores de 16 y 17 años.	12,73%	12,38%

I.V.E. En mujeres menores de 20 años

	TOTAL	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
año 2005										
					sin datos					
año 2006	5.740	1	1	1	7	96	390	947	1793	2504
año 2007	6.273		3	5	11	87	394	1132	1949	2692
año 2008	6.062	1	1	5	15	67	386	1056	1812	2719
año 2009	5.680	0	1	1	13	77	364	944	1785	2495
año 2010	5.753	0	1	2	9	73	341	903	1.778*	2.646
año 2011	6.024	0	0	3	12	99	341	975	1.887	2.707
año 2012	5.687	0	0	1	8	78	373	990	1.745	2.492
año 2013	5.440	0	0	1	12	80	410	927	1.636	2.374
año 2014	4.429	0	0	0	5	80	355	808	1.320	1.861
	51.088	2	7	19	92	737	3.354	8.682	15.705	22.490

Fuente: Elaboración propia con datos del MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD / *Total de los abortos realizados con la 2/2010 que entro en vigor el 5 de marzo de 2010

3514

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Se fijan los **16 años** como la mayoría de edad para abortar. Las embarazadas menores de edad tendrán que **informar** al menos a uno de sus representantes legales (padre, madre o tutor) si toman la decisión de abortar. Sin embargo, no será necesario informar a los progenitores si se alega coacción, situación de violencia familiar, malos tratos, amenazas, o se produzca una situación de desamparo.

10141

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

En caso de las menores, ¿quién da el consentimiento?

En el caso de las mujeres menores de 18 años, el consentimiento para la IVE corresponde a los progenitores. Según la modificación de la ley, realizada en 2015, además de la voluntad de la mujer menor de edad, un representante legal (madre, padre o quien tenga la tutoría) deberá firmar el consentimiento para que la menor pueda interrumpir el embarazo y dejar constancia, en documento escrito, en el centro donde se realice la IVE.

