

Capítulo 13

Manejo médico del aborto

Ana María Flórez Ríos

Residente Ginecología y Obstetricia,
Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia

Juan Guillermo Londoño Cardona

Docente Ginecología y Obstetricia,
Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia

Introducción

La atención médica del aborto incluye varias situaciones clínicas, incluido el aborto incompleto, el aborto retenido y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como la anticoncepción posterior. (1)

El aborto inseguro constituye un grave problema de salud pública, se estima que en el mundo cada año cerca de 25 millones de mujeres recurren a abortos inseguros, casi todas ellas en países en desarrollo; 3 de cada 4 abortos practicados en América Latina son inseguros, de los cuales un 30 % - 45 % sufren complicaciones que atentan contra la vida e imponen gran costo al sistema de salud, con un porcentaje estimado de muertes maternas por esta causa del 13 %. Este problema se acentúa especialmente en países con leyes restrictivas respecto a la IVE. (2)

Mientras el riesgo de muerte, cuando la atención del aborto es segura es de 4 a 6 por cada 100.000 casos, en los abortos inseguros el riesgo es de 100 a 1.000 por cada 100.000 casos. En cuanto a las sobrevivientes se sabe que por cada muerte por aborto, hay 14 mujeres que quedan con secuelas graves; y por cada mujer que requiere de atención hospitalaria postaborto, hay varias que han tenido un aborto inseguro, pero que no buscan atención médica porque consideran que la complicación no es grave, no tienen los medios financieros, o temen malos tratos o represalia legal. (3)

El manejo del aborto con medicamentos desempeña un papel crucial para proporcionar acceso a una atención segura, efectiva y aceptable, y para prevenir el aborto inseguro. Todas las mujeres en edad reproductiva deben recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada y garantizar la promoción de su salud y sus derechos humanos sin discriminación. (4)

La mifepristona y el misoprostol en combinación o el misoprostol solo, son los medicamentos generalmente utilizados para el manejo médico del aborto, están en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1) La mifepristona es un antiprogéstano que se une a los receptores de progesterona, inhibe la acción de esta y, por lo tanto, interfiere con la continuación del embarazo. El misoprostol es un análogo de prostaglandina E1 que induce el ablandamiento y la dilatación cervicales y mejora las contracciones uterinas, lo que ayuda a expulsar los productos de la concepción. (5)

Principios generales

Existen unos principios aplicables en todas las situaciones clínicas relacionadas con el manejo médico del aborto (aborto incompleto, aborto retenido e IVE), los cuales son de obligatorio conocimiento y cumplimiento para brindar una atención con calidad:

Brindar información

Se deben explicar las opciones disponibles de manejo y de control del dolor (AINES, bloqueo paracervical con lidocaína 1 %) (6); qué se hará antes, durante y después del procedimiento, la efectividad del tratamiento (para el esquema con medicamentos está entre el 85 % y 95 %, la posibilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos es > 15 % cuando se emplea solo misoprostol), qué es probable que la mujer experimente (p. ej., dolor, sangrado, náuseas, vómito, fiebre, escalofríos, diarrea o cefalea) y, cuánto tiempo tomarán el tratamiento y la recuperación (el sangrado vaginal durante dos semanas es normal después del manejo con medicamentos; puede durar hasta 45 días en casos raros); cómo reconocer posibles complicaciones y dónde buscar ayuda (dolor abdominal intenso, sangrado vaginal abundante y fétido y/o fiebre), cuándo se pueden reanudar las actividades normales, incluidas las relaciones sexuales (el retorno de la fertilidad puede ocurrir dentro de los ocho días siguientes). (1)

Ofrecer consejería

Para ello es fundamental comunicar la información en un lenguaje simple y acorde con su nivel socio cultural y étnico, mantener la privacidad, apoyar a la mujer, asegurar que reciba respuestas adecuadas a sus preguntas y necesidades, y evitar imponer valores y creencias personales.

Servicios adicionales

Dependiendo de cada caso, la mujer puede requerir tratamiento para la anemia, medicamentos adicionales para el dolor, apoyo emocional, o remisión a otros servicios: asesoramiento y pruebas para infecciones de transmisión sexual, servicios de apoyo al abuso sexual, aplicar protocolo de violencia sexual, servicios psicológicos o sociales, u otros servicios de salud especializados si los requiere.

Seguimiento

Ni la guía nacional ni la OMS recomiendan el seguimiento de rutina después de un aborto quirúrgico o médico sin complicaciones con mifepristona y misoprostol; sin embargo, se puede ofrecer una visita de seguimiento opcional 7 a 14 días después. La OMS recomienda una visita de seguimiento en los casos de manejo médico solo con misoprostol, para evaluar el éxito del tratamiento. (7)

Situaciones clínicas

Aborto incompleto

Se define por la presencia de un orificio cervical abierto y sangrado, debido a que todos los productos de la concepción no han sido expulsados del útero, los síntomas incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal. También debe sospecharse si el tejido expulsado no es consistente con la duración estimada del embarazo.

El tratamiento puede ser expectante, médico o quirúrgico; este debe seleccionarse en función de la condición clínica de la paciente y de sus preferencias. La incidencia de abortos exitosos es ligeramente menor con el manejo médico y expectante, pero todos los métodos logran altas tasas de éxito. (8) En la tabla 1 se menciona el esquema recomendado para el manejo médico de esta entidad.

La ecografía no se requiere rutinariamente, esta sirve para detectar el embarazo en curso, sin embargo, medir el grosor endometrial generalmente no es útil para diagnosticar un aborto incompleto y puede conducir a intervenciones quirúrgicas inapropiadas. (9)

Aborto retenido o frustrado

Es la detención de la gestación sin expulsión del material ovular (embarazo anembrionado o muerte embrionaria o fetal). Al examen físico el cérvix está cerrado, puede aparecer discreto sangrado vaginal y el útero suele ser de menor tamaño al esperado para la edad gestacional.

Su diagnóstico es ecográfico, y se define como un embrión con longitud cráneo caudal ≥ 7 mm sin presencia de latido cardíaco, un saco gestacional ≥ 25 mm sin presencia de embrión o la ausencia de embrión 11 días o más, después

de haber visto un saco gestacional con saco de Yolk o 2 semanas o más, después de haber visto un saco gestacional sin saco de Yolk; (10) en general, se recomienda evaluación seriada o un segundo evaluador antes del diagnóstico.

Puede darse manejo expectante, médico o quirúrgico. El tratamiento médico en gestaciones < 14 semanas consiste en misoprostol 800 μg , en gestaciones ≥ 14 semanas incluye el uso de mifepristona en combinación con misoprostol (recomendado) o misoprostol solo (alternativo). (11) En la tabla 1 aparece el esquema de manejo médico recomendado.

Interrupción voluntaria del embarazo

El aborto inseguro es una de las causas más comunes de mortalidad materna, en Colombia para el año 2019, la sepsis y hemorragia en embarazos terminados en aborto fueron responsables del 3,6 % de muertes maternas, (12) esto sin tener en cuenta las secuelas de salud en las pacientes que sobreviven a procedimientos clandestinos, y las ya demostradas consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales del embarazo no deseado, con mayor participación en grupos delictivos y peores logros educativos y del mercado laboral en los jóvenes adultos productos de estos. (18)

Las muertes maternas relacionadas con el aborto son más altas en los países con las leyes más restrictivas, la tasa de mortalidad materna varía dentro y entre países según la flexibilidad de las leyes en IVE. En comparación con los países con menos de tres causales, las muertes maternas se reducen en 45 por 100,000 nacidos vivos (IC 95 %: - 64, - 26), cuando el número de causales para IVE es mayor o igual a tres. (14)

La interrupción voluntaria del embarazo segura y legal es un componente necesario de la atención médica de las mujeres. Múltiples sociedades internacionales, así como el gobierno nacional, respaldan la disponibilidad de servicios de salud reproductiva de alta calidad para todas las mujeres, incluyendo el acceso a la IVE. (15)

Se debe garantizar que las mujeres que sean legalmente elegibles tengan acceso inmediato a este servicio de manera segura, además, se deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar que todas las mujeres tengan los medios para prevenir embarazos no deseados.

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

A pesar de los avances en la evidencia científica, las tecnologías y la justificación de los derechos humanos para proporcionar el acceso a la IVE de una manera segura, sigue existiendo una amplia gama de barreras culturales, económicas y del sistema de salud, entre otras, que impiden el acceso a dicho servicio, creando riesgos para la salud de las mujeres y el disfrute de sus derechos humanos en el marco legal.

Las personas solteras, las adolescentes, las que viven en la pobreza extrema, las personas pertenecientes a minorías étnicas, los refugiados y desplazados, las personas con discapacidad y quienes sufren violencia en el hogar, son los más vulnerables al acceso desigual a servicios de IVE. Algunas de las barreras que enfrentan incluyen requisitos para autorizaciones de terceros y restricciones financieras. Donde existen desigualdades geográficas, las personas deben viajar distancias más grandes para recibir atención, lo que aumenta los costos y retrasa el acceso. (16)

En Colombia, a partir de la Sentencia C-355 del 2006 de la Corte Constitucional se despenalizó el aborto en tres condiciones:

1. Cuando pelagra la vida o la salud de la madre.
2. Cuando se presenta malformación del feto incompatible con la vida.
3. Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida.

Esta sentencia constituye un avance importante para la garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional. La Corte Constitucional ha ratificado y fortalecido los aspectos constitucionales sobre el derecho a la IVE en varias sentencias subsecuentes (T-171/07, T-988/07, T-209/08, T-946/08, T-009/09, T-388/09, T-585/10, T-636/11, T-841/11).

En noviembre de 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social, publicó el lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de la atención en salud materno perinatal, en este documento se dan las recomendaciones para la prestación de los servicios de IVE. (17)

Los centros de primer nivel que cuenten con personal médico bien entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios, así mismo, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel. Para los procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo (dilatación y evacuación o inducción con medicamentos), la opción de hospitalización debe estar disponible, en caso de ser necesario; el centro de atención debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones.

Los pasos para la prestación de la IVE son: consulta inicial, orientación y asesoría en derechos y opciones, interrupción del embarazo y provisión anticonceptiva. En todo caso, si la mujer decide interrumpir el embarazo, desde la consulta inicial hasta la realización del procedimiento, no debe transcurrir un tiempo superior a cinco días calendario.

Consulta inicial. Se puede llevar a cabo por medicina general o especializada, su objetivo es confirmar la gestación, conocer la edad gestacional según la fecha de última menstruación y confirmar que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud física, mental y emocional. La causal debe ser documentada en la historia clínica, así como los antecedentes personales y las condiciones psicosociales.

El examen físico debe ser completo incluyendo un examen pélvico bimanual para confirmar el tamaño y la posición del útero, también se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección posaborto, si no son tratadas antes del procedimiento.

En general, no se requieren paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento. Si clínicamente se sospecha anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia.

Al igual que en cualquier control prenatal, se debe brindar asesoría y ofrecer la prueba de tamización para VIH (prueba rápida) y para sífilis (prueba treponémica rápida); en ningún caso, estas pruebas pueden constituir una barrera de acceso a la IVE.

La exploración ecográfica no es necesaria para la IVE en primer trimestre, salvo que se sospeche un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En etapas mayores del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología útil, se recomienda realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee.

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa, se debe identificar si la mujer está dentro de alguna de las tres causales descritas previamente, un profesional en medicina general está en la capacidad de verificar el cumplimiento de los requisitos para cualquiera de ellas y expedir el certificado, un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social y expedir el certificado correspondiente. “El profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que, en efecto, la hipótesis del riesgo existe. Cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada, sino solo de su existencia”. (17)

Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, la denuncia de violencia sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el profesional de salud debe dar aviso a las autoridades competentes. A las menores de 14 años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE; pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual. La exigencia de requisitos adicionales como órdenes, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, autorizaciones de familiares o terceros, están prohibidos y constituyen barreras inadmisibles.

En caso de requerir remisión, se debe iniciar de manera inmediata sin que la atención se extienda más allá del plazo establecido (5 días calendario). De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión a la disponibilidad de citas por consulta externa, que limite la prestación de un servicio oportuno.

Orientación y asesoría. No es obligatoria, ni debe constituir un prerrequisito que obstaculice el acceso a la IVE. Idealmente se da por profesionales en psicología o trabajo social, o por profesionales de la salud con capacitación en derechos sexuales y reproductivos. La presencia de otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer lo autoriza explícitamente.

Se debe identificar si hay coerción por parte de la pareja u otras personas, adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas imparcialmente (continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el producto de la gestación en adopción), una vez la mujer haya decidido la IVE se procede a explicar y elegir el procedimiento (farmacológico o no farmacológico).

Hasta la semana 15 el método no farmacológico de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica; la dilatación y curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como obsoleto y no debe ser utilizado.

El esquema farmacológico recomendado es la combinación de mifepristona y misoprostol, como esquema alternativo recomiendan dosis repetidas de misoprostol solo hasta la semana 10 de gestación. (10) La mujer es quien elige el tipo de procedimiento (farmacológico o no farmacológico) cuando están disponibles los dos métodos y no hay restricciones desde el punto de vista clínico, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares. (18)

Entre la semana 15 y la 20, el método no farmacológico de elección es la dilatación y evacuación usando aspiración y pinzas. El método médico recomendado es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

Cuando se utilizan métodos médicos después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción a la asistolia fetal antes del procedimiento. Entre los regímenes utilizados frecuentemente para inducir la asistolia fetal se incluyen inyección de cloruro de potasio a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto y la inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina.

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

Se debe diligenciar previamente el consentimiento informado como la manifestación libre y voluntaria de la mujer que solicita y acepta someterse a una IVE, conociendo los efectos y riesgos del procedimiento (hemorragia, infección, aborto incompleto, rotura uterina). (19) Las niñas menores de 14 años tienen el derecho a exteriorizar su consentimiento para la IVE y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo. Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada.

Tabla 1. Dosis recomendadas para el manejo médico del aborto.

Escenario clínico	Régimen combinado (recomendado)		Solo misoprostol (alternativa)
	Mifepristona »1-2 días» Misoprostol		Misoprostol
Aborto incompleto < 13 semanas	Usar solo misoprostol		600 µg VO o 400 µg SL*
Aborto incompleto ≥ 13 semanas	Usar solo misoprostol		400 µg B, V o SL cada 3 horas*
Aborto retenido < 14 semanas	Usar solo misoprostol		800 µg B, V o SL*
Aborto retenido ≥ 14 semanas	200 mg VO dosis única	400 µg V o SL cada 4-6 horas*	400 µg SL (preferido) o V cada 4-6 horas*
IVE < 10 semanas (en casa)	200 mg VO dosis única	800 µg V o SL*	800 µg V cada 12 horas por 3 dosis u 800 µg SL cada 3 horas por 3 dosis
IVE 10-12 semanas (supervisado)	200 mg VO dosis única	800 µg + 400 µg V o SL cada 3 horas (máximo 4 dosis)	

B: bucal (entre la mejilla y la encía), **VO:** vía oral, **V:** vía vaginal, **SL:** sublingual (debajo de la lengua).

* Se pueden considerar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para lograr el éxito del proceso de aborto. Se debe tener precaución y juicio clínico para decidir la cantidad máxima de dosis de misoprostol en gestantes con incisión uterina previa. La rotura uterina es una complicación rara.

Tomado y adaptado de: Medical management of abortion. World Health Organization; 2018 y Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de la Atención en Salud Materno Perinatal, ministerio de salud y protección social, 2017.

Anticoncepción posterior

La anticoncepción puede iniciarse en el momento de la administración de la primera píldora para el manejo médico del aborto o después de la evaluación del éxito del tratamiento. Se deben cumplir los criterios médicos de elegibilidad (**tabla 2**) y garantizar los derechos humanos en la provisión de información y servicios anticonceptivos. (20)

Tabla 2. Criterios médicos de elegibilidad postaborto para métodos anticonceptivos.

Método anticonceptivo	Condición posaborto		
	Primer trimestre	Segundo trimestre	Posaborto séptico inmediato
Anticonceptivos orales combinados	1	1	1
Anticonceptivos inyectables combinados	1	1	1
Parche y anillo vaginal	1	1	1
Píldoras de solo progesterona	1	1	1
Inyectables de solo progestágeno	1	1	1
Implantes de solo progestágeno	1	1	1
Dispositivo intrauterino de cobre	1	2	4
DIU liberador de levonorgestrel	1	2	4
Condomes	1	1	1
Espermicida	1	1	1
Diafragma	1	1	1

* Definición de categorías: 1. no hay restricción para el uso del método anticonceptivo. 2. las ventajas de usar el método superan los riesgos teóricos o probados. 3. los riesgos teóricos o probados superan las ventajas de usar el método.

4. representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo

Tomado y adaptado de: Medical eligibility criteria for contraceptive use, WHO; 2015.

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Conclusiones

La atención médica del aborto incluye el manejo de varias situaciones clínicas, incluido el aborto incompleto, el aborto retenido y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como la anticoncepción posterior.

La mifepristona y el misoprostol en combinación o el misoprostol solo, son los medicamentos generalmente utilizados para el manejo médico del aborto.

El personal de salud debe conocer y acoger las estadísticas, leyes y protocolos nacionales en la prevención y manejo del embarazo no deseado e interrupción voluntaria del embarazo. Es posible prevenir casi todos los casos de muerte o discapacidad a consecuencia de un aborto inseguro, mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la práctica de abortos legales y seguros por profesionales capacitados, respeto por los derechos de las mujeres y la atención oportuna de las complicaciones.

Lecturas recomendadas

1. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Determinantes del Aborto Inseguro y Barreras de Acceso para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Mujeres Colombianas. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014
3. Penagos Velásquez Gloria, El aborto en Colombia un problema social, de salud pública y de salud de las mujeres. 2013. Disponible en línea: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva/El%20Aborto%20en%20Colombia.pdf>
4. The WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2007. En línea: <https://www.k4health.org/sites/default/files/WHO%20Strategic%20approach.pdf>
5. Judith A. Soon, Dustin Costescu, Edith Guilbert. Medications Used in Evidence-Based Regimens for Medical Abortion: An Overview. J Obstet Gynaecol Can 2016; 1e10
6. Allen RH, Singh R, Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1—local anesthesia and minimal sedation, Contraception (2018), <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.01.014>
7. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014. En línea: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion.
8. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223

9. The care of women requesting induced abortion: evidence-based clinical guideline No. 7, third edition. London: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists–RCOG Press; 2011. En Línea: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
10. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Medical Abortion, Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynaecol Can 2016;38(4):366-389
11. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline. 2019. www.nice.org.uk/guidance/ng126
12. Mortalidad materna (temprana). Periodo epidemiológico XI. Colombia, INS, 2019. www.ins.gov.co
13. Pop-Eleches, C. The Impact of an Abortion Ban on Socioeconomic Outcomes of Children: Evidence from Romania. Journal of Political Economy, 2011. 744-773.
14. Latt, S.M., Milner, A. & Kavanagh, A. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. BMC Women's Health 19, 1 (2019) doi:10.1186/s12905-018-0705-y
15. Eve Espey, Amanda Dennis, Uta Landy. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. AJOG, 2019. En línea: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.008>
16. Jones BS, Weitz TA. Legal barriers to second-trimester abortion provision and public health consequences. Am J Public Health. 2009;99(4):623-30
17. Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal. Ministerio de Salud y Protección Social. 2017.
18. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(11):CD002855
19. Induced abortion. ESHRE Capri Workshop Group. Human Reproduction, Vol.32, No.6 pp. 1160–1169, 2017
20. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015. En línea: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5