



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

**PRESENTADO POR
DRA. MICHELLE LESLIE PIÑA GONZALEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARIA LAURA GARCÍA MARTÍNEZ**

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL
EMBARAZO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN”

Autor: Dra. Michelle Leslie Piña González.

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

Vo. Bo.
Dra. María Laura García Martínez

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Médico adscrito al Hospital Materno Infantil Inguaran
Director de tesis

Vo. Bo.
Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio

Especialista en Ginecología y Obstetricia
Profesor adjunto del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia
Asesor metodológico

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar mi vida por el mejor camino.

A mi madre que hoy en día sigue siendo el ángel que cuida cada paso que doy.

A mi padre por siempre estar ahí para mí, porque sin su apoyo incondicional no hubiera podido superar tantos obstáculos.

A mis hermanos por su cariño y compañía.

A mi esposo por su amor, comprensión y apoyo en cada aspecto de mi vida.

A cada una de las personas que dejaron en mi alguna enseñanza.

Gracias.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	
	Antecedentes	1
	Planteamiento del problema	11
	Justificación	12
	Objetivos	14
II.	MATERIAL Y MÉTODO	
	Diseño del estudio	16
	Población y muestra	16
	Criterios de inclusión	16
	Operacionalización de variables	17
	Plan de recolección de datos	19
	Análisis estadístico	19
	Aspectos éticos	19
	Hoja de recolección de datos	20
III.	RESULTADOS	22
IV.	DISCUSIÓN	34
V.	CONCLUSIONES	39
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

De los 210 millones de embarazos que ocurren por año, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos y, globalmente, es probable que una vasta mayoría de mujeres hayan tenido al menos un aborto para cuando cumplen 45 años (Alan Guttmacher Institute 1999). En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y estos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente (Bongaarts y Westoff 2000), aunque nunca ha bajado a cero por múltiples razones. Hay que tomar en consideración dos hechos; primero, los millones de mujeres y hombres no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente y segundo ningún método anticonceptivo es 100% seguro. Aun si todos aquellos que utilizan métodos anticonceptivos lo hicieran perfectamente todo el tiempo, todavía existirían cerca de seis millones de embarazos accidentales anualmente. Por lo tanto, aun con altas tasas de uso de métodos anticonceptivos, los embarazos no deseados ocurrirán y las mujeres buscarán finalizarlos mediante un aborto inducido.⁽¹⁾

Aborto inseguro.

Un aborto inseguro es “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos” (Organización Mundial de la Salud 1992). Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad, de los abortos inducidos anualmente son inseguros. El 95% de estos ocurre en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud 1998). Globalmente, existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud 1998), pero en algunas regiones, la relación es mucho mayor. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe hay más de un aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud 1998). Alrededor del 13% de las muertes relacionadas con el embarazo han sido atribuidas a complicaciones de abortos inseguros (Organización Mundial de la Salud 1998); cuando este porcentaje se aplica a las estimaciones más recientes de muertes maternas en todo el mundo (por ejemplo, 515.000 para el año 1995; Organización Mundial de la Salud 2001) corresponde a aproximadamente 67.000 muertes anuales.^(1,2)

Casi todas las muertes y complicaciones como consecuencia de abortos inseguros pueden prevenirse. Los procedimientos y las técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana son simples y seguros. Cuando se lleva a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los

procedimientos médicos de menor riesgo. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto llevado a cabo con procedimientos modernos no es mayor a 1 cada 100.000 procedimientos (Instituto Alan Guttmacher 1999). ⁽¹⁾

Panorama actual

América Latina y el Caribe cuentan con un marco jurídico restrictivo sobre el aborto. Se estima que hasta el 95% de los abortos es inseguro, siendo la causa de un 12% de todas las muertes maternas en esta región del mundo. ^(3,4)

Chile y Nicaragua prohíben el aborto sin excepción, aunque este último lo permitía por razones terapéuticas hasta 2007. En Argentina y Ecuador es legal cuando la vida de la mujer está en peligro, o cuando el embarazo es producto de una violación a una mujer que presenta retraso mental o demencia. Brasil y Panamá lo contemplan en caso de malformaciones congénitas. Belice y Bolivia permiten interrumpir un embarazo para proteger la salud de la mujer. En la mayor parte de la región, el aborto no es punible cuando la vida de la mujer corre peligro, en 10 países Guatemala y Haití como ejemplos, esta es la única causal aprobada. En Uruguay y San Vicente y las Granadinas existe la causal de motivos socioeconómicos. El aborto sin restricciones solo está legalizado en ocho países, incluyendo a Cuba, Guyana, Puerto Rico, y Uruguay desde el 2012. ^(3,5,8)

En la Ciudad de México antes de la reforma del 2007 el aborto solo era permitido bajo circunstancias limitadas como en caso de violación, malformaciones fetales o cuando la salud o vida materna se encontraba en riesgo. A pesar de esto el aborto provocado era algo muy común, se estima que en el 2006 se llevaban a cabo 33 abortos por cada 1000 mujeres de entre 15 a 44 años de edad. De hecho e 1990 a 2008, 7.2% de todas la muertes maternas en México estuvieron relacionadas al aborto. Un estudio realizado en el 2006 encontró que a nivel nacional, 149700 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto. ^(3,6)

La despenalización de la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación en la Ciudad de México reportada en mayo de 2007 en el número 75 de la Gaceta Oficial del Distrito Federal fue resultado de dos reformas legislativas previas. La primera ocurrió en el año 2000, al firmarse una iniciativa para legalizar el aborto en casos de malformación congénita o cuando el embarazo constituyera un riesgo para la vida de la mujer, y la segunda en 2003, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas al Código Penal, permitiendo a las mujeres acceder a servicios de aborto legal bajo una gama más amplia de causales de ley y modificó la Ley de Salud para el Distrito Federal. Con base en estos cambios, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal. ^(7,8)

De acuerdo al manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo, esta solo se puede realizar a solicitud de la mujer embarazada y cuando se reúna alguna de las siguientes condiciones⁽¹⁰⁾:

- La mujer con embarazo de hasta 12 semanas de gestación, que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentado condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar; como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior, superior o postgrados o la disolución de lazos de afectividad familiar, entre otras.
- La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente el original de la autorización de interrupción del embarazo por delito de violación o inseminación artificial no consentida, emitida por el Agente del Ministerio Público del Sistema de Auxilio a Víctimas.
- La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente por lo menos un dictamen emitido por un médico especialista, que avale que la continuidad de su embarazo representa grave riesgo para su salud física o psíquica. Si el estado de salud de la embarazada y el tiempo permite el dictamen de otro médico especialista, se solicitará este segundo dictamen.
- La mujer con embarazo mayor de doce semanas de gestación que presente dos dictámenes emitidos por médicos especialistas que avalen que el producto de la gestación presenta anomalías genéticas o

congénitas graves que puedan dar como resultado graves daños físicos o mentales, que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo.

- La mujer que se presente en la unidad médica hospitalaria con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose por conducta culposa, la omisión a un deber de cuidado que se debía o podía observar según las circunstancias y condiciones personales. Por ejemplo: las caídas, los accidentes en vehículos, la realización de esfuerzos físicos extraordinarios, entre otros.

Se han realizado 92363 interrupciones del embarazo en el DF después de la legalización, del 24 de abril del 2007 al 31 de diciembre de 2012, observando un aumento progresivo año con año.^(7,9)

Actualmente se lleva a cabo en las siguientes unidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal: Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo, Hospital Materno Infantil Cuajimalpa, Hospital General Ticomán, Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc, Hospital General Iztapalapa, Clínica Comunitaria Santa Catarina, Hospital General Milpa Alta, Centro de Salud T-III Beatriz Velasco de Alemán, Hospital Materno Infantil Xochimilco, Hospital Materno Infantil Tláhuac, Hospital General Enrique Cabrera, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez, y Hospital Materno Infantil Inguarán⁽⁷⁾.

Sin embargo la legislación permanece altamente restrictiva fuera del D.F., y solo se permite el aborto por indicaciones muy limitadas. Aunque los 32 estados permiten el aborto en caso de violación, 27 lo permiten cuando el embarazo compromete la vida de la mujer, solo 12 cuando compromete la salud de la mujer y 13 en casos de malformación fetal severa. Desde la legalización del aborto por elección en el D.F., 16 de los 32 estados reformaron sus constituciones para garantizar los derechos de los embriones como personas desde el momento de la concepción (Baja California, Chiapas, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Yucatán). Estas reformas tienen el potencial de restringir aún más las opciones legales que tiene la mujer para recurrir a un aborto en estos estados, pudiendo llevarlas a un aborto clandestino.^(11, 12)

Tipos de manejo.

La interrupción del embarazo se puede efectuar con medicamentos, aspiración por vacío o por legrado uterino instrumentado. El aborto con medicamentos inducido con mifepristona + misoprostol o con misoprostol solo es una opción segura y eficaz. La mifepristona era conocida originalmente como RU-486, fue aprobada por primera vez para uso clínico en 1988, actúa bloqueando la acción de la progesterona en el útero, lo cual produce desprendimiento del embarazo, además aumenta la sensibilidad uterina a las prostaglandinas (como misoprostol) y madura el cérvix.^(13,14,15) El misoprostol es una prostaglandina

sintética, estimula las contracciones del útero y causa la evacuación endouterina. Es barato, estable a temperatura ambiente y fácil de adquirir. Además se puede utilizar para la preparación cervical antes de la aspiración por vacío, la inducción del trabajo de parto, la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto y el tratamiento del aborto incompleto o del aborto diferido.⁽¹⁶⁾

Hasta hace poco tiempo el régimen usado para el aborto con medicamentos era misoprostol solo ya que la mifepristona no estaba disponible en México. En el 2011 se inició su comercialización oficial en el país y desde entonces la Secretaría de Salud del Distrito Federal incorporó el esquema de mifepristona + misoprostol. Este último tiene mayor eficacia, no solo en cuanto a menor tiempo si no que también causa menos efectos adversos.^(3,15)

En cuanto al manejo quirúrgico hay que resaltar que en el primer año del programa un porcentaje considerable de pacientes fue manejada con legrado uterino instrumentado (LUI), lo cual ya no recomienda la OMS como tratamiento del aborto del primer trimestre debido al mayor riesgo de complicaciones con respecto a otros métodos. Por lo anterior este procedimiento gradualmente ha sido abandonado y actualmente casi todos los abortos se manejan con medicamentos o con aspiración manual endouterina (AMEU).⁽³⁾

Metodologías y resultados previos

Poco después de la legalización del aborto en abril del 2007, la Secretaría de Salud del Distrito Federal estableció un programa en el sector público destinado a ofrecer servicios de aborto gratuitos a la población del D.F. y bajo una cuota basada en un estudio socioeconómico a mujeres de otras entidades federativas. El programa inició en 14 hospitales y para el final del primer año se habían realizado más de 7000 abortos legales. ⁽³⁾

En el 2011 se publicó un estudio con autoría de Mondragón y Kalb y colaboradores, en el cual se analizó la base de datos de los servicios otorgados del 24 de Abril de 2007 al 31 de Marzo de 2010, en 15 hospitales de la red. Los autores presentaron las características socioeconómicas de 20053 mujeres que recibieron atención durante ese periodo, encontrando que la edad promedio fue de 25 años con un rango de edad de 11 a 52 años, 53% solteras, 40% con escolaridad de 9 años o menos, 36% amas de casa, 84% católicas, 88% residentes del D.F., 67% con un hijo por lo menos. Además analizó las tendencias en cuanto al tratamiento otorgado a través de los años (hacia procedimientos menos invasivos), y los factores asociados con la aceptación de métodos anticonceptivos postaborto (tales como la escolaridad mayor a 10 años). ⁽¹⁷⁾

En el 2011, Van Dijk Marieke y colaboradores publicó un estudio en el que realizaron entrevistas a 15 mujeres que se realizaron un aborto en el sector

público y 10 pacientes que realizaron el procedimiento en clínicas particulares. Entre los resultados que obtuvieron observaron que el promedio de edad de las pacientes fue de 26 años con un rango de edad de 18 a 44 años, la mayoría solteras, sin hijos, 60% con escolaridad a nivel bachillerato, 60% percibiendo ingresos, y cerca de la mitad eran católicas. 21 de las 25 pacientes aceptó un método anticonceptivo, las 4 restantes argumentaron que practicarían abstinencia.⁽¹⁸⁾

Otro estudio dirigido a la interrupción del embarazo en medio privado fue realizado en el 2010 por Schiavon Raffaella y colaboradores en donde se entrevistaron a 135 médicos acerca de las características de las pacientes que habían atendido y los procedimientos realizados, encontrando que realizaban un promedio de 3 procedimientos por mes en cada clínica de los cuales más del 70% fueron legrados uterinos instrumentados.⁽¹⁹⁾

En el 2010 se realizó un estudio mediante encuestas hechas por personal de enfermería en un hospital materno infantil no especificado. Con un total de 56 encuestas reportaron resultados semejantes a los de Mondragón y Kalb, además de que incluyeron el motivo por el cuál solicitaron interrupción del embarazo y la percepción de la paciente acerca de la calidad de la atención recibida.⁽²⁰⁾

Los datos arrojados en estos estudios son muy importantes para el conocimiento de las pacientes atendidas, sin embargo faltan datos que sería

deseable conocer para evaluar de una manera más integral el perfil de estas mujeres para lograr una atención cada vez de mayor calidad.

Planteamiento del problema.

La cantidad de mujeres que solicita la interrupción legal del embarazo ha mostrado un importante aumento desde la legalización del aborto en abril de 2007, desde entonces se ha trabajado en la mejora del programa interrupción legal del embarazo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en general, sin embargo, el conocimiento de la población en específico a la que se brinda el servicio es una valiosa herramienta para desarrollar estrategias que conduzcan a un cambio, que lleve a la población de la tendencia a solicitar la interrupción de un embarazo hacia la prevención de un embarazo no planeado.

Si bien es cierto que algunas de las solicitudes al programa son motivadas por embarazos producto de una violación o por malformaciones fetales por citar solo algunas causas que escapan de la responsabilidad de cada mujer, es bien sabido que gran parte de los procedimientos se realizan por embarazos no planeados en los que hubo mal uso de métodos anticonceptivos o falta total de estos. Por lo tanto si se pretende brindar una mejor atención a la salud de la mujer se debe no solo ayudarla a que se respete su decisión de ser madre o no, si no también educar a la población para desarrollar una conciencia de prevención. Tomando esto en cuenta se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es

el perfil epidemiológico de las pacientes que solicitan la interrupción legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguaran?

Justificación

El programa Interrupción Legal del embarazo se ha vuelto muy importante no solo por la cantidad de pacientes a las que beneficia ya que en tan solo 5 años ha realizado 92363 interrupciones del embarazo en el Distrito Federal, algunas de las cuales pudieron haber sido números negros si hubieran tenido que recurrir a un aborto inseguro, si no porque nos ha recordado la necesidad de desarrollar estrategias de salud encaminadas a la prevención de un embarazo no planeado, ya que si analizamos estas cifras debemos reconocer que algo ha faltado incluir en el desarrollo de los programas de planificación familiar.

Los programas de planificación familiar han permitido que parte de la población tenga acceso a medios para limitar o espaciar su descendencia acorde a sus preferencias. El uso de métodos anticonceptivos es uno de los medios con el que cuentan las mujeres para cumplir con sus expectativas sobre el ideal de hijos que esperan tener a lo largo de su vida.

El porcentaje de mujeres en edad fértil que utiliza un método anticonceptivo es de 54.8%, de éstas 56.4% los utilizan para no tener más hijos y 40.2% para postergar el embarazo, el resto los utilizan por otros motivos que incluyen

indicaciones médicas. Cuando se trata de mujeres unidas o casadas el porcentaje de usuarias se eleva a 79.6%.⁽²¹⁾

Como parte de la reforma del 2007 el programa de Interrupción legal del embarazo ofrece adicionalmente métodos anticonceptivos de manera gratuita. El porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos ha sido superior al 80% en varios reportes, con altos porcentajes de mujeres a las que se les coloca un Dispositivo intrauterino (DIU), entre 42% a 63% dependiendo del estudio.⁽³⁾ El hecho de que la paciente concluya el procedimiento con un método anticonceptivo que garantizará efectividad a largo plazo podría verse reflejado en la disminución de reincidencias al programa.

Conociendo las características de la población en particular que atiende cada uno de los centros hospitalarios que cuenta con el programa Interrupción Legal del embarazo se pueden llevar a cabo acciones de manera local encaminadas a la mejora en la atención dentro del programa y que repercutan en un cambio profundo en la población, en el que se revierta la tendencia de solicitar la interrupción de un embarazo hacia la prevención de una gestación no planeada, es decir virar hacia la prevención primaria.

En el Hospital Materno Infantil Inguaran de abril de 2007 a diciembre 2012 se han realizado 8054 interrupciones legales del embarazo siendo el tercer hospital con el mayor número de atenciones en el D.F., a pesar de contar con

menos recursos materiales y humanos que otras unidades. Al manejar una productividad tan alta representa una opción factible para realizar el estudio.⁽⁷⁾

Considerando que se trata de un hospital donde las atenciones son gratuitas el impacto a mediano o largo plazo de las modificaciones derivadas de las conclusiones del presente estudio, se espera repercuta en la disminución de costos, pero más importante aún, en una mejora en la calidad de atención a la mujer y por lo tanto en su salud.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar el perfil epidemiológico de las pacientes que solicitan interrupción legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguaran.

Objetivos específicos:

- Identificar la edad a la que con mayor frecuencia solicitan ILE.
- Conocer la escolaridad de las pacientes que solicitan ILE.
- Conocer el estado civil de las pacientes que solicitan ILE.
- Conocer la conformación de la familia de las pacientes que solicitan ILE.
- Conocer la religión que más comúnmente profesan las pacientes que solicitan ILE.
- Conocer la ocupación de las pacientes que solicitan ILE.
- Conocer el nivel económico de las pacientes que solicitan ILE.

- Conocer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que solicitan ILE.
- Identificar la cantidad de pacientes que solicitan ILE de manera recurrente.
- Conocer el motivo por el que solicitan ILE.
- Conocer la edad gestacional a la que con mayor frecuencia se solicita ILE.
- Estimar los tiempos en los que se lleva a cabo la atención de las pacientes.
- Conocer los esquemas de tratamiento que recibieron las pacientes para la interrupción legal del embarazo.
- Identificar la preferencia en cuanto a métodos anticonceptivos posterior a la interrupción legal del embarazo.
- Identificar las complicaciones que se presentaron como consecuencia de la interrupción legal del embarazo.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio sociomédico, de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, recabando datos de los expedientes de pacientes que fueron atendidas en el programa Interrupción legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguaran en el año 2012.

Los expedientes fueron seleccionados de acuerdo a lo siguiente:

Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes que hayan sido atendidas en el programa de interrupción legal del embarazo en el Hospital Materno Infantil Inguaran en el año 2012.

Criterios de exclusión:

- Expedientes incompletos en los que no conste por escrito que se haya dado de alta a la paciente.

Operacionalización de variables.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	Compleja	Años de vida	Cuantitativa continua	Años
Escolaridad	Compleja	Nivel de estudios alcanzado	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Normal Licenciatura Posgrado
Estado civil	Compleja	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda
Personas con quien vive	Compleja	Individuos con los que comparte lazos sanguíneos o no, y habita en la misma vivienda.	Cualitativa nominal	Pareja Hijo(s) Pareja e hijo(s) Padres Padres e hijo(s) Padres y pareja Padres, hijo(s) y pareja Sola Otro
Religión	Compleja	Creencia o dogma acerca de la divinidad que se profese.	Cualitativa nominal	Católica Testigo de Jehová Cristiana Otra Ninguna
Ocupación	Compleja	Actividad que se realiza de manera cotidiana sea remunerada o no.	Cualitativa nominal	Estudiante Ama de casa Trabajo fuera de casa Desempleada Otra
Ingresos económicos familiares	Compleja	Cantidad de dinero en pesos que ingresa mensualmente a la familia.	Cualitativa ordinal	Menos de \$5000 De > \$5000 a \$10000 De > \$10000 a \$15000 De > \$15000 a \$20000 Mas de \$20000
Residencia actual	Compleja	Lugar geográfico en el que reside de manera habitual.	Cualitativa nominal	D.F. Estado de México Otro
Inicio de vida sexual	Compleja	Edad de la primera relación sexual	Cuantitativa continua	Años
Gestas	Compleja	Embarazos que hasta el momento ha cursado incluyendo el actual.	Cuantitativa discontinua	Número
ILE previos	Compleja	Número de embarazos interrumpidos de manera voluntaria de acuerdo a la ley vigente dentro del programa ILE	Cuantitativa discontinua	Número
Edad	Compleja	Edad de un embrión o feto desde el primer	Cuantitativa	Semanas

gestacional		día de última regla	continua	
Anemia	Compleja	Hemoglobina menor a 11mg/dl	Cuantitativa nominal	Sí No
Motivo para realizar ILE	Compleja	Argumento para solicitar ILE	Cualitativa nominal	Es madre soltera Ingresos económicos bajos Tiene muchos hijos Edad materna Salud materna Malformaciones fetales Víctima de violación Problemas con la pareja No se siente preparada No quiere o no puede interrumpir trabajo No quiere interrumpir sus estudios Falla en método anticonceptivo No lo desea en este momento Otro
Tiempo desde la solicitud de ILE hasta el inicio del tratamiento	Compleja	Tiempo transcurrido en días totales (incluye días hábiles y no hábiles) desde que hizo la solicitud de ILE hasta que inició el tratamiento	Cuantitativa continua	Días
Tiempo desde la solicitud de ILE hasta el alta	Compleja	Tiempo transcurrido en días totales (incluye días hábiles y no hábiles) desde que solicitó ILE hasta que egreso del programa	Cuantitativa continua	Días
Manejo farmacológico	Compleja	Misoprostol solo	Cualitativa nominal	Si No
		Misoprostol + Mifepristona		Si No
Dosis extra de medicamento	Compleja	Se le administró dosis adicional de medicamento.	Cualitativa nominal	No Misoprostol 400 mcg Misoprostol 800 mcg
Procedimiento quirúrgico	Compleja	Se realizó aspiración manual endouterina	Cualitativa nominal	No Inicial Por falla en el tratamiento farmacológico De urgencia
		Se realizó legrado uterino instrumentado		No Inicial Por falla en el tratamiento farmacológico De urgencia
Complicaciones	Compleja	Eventos adversos relacionados directamente con el tratamiento médico	Cualitativa nominal	Hemorragia Anemia

				Ninguna
		Eventos adversos relacionados directamente con el tratamiento quirúrgico		Hemorragia Perforación uterina Anemia Ninguna
Método anticonceptivo al alta	Compleja	Método anticonceptivo aplicado a la paciente al egresar del programa.	Cualitativa nominal	Condón DIU Hormonal oral Hormonal inyectable Implante Parches OTB Ninguno

Plan de recolección de datos y análisis estadístico.

Se recolectaron los datos directamente de los expedientes a una hoja de recolección de datos (se anexa copia del formato). Posterior a la recolección de información, se elaboró la base de datos en el programa SPSS 20, el cual permitió realizar el análisis estadístico y la presentación de los resultados con apoyo de cuadros y gráficos.

Se realizó un análisis de tipo descriptivo obteniendo porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas, se presentaron los resultados en figuras y tablas para su análisis final.

Aspectos éticos.

Se trata de una investigación sin riesgo.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES QUE SOLICITAN INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Expediente:

Edad		
Escolaridad	1. Primaria	
	2. Secundaria	
	3. Bachillerato	
	4. Técnico	
	5. Normal	
	6. Licenciatura	
	7. Posgrado	
Estado civil	1. Soltera	
	2. Casada	
	3. Unión libre	
	4. Viuda	
Personas con quien vive	1.Pareja	
	2.Hijo (s)	
	3.Pareja e hijo (s)	
	4.Padres	
	5.Padres e hijo (s)	
	6.Padres y pareja	
	7.Padres, hijo (s) y pareja	
	8.Sola	
	9.Otro (s)	
Religión	1.Católica	
	2.Testigo de Jehová	
	3.Cristiana	
	4.Otra	
	5.Ninguna	
Ocupación	1.Estudiante	
	2.Ama de casa	
	3.Trabajo fuera de casa	
	4.Desempleada	
	5.Otra	
Ingresos económicos familiares		
Lugar de residencia actual	1.D.F.	
	2.Estado de México	
	3.Otro	

Inicio de vida sexual activa	
Gestas	
ILE previa	
Semanas de gestación	
Anemia	

Motivo para realizar ILE	1.Es madre soltera		
	2.Ingresos económicos bajos		
	3.Tiene muchos hijos		
	4.Edad materna		
	5.Salud materna		
	6.Malformaciones fetales		
	7.Víctima de violación		
	8.Problemas con la pareja		
	9.No se siente preparada		
	10.No quiere o no puede interrumpir trabajo		
	11.No quiere interrumpir estudios		
	12.Falla MPF		
	13. No lo desea en este momento		
	14.(1 y 2)		
	15.(2 y 3)		
Tiempo desde la solicitud de ILE hasta el inicio del tratamiento			
Tiempo desde el inicio del tratamiento hasta el alta del programa			
Manejo farmacológico (NO = 0)	1.Misoprostol		
	2.Misoprostol + Mifepristona		
Dosis extra (NO = 0)	1.Misoprostol 400 mcg DU		
	2.Misoprostol 800 mcg DU		
Procedimiento quirúrgico (NO = 0)	AMEU	1.Inicial	
		2. Por falla en tratamiento farmacológico	
		3.De urgencia	
	LUI	4.Inicial	
		5.Por falla en tratamiento farmacológico	
		6.De urgencia	
Complicaciones (NO = 0)	Por tratamiento médico	1.Hemorragia	
		2.Anemia	
		3.Ninguna	
	Por tratamiento quirúrgico	4.Hemorragia	
		5.Perforación uterina	
		6. Anemia	
Método anticonceptivo al alta	1.Condón		
	2.Hormonal oral		
	3.Hormonal inyectable		
	4.Parche		
	5.Implante		
	6.DIU		
	7.OTB		
	8.Ninguno		

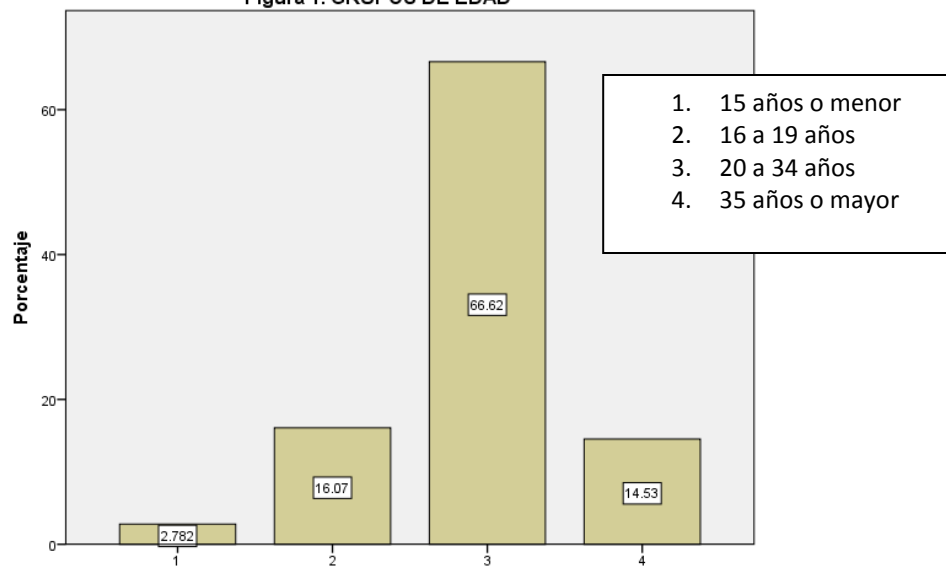
III. RESULTADOS

Se revisaron un total de 1043 expedientes, de los cuales 396 fueron excluidos ya que no contaban con datos completos.

La edad mínima de las pacientes que fueron atendidas fue de 12 años y la máxima fue de 46 años, con una media de 25.6 años y una desviación estándar de 6.97.

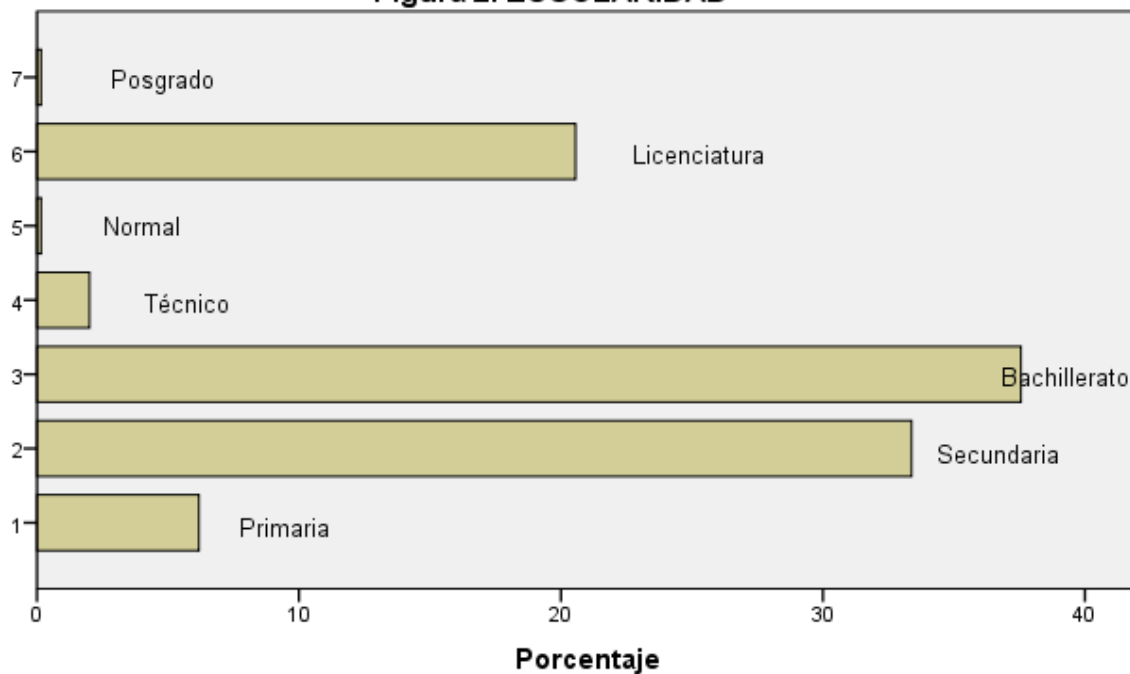
Se dividieron los resultados por grupos de edad, el primer grupo de 15 años o menos, el segundo grupo de 16 a 19 años considerando la adolescencia temprana y tardía respectivamente (OMS 2012), el tercer grupo de 20 a 34 años considerando la etapa reproductiva de la mujer y el último grupo de mayores de 35 años por ser una edad de riesgo para un embarazo. Se encontró que un 2.8% tenía 15 años o menos cuando solicitó el procedimiento, 16.1% tenía entre 16 a 19 años, 66.6% tenía entre 20 a 34 años y un 14.5% era mayor de 35 años de edad.

Figura 1. GRUPOS DE EDAD

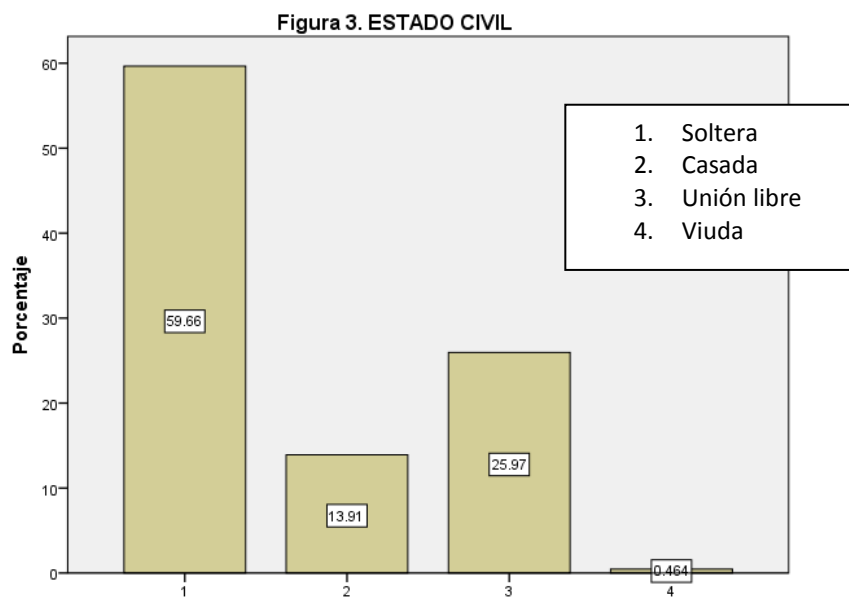


En cuanto al nivel de estudios se tomó en cuenta desde la primaria hasta estudios de posgrado, y se encontró que un 37.6% de las pacientes contaba con Bachillerato terminado.

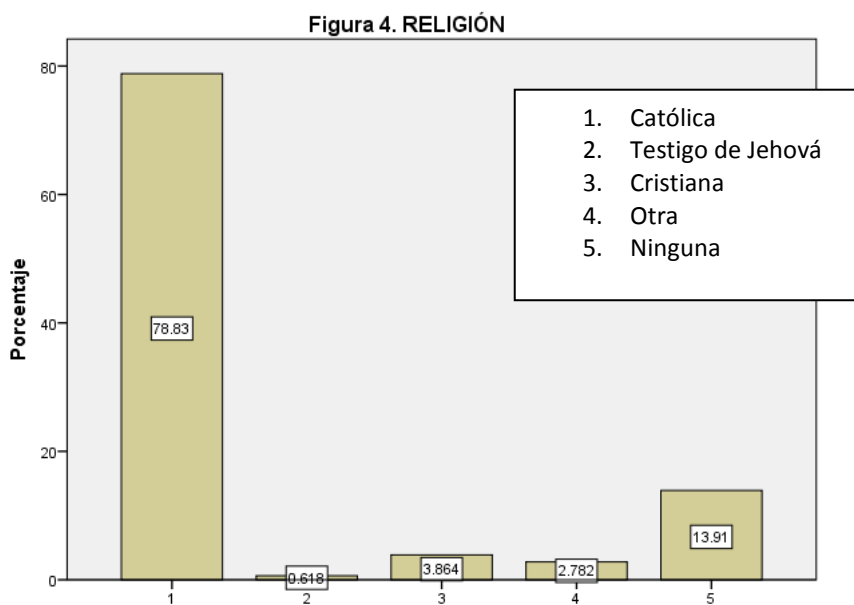
Figura 2. ESCOLARIDAD



En cuanto al estado civil de las pacientes un 59.6% se encontraban solteras, 25.9% viviendo en unión libre, 13.9% casadas, y 0.64% viudas.



En cuanto a la religión, la gran mayoría (78.8%) manifestó ser católica.



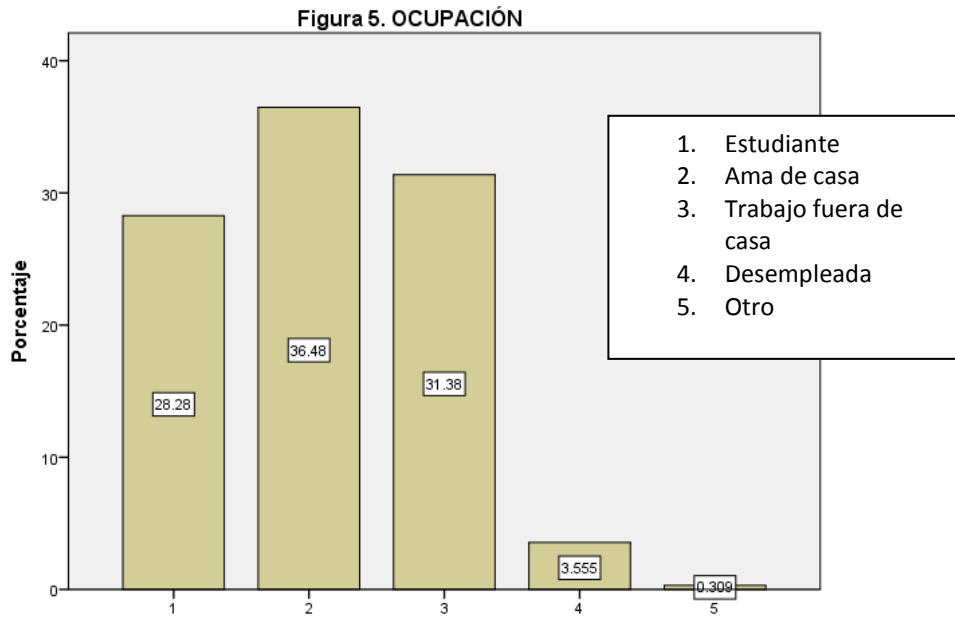
Se investigó con quien viven las pacientes encontrando los siguientes datos.

Cuadro I. Personas con quien vive.

Personas con quien vive	No.	%
Pareja	36	5.6
Hijo(s)	84	13
Pareja e hijo(s)	199	30.8
Padres	188	29.1
Padres e hijo(s)	93	14.4
Padres y pareja	4	0.6
Padres, hijo(s) y pareja	12	1.9
Sola	21	3.2
Otro	10	1.5
TOTAL	647	100

Fuente: Archivo clínico Hospital Materno Infantil Inguaran 2012.

La ocupación más frecuente fue ama de casa en un 36.4%.



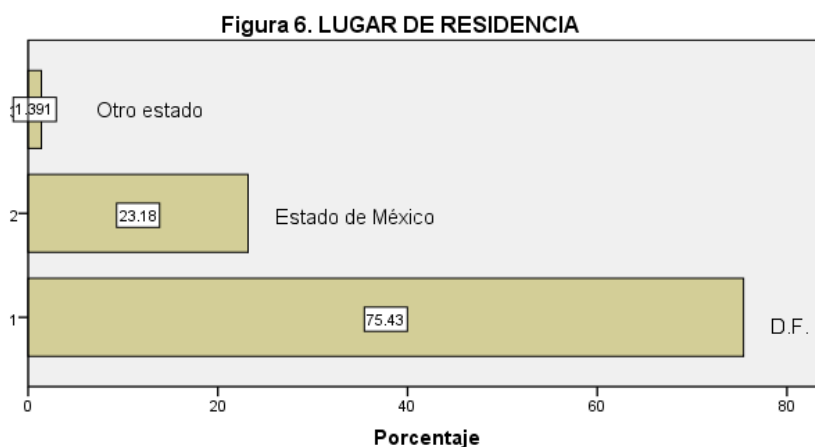
En cuanto a ingresos familiares se encontró que la mayoría percibía menos de \$5000 al mes.

Cuadro II. Ingresos familiares mensuales.

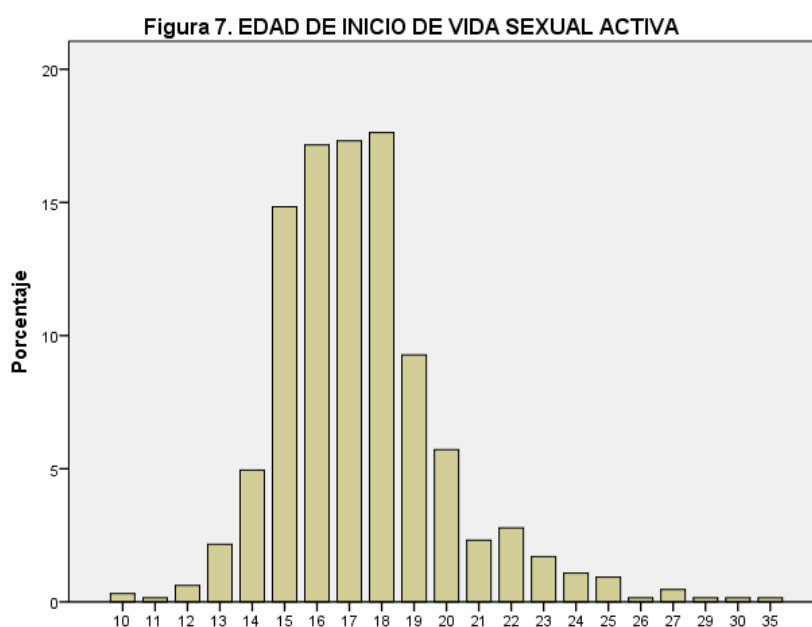
Ingresos	No.	%
< \$5000	416	64.3
>\$5000 a \$10000	160	26.3
>\$10000 a \$15000	33	5.1
>\$15000 a \$20000	17	2.6
>\$20000	11	1.7
TOTAL	647	100

Fuente: Archivo clínico Hospital Materno Infantil Inguaran 2012.

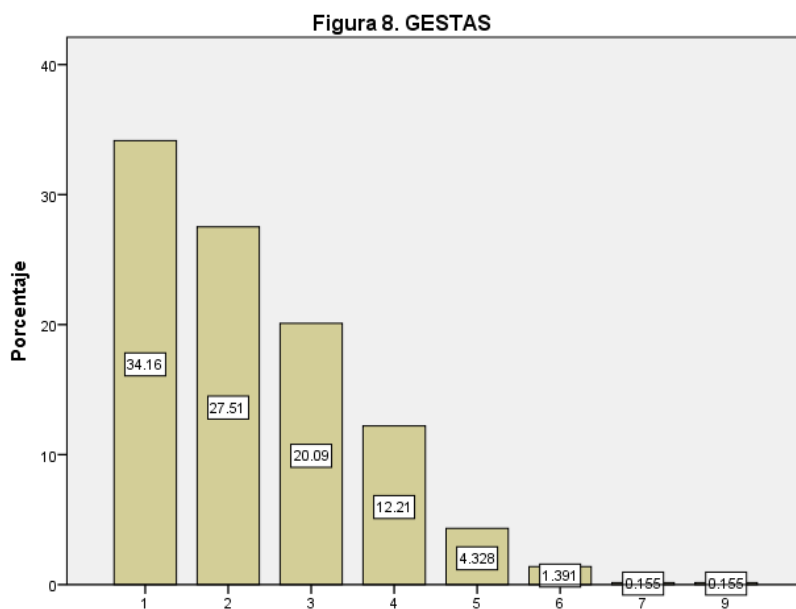
El porcentaje de pacientes atendidas que viven en el D.F. es de 75.4%, las que viven en el Estado de México son 23.1% y solo un 1.39% vive en otro estado de la República Mexicana.



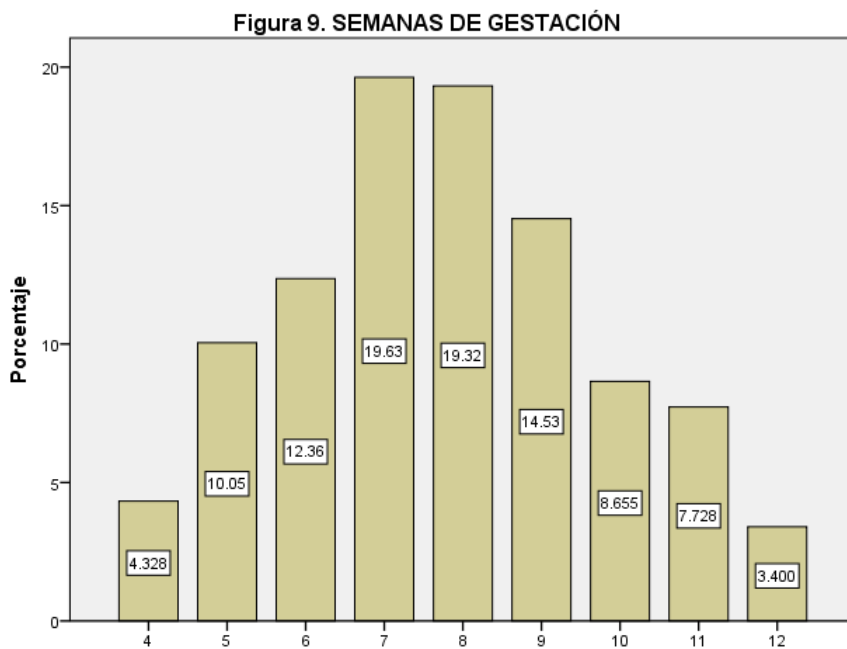
El 17.6% de las pacientes inició vida sexual a los 18 años, el 17.3% a los 17 años y el 17.2% a los 16 años, siendo estas las edades más frecuentes, con una media de 17.7 años.



La mayor parte de las pacientes solicitó la interrupción del embarazo en su primera gestación (34.1%).



El 19.6% solicitó ILE a las 7 semanas de gestación, el 19.3% a las 8 semanas.



Con respecto al motivo para solicitar ILE, se plasman varias opciones en el formato usado para la atención de las pacientes. Algunas mencionaron más de una opción por lo que se consideraron juntas las que se relacionaron con más frecuencia.

Cuadro III. Motivos para Interrupción del embarazo.

MOTIVO	No.	%
Es soltera	12	1.9
Ingresos económicos bajos	167	25.8
Tiene muchos hijos	24	3.7
Edad materna	19	2.9
Salud materna	22	3.4
Malformaciones fetales	1	0.2
Víctima de violación	4	0.6
Problemas con la pareja	13	2
No se siente preparada	21	3.2
No quiere o no puede interrumpir su trabajo	10	1.5
No quiere interrumpir sus estudios	124	19.2
Falló el método anticonceptivo	14	2.2
No lo desea en este momento	60	9.3
Es soltera con ingresos económicos bajos	125	19.3
Tiene muchos hijos e ingresos económicos bajos	31	4.8
TOTAL	647	100

Fuente: Archivo clínico Hospital Materno Infantil Inguaran 2012.

El 4.6% de las pacientes ya habían solicitado previamente la interrupción legal del embarazo.

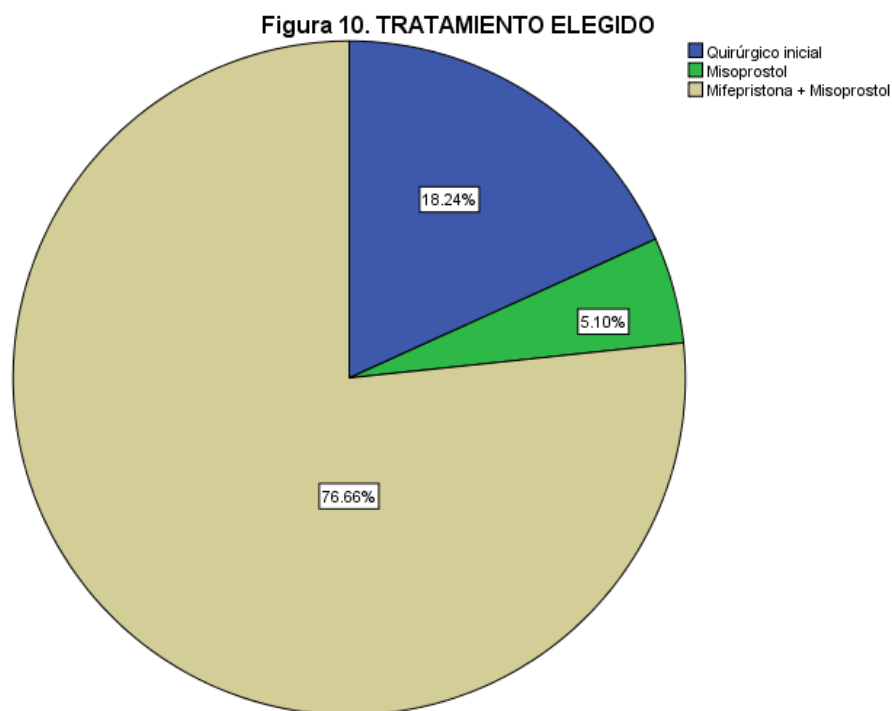
El 1.3% de las pacientes tenía anemia al momento de solicitar la ILE.

Se recabaron datos con respecto al tiempo transcurrido desde que la paciente solicitó la interrupción legal del embarazo hasta el inicio del tratamiento:

- 85.6% el mismo día de su primera consulta (n= 554)
- 9.8% al día siguiente (n= 64)
- 1.2% dos días después (n= 8)
- 1.08% 3 días después (n= 7)
- 0.9% 4 días después (n = 6)
- 0.7% cinco días después (n= 5)
- 0.1% ocho días después (n= 1)
- 0.1% 13 días después (n= 1)
- 0.1% 28 días después (n= 1)

En cuanto al tiempo que tardaron las pacientes en ser dadas de alta se encontró como media 14.06 días, con una desviación estándar de 5.8.

Del total de pacientes un 76.6% fue tratada con Mifepristona + Misoprostol, el 5.1% únicamente con Misoprostol, y al resto, es decir al 18.2% se le ofreció de manera inicial el manejo quirúrgico.



De las 529 pacientes a las que se les dio manejo farmacológico inicial, 39 requirió dosis extra para lograr un aborto completo, es decir un 7.3%. De las 39 pacientes, a 32 (82.05%) se les manejó con 400 mcg extra de misoprostol y a 7 (17.94%) con 800 mcg extra de misoprostol.

A 121 pacientes se les dio manejo quirúrgico:

- 96.69% fueron AMEU iniciales (n=117)
- A 1.65% se les realizó AMEU por falla en el tratamiento farmacológico inicial (n=2)
- A 1.65% se les realizó LUI como manejo de urgencia (n=2)

Como complicaciones únicamente se registraron 2 casos, siendo el 0.3% del total de pacientes atendidas:

- Un caso fue por hemorragia secundaria a tratamiento farmacológico llegando a urgencias y realizándole LUI.
- El otro caso fue por hemorragia durante un AMEU, realizando LUI de urgencia.

En cuanto al método anticonceptivo con el que la paciente se fue de alta, se presentan los resultados en el siguiente cuadro. Cabe mencionar que el 1.7% que se reportaron sin método, fueron pacientes que no regresaron para aplicación de DIU o implante, quedando así plasmado en el expediente.

Cuadro IV. Método anticonceptivo al alta

Método anticonceptivo	No.	%
Condón	4	0.6
Hormonal oral	75	11.6
Hormonal inyectable	65	10
Parche	20	3.1
Implante subdérmico	180	27.8
DIU	292	45.1
OTB	0	0
Ninguno	11	1.7
TOTAL	647	100

Fuente: Archivo clínico Hospital Materno Infantil Inguaran 2012.

IV. DISCUSIÓN

Se encontró que la edad mínima de las pacientes fue de 12 años y la máxima fue de 46 años, con una media de 25.6 años, resultados similares a los encontrados por Moldragón y Kalb 2011, teniendo ellos un rango de edad de 11 a 52 años y una media de 25 años de edad.⁽¹⁷⁾

El grupo de edad que con mayor frecuencia solicitó el servicio fue el de 20 a 34 años (66.6%) es decir el grupo en edad reproductiva, correspondiendo con los resultados presentados por el estudio de Mondragón y Kalb M. 2011.⁽¹⁷⁾

La mayoría de las pacientes mencionó ser soltera, dedicadas al hogar, de religión católica, lo cual concuerda con los datos encontrados por Mondragón y Kalb 2011, en donde no se investigaron los ingresos familiares, pero en el presente estudio encontramos que la mayoría percibe menos de \$5000 al mes.⁽¹⁷⁾

A diferencia de los datos arrojados por el estudio de Mondragón y Kalb 2011⁽¹⁷⁾ y el de Van Dijk Marieke 2011⁽¹⁸⁾ en donde la mayoría de las pacientes no contaban con más de 9 años de escolaridad, este estudio encontró que la mayoría cuenta con estudios a nivel bachillerato (37.6%) seguido de un 33.4% que solo cuenta con estudios a nivel secundaria.

Un dato que se investigó con la finalidad de conocer con qué tipo de redes de apoyo cuentan, fue con quien viven, obteniendo resultados muy heterogéneos,

ya que un 30.7% vive con su pareja e hijo(s), seguido de un 29.06% que vive solo con sus padres, posteriormente un 14.3% que vive con sus padres e hijo(s) y un 12.9% que vive solo con sus hijos. Sería importante profundizar en este tema.

De las pacientes atendidas un 75.4% es residente del Distrito Federal, un 23.2% del Estado de México y solo un 1.4% fue de otra entidad federativa, correspondiendo estos datos con los de Mondragón y Kalb 2011.⁽¹⁷⁾

La solicitud de la paciente fue motivada en su mayoría por contar con recursos económicos bajos (25.8%), siendo el segundo lugar una combinación entre este argumento y el hecho de ser soltera (19.3%). En un estudio realizado mediante encuestas dirigidas hechas por personal de enfermería en el 2010 encontraron que un 36% mencionó problemas económicos.⁽²⁰⁾ Diferentes resultados se obtuvieron en un estudio que abarcó instituciones privadas que ofrecen servicios de interrupción legal del embarazo, en donde 88% de las pacientes, a decir de los médicos tratantes, argumentó riesgos a su salud.⁽¹⁹⁾

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos cabe mencionar que la mayoría inició vida sexual a los 18 años lo cual concuerda con lo reportado en la ENADID 2009, en que la edad media de la primera relación sexual de las mujeres de 15 a 49 años son los 18 años. La mayoría de las pacientes (34.1%) era primigesta, siendo la edad gestacional media a la que solicitaron ILE, 7.7

semanas, en el estudio de Mondragón y Kalb 2011 también fueron mayormente primigestas en 32.5% y la edad gestacional promedio fue de 7.7 semanas.⁽¹⁷⁾

Solo un 4.6% del total de pacientes refirió ya haber realizado una interrupción legal del embarazo en alguna gestación previa. Cabe señalar que hubo un aumento considerable con respecto a lo observado en el estudio de Mondragón y Kalb, en el cual reportan un 0.1% después del primer año del programa y posteriormente 1.3% del 2009 al 2010.⁽¹⁷⁾

Se investigó el tiempo que se tardó en iniciar el tratamiento, encontrando que la mayoría inició el tratamiento el mismo día de su primer consulta (85.6%). En el tiempo en que se dio de alta a la paciente se tuvieron resultados más heterogéneos, siendo 14 días lo más frecuente (41.4%), variando ampliamente hasta los 30 días o casos aislados de hasta 2 meses, en algunas ocasiones porque la paciente demoraba en acudir a sus citas de seguimiento.

Con respecto a la elección del manejo de las pacientes se observa una gran diferencia con respecto a los resultados publicados en el estudio realizado por Mondragón y Kalb, que del 2007 al 2010, encontraron que el manejo más frecuente fue el misoprostol en un 50.5%, seguido de AMEU en 38.1% y de dilatación y evacuación en un 11.5%, apuntando sin embargo que observaron una tendencia hacia procedimientos menos invasivos conforme pasaron los años⁽¹⁷⁾, lo cual se confirma en el presente estudio en el que más del 80% de las pacientes fue tratada de manera inicial con fármacos, en segundo lugar se

usó AMEU y únicamente se usó el legrado uterino instrumentado como última opción de manejo.

Se encontró un 0.3% de complicaciones (solo dos casos) uno de ellos por hemorragia durante un AMEU y el otro por hemorragia secundaria a manejo farmacológico, lo cual es menor al porcentaje encontrado en el estudio de Mondragón y Kalb 2011, quienes reportaron un 2.3% sin especificar qué tipo de complicaciones. Así también del 2009 al 2010 Cleland Kelly y colaboradores analizaron datos de 6 clínicas en Estados Unidos que ofrecen servicios de interrupción legal de embarazo, con un total de 2330000 abortos realizados casi en su totalidad con esquema de Misoprostol únicamente, reportando un porcentaje de complicaciones de 0.65%.⁽²²⁾

En el presente estudio se investigó además si se requirieron dosis adicionales para lograr un aborto completo encontrando un bajo porcentaje (7.3%) lo cual es una información valiosa que habla de la efectividad del manejo farmacológico.

Con respecto al método anticonceptivo, hay una gran diferencia con los resultados recabados por el estudio de Mondragón y Kalb en el que un total de 17.7% (del 2007 al 2010) se fue sin método, en este estudio únicamente un 1.7%. Otra diferencia fue que ellos observaron un 5.5% de pacientes con método definitivo (Obstrucción tubaria bilateral), mientras que en esta unidad no se llevó a cabo ninguna de estas cirugías para las pacientes de este programa.

También difiere el porcentaje de pacientes a las que se dieron solamente condones, siendo 7.1% a diferencia de solo 0.6% en esta unidad. En cuanto a los anticonceptivos hormonales Mondragón y Kalb reportan un total de 19% sin especificar qué tipo, a diferencia del presente estudio en el que se encontró un total de 52.3%, tomando en cuenta, hormonales orales, inyectables, parches e implante subdérmico. Sin embargo es similar el porcentaje de pacientes a las que se aplicó DIU, teniendo ellos un 41.6% y nosotros 45.1%.⁽¹⁷⁾

V. CONCLUSIONES

- Pudiera pensarse erróneamente que las pacientes que solicitan ILE son mujeres jóvenes con embarazos no planeados, sin creencias religiosas, sin embargo con los resultados reportados por este estudio y otros similares se corrobora que la población que solicita un aborto legal es muy diversa, e incluye desde mujeres jóvenes que buscan continuar con sus estudios hasta mujeres adultas con la vida hecha en la que por edad un embarazo sale totalmente de contexto y pudiera incluso ser riesgoso para la salud del binomio.
- Un hallazgo importante es que la mayoría de las pacientes solicitó la interrupción del embarazo en su primera gestación lo cual nos habla de una gran necesidad de conocimiento y consejería sobre métodos anticonceptivos desde temprana edad para que el inicio de la vida sexual no se convierta en sinónimo de embarazo no planeado.
- La interrupción legal del embarazo ha permanecido como un programa que ofrece servicios de calidad, y seguros, el porcentaje de complicaciones permanece muy bajo. Se ha avanzado ampliamente en cuanto al seguimiento de las recomendaciones internacionales para un aborto seguro, ya que es contundente el cambio a través de los años,

hacia métodos menos invasivos y más seguros para la interrupción del embarazo. Es importante que se siga capacitando al personal en estos métodos para beneficio de las mujeres.

- A pesar de ser bajo el porcentaje de pacientes que repiten un aborto dentro de este contexto, se observa un incremento con el paso de los años, lo cual es un campo fértil de estudio, ya que si se quiere evitar que la interrupción legal del embarazo sea vista como método anticonceptivo es conveniente conocer las características de estas pacientes con la finalidad de implementar las estrategias necesarias para frenar esta tendencia.
- En atención al punto anterior sería también importante insistir en la calidad de la consejería en planificación familiar, ya que si bien es cierto que más de un 98% se va de alta con un método anticonceptivo, debemos asegurar un uso adecuado (refiriéndonos a hormonales orales, parches, inyecciones, preservativos) para evitar un embarazo no planeado y que en un futuro, por iniciativa propia la paciente decida continuar con el método de su elección. Algo positivo que se observó en este estudio fue que a la mayor parte de las pacientes se les colocó un DIU (ya sea medicado o no) o un implante subdérmico, lo cual asegura varios años de seguridad anticonceptiva.

- Este estudio tiene limitaciones ya que se trata del análisis de la información de un solo hospital donde se lleva a cabo la interrupción legal del embarazo, sin embargo se trata de un hospital que sin contar con la infraestructura (recursos materiales y humanos) de otras unidades ocupa el 3er lugar en procedimientos en el Distrito Federal. Otra de las limitaciones del estudio fue que se excluyeron varios expedientes por no contar con la información completa que se pretendía buscar. Se debe seguir la línea de investigación acerca de la población a la que se presta el servicio ya que el conocimiento de la población y las tendencias a través del tiempo ayudaran a la toma de decisiones vitales para la mejora en la atención a las mujeres.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas de sistemas de salud. Ginebra 2003.
2. Sedgh G; Singh S; Henshaw SK; Bankole A. Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Perspect Sex Reprod Health* - 01-SEP-2011; 43(3): 188-98.
3. Becker Davida, Díaz O. Claudia. Decriminalization of Abortion in Mexico City: The Effects on Women's Reproductive Rights. *American Journal of Public Health*. February 2013: Pages e1-e4.
4. Langer Ana. Introduction to the Special Section on Abortion Legalization in Mexico City. *Studies in Family Planning*. 2011; Vol. 42(3). Pages 156-158.
5. Finer Louise, Fine Johanna. Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *American Journal of Public Health*. February 2013: Pages e1-e5.
6. Kulczycki Andrzej. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Studies in Family Planning*. 2011; 42[3]: Pages 199-220.
7. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Perfil de las usuarias que han realizado la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México. Abril 2007-Diciembre 2012. México 2013.
8. Díaz O.Claudia, Cravioto Vanessa, Villalobos Aremis, Deeb-Sossa Natalia, García Laura, García Sandra. El Programa de Interrupción Legal del

- Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(6):399–404.
9. México. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Agenda Estadística, 2010. Edición 2011. (ref. 10 de abril de 2013). Disponible en: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/ile2007_2010_agendaestadistica2010_df1.pdf
 10. México, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF). Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas. Ciudad de México: SSDF; 2008.
 11. Van Djik. Marieke, Ahued O. Armando, Contreras Xipatl, García Sandra. Stories behind the statistics: A review of abortion-related deaths from 2005 to 2007 in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 118 (2), Sept 2012, Pages S87–S91.
 12. GIRE. Reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción/fecundación 2008-2011. (ref. 20 de abril de 2013). Disponible en: http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/reforma_sabortoconstitucion_marzo14_2011.pdf
 13. Ipas. Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos. Chapel Hill Carolina del Norte. 2010.
 14. Bartz Deborah, Goldberg Alisa. Medication Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 52, Number 2, 140–150, 2009.

15. Hertz Michael. Mifepristone Medical Abortion. *Posgraduate Obstetrics & Gynecology*. Vol 32, Número 3, Feb 15, 2012.
16. Rodríguez C. Antonio, Velasco B. Alejandro, Uso de 800 mcg de Misoprostol para inducir el aborto temprano. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2003;29.
17. Mondragón y Kalb M; Ahued Ortega A; Morales Velazquez J; Díaz Olavarrieta C; Valencia Rodríguez J; Becker D; García SG. Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-10. *Stud Fam Plann* - 01-SEP-2011; 42(3): 159-66.
18. Van Dijk Marieke, Arellano M. Luis Jorge, Arangure P. Ana Gabriela, et al. Women's Experiences with Legal Abortion in Mexico City: A Qualitative Study. *Studies in Family Planning* 2011; Vol. 42[3]: 167–174.
19. Schiavon Raffaella, Collado Maria Elena, Troncoso Erika, Ezequiel José, Sánchez Soto, Otero Gabriela. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reproductive Health Matters*. November 2010. Vol.18 (36), Pages 127–135.
20. Bernal B. Martha, Hernández R. Yoali, Mercader A. Ma. Fernanda, Guerrero L. Alma Teresa, Ponce G. Gandhi. Caracterización de la población usuaria que ingresa al programa interrupción legal del embarazo en un hospital del sector salud del D.F. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2010: Vol 7. Páginas 8-15.
21. INEGI. Estadísticas a propósito del día de la madre. Datos del Distrito Federal 2011.

22. Cleland Kelly, Creinin Mitchel, Nucatola Deborah, Nshom Montsine, Trussell James. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. *Obstetrics and Gynecology*. 2013;121:166–71.