



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

***CAUSAS QUE AUMENTAN LA FRECUENCIA DE INTERRUPCION
LEGAL DEL EMBARAZO***

TRABAJO DE INVESTIGACION: CLINICA

**PRESENTADO POR:
DR. PEDRO PEÑA ULLOA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. RAUL RENDON MONTOYA**

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

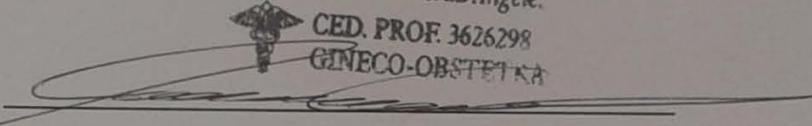
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Causas que aumenta la frecuencia de interrupción legal del embarazo

Autor: Dr. Pedro Peña Ulloa

Vo. Bo.

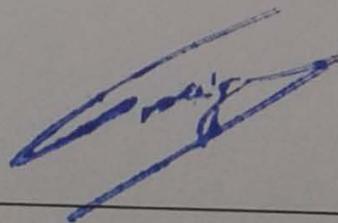
Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles

Dr. J. Carlos de la Cerda Angeles

CED. PROF. 3626298
GINECO-OBSTETRIA

Profesor Titular del Curso de Especialización
Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret





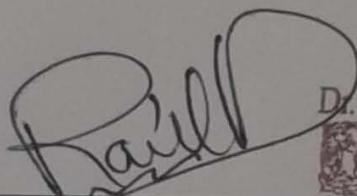
DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Causas que aumenta la frecuencia de interrupción legal del embarazo

Autor: Dr. Pedro Peña Ulloa

Vo. Bo.

Dr. Raúl Rendón Montoya



Dr. Raúl Rendón Montoya
C.P. AE-011071
UNAM

Director de tesis.

Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General Ticomán

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme vencer todas las adversidades que se presentaron durante esta etapa de mi vida.

A todos de los que siempre recibí una palabra de apoyo, pero sobre todo a aquellos que siempre exigieron más de mí.

A la persona que siempre me ha acompañado durante esta aventura, la que siempre ha sido más que una motivación, sino el motor que me ha impulsado para alcanzar este objetivo, a ti Ziomara.

Agradezco al Dr. Raúl Rendón Montoya por su apoyo, orientación y confianza para la realización de este trabajo.

A todos los médicos por sus valiosos conocimientos.

INDICE

Resumen	1
Glosario	2
Introducción	3
Marco teórico	4
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivos	14
Material y Métodos	15
Resultados	16
Discusión	21
Conclusiones	22
Referencias Bibliográficas	23

RESUMEN

Objetivos: El identificar las causas que se relacionan con la interrupción legal del embarazo y los factores asociados a dicho fenómeno, nos permitirá tomar medidas de prevención que disminuirán la morbilidad mortalidad en los pacientes al igual que su recurrencia.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, prospectivo, transversal; donde se incluyen 72 pacientes con embarazo no deseado que solicitaron la interrupción del embarazo, a las cuales se les aplicó un cuestionario que incluía las siguientes variables: edad, residencia, religión, estado civil, escolaridad, reincidencia al programa, motivo de interrupción, apoyo por familiares. El estudio fue realizado en el Hospital General de Ticomán del DF del periodo de 1 de Marzo del 2014 al 30 de Abril del 2014.

Resultados; con un total de 72 pacientes entrevistadas, todas con embarazo no deseado y que se integraron al programa de interrupción legal del embarazo se encontró que la edad en rango de 17 a 41 años de edad el promedio de edad de quienes solicitaron este servicio fue de 26.1 años, el 54.1% residentes del DF, 44.4% del Estado de México y el restante de otros estados, solteras 45.8%, unión libre 31.9%, casada 19.4%, divorciada 1.3%, viuda 1.3%, religión católico 73.6%, cristiano 9.7%, sin religión 16.6%, el 57% de las pacientes contaban con el apoyo de familiares en tanto que el 43% restante no, Bachillerato 44%, secundaria 29.1, primaria 9.7%, el método de planificación eligió por la pacientes fue en los siguientes porcentaje: preservativo 23.6%, implante subdermico 23.6%, hormonal oral 15.2%, ninguno 11.1%, DIU 9.7%, Parches 9.7%, hormonal inyectable 5.5%, OTB 4.1, DIU medicado 1.3%. En cuanto a la recurrencia en el programa el 91.6% era su primera vez, en tanto que el 8.3% era su 2do ILE.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos podemos observar que los pacientes que requirieron de la interrupción legal del embarazo se encontraron en una edad promedio de 26 años y que un nivel de estudios entre secundaria, bachillerato, el no tener un estado civil estable (solteras o vivían en unión libre) se encontraron más asociados a interrupción legal del embarazo y que las principales causas por las cuales se solicitaba la interrupción legal del embarazo fue porque desean continuar sus estudios o ser solteras, por tener muchos hijos, ser un embarazo no planeado, pese a que el porcentaje sobre la orientación en consejería sobre métodos de planificación fue positiva desde la perspectiva del paciente en un 63.8 % un porcentaje importante (11.1%) no deseo un método. Podemos observar que por la cercanía con el D.F., un porcentaje importante de pacientes del Estado de México (44.4%) requirieron del servicio de interrupción legal del embarazo por lo que sería adecuado implementar este programa en otros estados de la república.

Palabras clave: aborto / aborto legal, Mifepristona, Misoprostol, método de planificación familiar.

GLOSARIO

Aborto: Es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con un peso menor de 500 gramos.

Aborto médico (no quirúrgico o farmacológico): utilización de fármacos para finalizar el embarazo.

Embarazo no deseado: rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación.

Método de Planificación Familiar (MPF): Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción.

Embarazo: Parte del proceso de la reproducción que comienza con la implantación. El cual inicia con la nidación y termina con el parto.

Aborto inseguro: procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (World Health Organization, 1992).

INTRODUCCIÓN

En México el aborto es un delito que se regula a nivel local con exclusiones de responsabilidad, es decir que en determinados casos, a las personas que llevan a cabo un aborto, no se les impone una sanción. Estas exclusiones varían dependiendo de la entidad federativa. *El Distrito Federal (DF) es la única entidad federativa donde el aborto es legal en las primeras doce semanas de gestación. Asimismo, el aborto en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país.*

Sin embargo, el acceso efectivo de las mujeres a las causales legales de aborto en las entidades federativas es bastante precario o nulo, lo cual denota una gran brecha entre la ley y el ejercicio efectivo de este derecho.

Así, el acceso al aborto depende del lugar de residencia de la mujer y de su estatus socioeconómico, lo cual hace que el acceso al aborto en México sea un tema de justicia social y de discriminación de género. Las mujeres con recursos económicos e información pueden acudir al DF o viajar fuera del país para realizarse un aborto, en cambio las mujeres en situación de pobreza o marginadas no tienen esta opción, salvo que sean apoyadas por instituciones de la sociedad civil como el Fondo María, cuyos recursos son limitados.

En este sentido, un estudio muy reciente documenta que las mujeres pobres, menos educadas e indígenas, tienen nueve veces más probabilidad de tener un aborto inseguro que las mujeres con mayores posibilidades económicas, más educadas y que no pertenecen a etnias indígenas. Adicionalmente, las mujeres que viven en los estados más pobres del país tienen más riesgo de tener un aborto inseguro; allí es, además, donde hay una mayor proporción de mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos o no conocen de ellos.⁸

La legislación restrictiva en materia de aborto y la falta de acceso aun en las causales legales, orilla a que muchas mujeres recurran a abortos clandestinos que ponen en riesgo su salud y su vida. Se calcula que la tasa de abortos inducidos en 2009 fue de 38 por cada 1,000 mujeres entre 15 y 44 años, lo que se traduce en números totales en 1, 025,669 abortos inducidos.⁹ Ello implica que los abortos inducidos en México han aumentado, de poco más de 500,000 abortos estimados en 1990 a 874,747 abortos en 2006, con una tasa que subió de 25 a 38 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, para ubicarse entre las más altas del mundo.

El grado de desarrollo, de información y las condiciones socioeconómicas de las mujeres son factores que inciden directamente en la prevalencia de embarazos no deseados y en el alza de las tasas de abortos inducidos.¹¹ Además de los aspectos socioeconómicos, la edad de las mujeres es otro factor que incide en esta situación, en varias entidades federativas se registraron tasas muy altas de abortos inducidos en adolescentes.

Sólo una de cada seis mujeres que se realizan un aborto clandestino busca u obtiene atención hospitalaria, por lo que las restantes carecen de atención sanitaria adecuada.¹³ De acuerdo con la organización civil IPAS México, las atenciones hospitalarias por aborto han aumentado año por año, alcanzando un total de 1, 604,976 mujeres de 10 a 54 años de edad en los hospitales públicos de México entre 2000 y 2008.

Según datos de la Secretaría de Salud Federal, en 2010 el aborto significó 11% de las muertes maternas.¹⁵ Estas muertes, enteramente prevenibles, se hubieran evitado con el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro. Aunado a las muertes, muchas mujeres sufren complicaciones de salud por abortos inseguros: sólo en el año 2009 el número de mujeres que acudieron al hospital por complicaciones de abortos inseguros fue de 159,005.

Aun cuando los abortos ilegales se realicen en condiciones seguras, las mujeres que se someten a un aborto clandestino se encuentran expuestas a ser sujetas de procesos penales cuya resolución puede constituir penas que van desde multas, tratamientos médicos o pérdida de la libertad. Con datos de los tribunales superiores de justicia, obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información, en el periodo del 1 de abril de 2007 al 31 de julio de 2012 en 19 entidades federativas existen 127 sentencias por el delito de aborto.

Por su parte la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) presentó cifras en relación con el número de denuncias de mujeres que acuden a los servicios de salud en busca de atención post aborto, durante el período 1992-2007, las cuales consisten en aproximadamente 1,000 causas penales y averiguaciones previas tramitadas en relación con este el delito, lo que resulta en un promedio de 62.5 mujeres denunciadas y/o procesadas al año en el país.

De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados.²

MARCO TEÓRICO

La práctica de procedimientos para la interrupción legal del embarazo solo podrá realizarse, a solicitud de la mujer embarazada y cuando se reúna alguna de las siguientes condiciones:

La mujer con embarazo de hasta 12 semanas de gestación, que decida de manera voluntaria la interrupción de su embarazo, argumentando condiciones desfavorables de tipo social, económico o familiar, como puede ser la precariedad económica, estar cursando estudios en escuelas de nivel medio, medio superior o postgrado, 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 la 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 un grave riesgo para su salud física o psíquica. Si el estado de salud de la embarazada y el tiempo lo permite el dictamen del otro médico especialista, se solicitara este segundo dictamen.

La mujer con embarazo mayor de 12 semanas de gestación que presente dos dictámenes emitidos por dos médicos especialista, 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 presenta en la unidad médica hospitalaria con un embarazo ya interrumpido, como resultado de alguna conducta culposa o no intencional. Entendiéndose como 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 extraordinarios, entre otros.¹⁰

El 26 de abril de 2007 se publicó en la Gaceta Oficial la reforma al Código Penal y a la Ley de Salud del Distrito Federal, en virtud de la cual se despenalizó el aborto hasta las doce primeras semanas de gestación y se disminuyeron las penas a las mujeres que interrumpen su embarazo después de ese término, quedando como sanción una pena de prisión de tres a seis meses o trabajo a favor de la comunidad de 100 a 300 días.

Además del aborto voluntario en las primeras doce semanas de gestación, quedaron como excluyentes de responsabilidad las interrupciones por razones de violación, de malformaciones congénitas o genéticas graves del producto o por grave riesgo a la salud de la mujer.⁶⁻³

Esta reforma sin precedentes en el país tuvo un largo camino desde 1931 -- fecha en que se aprobó el Código Penal Federal para el Distrito y Territorios Federales -- hasta abril de 2007, en que se logró la despenalización.

Uno de los antecedentes más importantes ocurrió en el año 2000, con la aprobación por parte de la Asamblea Legislativa de la iniciativa de la Jefa de Gobierno, Rosario Robles, para aumentar las causales legales de aborto y establecer mecanismos claros para acceder al aborto por violación y por inseminación artificial no consentida.

De las reformas de 2007 es fundamental resaltar que no sólo se modificó la ley para despenalizar el aborto durante las doce primeras semanas de gestación, sino que también se establecieron las bases legales para la provisión de los servicios de salud para garantizarlo en condiciones seguras y con pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres.¹

De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social. En los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos (Population Reports, 1997). Para el año 2000, la OMS calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras, de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo (Ahman y Shah, 2002).⁴

En la capital de México, la despenalización del aborto durante las primeras 12 semanas de gestación (abril de 2007) 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 (DF). Los lineamientos de prestación de servicios estipulan que la SSDF ofrecerá la interrupción legal del embarazo (ILE) gratuitamente a mujeres residentes del DF sin seguridad social. Aquellas radicadas en otros estados, o en la ciudad capital, y

afiliadas a algún esquema público de salud, accederán a la atención pagando una cuota de recuperación, excepto en tres clínicas designadas para provisión gratuita de servicios de aborto.²

Las menores de edad deberán ir acompañadas por alguno de los padres o tutor legal, y todas deberán firmar un formulario de consentimiento informado para recibir la atención. Asimismo, la SSDF deberá disponer permanentemente de personal no objetor de conciencia para proporcionar servicios, respetando la postura de los médicos objetores.¹

Después de la reforma, la SSDF implementó el primer programa público de prestación de servicios de aborto legal en México. A la fecha se han realizado 78 544 procedimientos. Como consecuencia de la reforma en el DF, 17 estados modificaron sus constituciones locales para proteger la vida desde la concepción.

Desde la despenalización, el proceso administrativo para solicitar servicios de ILE se simplificó. Generalmente el primer contacto se realiza en el área de recepción, donde se explica el servicio y se registran datos personales, incluida la fecha de la última menstruación para determinar la edad gestacional y programar una cita subsecuente.

Durante la primera consulta, una enfermera o trabajadora social otorga una sesión de consejería sobre los dos métodos disponibles (médico o quirúrgico) y las opciones anticonceptivas posaborto. Las sesiones de consejería son individuales, aunque algunas clínicas ofrecen sesiones grupales debido al enorme número de mujeres que solicitan servicios.⁹

La edad gestacional se confirma mediante ultrasonido realizado en la primera cita. Tras la fase de consejería, y dependiendo de su edad gestacional, la mujer elige el procedimiento. La SSDF ofrece el método quirúrgico a mujeres con edad gestacional de entre 9 y 12 semanas, y aborto con medicamentos a mujeres con hasta 64 días de gestación. El personal de trabajo social realiza el estudio socioeconómico para determinar el costo del procedimiento, basándose en el “tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos” de la SSDF. Los lineamientos establecen que la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos, excepto el dispositivo intrauterino (DIU) y la ligadura de trompas, estén a cargo primordialmente del personal de enfermería.³

Las trabajadoras sociales proporcionan consejería para reducir la carga de trabajo de las enfermeras. Algunos participantes expresaron que la ILE puede tornarse en un método anticonceptivo, especialmente entre mujeres que no adoptan un método post-aborto, circunstancia que consideran facilita abortos repetidos.

Por irresponsabilidad, porque es algo que no les está costando. Algunas sí son muy cortantes y dicen 'no quiero un método', otras dicen 'es que ya no tengo pareja', pero a pesar de que les decimos que se lo lleve, que lo use y no vuelva a pasar por lo mismo, a veces dicen 'no, no' y se van así, sin método.

El aborto medicamentoso, es la interrupción de un embarazo temprano utilizando medicamentos. Estos medicamentos se administran siguiendo regímenes de tratamiento ya establecidos. El aborto medicamentoso es un tratamiento esencialmente ambulatorio y se indica para interrumpir embarazos menores 7 o 9 semanas de amenorrea. El aborto medicamentoso resulta ser, en la gran mayoría de casos, completo, es decir, no se necesitará realizar limpieza de cavidad uterina.

Este método de inducir abortos, contrasta con los procedimientos mecánicos, como la aspiración o el legrado, porque en esos casos es necesario evacuar el contenido del útero utilizando instrumentos.³

EL USO DEL MISOPROSTOL PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Antecedentes y normatividad

Los primeros reportes del uso de drogas para inducir abortos datan desde los años 50, con el empleo del Metotrexate. En 1980, el desarrollo de la Mifepristona (antiprogéstágeno que bloquea el efecto de la progesterona), produjo un cambio radical en las opciones disponibles para las mujeres, mismas que se incrementaron unos años más tarde cuando se combinó este medicamento con prostaglandinas para dicho fin.

Actualmente la atención del aborto incluye medidas quirúrgicas y farmacológicas. Las medidas quirúrgicas son la aspiración manual endouterina (de primera elección hasta las 12 semanas de gestación) y el legrado uterino instrumental. Dentro de las medidas farmacológicas se encuentra el uso de diferentes medicamentos, entre ellos el Metotrexate, la Mifepristona, la Dinoprostona y el Misoprostol.

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, que salió al mercado en 1988 indicado para el tratamiento de la úlcera gástrica asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, su uso con fines obstétricos inició en 1990, y para noviembre de 1999 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos publicó una Opinión de Comité y un boletín para la práctica obstétrica, para brindar a sus miembros una guía sobre el uso apropiado del misoprostol. El 17 de abril de 2002 la *Food and Drug Administration*, FDA por sus siglas en inglés, finalmente aprobó una nueva indicación para el uso del misoprostol durante el embarazo: su uso en combinación con Mifepristona para inducir abortos tempranos, así como para la inducción del trabajo de parto, enfatizando la contraindicación y precaución de que el misoprostol no debe

utilizarse durante el embarazo en aquellas mujeres que lo consumen para la prevención de úlceras gástricas. En 2005 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), publicó el primer manual sobre el uso del misoprostol en la práctica obstétrica en los países de la región, y para 2007 se contaba ya con una segunda edición de dicho documento. Hoy, existen revisiones de la Biblioteca Cochrane que evalúan su utilidad en el manejo farmacológico del aborto, y en la guía *Atención Médica a Personas Violadas*, publicada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y la Secretaría de Salud en 2004, está descrita su utilización para la interrupción legal del embarazo.

Los regímenes eficaces, sus resultados, las tasas de éxito y complicaciones, dependen de la edad gestacional; así, hasta antes de las nueve semanas de embarazo, la tasa de éxito con misoprostol es del 85 al 90%. Se trata de una opción tan segura y efectiva como la aspiración manual endouterina o el legrado instrumental; y al ser un método seguro, eficaz y de relativo bajo costo, cuando una adecuada evaluación lo justifica, debe ser una opción para las mujeres que deciden interrumpir el embarazo.⁴

Mifepristona

Mifepristona bloquea la acción de la hormona natural progesterona. La progesterona mantiene la circulación sanguínea a nivel del endometrio, es decir "prepara" la capa interna del útero para el huevo fertilizado y mantiene el embarazo. Sin el efecto de la progesterona, el endometrio se necrosa, se rompe y se inicia el sangrado. Además, la Mifepristona genera contracciones uterinas y dilatación cervical.

Mifepristona tiene una vida media de 18 horas. Mifepristona es reconocida básicamente por su propiedad abortiva. El nombre comercial de la Mifepristona es Mifegyne® en Europa, Mifeprex® en Estados Unidos y Zacafemyl® en México. El precio de Mifepristona varía de lugar a lugar, pero en general se le considera alto. Por ejemplo, un médico paga 90 dólares por cada tableta de 200 mg de Mifeprex en Estados Unidos, en Francia la misma tableta cuesta un poco menos de 30 dólares, mientras que en India y en China el costo es de alrededor de 6 dólares. Aunque este último parece un precio bajo a simple vista, lo cierto es que en el contexto económico de esos países, ese costo incluso se considera alto.

La interacción de Mifepristona con otros medicamentos y/o alimentos no ha sido estudiada completamente. Algunos ejemplos de medicamentos que inducen o inhiben el metabolismo del fármaco, y por tanto aumentan o disminuyen las concentraciones séricas de Mifepristona, se muestran en esta lámina. Estas interacciones no tienen mayores consecuencias clínicas. En los últimos 12 años, al menos 18 países han aprobado el uso de Mifepristona para la interrupción de embarazos. Inicialmente fueron países desarrollados, pero actualmente ya hay países en vías de desarrollo (como India, China, Túnez y Sudáfrica) que han aprobado esta opción médica, y seguramente el número seguirá creciendo.^{4,8}

Metotrexate

El Metotrexate inhibe la síntesis de nucleótidos a partir de folatos y así inhibe la síntesis de ADN, impidiendo así la multiplicación celular. El Metotrexate hace que las células del huevo fecundado, y específicamente las células que darán origen a la placenta, ya no se multipliquen. Este es el mismo principio que se utiliza para el tratamiento del embarazo ectópico. La vida media de este medicamento es de 8 a 10 horas.

El Metotrexate está indicado en procesos neoplásicos y crónico degenerativos que se mencionan más adelante. En muchos países es conocido bajo los nombres comerciales de Ledertrexate®, Rheumatex® y Folex®. En México, la solución inyectable de metotrexate de 50 mg tiene un precio de 20 dólares americanos, aproximadamente.⁴

Propiedades farmacológicas

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1 constituido por partes equivalentes de dos isómeros en equilibrio que puede emplearse a través de diferentes vías de administración: oral, vaginal, sublingual, rectal y bucal; sin embargo, es mediante la vía vaginal que se logra una biodisponibilidad hasta tres veces mayor que con la vía oral, misma que es facilitada por la presencia de agua, de tal forma que el tono uterino comienza a incrementarse a los 21 minutos después de su administración, alcanzando su máximo efecto a los 46 minutos.

Su capacidad para provocar abortos radica en dos mecanismos de acción: por un lado, produce contracciones uterinas y por el otro, genera modificaciones cervicales mediante la liberación local de óxido nítrico. Con la administración vaginal su concentración plasmática máxima se alcanza entre 60 y 120 minutos, y la mínima hasta seis horas posteriores a su aplicación, periodos que explican el intervalo de tiempo adecuado entre una administración y otra. Con la administración oral, tiene un metabolismo hepático de primer paso extenso, siendo su eliminación hasta en un 74% renal y un 15% en heces. En México este fármaco se comercializa en presentación de tabletas de 200 microgramos cada una.⁴

Indicaciones, contraindicaciones y precauciones

El misoprostol está indicado en todos los casos en los que se requiera la interrupción segura del embarazo en los dos primeros trimestres de la gestación; en la preparación y dilatación del cuello uterino previo a la realización de un aborto quirúrgico, y en otras condiciones obstétricas entre las que se encuentran la inducción del trabajo de parto con feto vivo, la interrupción del embarazo con feto muerto y retenido, el tratamiento del aborto incompleto e incluso la hemorragia posparto.

Su utilización está contraindicada cuando existe el antecedente de cicatrices uterinas previas, (miomectomía y cesárea); cuando se sospecha embarazo ectópico o cuando existe una tumoración anexial no diagnosticada, así como en

presencia de embarazo molar; finalmente, tampoco debe utilizarse si existe el antecedente de alergia a prostaglandinas.

Antes de utilizar este fármaco, debe tomarse en cuenta que no se recomienda en mujeres con disfunciones hepáticas severas, dado que se metaboliza principalmente en el hígado; tampoco cuando existen coagulopatías o cuando la mujer se encuentra bajo tratamiento anticoagulante.

Es importante considerar que, en términos generales, hasta las nueve semanas de embarazo, no se requiere hospitalizar a la mujer a la que se le administra; sin embargo, aquellas mujeres que presentan mal estado general, deben estar bajo cuidado médico cercano. En el caso de que se use a partir de las 10 semanas de gestación, es imprescindible que la mujer permanezca hospitalizada hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados.

Es importante que la mujer otorgue su consentimiento informado por escrito bajo el pleno entendimiento de los posibles riesgos y complicaciones de su utilización. Indispensable es la realización de una historia clínica completa y una exploración física que no debe omitir, bajo ninguna circunstancia, la exploración de útero, salpinges y ovarios antes de administrar este fármaco. Asimismo, la mujer debe recibir instrucciones claras y sencillas sobre cómo cuidarse después de que abandone los servicios de salud, explicando a detalle cómo puede reconocer las complicaciones que puedan requerir de asistencia médica, como son el dolor, la náusea, el sangrado y la fiebre. Idóneo es que la mujer cuente con alguien que la acompañe durante el proceso y el traslado, en caso de requerirlo, a los servicios de salud.⁴

Esquemas de manejo para la interrupción del embarazo

Existen 2 métodos, uno a base de Mifepristona y otro a base de metotrexate. Ambos incluyen la administración adicional de misoprostol. Existe un tercer método, a base de misoprostol únicamente.

La eficacia del régimen Mifepristona + misoprostol para interrumpir embarazos es alta, en promedio 95%. El régimen basado en evidencias se resume de la siguiente manera: En el día 1 la mujer recibe e ingiere, en la unidad de salud, una dosis única de Mifepristona de 200 mg (una tableta). Ese mismo día, se hace entrega a la mujer de la dosis de misoprostol de 800 µg (4 tabletas). El misoprostol se administra vía vaginal (VV) entre los días 2 y 4 en la casa o en la clínica. El dónde dependerá, en gran parte, de la conveniencia de la mujer. Hay mujeres que prefieren la privacidad del hogar, mientras otras podrían sentirse mejor en un ambiente médico.

Menos del 5% expulsará el contenido de la cavidad uterina antes de la aplicación del misoprostol. Entre el día 4 y el día 14 la mujer regresa a la unidad de salud para una consulta de seguimiento. Hasta un 90% de mujeres logrará abortar

dentro de los siguientes dos días y aproximadamente un 5% más abortará antes de la visita de control.⁴

Metotrexate – Misoprostol

El régimen a base de Metotrexate se resume de la siguiente manera: En el día "1" la mujer recibe, en la unidad de salud, una dosis única de 50 mg de Metotrexate, vía oral (VO) o de 75 mg intramuscular (IM). Al igual que en el régimen de Mifepristona, ese mismo día se entrega a la mujer la dosis de misoprostol de 800 µg (4 tabletas). Esta dosis de misoprostol se administrará vía vaginal (VV) entre los días 3 y 7 en casa o en la clínica, según convenga a la mujer. Menos del 1% expulsará el contenido de la cavidad uterina antes de la aplicación de misoprostol. Si el sangrado no inicia dentro de las siguientes 24 horas a la administración de misoprostol, se recomienda la aplicación de una segunda dosis de misoprostol de 800 mg por la misma vía. La primera consulta de seguimiento se realiza 2 semanas después a la administración. El aborto con Metotrexate es más lento que el de Mifepristona, al final de la primera semana, aproximadamente 65% de las mujeres habrá abortado. Pero al final de la tercera semana 90% o más habrá abortado. Por esta razón es posible que más de una consulta de seguimiento se realice entre los días 14 y 28. Debido a que el Metotrexate es causa de malformaciones congénitas severas, es sumamente importante confirmar el éxito o fracaso del tratamiento. Es imprescindible informar a la mujer sobre esta característica del medicamento. No es recomendable continuar con el embarazo si el aborto medicamentoso con Metotrexate falló. Considerando la característica teratogénica de este medicamento, la Organización Mundial de la Salud recomienda que cuando se busque brindar servicios de aborto medicamentoso se haga con Mifepristona y misoprostol, y no con Metotrexate [WHO 2003].^{4,8}

Misoprostol

Las razones por las cuales un régimen medicamentoso usando sólo misoprostol resulta muy conveniente incluyen: simplicidad del método-es decir un sólo medicamento-, menor costo y disponibilidad.

Los regímenes recomendados de misoprostol son 800 µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75 % y 90 % eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales. No se recomienda la administración oral debido a su eficacia inferior.

Efectos farmacológicos, colaterales y complicaciones

El sangrado vaginal y el dolor cólico son los efectos presentes en la mayoría de los casos, y puede ser también común la existencia de náuseas, vómito, diarrea

(suelen desaparecer en las primeras 2 a 6 horas tras la administración) y fiebre; algunas mujeres también refieren dolor de cabeza o mareos. Generalmente, estos efectos no llegan a generar complicaciones médicas o quirúrgicas mayores y en gran medida desaparecen en las primeras 24 horas posteriores a la administración del fármaco.

Frecuentemente, el sangrado inicia una hora después de la administración; típicamente dura de siete a 10 días y es seguido de un ligero manchado, que puede persistir hasta el siguiente período menstrual.

Debe explicarse a la mujer que si empapa más de dos toallas sanitarias grandes durante dos horas consecutivas, o si deja de sangrar y presenta nuevamente sangrado abundante hasta dos o más semanas posteriores a la administración del medicamento; o bien si sangra persistentemente durante varias semanas o empieza a sentirse débil o mareada, debe acudir a valoración médica, lo mismo si no presenta ningún sangrado o si presenta sólo un sangrado escaso. Por otro lado, por sí sola, la presencia de sangrado transvaginal no garantiza que el tratamiento haya sido exitoso.

Vale la pena aclarar, que el retorno de la menstruación tiene lugar entre cuatro y seis semanas después de la administración del misoprostol.

El dolor generalmente se presenta el primer día; puede iniciarse a los 30 minutos de la administración. Suele ser mucho más severo que el que se experimenta durante una menstruación, y pueden emplearse medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos similares para disminuirlo.

Cuando se presenta náusea, pueden usarse antieméticos convencionales. Se recomiendan medidas generales en caso de diarrea, fiebre y escalofríos. Se debe contemplar la posibilidad de un proceso infeccioso cuando, por más de 24 horas posteriores a la administración del misoprostol, persisten fiebre y escalofríos.

Las complicaciones que pueden presentarse son: la persistencia del saco gestacional, la continuación del embarazo, la hemorragia, la infección y, con menor frecuencia, la ruptura uterina, para las cuales se debe buscar atención médica oportuna.^{4,8}

“En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad, para la atención de las complicaciones que se deriven del aborto. La orientación y educación, y los servicios de planificación familiar post-aborto se deben ofrecer prontamente, lo que también ayuda a evitar los abortos repetidos”.

Por esto, es muy importante que: Los y las proveedores/as de servicios no enjuicien a las mujeres y que el trato sea humano y acogedor. Una vez que su condición se ha estabilizado, las mujeres reciban información y orientación sobre regulación de su fertilidad, acorde a sus necesidades. **(Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud Criterios Médicos de**

Elegibilidad y Recomendaciones sobre Practicas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos de la OMS)

CATEGORÍAS USADAS EN LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS:

Categoría 1: No hay limitaciones para el uso del método.

Categoría 2: Las ventajas de usar el método superan los posibles riesgos.

Categoría 3: Los posibles riesgos superan las ventajas de usar el método.

Categoría 4: El uso del método representa un riesgo inaceptable.

ABORTO SIN COMPLICACIONES.

Categoría 1: No hay restricciones médicas para la mayoría de los métodos disponibles: dispositivos intrauterinos (DIU) con cobre o con levonorgestrel, anticonceptivos hormonales combinados (orales o inyectables), anticonceptivos hormonales de progestágeno solo (orales, inyectables o implantes), condones masculinos, métodos de barrera femeninos o esterilización quirúrgica. Antes de iniciar un método de abstinencia periódica, se recomienda esperar hasta que los ciclos menstruales regresen a la normalidad.

ABORTO CON COMPLICACIONES.

Infecciones

Categoría 4: Si se presume o se confirma una infección después del aborto o se encuentran signos de aborto inducido practicado en condiciones de riesgo, se debe posponer la esterilización femenina (AQV) y la inserción de un DIU hasta que la infección esté bajo control o haya desaparecido.

Categoría 1: Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Lesiones del tracto genital:

Cuando se ha pesquisado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que esta lesión haya sanado.

Categoría 1: Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

Hemorragia:

Si hay hemorragia y/o anemia severa, esta se debe controlar antes de considerar el uso de algunos métodos anticonceptivos: La esterilización femenina se debe posponer debido al riesgo de que se produzca una mayor pérdida de sangre. La

inserción de un DIU con cobre se debe evaluar de acuerdo a la severidad de la anemia y/o hemorragia.

Categoría 1: Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.¹¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Algunos participantes expresaron que la ILE puede tornarse en un método anticonceptivo, especialmente entre mujeres que no adoptan un método post-aborto, circunstancia que consideran facilita abortos repetidos. En el Distrito Federal el aborto y sus complicaciones son la 3ª causa de muerte materna; el 13% de los egresos hospitalarios por aborto y sus complicaciones en el Sector Salud fueron en mujeres de 10 a 19 años, del total de casos de complicaciones traumáticas (perforaciones y laceraciones) presentados en el país, el 27% se concentró en el Distrito Federal.

¿Cuáles son las causas de recurrencia personales y del personal de salud para la interrupción legal del embarazo?

JUSTIFICACIÓN

El identificar el grupo etario que tiene mayor recurrencia en ILE y los factores asociados a dicho fenómeno, nos permitirá tomar medidas de prevención que disminuirán la morbilidad mortalidad en los pacientes al igual que su recurrencia.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas personales y del personal de salud que aumenta la recurrencia a interrupción legal del embarazo en el Hospital General Ticoman

OBJETIVOS ESPECÍFICO.

Identificar quien proporciona la asesoría para métodos de planificación familiar (medico, enfermera, trabajo social),

Conocer el tiempo transcurrido en que informa al paciente

Conocer el tipo de técnica utilizada para informar sobre métodos de planificación familiar.

Conocer si existe o no retroalimentación

Conocer en qué momento se proporciona la información

Conocer la existencia de Métodos de Planificación Familiar ofertado.

Conocer el Método de Planificación Familiar elegido

Conocer la edad de la paciente que recurre a interrupción del embarazo

Conocer el estado civil de las pacientes

Conocer la escolaridad

Conocer la religión

Conocer el motivo de la interrupción

MATERIAL Y METODOS

1. Tipo de estudio.

- Transversal.
- Prospectivo.
- Descriptivo.

2. Análisis del universo.

- Lugar del estudio: Secretaria de Salud del Distrito Federal.
Hospital General de Ticoman.

3. Universo de Trabajo.

Pacientes que se hayan incluido en el programa de interrupción legal del embarazo en el Hospital General de Ticoman en el periodo de 1 de marzo al 30 abril del 2014

4. Muestra.

- Censo

5. Criterios de inclusión.

- Mujeres que acudieron al servicio de ILE de cualquier edad.
- Mujeres de cualquier estado de la república.
- El estudio deberá realizarse en pacientes de primera vez.
- Personal de salud asignado al programa de ILE

6. Criterios de no inclusión.

- Personas que no acepten contestar la encuesta

7. Criterios de eliminación.

Cuestionarios que no contengan el 80% de respuestas

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizaron encuestas a las pacientes del programa de interrupción legal del embarazo del periodo del 1 de Marzo del 2014 al 30 de Abril del 2014 en el Hospital General Ticoman de la Secretaria del Distrito Federal. Se realiza una correlación de variables entre cada una de las pacientes, observando cuales son los factores de repetición o frecuencia en cada uno de los casos que pudiesen estar asociados a interrupción legal del embarazo. Se obtuvieron medidas de porcentaje, promedios y frecuencias con ayuda del programa de EXCEL y SPSS.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se apega a los lineamientos de la Ley General de Salud para la investigación de los seres humanos, donde prevalece el respeto a su dignidad y la protección a sus derechos así como su bienestar. También se protegerá la privacidad del individuo sujeto de estudio, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran, manteniendo confidencialidad respecto a sus datos personales, contenidos en el expediente.

De acuerdo a la misma ley este estudio de investigación se considera sin riesgo, ya que se realizara a base de una encuesta en donde se manejara la información de manera privada y se informara de manera estadística, sin realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo que se incluyó en el estudio. Todos los datos se recolectaran mediante una encuesta y una hoja de cotejo sobre acciones realizadas o no durante el estudio a realizar, previamente revisa y autorizada por el comité de ética del hospital en donde se llevara a cabo el estudio.

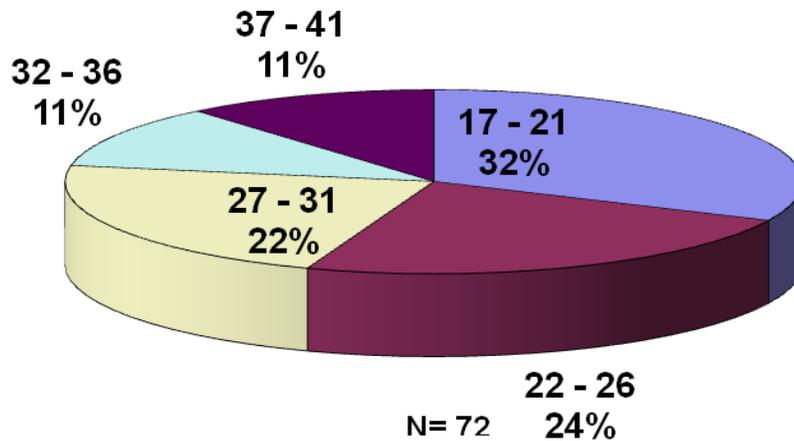
FACTIBILIDAD

El estudio puede realizarse sin complicaciones ya que cuenta con el personal capacitado, recursos económicos, administrativos y legales.

RESULTADOS

Se obtiene una muestra de 72 pacientes las cuales fueron entrevistadas y a las cuales se les realizo un cuestionario a base de 20 preguntas, las cuales eran de opción múltiple al igual que abiertas, dentro de las cuales se incluye una breve ficha de identificación, sin incluir nombre del pacientes, donde se observa que la edad promedio de las pacientes que solicitan el servicio de interrupción son de 26 años de edad con una máxima de 17 y 41 años de edad. (Figura 1)

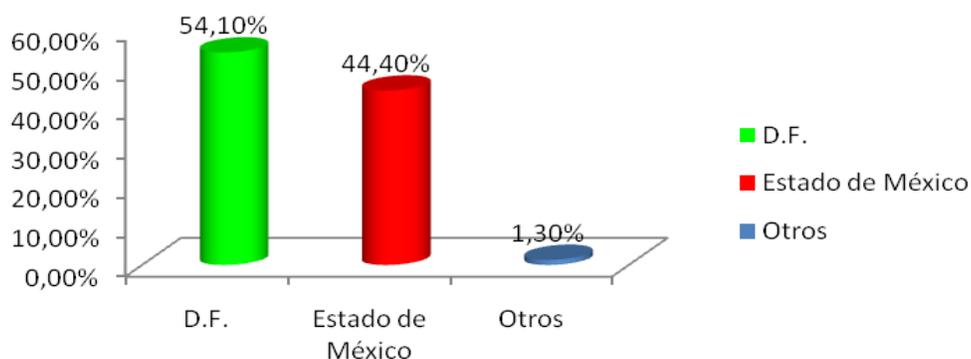
Fig. 1 Edad de las pacientes del Programa de Interrupción legal del Embarazo



Fuente.- Cuestionario aplicado en el Hospital

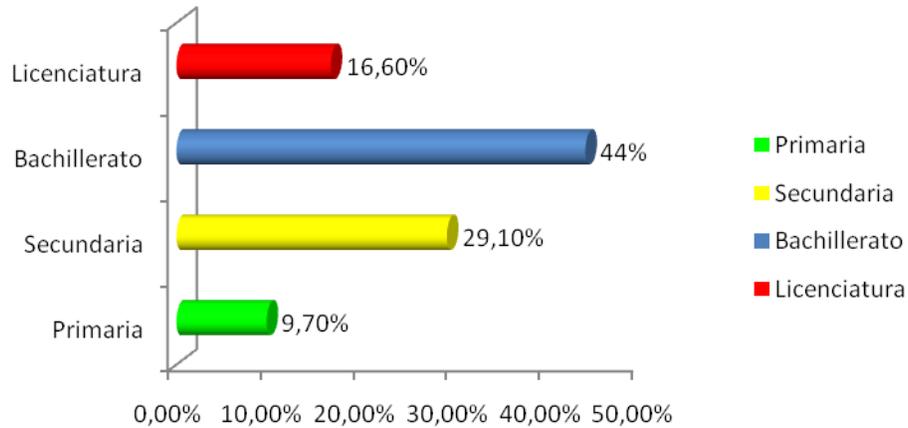
Desde el aspecto demográfico podemos observar que el 54% de las pacientes que incluyen nuestro estudio corresponde al DF, sin embargo podemos observar que el estado de México abarca el 44.4% del total y el resto de otros estados (figura 2), esto tal vez se deba a la cercanía del estado de México con el DF.

Fig. 2 Estado de Origen de los pacientes



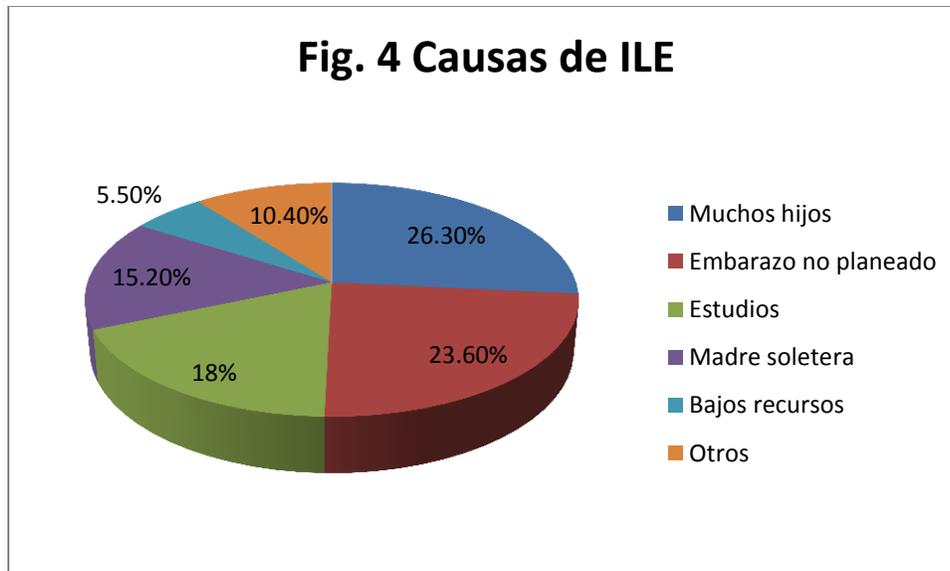
El nivel educativo de nuestro grupo de estudio se distribuyó de la siguiente manera: primaria 9.7%, secundaria 29.1%, Bachillerato 44%, licenciatura 16.6%. (Figura 3)

Fig. 3 Escolaridad



En cuanto a las principales causas por las que las pacientes solicitan de la interrupción legal del embarazo se encontró que las 4 principales causas fueron por tener muchos hijos (26.3%), ser un embarazo no planeado (23.6%), deseo de continuar sus estudios (18%) o por no contar con pareja (15.2%). Figura 4

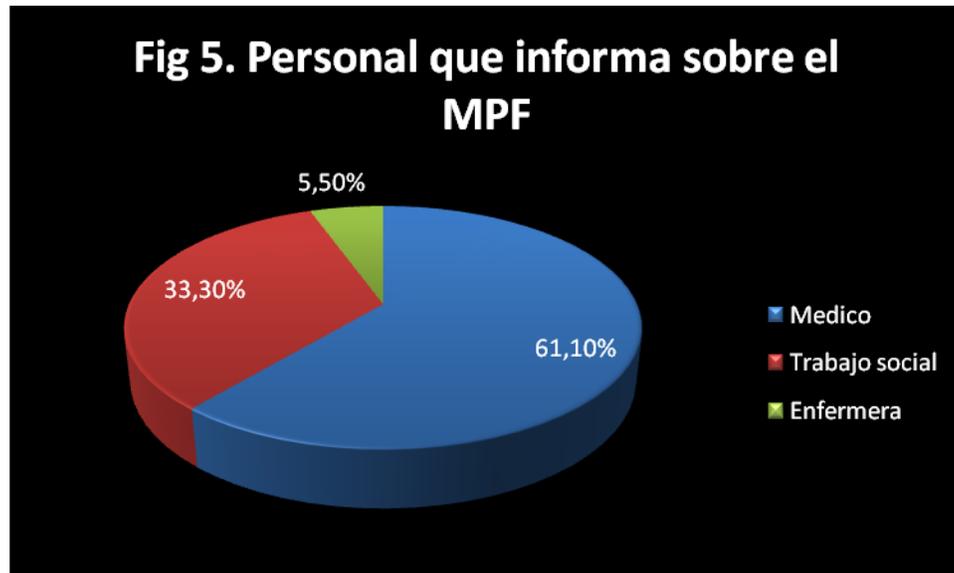
Fig. 4 Causas de ILE



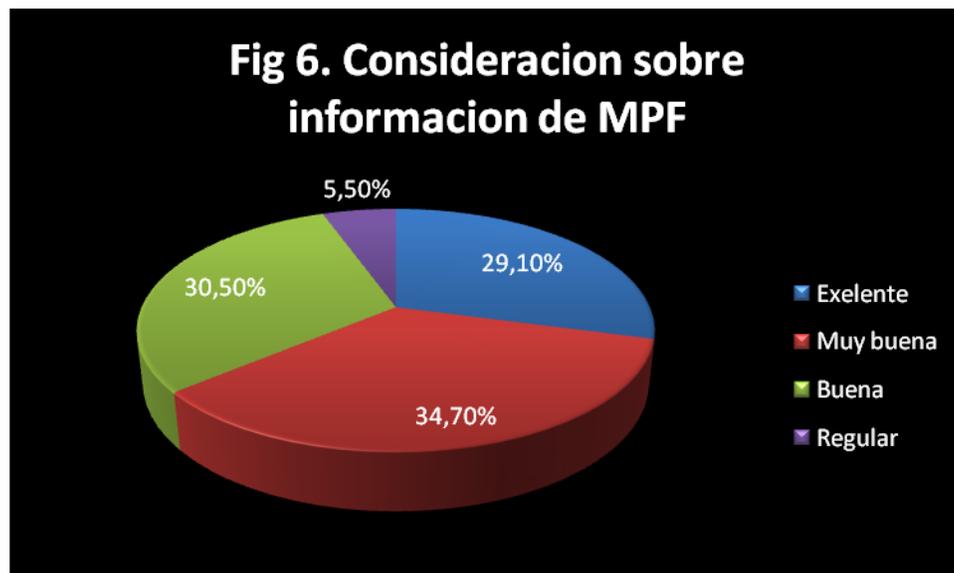
Cabe señalar que las opciones sobre esta pregunta; fueron preguntas abiertas para no limitar las posibilidades a otras respuestas o el verdadero motivo por el cual las pacientes solicitaban la interrupción del embarazo.

La interrupción legal del embarazo siempre va ligada a los métodos de planificación familiar, los cuales en este estudio son ofertados por diferentes

instancias en su mayoría por personal médico en su mayoría, trabajo social y enfermería, los cuales tiene un impacto muy importante sobre el paciente, ya que de ello dependerá la elección o no sobre algún método de planificación, por lo que se evaluó en este estudio en cuanto a la conformidad del paciente sobre la orientación sobre los métodos (Figura 5), durante la realización del cuestionario.

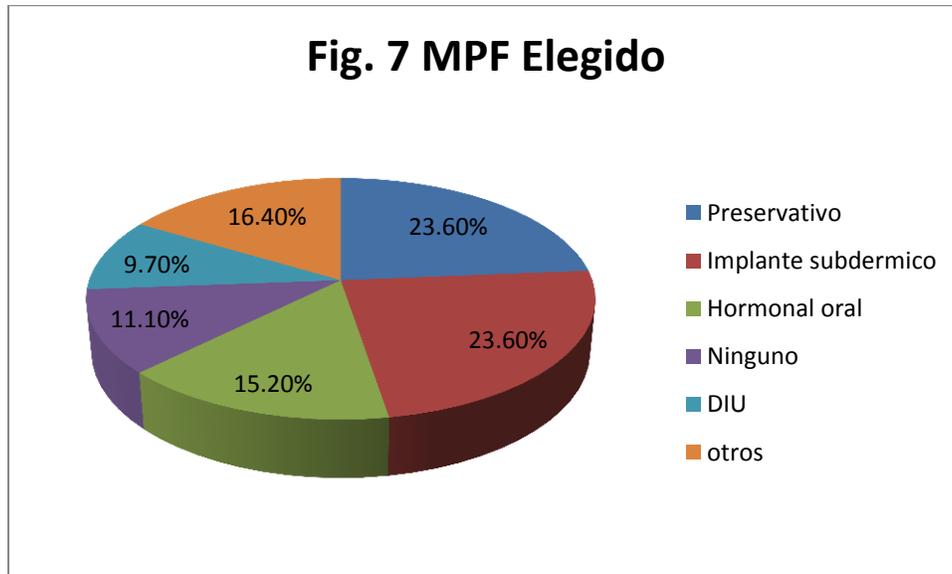


Debemos tomar en cuenta que ninguna de las 72 pacientes eligió dentro de las opciones, mala o pésimo (Figura 6).

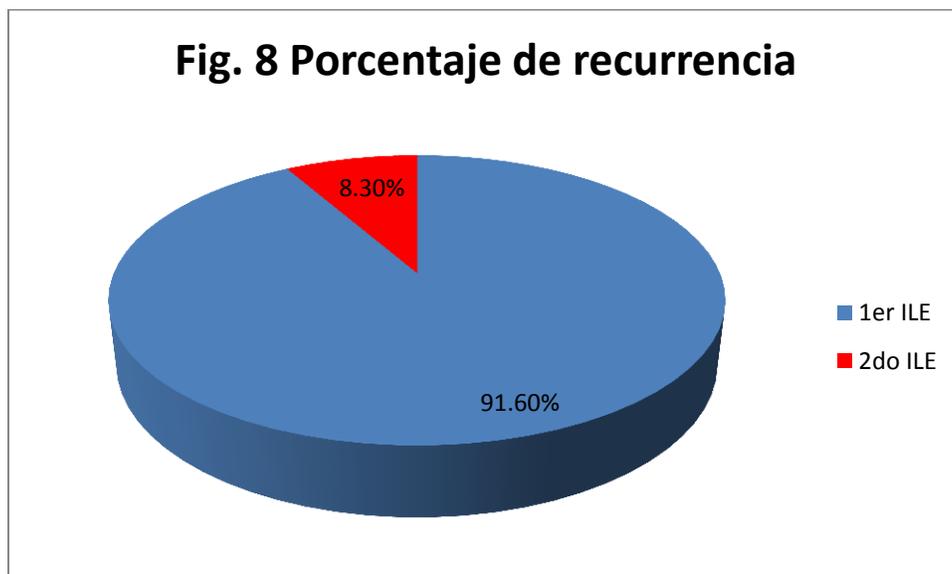


Mas sin embargo pese a que la mayoría de las opiniones tienden a ser positivas en cuanto a la información ofertada, existe un porcentaje importante del 11.1% de pacientes que no eligieron un método de planificación familiar y en cuanto a los

métodos más demandados se encuentran el preservativo (23.6%), implante subdermico (23.6%) y hormonales orales 15.2% (Figura 7)



En cuanto a la reincidencia de pacientes al servicio de interrupción legal del embarazo, durante la realización de este estudio se identificó un total de 6 pacientes que corresponden al 8.3% (Figura 8).



DISCUSIÓN

Este estudio transversal, prospectivo y descriptivo, se realizó en un periodo de 2 meses el cual incluyo un total de 72 pacientes, del servicio de interrupción legal del embarazo, las cuales fueron entrevistadas y se les aplico un cuestionario de 20 preguntas que incluyeron opciones múltiples y preguntas abiertas.

Las pacientes incluidas en el estudio, recibieron tratamiento medicamentoso para la interrupción legal del embarazo, sin presentar alguna complicación, del mismo modo recibieron orientación sobre métodos de planificación familiar, por parte del personal médico, trabajo social y de enfermería, con un promedio de tiempo de 14.7 minutos. Se oferto la aplicación de métodos de planificación familiar, posterior a la orientación de los mismos, en este caso, todos disponibles en el presente hospital, en donde un 11.6% del total de las pacientes no deseo ningún método de planificación familiar y dentro de los métodos más solicitados se encuentran el preservativo, implante subdermico y hormonales orales. Cada una de las pacientes ejerció su opinión sobre a través del cuestionario en cuanto si quedaron conformes o no con la orientación sobre el método de planificación.

El 67% de las pacientes contaba con el apoyo de su pareja para la realización de la interrupción

La edad promedio de las pacientes incluidas en el estudio fue de 26 años, las cuales en su mayoría eran procedentes del DF, en segundo lugar el estado de México, de religión católica, con un estado civil en su mayoría entre solteras y unión libre, con un nivel educativo entre secundaria y bachillerato.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la mayor asociación para interrupción legal del embarazo se encuentra en pacientes con antecedentes de tener varios hijos, ser embarazos no planeados o por deseo de querer continuar estudios, con una edad promedio de 26 años.

En cuanto a la asociación demográfica se puede observar que predominó la población del Distrito Federal (54.1%), más sin embargo el Estado de México contribuyó con un 44% del total de casos, situación que se deba probablemente a la cercanía con el DF, ya que en el estado de México la interrupción legal del embarazo no se encuentra autorizada. Por lo que sería adecuado implementar el programa de ILE en el Estado de México para saber el impacto sobre la atención dada a estas pacientes en el DF.

Pese a que se dé una adecuada orientación sobre los métodos de planificación familiar, se refuerce la información sobre los mismos, se cuente con ellos y se oferte para la aplicación inmediata de estos, existe cierta resistencia por parte de las pacientes para aceptar alguno, por lo que se debería hacer énfasis en los centros de salud y hospitales sobre la promoción de los mismos, ya que de esa manera se podrá reducir el número de pacientes que ingresen al programa de interrupción legal del embarazo, al igual que el índice de recurrencia ya que en el caso de los casos reportados del 8.3%, no contaban con un método de planificación familiar.

Para futuras trabajos sería adecuado ampliar la duración del estudio, realizarlo de manera comparativa con otros centros hospitalarios que ofrezcan el servicio de interrupción legal del embarazo, comparar las estrategias de tratamiento y la manera de ofertar los métodos de planificación familiar, al igual que comparar la demanda del servicio en cuanto a su posición demográfica.

Referencias Bibliográficas

1. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev.Panamá Salud Pública*. 2012; 32(6):399–404.
2. Figueroa-Lara A, Aracena-Genao B, Reyes-Morales H, Lamadrid-Figueroa H. Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010. *Salud PúblicaMex*. 2012;54:401-409
3. Office of the Governor of the Federal District, Mexico City, Decree Reforming the Federal District Penal Code and Amending the Federal District Health Law (in Spanish), 2007, pp. 2–3, accessed Feb. 10, 2012.
4. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) Barrio Equipetrol Norte, Calle F - Este. Esq. Viador Pinto Casilla Postal 305 Santa Cruz, Bolivia Teléfono: (591) 3 - 3448899 Fax: (591) 3 - 3448900 E-mail: isare@cotas.com.bo
flasog02@cotas.com.bowww.flasog.org
5. GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Órgano del Gobierno del Distrito Federal DÉCIMA SÉPTIMA ÉPOCA 4 DE MAYO DE 2007 No. 75
6. Agenda estadística 2010 Dirección General de Planeación y Coordinación sectorial Dirección de información en Salud
7. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN LAS UNIDADES MÉDICAS. Febrero de 2008
8. P.T.Wagaarachchi, P.W. Ashok, N. Narvekar, N. C. Smith and A. Templeton Medical management of early fetal demise using a combination of mifepristone and misoprostol
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth Edition*. Ginebra: OMS.
10. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, y Shah IH. 2007. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 370(9595):1338–1345.
11. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” cuarta edición 2009

12. Rasch V, Huber D, y Akande EO. 2007. *Report of the Post abortion Care Technical Advisory Panel*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).
13. Guttmacher Institute. 2007. *Facts about the Unmet Need for Contraception in Developing Countries*. New York
14. Smith R, Ashford L, Gribble J, y Clifton D. 2009. *Family Planning Saves Lives. Fourth Edition*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
15. . Williamson LM, Parks A, Wight D, Pettigrew M, y Hart GJ. 2009. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 6:3.
16. Blastoff M, Shearer J, Walker D, y Lucas H. 2008. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. IDS Research Report No. 59. University of Sussex, Brighton: Institute of Development Studies.
17. Suzanne Serruya, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª edición* Organización Mundial de la Salud 2012