CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ATENDIDAS POR INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DURANTE EL AÑO 2022 ACOGIDAS A LAS SENTENCIAS C-055/22 y C-355 DEL 2006 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA

Álvarez Steffany C*, Valencia Jorge A*, Rincón José F*, Vega Juan G*

RESUMEN

La Mortalidad materna, además de ser un problema de salud pública, es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. La muerte de la mujer como consecuencia del embarazo o el parto refleja fallas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud; En Colombia este derecho se garantiza desde el 2006 gracias a la sentencia c-355, en donde se despenalizó el aborto de forma parcial en tres eventos, desde entonces se ha intentado desarrollar un marco de protección que elimine los obstáculos que encuentran las mujeres para acceder a este derecho, de ahí nace la sentencia C-055 del 2022 en donde El Ministerio de Salud reconoce el embarazo como un estado fisiológico que puede representar un grave riesgo para la vida o para la salud de la mujer a nivel físico, emocional y biopsicosocial, por lo que se despenalizó su interrupción hasta la semana 22 de gestación sin ninguna causal, garantizando la autonomía sexual y reproductiva y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas, siendo el Hospital Universitario Erasmo Meoz uno de los primeros centros de salud en hacer valer este derecho desde su promulgación, es por esto que a través de este proyecto se revisaron y analizaron todas las variables epidemiológicas asociadas en las mujeres que accedieron a la interrupción voluntaria del embarazo en el centro hospitalario de referencia de Norte de Santander, el Hospital Universitario Erasmo Meoz, desde la aprobación de la sentencia c-055 del 2022, se tomaron en total 112 casos de interrupción voluntaria del embarazo en los cuales se analizaron situación social, familiar, edad, procedencia y diferentes factores de riesgo asociados a su decisión.

ABSTRACT

Maternal mortality, in addition to being a public health problem, is an indicator of social injustice, gender inequality and poverty. The death of a woman as a consequence of pregnancy or childbirth reflects structural failures, both in terms of access and health care; In Colombia, this right has been guaranteed since 2006 thanks to ruling c-355, where abortion was partially decriminalized in three events. Since then, attempts have been made to develop a protection framework that eliminates the obstacles women encounter to access to this right, from there was born sentence C-055 of 2022 where the Ministry of Health recognizes pregnancy as a physiological state that can represent a serious risk to the life or health of the woman on a physical, emotional level and biopsychosocial, for which its interruption was decriminalized until the 22nd week of gestation without any cause, guaranteeing sexual and reproductive autonomy and the ability of women to make free, informed and autonomous decisions about their bodies and their lives, being the Hospital Erasmo Meoz University, one of the first health centers to enforce this right since its promulgation, which is why through this project all the associated epidemiological variables were reviewed and analyzed in women who agreed to the voluntary interruption of pregnancy in the reference hospital center of Norte de Santander, the Erasmo Meoz University Hospital, since the approval of sentence c-055 of 2022, a total of 112 cases of voluntary interruption of pregnancy were taken in which the social, family, age, origin and different risk factors associated with their decision.

INTRODUCCIÓN

La Mortalidad materna, además de ser un problema de salud pública, es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. La muerte de la mujer como consecuencia del embarazo o el parto refleja fallas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La mortalidad materna está relacionada también con varios derechos fundamentales, como son el derecho a la vida, a la salud, a la igualdad, a la dignidad, y también con los derechos sexuales y reproductivos. No es casualidad que las muertes maternas se concentren en adolescentes, mujeres pobres, indígenas, marginadas o desplazadas, a quienes la maternidad ubica en una situación de vulnerabilidad asociada a la exclusión en salud.

El aborto hace referencia a la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, entendiéndose esta en la literatura como aquel embarazo antes de la semanas veinte de gestación. En La República de Colombia no fue sino hasta el 2006 cuando la corte constitucional, basándose en la protección de los derechos humanos de las mujeres, decide establecer la sentencia c-355 declarando inexequible el artículo 122 de la ley 599 del 2000 donde aquella mujer que causaré aborto, incurriría en prisión de uno a 3 años de cárcel, proponiéndose así 3 causales en las que la mujer tendría el derecho de abortar: cuando este represente un peligro para la vida de la mujer, cuando exista una malformación del feto que haga inviable su vida y todo aquel embarazo producto de una conducta sexual sin consentimiento, sin embargo, en búsqueda del derecho a decidir sobre sí mismas, y debido a la dificultades que presentaba muchas mujeres para acceder a este beneficio, la sentencia C-055 del 2022 resuelve que toda mujer podrá acceder a la interrupción voluntaria del embazado, independiente de la causa que lleve a tomar esta decisión, siempre y cuado sea antes de la semana 24.

En el mundo se estima que la tasa de aborto es de 35 por cada 1.000 mujeres; sin embargo, esta tasa aumenta cuando se toma de referencia a los países no desarrollados, donde el número asciende a 37 por cada 1.000 mujeres, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, en el 2018 la tasa de aborto por grupo de edad fue más alta entre los 20 y 24 años, donde la mayoría de estas interrupciones voluntarias del embarazo se realizaron en el primer trimestre de la gestación. En este artículo, revisaremos y analizaremos las variables de las mujeres que accedieron a la interrupción voluntaria del embarazo en el centro hospitalario de referencia de Norte de Santander, el Hospital Universitario Erasmo Meoz, desde la aprobación de la sentencia c-055 del 2022 de la Corte Constitucional Colombiana.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las condiciones clínicas de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la edad gestacional promedio de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a la sentencia C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar el método calculado para la edad gestacional promedio de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del

2006 de la corte constitucional

- Establecer la media de la edad materna las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a la sentencia C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar los métodos realizados para la interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Establecer la necesidad de reintervención médica para la interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Analizar las complicaciones posteriores a los procedimientos realizados en las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar la procedencia de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar la nacionalidad de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar las patologías de base en las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar la existencia de patologías fetales o embrionarias de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Analizar el método de planificación posterior al evento obstétrico de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Analizar si existió una red de apoyo por parte de psicología y trabajo social en las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar la cantidad de pacientes que presentaron violencia sexual atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Determinar la cantidad de pacientes que presentaron violencia intrafamiliar atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional
- Establecer la cantidad de pacientes que presentaron problemas económicos atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el hospital

universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional

- Establecer la cantidad de pacientes afiliadas al sistema de salud colombiano que realizaron interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional

METODOLOGÍA

Se inició analizando todas las historias clínicas de la base de datos del hospital universitario Erasmo Meoz bajo el código "extracción menstrual" en las cuales se encontraban todas las mujeres que ingresaron en el periodo febrero 2022 a diciembre del 2022 a iniciar el proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Se tomaron distintas variables categóricas y continuas.

Se llevó a cabo un análisis bivariado buscando relación entre pares simultáneamente en la misma muestra, Posteriormente se eligieron las variables tanto categóricas como continuas , para este tipo de estudio no se realizará estrategias de muestreo probabilístico, ya que se trata de un estudio descriptivo, en el que se tomarán datos de historia clínica a conveniencia.

Población: Gestantes que ingresó al servicio de ginecobstetricia en el Hospital Universitario Erasmo Meoz para interrumpir su gestación bajo las sentencias C-055/22 - C-355/06 en el periodo transcurrido de implementación en el año 2022

muestra: Se tomó una muestra de 112 mujeres atendidas interrupción voluntaria del embarazo en el hospital universitario Erasmo Meoz durante el año 2022 acogidas a la sentencia C-055/22 C-355 del 2006 bajo el diagnóstico de extracción menstrual

Criterios de inclusión: Pacientes que acudan al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Erasmo Meóz, Cúcuta, para realizar la interrupción voluntaria del embarazo acogidas a las sentencias C-055/22 y C-355 del 2006 de la corte constitucional

- Pacientes gestantes
- Pacientes quienes acudieron desde febrero del 2022 a diciembre del 2022
- Pacientes Migrantes y Nacionales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes fuera del periodo estipulado (Año 2022)
- Pacientes con diagnóstico de óbito fetal al momento del ingreso
- Pacientes a quienes se le realizó la interrupción voluntaria de forma extrainstitucional

Pacientes que se retractaron en el proceso de interrupción intrahospitalario.

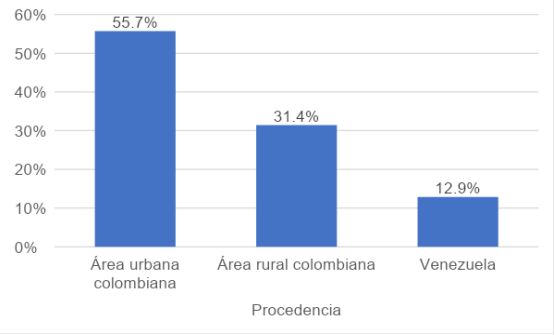
RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 70 interrupciones voluntarias del embarazo, 20 corresponden a maternas nacionales y 50 a migrantes venezolanas. La edad mediana en las maternas fue 23.5 años con rango intercuartílico de 20 a 28 años.

Tabla 1. Medidas descriptivas para edad de las maternas

Nacionalidad	Promedio (ds)	Mediana	RIQ
Colombia	25,9 (7,84)	25	21,25 - 28,75
Venezuela	23,9 (28,1)	23	19 - 28
Todos los casos	24,5 (6,1)	23,5	20 - 28

Respecto a la procedencia, el 55.7% hizo referencia a población procedente de zonas urbanas colombianas, el 31.4% a población procedente de área rural colombiana y el 12.9% a población procedente de Venezuela.



Con relación a la edad gestacional, la mediana para nacionales fue 10.8 semanas con rango intercuartílico 8 a 20.1 semanas.

En migrantes venezolanas, la mediana para edad gestacional fue 14.4 semanas, con rango intercuartílico 11,9 a 21,1 semanas.

Tabla 2. Medidas descriptivas para edad gestacional (semanas)

Nacionalidad	Promedio (ds)	Mediana	RIQ
Colombia	14,0 (7,6)	10,8	8 - 20,1
Venezuela	15,9 (5,9)	15,2	11,9 - 21,1
Todos los casos	15,4 (6,4)	14,4	9,6 - 21

El 40% de los casos correspondió a población asegurada al sistema de seguridad social en salud, principalmente a través del régimen subsidiado (30%). El 57.1% no estaba asegurada y el 2.9% ingresó de manera particular (2 casos en migrantes venezolanas).

Todas las maternas colombianas 100% estaban vinculadas al sistema general de seguridad social en salud, apenas el 16% de las maternas venezolanas estaba vinculada al sistema de salud colombiano, mediante el régimen subsidiado.

Tabla 3. Aseguramiento en salud

Aseguramiento	Nacionalidad de la materna		Total n (%)
	Colombiana n (%)	Venezolana n (%)	
Asegurada	20(100,0%)	8(16,0%)	28(40,0%)
No asegurada		40(80,0%)	40(57,1%)
Particular		2(4,0%)	2(2,9%)
Total	20(100,0%)	50(100,0%)	70(100,0%)

Seis maternas presentaron complicaciones (8.6%), siendo la presencia de restos ovulares la de mayor frecuencia (4.3%). Se registraron 2 casos de aborto retenido en población migrante y un caso de aborto retenido farmacológico fallido en una materna colombiana.

Tabla 5. Complicaciones maternas

Complicaciones maternas	Nacionalidad de la materna		Total n (%)
	Colombiana n (%)	Venezolana n (%)	
Restos ovulares	2(10,0%)	1(2,0%)	3(4,3%)
Aborto retenido	0(0,0%)	2(4,0%)	2(2,9%)
Aborto farmacológico fallido	1(5,0%)	0(0,0%)	1(1,4%)
No hubo	17(85,0%)	47(94,0%)	64(91,4%)
Total	20(100,0%)	50(100,0%)	70(100,0%)

Respecto a la presencia de patologías fetales y/o embrionarias, se evidenció únicamente en el 14.3% de las IVE, las cuales corresponden a malformaciones estructurales (2.9%), alteraciones del líquido amniótico (5.7%) y malformaciones cromosómicas (5.7%).

Con relación a la conducta de planificación posterior al evento, el implante subdérmico fue la opción en el 30% de las maternas, con mayor predominio en el grupo de madres migrantes. El DIU fue la opción en el 28.6%, igualmente con mayor frecuencia en el grupo de maternas venezolanas. Dentro de las otras opciones de planificación, se encontró el uso de píldoras hormonales (7.1%), preservativo (2.9%), inyección mensual y acetato de medroxiprogesterona (1.4% respectivamente). El 28.6% no eligió método de planificación, siendo esta conducta más representativa en el grupo de maternas colombianas (35%).

Tabla 7. Planificación posterior al evento

Planificación posterior al evento	Nacionalidad de la materna		Total n (%)
	Colombiana n (%)	Venezolana n (%)	
Acetato de medroxiprogesterona	1(5,0%)		1(1,4%)
Implante subdérmico	3(15,0%)	18(36,0%)	21(30,0%)
DIU	3(15,0%)	17(34,0%)	20(28,6%)
Píldoras hormonales	3(15,0%)	2(4,0%)	5(7,1%)
Preservativo	2(10,0%)		2(2,9%)
Inyección mensual	1(5,0%)		1(1,4%)
No eligió	7(35,0%)	13(26,0%)	20(28,6%)
Total	20(100,0%)	50(100,0%)	70(100,0)

Tabla 8. Resumen

Variable	mediana	RIQ	n (%)
Edad materna (años)	23,5	20 - 28	
Edad Gestacional (semanas)	14,4	9,6 - 21	
IVE Mayor a 22 semanas			14 (20%)
Violencia Sexual			5 (7,1%)
Malformaciones congénitas			6 (8,6%)
IVE Farmacológico			58 (82,9%)
Aspiración manual al vacío			36 (51,4%)
Asistolia			17 (24,3%)
Aborto previo			4 (5,7%)
Necesidad de reintervención			5 (7,1%)
Afectación emocional			30 (42,9%)
Ideas suicidas			7 (10%)
Consumo de alcohol			3 (4,3%)
Consumo de SPA			4 (4,3%)
Sífilis gestacional			5 (4,3%)
Mortalidad materna			0 (0%)

DISCUSIÓN

El aborto se define como una interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, razón por la cual es elocuente que el aborto espontáneo y el aborto inducido sean diferenciados conceptualmente. Entendiéndose así como viabilidad fetal al embarazo antes de la semana 20 de gestación o un feto expulsado con un peso menor a 500 gr según la Organización Mundial de la Salud (OMS). (1) Desde instaurada la sentencia C-055-22 en la corte constitucional de Colombia, muchas críticas derivaron en la sociedad, la desinformación inundó las redes sociales de multitudes a favor de este fallo, otras en contra. Por este motivo se realizó esta investigación, donde se integró tanto la sentencia de la corte constitucional c-355 del 2006 con la c-055 del 2022 para estudiar el comportamiento clínico de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo, además de la evaluación de parámetros sociales, económicos y psicológicos. En nuestro medio la población principal fue la migrante con casi un 71% de los casos, lo cual llama la atención y era de esperar dado que nuestro centro de referencia el hospital Universitario Erasmo Meoz recibe en gran cantidad a la población migrante y puede ser atribuible a la normativa institucional completamente distinta que maneja Venezuela. Otro factor de gran relevancia es la seguridad de en cuanto a los procedimientos, al contrar con una ruta integrada y conformada con un equipo multidisciplinario, donde se pudo evidenciar 0 muertes maternas durante el 2022 que fueron manejadas por interrupcion voluntaria del embarazo en nuestro hospital, datos de la OMS señalan que 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, siendo la mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina. Este tipo de estudio nos permite tener una idea global de la situación y las características de estos casos, los cuales son importantes para reforzar la ruta de atención y tomar acciones oportunas en cada caso correspondiente.

CONCLUSIONES

- El 71% de las pacientes atendidas corresponden a pacientes migrantes venezolanas
- La edad mediana en las maternas fue 23.5 años
- Más de la mitad (55.7%) de las pacientes eran procedentes de zonas urbanas colombianas, el 31.4% a población procedente de área rural colombiana y el 12.9% a población procedente de Venezuela.
- Con relación a la edad gestacional, la mediana para nacionales fue 10.8 semanas
- En migrantes venezolanas, la mediana para edad gestacional fue 14.4 semanas
- El 7,1% de las pacientes durante la valoración multidisciplinaria refieron ser victimas de violencia sexual, donde se realizó la activación concomitante de la ruta de violencia sexual
- El 30% de las pacientes atendidas refirieron afectación emocional
- El 10% de las pacientes atendidas referían ideación suicida al momento de la valoración
- El 4.3% referían consumo concomitante de sustancias psicoactivas y alcohol
- El 5,7 % de las pacientes presentaban antecedente de aborto
- La Comorbilidad materna más presentada fue la sífilis gestacional, en un 4,3% de los casos
- El 40% de los casos correspondió a población asegurada al sistema de

seguridad social en salud, principalmente a través del régimen subsidiado (30%). El 57.1% no estaba asegurada y el 2.9% ingresó de manera particular (2 casos en migrantes venezolanas).

- Todas las maternas colombianas estaban vinculadas al sistema general de seguridad social en salud, apenas el 16% de las maternas venezolanas estaba vinculada al sistema de salud colombiano, mediante el régimen subsidiado.
- El tipo de procedimiento más común de las IVE correspondió al aborto farmacológico misoprostol combinado con AMEU (38.6%)
- Seis maternas presentaron complicaciones,, siendo la presencia de restos ovulares la de mayor frecuencia
- Se registraron 2 casos de aborto retenido en población migrante y un caso de aborto retenido farmacológico fallido en una materna colombiana.
- Respecto a la presencia de patologías fetales y/o embrionarias detectadas previo al procedimiento de interrupción, se evidenciaron únicamente en el 14.3% siento las alteraciones del líquido amniótico y malformaciones cromosómicas las más comunes.
- Con relación a la conducta de planificación posterior al evento, el implante subdérmico fue la opción en el 30% de las maternas, con mayor predominio en el grupo de madres migrantes.
- El hospital Universitario Erasmo Meoz es un lugar que brinda toda una ruta integral completa para realizar la interrupción voluntaria del embarazo a toda aquella mujer que lo desee y que se encuentre acogida a la normativa nacional
- El hospital Universitario Erasmo Meoz es un centro de referencia donde es completamente seguro realizar la interrupción voluntaria del embarazo, durante el año 2022 no se registración muertes maternas asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo y el 8% presentaron alguna complicación que no puso en riesgo su vida y fue solucionada de forma intrahospitalaria por el personal de salud

- El 100% de las pacientes atendidas por interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Universitario Erasmo Meoz fueron valoradas por un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de ginecología y obstetricia, trabajo social, psicología y demás especialidades requeridas.

BIBLIOGRAFÍA

1) borto. Cunningham F, & Leveno K.J., & Bloom S.L., & Dashe J.S., & Hoffman B.L., & Casey B.M., & Spong C.Y.(Eds.), (2019). *Williams Obstetricia, 25e*. McGraw Hill. https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739&sectionid=229285452
2) Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdts C, Tunçalp Ö, Johnson BR Jr, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet. 2016 Jul 16;388(10041):258-67. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30380-4. Epub 2016 May 11. PMID: 27179755; PMCID: PMC5498988.
3) MS Lizarazo. A. MS Rojas. A. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055.22. 2022
4) *Aborto*) *World Health Organization*. Available at: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion (Accessed: 14 May 2023)
5) Kortsmit K, Jatlaoui TC, Mandel MG, et al. Abortion Surveillance — United States, 2018. MMWR Surveill Summ 2020;69(No. SS-7):1–29.
6) Ajmal M, Sunder M, Akinbinu R. Abortion. [Updated 2022 Jul 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island

(FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518961/

7) Kortsmit K, Mandel MG, Reeves JA, Clark E, Pagano HP, Nguyen A, Petersen EE, Whiteman MK. Abortion Surveillance - United States, 2019. MMWR Surveill Summ. 2021 Nov 26;70(9):1-29. doi: 10.15585/mmwr.ss7009a1. PMID: 34818321; PMCID: PMC8654281
8) Gracia Shih, MD, MASRobin Wallace, MD, MAS. First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration. 2023. Uptodate
9) Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstet Gynecol. 1990 Jul;76(1):129-35. PMID: 2359559
10) Cassing Hammond, MD. Second-trimester pregnancy termination: Induction (medication) termination. uptodate. 2023
11) Owen J, Hauth JC. Vaginal misoprostol vs. concentrated oxytocin plus low-dose prostaglandin E2 for second trimester pregnancy termination. J Matern Fetal Med. 1999 Mar-Apr;8(2):48-50. doi: 10.1002/(SICI)1520-6661(199903/04)8:2<48::AID-MFM3>3.0.CO;2-F. PMID: 1009049
12) Organización Panamericana de la Salud. El aborto como problema de salud pública. Boletín informativo.
13) Ruano R, Dumez Y, Cabrol D, Dommergues M. Second- and third-trimester therapeutic terminations of pregnancy in cases with complete placenta previa--does feticide decrease post delivery maternal hemorrhage? Fetal Diagn Ther. 2004 Nov-Dec;19(6):475-8. doi: 10.1159/000080157. PMID: 15539869.
14) Anna K Sfakianaki, MD Joshua Copel, MDNancy Stanwood, MD, MPH, FACOG, FSFP. Induced fetal demise. Uptodate. 2023
15) Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017 Nov 25;390(10110):2372-2381. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4. Epub 2017 Sep 27. Erratum in: Lancet. 2017 Nov 25;390(10110):2346. PMID: 28964589; PMCID: PMC5711001.
16) Sundaram A, Juarez F, Bankole A, Singh S. Factors associated with abortion-seeking and obtaining a safe abortion in Ghana. Stud Fam Plann. 2012 Dec;43(4):273-86. doi: 10.1111/j.1728-4465.2012.00326.x. PMID: 23239247
17) Sadia Haider, MD, MPHLaura Laursen, MD, MS. Unsafe abortion. Uptodate. 2023
18) Zandberg J, Waller R, Visoki E, Barzilay R. Association Between State-Level Access to Reproductive Care and Suicide Rates Among Women of Reproductive Age in the United States. JAMA Psychiatry. 2023 Feb 1;80(2):127-134. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.4394. PMID: 36576746; PMCID: PMC9857811.
19) Corte Constitucional de Colombia. Comunicado número 5. Sentencia c-055-22. 2022