Razones para no limitar la edad gestacional para el aborto (EG)
Una revisión de la literatura

Autora: Teresa Gutierrez DePiñeres.
Revisión: Ana Cristina González Vélez.
Comentarios: Laura Gil, Cristina Villareal.

Índice

Introducción

1. Las cifras sobre el aborto*: lo global, lo regional y lo nacional
2. Definición del aborto
3. Razones para el aborto después del primer trimestre
4. Técnicas recomendadas para el aborto después del primer trimestre
5. La viabilidad neonatal : ¿Que implicaciones tiene para la IVE?
6. El dolor y el feto y sus implicaciones para el aborto
7. A manera de síntesis: ¿Por qué no limitar la edad gestacional?

Introducción

La Constitución Colombiana de 1991 y más adelante la Ley 100 de 1993, sientan las bases para definir el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un servicio de carácter público, universal, orientado a contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los ciudadanos. Más de una década después, la Corte Constitucional de Colombia en su sentencia C-355 de 2006, declaró condicionalmente exequible el artículo 122 de la ley 599 de 2000 (Código Penal Colombiano), con lo cual despenaliza parcialmente el aborto en tres circunstancias:[1]

1. Cuando está en peligro la vida o la salud de la mujer.

2. Cuando el feto tiene una malformación grave que haga inviable su vida.

* Para fines de este documento, se usa el termino “aborto” para referirse al aborto inducido.

3. Cuando el embarazo sea producto de violación o incesto.

La sentencia sienta las bases para la prestación de los servicios y entre otras disposiciones, no impone un límite de edad gestacional para el aborto. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud estableció que *ninguno de estos servicios podrá imponer restricciones adicionales para el acceso oportuno a la IVE*, por lo cual estipula, en materia de edad gestacional, lo siguiente: [2]

Límites de edad gestacional: No existe una regla general que impida la IVE después de cierto tiempo de gestación, motivo por el cual no corresponde a ninguna autoridad establecerla. Así las cosas, la decisión sobre la realización de la IVE en cada etapa de la gestación debe ser tomada en cada caso concreto mediante una ponderación de (i) la causal de que se trate, (ii) de criterios médicos soportados en la condición física y mental particular de la mujer gestante y, en todo caso, (iii) del deseo de la misma. Como toda intervención médica, la práctica de la IVE en estas condiciones debe estar precedida de un consentimiento idóneo e informado sobre el procedimiento a realizar y sus riesgos y beneficios.

Finalmente indica que los prestadores de Servicios de Salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, deben abstenerse de proferir juicios de valor o juicios de responsabilidad penal sobre las mujeres que soliciten la práctica de la IVE. Sus actuaciones deberán dirigirse exclusivamente a determinar la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente.

La prestación de servicios de IVE con calidad, exige que se otorgue información veraz y orientación emocional oportuna. La información a la mujer deberá ser completa, clara, real, de fácil comprensión, apropiada para sus condiciones sicológicas, culturales y nivel educativo, para que pueda adoptar una decisión informada sobre el procedimiento.

En todo caso, se respetará el derecho que le asiste a la gestante de continuar o no, de manera libre y voluntaria su embarazo, incluso cuando se encuentre en

cualquiera de las condiciones para realizar una interrupción voluntaria del embarazo no constitutiva del delito de aborto.

1. Las cifras sobre al aborto[†]: lo global, lo regional y lo nacional

Cuarenta y dos (42) millones de abortos ocurren en el mundo cada año, de los cuales 4.1 millones suceden en América Latina.[3] Se estima que en Colombia, se practicaron más de 400 mil abortos en el 2008, y de éstos solo 322 fueron reportados como Interrupción Voluntaria del Embarazo/IVE.[4] La mayoría de los abortos en el mundo se realizan en el primer trimestre (antes de las 13 semanas de gestación), y a nivel mundial, solo un 10-15% de todos los abortos se realizan después del primer trimestre,[5] y solo el 2% de los abortos son realizados después de las 20 semanas EG.[6] La proporción de abortos después del primer trimestre ha aumentado a medida que se aumenta el número de anomalías fetales detectadas con los programas de tamizaje prenatal que se practican después del primer trimestre[7]. Esta situación refleja que no es suficiente con asegurar el acceso al aborto en el primer trimestre, lo que coincide con un estudio realizado en Inglaterra, en el que se demostró que sólo el 13% de los abortos que ocurren después del primer trimestre se pueden evitar mejorando el acceso a los servicios de primer trimestre.[8] Por su parte, un estudio de Mozambique demostró que cuando el acceso al aborto se limitaba al primer trimestre, se excluía a las mujeres jóvenes, mujeres con menos recursos económicos, y mujeres con menos educación o empleo.

De otro lado la cifras demuestran que cuando el aborto es ilegal o restringido, el aborto inseguro después del primer trimestre contribuye desproporcionadamente a la morbilidad y mortalidad relacionada con el aborto.[9] Latinoamericana tiene una de las tasas mas altas de aborto inseguro en el mundo.[10] En Colombia, 33% de abortos clandestinos resultan en complicaciones que requieren atención medica, con prevalencias de complicaciones tan altas como el 53% en zonas rurales. [11]

2. Definición del aborto

[†] Para fines de este documento, se usa el termino “aborto” para referirse al aborto inducido

El aborto inducido es la '(L)a terminación deliberada del embarazo de manera que se asegura que el embrión o feto no sobreviva,'[12]. Esta definición no establece ningún limite de edad gestacional. A pesar de que las definiciones que se encuentran en la literatura acerca de la interrupción del embarazo no establecen límites de edad gestacional,[13] algunos emplean la definición del aborto *espontáneo*, (cuando el feto pesa menos de 500 gramos o menos de 20 a 23 semanas) como equiparable a la definición de aborto inducido y de esta manera argumentan que existe un límite de edad gestacional para la interrupción del embarazo.

Al revisar los textos de ginecología y obstetricia –que en general no se basan en evidencia o que suelen publicarse desactualizados al menos 5 años- se encuentran inconsistencias sobre este tema, como por ejemplo la ausencia de **una definición uniforme o una casi inexistente diferenciación entre aborto inducido y aborto espontáneo**. **No obstante, los textos sobre el aborto inducido, no establecen un límite de edad gestacional** porque este es un límite legal más no medico, según lo describe la Organización Mundial de la Salud (OMS)[14]. En los casos en que una definición sobre aborto incluya un límite a la edad gestacional[15], ésta no está relacionada con el aborto *inducido*, si no, con el aborto *espontaneo*.[16]

Por lo tanto**,** aunque algunos países no incluyen límites de EG en las leyes o marcos legales que permiten el aborto inducido, otros tienen límites diferentes, con definiciones variables, dependiendo del país (o incluso dentro del mismo país) y la indicación. Otros imponen el limite de "viabilidad" pero no lo definen, ya que no hay una definición universal. Esta gran variación en los límites de EG en el mundo demuestra que estos límites con frecuencia son arbitrarios, o basados en opiniones más que en evidencia científica.[17]

En todo caso, estos límites no se corresponden con argumentos científicos, ni implican una mayor seguridad para la mujer pues el procedimiento del aborto es siempre más seguro que el propio parto a termino.[18] Diversos estudios realizados en el mundo sobre la interrupción del embarazo, en el segundo y tercer trimestre, demuestran su seguridad.[19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34]

[35] [36]. De ahí que en el año 2012 la OMS haya establecido guías para la realización del aborto inducido a partir de las 22 semanas.[37]

3. Razones para el aborto después del primer trimestre

La Conferencia Internacional de Aborto en el Segundo Trimestre, realizada en Londres en marzo de 2007 por el Consorcio Internacional de Aborto con Medicamentos – ICMA (por sus siglas en Inglés), dice que establecer límites de edad gestacional para el aborto, especialmente después de las 24 semanas tiene consecuencias negativas para las mujeres más vulnerables, más jóvenes y para aquellas con un embarazo deseado con serias anormalidades fetales. Esta conferencia concluyó que estas mujeres necesitan apoyo y acceso a servicios de aborto, no persecución.[38]

Las razones por las cuales se hacen necesarios los abortos después del primer trimestre varían, pero son consistentes entre diferentes países, e incluyen: [39] [40] [41] [42] [43] [44]

- Anomalías fetales que se diagnostican después del primer trimestre del embarazo,
- Retraso por parte de las mujeres para darse cuenta del embarazo, principalmente mujeres jóvenes, en la peri-menopausia, que tienen ciclos irregulares o que quedan embarazadas usando un método anticonceptivo (9 de cada 100 mujeres que usan la píldora anticonceptiva se embarazarán en un año).[45] La píldora anticonceptiva es uno de los métodos mas usados por las mujeres colombianas.[46] De otro lado, las mujeres colombianas tienen una de las tasas más altas del mundo de embarazos no deseados, resultado de una falla de su método anticonceptivo,[47]
- Embarazos inicialmente deseados con cambios en las circunstancias de la vida de la mujer que lo convierten en un embarazo no deseado,
- Problemas con la pareja o la familia, tales como problemas con los padres (en un estudio, mas de la mitad de jóvenes estaban preocupadas con la reacción de sus padres, lo que resulto en demora en acceder servicios de

aborto) [48], con la pareja (según otro estudio, 23% de las mujeres dijeron que su relación con su pareja había cambiado o deteriorado[49]),

- Dificultades para tomar la decisión de practicarse un aborto (en un estudio, 65% de las mujeres que tuvieron una demora para solicitar un aborto inducido después del primer trimestre, estaban ambivalentes frente a su decisión sobre el aborto[50],
- Barreras en el acceso a un aborto oportuno,

En general, los mayores retrasos para acceder a un aborto, ocurren antes de que la mujer acuda a los servicios, siendo las razones principales de estos retrasos, el miedo al aborto, la falta de información confiable o consistente sobre el proceso del aborto. Otro de los aspectos que interfiere en el acceso oportuno es el propio sistema de salud entre otras por la interpretación restrictiva que se hace de las excepciones legales (como por ejemplo la causal salud) o directamente por negación del servicio (en un estudio de mujeres Colombianas quienes solicitaron una IVE después de las 12 semanas de embarazo, 81% de las mujeres reportaron por lo menos una barrera de acceso en el proceso de atención, en comparación con el 49% de las mujeres que solicitaron una IVE antes de las 12 semanas EG.[51] Dentro de estas barreras se destacan:

- Falta de recursos económicos,
- desconocimiento de los servicios que ofrecen IVE,
- falta de apoyo en el hogar para el cuidado de los hijos (para poder llegar a los servicios de IVE).[‡]

[‡] En Inglaterra, por ejemplo, si bien los servicios de aborto están cubiertos por el estado, las listas de espera son largas o hay solo un prestador cuando las gestaciones a interrumpir están más allá del primer trimestre.
Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2011. Statistical Bulletin, May 2012. London, Crown, 2012. Descargado el 7 de enero del 2014 de: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213386/Commentary1.pdf.)

- La demora en denunciar por temor a las represalias por parte del violador, o por temor a las consecuencias para el mismo cuando éste es parte de la familia o por desconfianza en la justicia.

En el caso de Colombia, la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres que presta apoyo a las mujeres cuyos derechos son vulnerados por parte de los funcionarios de justicia o de los operadores de salud, se ha encontrado que al 50% de los casos de solicitud de IVE por causal violación, atendidos por este colectivo, se les ha negado la IVE al menos en una ocasión.[52]. Por su parte, del total de casos reportados al Ministerio de Salud y Protección Social, la causal de violación corresponde solamente al 20%.[53]

En resumen, el aborto después del primer trimestre, es una necesidad para algunas mujeres que enfrentan circunstancias particulares, y si bien el acceso al aborto en el primer trimestre es clave, éste no implica que las mujeres dejen de requerir los servicios después del primer trimestre.

De acuerdo con la literatura científica sabemos que hay consecuencias negativas cuando se limita la EG para un aborto. Por ejemplo, datos de los primeros 2 años de un estudio prospectivo y longitudinal que sigue a mujeres a quienes se les ha negado un aborto por limites de EG demuestra que estas mujeres son más jóvenes y pobres, en comparación con las mujeres que pudieron tener un aborto. Adicionalmente, las mujeres a quienes se les niega el aborto tienen más incidencia de violencia por parte de su pareja intima.[54] Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las políticas que imponen límites de edad gestacional para realizar un aborto pueden tener consecuencias negativas para las mujeres que superan el límite. Tales políticas obligan a algunas mujeres a buscar servicios de proveedores inseguros y por lo tanto, no sólo aumenta el riesgo para la salud, si no que crea inequidad social.[55]

4. **Técnicas recomendadas para el aborto después del primer trimestre**

1 de cada 430 mujeres en Colombia morirán por un evento relacionado con el embarazo.[56] El aborto inducido, especialmente cuando es practicado en un contexto legal, es un procedimiento seguro -aún mas seguro que un parto a término-, incluso después del primer trimestre.[57] A partir de la semana 13 a 15 de edad gestacional, dos procedimientos; la dilatación y evacuación (DyE) y el aborto por inducción, sin o con la técnica de la inducción de muerte fetal, se pueden utilizar con seguridad. Estas técnicas están recomendadas por la Organización Mundial de la Salud[58] y son empleadas en diversos países. La DyE es un procedimiento quirúrgico, realizado mas comúnmente entre 15 y 24 semanas EG, que toma entre 10 y 15 minutos, después de la inserción de dilatadores osmóticos y/o administración de medicamentos que se utilizan para preparar el cuello uterino y se lleva a cabo bajo sedación consciente y anestesia local. Siendo un procedimiento ambulatorio, implica menor costo, pero requiere de entrenamiento por parte del prestador, y que haya un volumen regular de procedimientos para mantener la habilidad en la técnica. El aborto por inducción con medicamentos es usualmente realizado dentro de un hospital, y puede tomar entre horas y días, por lo cual suele ser más costoso. [59] [60] En un estudio, del aborto por inducción, 21% de las inducciones tomaron más de 24 horas.[61]

En Norteamérica, el aborto quirúrgico, referido en adelante como dilatación y evacuación (DyE) se usa en el 95% de los casos de aborto a partir de las 13 semanas de gestación.[62] También en Inglaterra y el País de Gales la DyE es el método preferido entre las 13 y 24 semanas de gestación,[63] alcanzando un 74% de los abortos. La DyE se puede usar con seguridad de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, tal y como se aprecia en la evidencia científica disponible más reciente.[64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73]

La OMS afirma que en los lugares donde se dispone de prestadores entrenados, se recomienda la técnica de DyE para el aborto quirúrgico a partir de la semana 15 del embarazo, y se puede realizar de forma ambulatoria en un consultorio.[74] Esta recomendación es consistente con investigaciones que han mostrado que con entrenamiento, un profesional de la medicina con conocimientos sobre el manejo del aborto en el primer trimestre o con conocimientos de cirugía uterina

puede aprender a realizar la DyE, con seguridad y de manera ambulatoria dentro de un consultorio.[75 76 77 78 79]

De otro lado, el aborto con medicamentos, también llamado inducción, se puede realizar con seguridad durante todo el embarazo, utilizando una combinación de mifepristona y misoprostol. También se puede usar sólo misoprostol, pero es menos efectivo, con resultados menos rápidos.[80 81] Para una inducción de aborto con medicamentos después del primer trimestre, la mujer usualmente esta hospitalizada, aunque no es un requisito, y en Colombia se acostumbra hacer un legrado posteriormente de rutina, aunque esta no es una práctica recomendada.[82 83] Una revisión de estudios de 5694 casos de aborto inducido con medicamentos, entre las 13 y 28 semanas de EG, con diferentes esquemas de misoprostol indica que 27 de cada 1000 casos de inducción con medicamentos resultan en complicaciones serias que requieren hospitalización y 486 por cada 1000 casos resultan en complicaciones menores.[84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97]

Durante décadas, se ha utilizado la inducción de la muerte fetal para la reducción selectiva de fetos en casos de embarazos múltiples, a fin de disminuir las complicaciones relacionadas con el embarazo múltiple. Con respecto a las técnicas, la administración intracardiaca de cloruro de potasio y la inyección de 1 mg digoxina intra-fetal o intra-amniótica son los agentes farmacológicos más utilizados. En los últimos años se ha vuelto más común esta práctica como parte del aborto. Esta práctica se utiliza ampliamente antes del aborto por inducción cuando el embarazo está en una EG cercana o posterior a la viabilidad, para evitar signos de vida, incluyendo los movimientos reflejos que se podrían confundir con percepción o dolor. La probabilidad de muerte fetal por hipoxia, causada por las contracciones uterinas durante un aborto por inducción, es más alta en edades gestacionales mas tempranas. Para evitar un producto vivo durante una inducción de aborto, el colegio real de obstetricia y ginecología lo recomienda a partir de las 22 semanas de EG,[98] aunque no se ha encontrado evidencia de que la inducción de muerte cambie el proceso de inducción ni las posibles complicaciones.

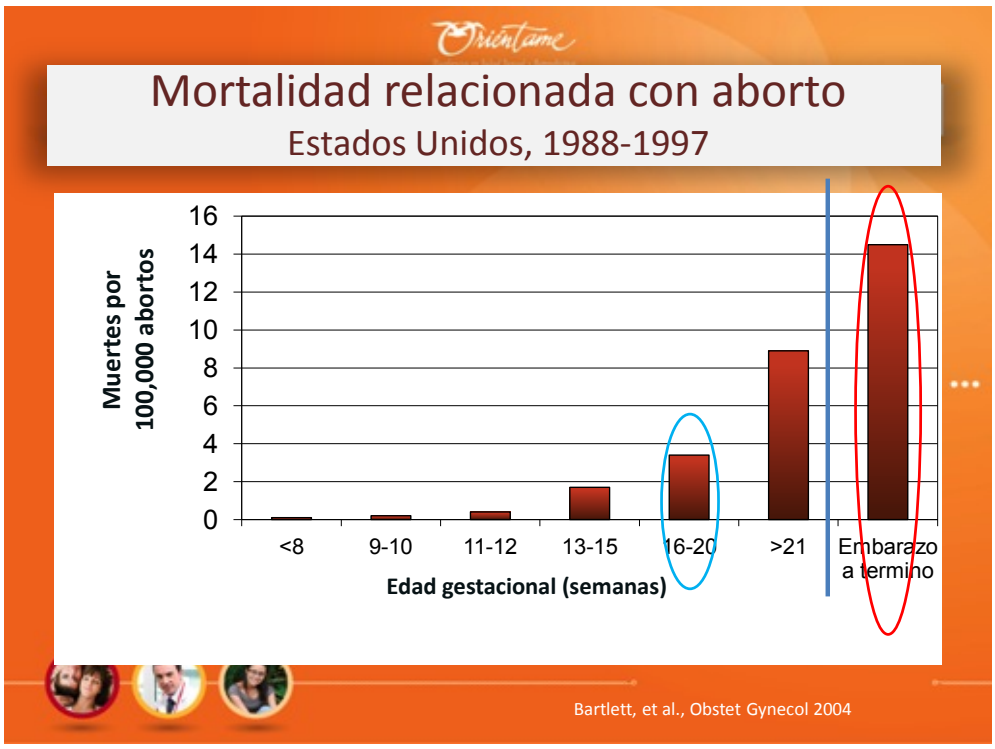
No se ha demostrado la utilidad de la inducción de muerte fetal antes de la dilatación e evacuación (DyE), pero se ha utilizado en los Estados Unidos para evitar cualquier riesgo legal o ético de una expulsión no planeada de un feto con signos de vida, particularmente después de la utilización de dilatadores osmóticos o medicamentos para preparación cervical que se administran horas antes de la DyE, y que usualmente, actúan mientras una mujer esta en su propia casa. El único estudio aleatorizado y controlado, demostró que la inducción de la muerte fetal antes del aborto quirúrgico no cambio ni la duración, ni la dificultad del procedimiento, y no hubo diferencias en pérdida de sangre, dolor o complicaciones entre los grupos.[99]

Con respecto a las complicaciones relacionadas con estas técnicas, una revisión de estudios de más de 72 mil casos de DyE entre las 13 y 27 semanas de EG indica que 27 de cada 1000 casos de DyE resultan en complicaciones serias que requieren hospitalización. Por otro lado, 17 de cada 1000 casos de DyE resultan en complicaciones menores.[100] [101] [102] [103] [104] [105] [106] [107] [108] [109] En un estudio realizado en Colombia, comparando el aborto quirúrgico en 100 mujeres en el primer trimestre con el aborto quirúrgico en 200 mujeres después del primer trimestre (12 a 15 semanas EG), usando la técnica de aspiración, se encontró que no hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a complicaciones o satisfacción de las mujeres.[110]

Cuando se compara la DyE con la inducción de aborto con medicamentos entre las 13 y 24 semanas de EG, se encuentran no sólo menores tasas de complicaciones con la DyE, sino también menor tiempo de procedimiento[111] [112] [113] [75] [114] [115] y menor costo (incluyendo los costos del manejo de las complicaciones). [75] [116] A manera de ejemplo, un estudio publicado en 2011 calculó que se hubieran podido evitar complicaciones en 1 de cada 5 mujeres si se hubiera realizado una DyE en lugar de una inducción.[117] Adicionalmente, la DyE, en comparación con la inducción, otorga mayor privacidad, así como menor tensión física y emocional para la mujer. [118]

En la mayoría de los casos, las complicaciones asociadas con el aborto, incluso aquellas que ocurren después del primer trimestre, pueden ser evitadas o tratadas exitosamente si se inicia oportunamente el tratamiento adecuado proporcionado por personal médico capacitado. En el caso de una complicación seria, donde no se dispone de instalaciones quirúrgicas de emergencia en la unidad de servicios, las complicaciones pueden ser manejadas mediante el traslado oportuno a una unidad de mayor nivel de complejidad. Adicionalmente, la gran mayoría de las mujeres a quienes se les practica correctamente un aborto no presentan secuelas a largo plazo en su salud general, reproductiva o emocional. La evidencia actualmente disponible indica que no existe una asociación entre el aborto inducido y consecuencias adversas en embarazos subsiguientes, como aborto espontáneo o parto pre-término[119]. Los datos epidemiológicos actualmente disponibles muestran que no existe un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que se han sometido a un aborto[120]. La evidencia también indica que las mujeres que han tenido un aborto no tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas mentales en comparación con las que han tenido un parto. Si se ha demostrado que la incidencia de problemas emocionales siguiendo un aborto se asocia con coerción al tomar la decisión, ausencia de una red social de apoyo y presencia de problemas mentales previos al aborto, mas no con el aborto como tal [121] [122]

Finalmente, es importante resaltar que el aborto inducido, particularmente practicado en un contexto legal, es un procedimiento seguro, aun más seguro que un parto a término, incluso cuando se realiza después del primer trimestre.



Nota: si bien esta información es de EE.UU, la comparación resulta aplicable.

5. La viabilidad neonatal: ¿Que implicaciones tiene para la IVE?

La viabilidad neonatal, producto de un embarazo deseado, se usa como argumento para imponer limites de edad gestacional en el aborto. La experiencia sobre la viabilidad neonatal viene de la literatura científica sobre neonatos pre-términos (menores a 37 semanas de EG) nacidos vivos. La viabilidad neonatal es la posibilidad de que un recién nacido pueda vivir después del nacimiento.

No hay consenso universal sobre el momento preciso en que se inicia la viabilidad neonatal pues esta depende de un conjunto de elementos relacionados con: las capacidades del recién nacido, la oferta institucional donde va a atenderse, las condiciones socio-económicas, entre otras.[123]

Los avances médicos y el desarrollo de cuidados intensivos de alto nivel para neonatos, han llevado a un aumento en la tasas de sobrevivencia de recién nacidos producto de un parto pre-término. Sin embargo, la evidencia es

contradictoria y aunque el número de resucitaciones de neonatos en ciertas instituciones en algunos países ha aumentado,[124] estudios demuestran que no hay evidencia de mejoramiento significativo en cuanto a la sobrevivencia o el desarrollo neurológico en neonatos. El Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras del Reino Unido ha dicho que hay consenso internacional de que a las 22 semanas de gestación no hay esperanza de sobrevivencia y que después de la semana 25 hay un acuerdo general de que los bebés pueden sobrevivir y para ellos se necesitaría un "manejo activo". [125] [126] [127] [128] Por lo tanto, negar los servicios de aborto entre las 20 y las 25 semanas basados en la posibilidad de sobrevivencia fetal, no es procedente ya que como se ha mencionado la posibilidad de sobrevida es mínima. Después de la semana 25, el procedimiento de aborto debe estar precedido por la inducción de muerte fetal para no obtener un feto vivo.

Es importante tomar atenta nota de que **la viabilidad neonatal, conlleva la particularidad de que se trata de un neonato deseado y recién nacido, y por tanto las discusiones en torno a la misma no deben influenciar las leyes sobre el aborto, que se trata de un embarazo no deseado cuyo resultado no se espera que sea un nacido vivo**.

El consenso internacional sobre resucitación neonatal recomienda: 'cuando la morbididad es inaceptable, no se indica resucitación, y en los casos de prognosis incierto, cuando se enfrentan los límites de viabilidad neonatal, y hay un riesgo relativamente alto de morbilidad, y cuando la carga para el neonato es alta, debe considerarse el deseo y la voluntad de los padres.[129] Este argumento debería revisarse de manera clara para ayudar en las discusiones sobre el límite de EG para aborto. Las afirmaciones anteriores, son consistentes con las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia que dicen: 'Cuando las secuelas y riesgos de la reanimación y el tratamiento

invasivo sean superiores a las posibles ventajas para el niño, los intereses deberían indicar que no se inicie ningún intento de resucitación.' [130],[131], .[132] [133]§

Este conocimiento científico debería servir para orientar un debate informado sobre las implicaciones de obligar a una mujer que desea abortar, a un nacimiento prematuro con un feto vivo que seguramente la obligará a vivir como un "ataúd ambulante"[**]

Es importante resaltar que la medicina perinatal no debe influenciar las leyes sobre el aborto. En 2007, el Comité Científico y Técnico del Parlamento del Reino Unido: determinó -según desarrollos científicos relacionados al Acto de Aborto del año 1967- que la evidencia sobre la viabilidad del neonato no justifica limitar la EG en el aborto inducido.[134] La capacidad que tiene la medicina de salvar el producto de un embarazo deseado es completamente independiente del asunto de si una mujer puede – y cuando- realizarse un aborto de un embarazo no deseado. En este sentido, no se encuentra ninguna contradicción entre brindar apoyo a una pareja para lograr un embarazo con técnicas de reproducción asistida y ayudar a una pareja a prevenir embarazos no deseados con métodos anticonceptivos.

6. El dolor y el feto y sus implicaciones para el aborto

---

§ Aunque la viabilidad neonatal se usa para determinar la aplicación de intervenciones medicas en el caso de un parto de un neonato deseado, cualquier parto prematuro (menos de 37 semanas EG) conlleva riesgos. Una revisión de la literatura sobre parto pre-término y desarrollo neurológico en los EE.UU. arrojó que los nacidos pre-término (entre 34 y 37 semanas EG), tienen mayor riesgo que los recién nacidos de más de 37 semanas EG, de desarrollar complicaciones medicas, resultando en mayor mortalidad y morbilidad futura. Esto incluye tasas más altas de ingreso a cuidados intensivos (entre 25% y 88% de neonatos). Por otro lado, los neonatos entre 34 y 36 semanas de EG tienen seis veces mas probabilidad de morir en su primera semana de vida, como resultado de malformaciones congénitas, anormalidades genéticas, sepsis bacteriana, y complicaciones maternas durante el embarazo; y tres veces mas probabilidad de morir antes de su primer año de vida. Estos neonatos también tienen tasas mas altas de alteraciones neurológicas incluida una incidencia hasta 3 veces mayor de parálisis cerebral, 2 veces mas de retraso en el desarrollo, 1.5 veces mas de retraso mental, y hasta 2 veces mas riesgo de requerir educación especial. En el caso de una complicación materna o fetal durante el embarazo, el riesgo de morbimortalidad es aun mas alto. Las consecuencias de esta situación son mas graves si se tiene en cuenta que los partos prematuros, entre 34 y 36 semanas de EG, constituyen el 75% de todos partos pre-término en los EE.UU

** Débora Diniz, Brasil. En Severina. Este concepto fue desarrollado para explicar que cuando una mujer no desea un embarazo o cuando el producto de la concepción es un feto que nacerá muerto o morirá instantes después de haber nacido, la continuación forzada de un embarazo (por falta de acceso al aborto), la convierte en un ataúd.

Otro argumento, comúnmente usado para limitar la EG para el aborto es la posibilidad de que el feto experimente dolor. La revisión científica de la neuroanatomía y fisiología del feto, demuestra que no hay conexiones nerviosas al cerebro cortical antes de las 26 semanas EG y que éstas no están completamente formadas antes de las 29 a 30 semanas EG.[135] [136] Por lo tanto, no hay ninguna base para afirmar que el feto siente dolor antes de esta EG. Una vez desarrolladas las conexiones, existiría la base para producir respuestas corticales frente a algún estimulo, pero esto no es suficiente para sentir dolor porque, como lo resalta una revisión de la evidencia del colegio real de ginecología y obstetricia, la conexión con el cerebro cortical no es suficiente para la funcionalidad y los datos científicos demuestran que la percepción de dolor requiere conocimiento o conciencia, o sea, un desarrollo cognitivo, tanto como una respuesta emocional, que solo se desarrolla después del nacimiento.[137] [138] [139]

Adicionalmente, es importante considerar que los datos sobre la sensación por parte de un neonato no se pueden trasladar a un feto, ya que las condiciones intrauterinas son únicas. La evidencia clínica y experimental demuestra que el feto está activa y constantemente dormido en el útero, por la acción de hormonas de la placenta, y por lo tanto, no está consciente y no puede experimentar dolor.[140] En 2010 un grupo de trabajo sobre conciencia fetal concluyó que no había ningún beneficio en administrar analgésicos específicamente para el feto durante un aborto.[141] En 2007, el Comité Científico y Técnico del Parlamento del Reino Unido (Scientific Developments Relating to the Abortion Act of 1967) determinó que no había evidencia de que el feto fuera consciente del dolor, y además esto *no tiene relevancia con respecto a la legislación sobre* aborto. Adicionalmente, concluyeron que los avances de imágenes del feto (ecografía 4D) no indican que el feto tenga conciencia o percepción.[142] Estos hallazgos no cambian las recomendaciones previas de colegio real de ginecología y obstetricia sobre la administración de medicamentos para la inducción de muerte fetal, cuya indicación no está relacionada con evitar el dolo o la consciencia fetal.[143]

Finalmente, la ecografía, que es el estándar de oro para medir la EG, no es una prueba exacta. Después de las 13 semanas, la EG, medida por ecografía, puede tener un error de más o menos 2 semanas. Esto quiere decir que en el caso de límites de EG, estamos trabajando con una medida que no es exacta y por lo tanto cuando se impone un límite de edad gestacional, el rango de error en cuanto la determinación de la edad gestacional por ecografía podría limitar aun mas el acceso a la IVE a las mujeres.

7. A manera de síntesis: por qué no limitar la edad gestacional?

- El aborto inducido es la terminación deliberada del embarazo de manera que se asegure que el embrión o feto no sobrevivirá.' Esta definición no establece ningún limite de edad gestacional.
- La mayoría de los abortos en el mundo se realizan en el primer trimestre (antes de las 13 semanas de gestación), y a nivel mundial, solo un 10-15% de todos los abortos se realizan después del primer trimestre, y solo el 2% de los abortos son realizados después de las 20 semanas EG
- Establecer un límite de edad gestacional para la interrupción del embarazo, basado en la idea de que conlleva mayores riesgos, contradice todos los estudios realizados en el mundo sobre la interrupción del embarazo, en el segundo y tercer trimestre, que demuestran su seguridad.
- El aborto inducido, particularmente practicado en un contexto legal, es un procedimiento seguro, aun más seguro que un parto a término, incluso cuando se realiza después del primer trimestre.
- Latinoamérica tiene una de las tasas más altas de aborto inseguro en el mundo.
- Cuando el acceso al aborto es ilegal o restringido, el aborto inseguro después del primer trimestre contribuye desproporcionadamente a la morbilidad y mortalidad relacionada con el aborto.

- Colombia, 33% de abortos clandestinos resultan en complicaciones que requieren atención medica, con prevalencias de complicaciones tan altas como el 53% en zonas rurales
- Las leyes sobre aborto deben responder a las necesidades de las personas que requieren los servicios.
- En la ponderación de los derechos que ha hecho la Corte Constitucional en su decisión C-355 de 2006, el derecho de la mujer embarazada se define como superior a los derechos de la vida en gestación. Por lo tanto, si el marco normativo establece que la salud e integridad de la mujer es lo mas importante, esta consideración no puede cambiar con la edad gestacional.
- Según la ley colombiana, no existe una regla general que impida la IVE después de cierto tiempo de gestación. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia estableció que *ninguno de estos servicios podrá imponer restricciones adicionales para el acceso oportuno a la IVE*
- La literatura científica confirma que el establecimiento de límites a la EG conlleva serias consecuencias para el acceso al aborto, especialmente para las mujeres más vulnerables.
- Los límites de edad gestacional que se usan en los diferentes países son límites legales, no médicos como lo describe la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las definiciones de aborto inducido que incluyen un límite a la edad gestacional, están basadas en lo establecido para el aborto espontáneo y no puede extrapolarse al aborto inducido.
- La enorme variación que se observa en el mundo frente a los límites de EG para el aborto, refleja que son con frecuencia aleatorios y basados en opiniones personales o ideologías más que en evidencia científica.
- Imponer barreras como resultado de la limitación en la EG para el aborto es una forma de incitar la búsqueda de abortos inseguros que pueden poner en riesgo la vida de las mujeres y al mismo tiempo causar inequidad al ampliar las brechas socioeconómicas, ya que las mujeres

que tiene recursos van a poder pagar por el servicio donde éste sea accesible.

- Las mujeres son agentes morales autónomos, sujetos plenos de derechos que deben poder evaluar sus opciones cuidadosamente al enfrentarse a un embarazo no planeado.
- No existe una única razón para necesitar un aborto inducido después del primer trimestre, y por lo tanto, las listas cerradas con patologías bajo las cuales podría permitirse, no son funcionales ni justas desde la perspectiva de los derechos.
- Las razones por las cuales se hacen necesarios los abortos después del primer trimestre varían, pero son consistentes entre diferentes países. Por ejemplo, las mujeres colombianas que solicitan el aborto después de la semana 12 experimentan significativamente más barreras para el acceso que las mujeres que llegaron en el primer trimestre de su embarazo y esto las convierte en usuarias potenciales de abortos de segundo o tercer trimestre.
- En Colombia, existen múltiples barreras para el acceso a la IVE, independientemente de la EG y por tanto, limitar la edad gestacional sólo contribuiría a disminuir aún más el acceso a la IVE.
- El aborto después del primer trimestre, si bien es una minoría de los abortos, es una necesidad para algunas mujeres que enfrentan circunstancias particulares, y si bien el acceso al aborto en el primer trimestre es clave, éste no implica que las mujeres dejen de requerir los servicios después del primer trimestre.
- A partir de la semana 13 a 15 de edad gestacional, dos procedimientos; la dilatación y evacuación (DyE) y el aborto por inducción, sin o con la técnica de la inducción de muerte fetal, se pueden utilizar con seguridad. Estas técnicas están recomendadas por la Organización Mundial de la Salud
- La viabilidad neonatal, producto de un embarazo deseado, se usa como argumento para imponer limites de edad gestacional en el aborto, aunque

la variación en las definiciones sobre la viabilidad neonatal demuestran que no hay consenso en cuanto a la definición.

- Es importante tomar atenta nota de que la viabilidad neonatal, conlleva la particularidad de que se trata de un neonato deseado y recién nacido, y por tanto las discusiones en torno a la misma no deben influenciar las leyes sobre el aborto, que se trata de un embarazo no deseado cuyo resultado no se espera que sea un nacido vivo. La capacidad que tiene la medicina de salvar el producto de un embarazo deseado es completamente independiente de la idea de un aborto en casos de embarazo no deseado.
- La viabilidad de un neonato depende de diversas condiciones en cada país pues depende de las capacidades del recién nacido, la oferta institucional donde va a atenderse, las condiciones socio-económicas, y los recursos familiares para el cuidado de un neonato comprometido física o neurológicamente. Por lo tanto, y teniendo en cuenta que la existencia de cuidados intensivos de alto nivel no es una constante de todos los países, ni de todas las zonas dentro de un país, no se pueden extrapolar datos de países desarrollados para determinar los resultados en otros países no desarrollados.
- Otro argumento, comúnmente usado para limitar la EG para el aborto es la posibilidad de que el feto experimente dolor. Revisión científica de la neuroanatomía y fisiología del feto, demuestra que no hay conexiones nerviosas al cerebro cortical antes de las 26 semanas EG y que no están completamente formadas antes de las 29 a 30 semanas EG. Pero las conexiones no son suficientes para sentir dolor porque la percepción de dolor requiere conocimiento o conciencia, tanto como una respuesta emocional, que solo se puede desarrollar después del nacimiento.

REFERENCIAS

[1] Sentencia de la Corte Constitucional C-355/2006. http://www.pasto.gov.co/phocadownload/Genero/Sentencia%20C-355.pdf.

[2] Circular externa de la Superintendencia Nacional de Salud. Código FI-COM U-610102, VERSION: 02. 26 de abril del 2013. *Por la cual se imparten instrucciones sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en aplicación de la constitución política de Colombia, los tratados internacionales y las sentencias de la Corte Constitucional*, *y se deroga la circular no 03 de Noviembre de 2011.*

[3] Sedgh G. Henshaw S.Singh S. Åhman E.Shah IH. Induced abortion: rates and trends worldwide. Lancet 2007;370:1338–45.

[4] Prada E.Singh S. Remez L. Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuenciass, New York: Guttmacher Institute, 2011.Descargado el 5 de agosto 2014 de: https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf.

[5] Organización Mundial de la Salud (OMS). Serie de Informes Técnicos 871 Métodos Médicos de Interrupción del Embarazo 1997. OMS, Ginebra.

[6] Statistical Bulletin: Abortion Statistics, England and Wales: 2006, Department of Health, January 2007

[7] Gammeltoft T. Hang TM. Hiep NT. Hanh NTT. Late-Term Abortion for Fetal Anomaly: Vietnamese Women's Experiences. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):46–56.

[8] George A. Randall S. Late presentation for abortion. British Journal of Family Planning 1996; 22:12–15.

[9] Unuigbe JA, Oronsaye AU, Orhue AA.Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985. Int J Gynaecol Obstet. 1988 Jun;26(3):435-9.

[10] Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. Int J Gynaecol Obstet. 2011 Nov;115(2):121-6.

[11] Prada E.Singh S. Remez L. Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, New York: Guttmacher Institute, 2011.Descargado el 5 de agosto 2014 de: https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf.

[12] Rock LA, Jones HW. TeLinde's Operative Gynecology, 10th edition, USA, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

[13] Rock JA. Jones HW. (eds). TeLinde's Operative Gynecology 10th Edition Philadephia PA. Lippincott Williams & Wilkins 2008.

[14] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. © Organización Mundial de la Salud, 2012. Descargado el 7 de enero del 2104 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[15] Rock LA, Jones HW. TeLinde's Operative Gynecology, 10th edition, USA, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

[16] DeCherney AH. Goodwin TM. Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology, 9th Edition. McGraw-Hill Professional 2007.

[17] Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. Reprod Health Matters. 2010 Nov;18(36):67-89.

[18] Raymond EG. Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012 Feb;119(2 Pt 1):215-9.

[19] Peterson WF. Berry FN. Grace MR. Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. Obstet Gynecol 1983; 62:185–90.

[20] Darney PD. Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. J Ultrasound Med 1989;8:71–75.

[21] Chasen ST. Kalish RB. Gupta M. Kaufman JE. Rashbaum WK, Chervenak FA. Dilation and evacuation at R20 weeks: Comparison of operative techniques. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004;190:180-3.

[22] Pongsatha S. Tongsong T. Intravaginal misoprostol for pregnancy termination. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2004;87:176–177.

[23] Nuutila M. Toivonen J. Ylikorkala O. Halmesmäki E. A comparison between two doses of intravaginal misoprostol and gemeprost for induction of second-trimester abortion. Obstet Gynecol. 1997 Dec;90(6):896-900.

[24] Dickinson JE. Evans SF. The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. Am J Obstet Gynecol 2002;186:470–4.

[25] Langer B. Peter C. Firtion C. David E. Haberstich R. Second and Third Medical Termination of Pregnancy with Misoprostol without Mifepristone. Fetal Diagn Ther 2004;19:266–270.

[26] UK Multicenter Study Group. Oral mifepristone 600 mg and vaginal gemeprost for mid-trimester induction of abortion. An open multicenter study. Contraception 1997;56,361–366.

[27] Hern WM. Laminaria, induced fetal demise and misoprostol in late abortion. IJGO 2001;75:279-86.

[28] Hern WM. Zen C. Ferguson KA. Hart V. Haseman MV. Outpatient abortion for fetal anomaly and fetal death from 15–34 menstrual weeks' gestation: Techniques and clinical management. Obstet Gynecol 1993;81:301– 6.

[29] Kapp N. Borgatta L. Stubblefield P. Vragovic O. Moreno N. Mifepristone in second-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007 Dec;110(6):1304-10.

[30] Cowett AA. Golub RM. Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second trimester pregnancy termination. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2006;194:768–73.

[31] Autry AM. Hayes EC. Jacobson GF. Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 2002;187:393–397.

[32] Drey E. Thomas L. Benowitz N. Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. AJOG 2000;182:1063-66.

[33] Paul M. Lichtenberg ES. Borgatta L. et al. Editors. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion. Philadelphia: Churchill Livingstone 1999.

[34] Isada NB. Pryde PG. Johnson MP. Hallak M. Blassed WB. Evans MI. Fetal intracardiac potassium chloride injection to avoid hopeless resuscitation of an abnormal abortus: I. Clinical issues. Obstet Gynecol 1992;80:296–9.

[35] Planned Parenthood Federation of America (PPFA). Use of Digoxin as a Fetocidal Agent (PPFA) New York, NY, 2007.

[36] Jackson RA. Teplin VL. Drey EA. Digoxin to facilitate later second trimester abortion: a randomized, masked placebo-controlled trial. Obstet Gynecol 2001;97:471-476.

[37] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2012. Descargado el 5 de agosto del 2014 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[38] International Conference on Second Trimester Abortion: Recommendations, March 29–31 2007; Reproductive Health Matters 2008; 16(31 Supplement):205–206.).

[39] Marie Stopes International. Late Abortion: A Research Study of Women Undergoing Abortion between 19 and 24 Weeks Gestation. London: MSI, 2005. Descargado el 14 de enero de 2014 de: http://www.mariestopes.org.uk/documents/Late%20abortion.pdf.

[40] Ingham R. Lee E. Clements SJ. Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):18–29.

[41] Loeber O. Wijsen C. Factors Influencing the Percentage of Second Trimester Abortions in the Netherlands. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):30–36.

[42] UK Department of Health (DOH). An Investigation into the British Pregnancy Advisory Service (BPAS) Response to Requests for Late Abortions. London: DOH office of the Chief Medical Officer 2005. Descargado el 16 de enero de 2014 de: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4119618.pdf.

[43] Finer L. Frohwirth LF. Dauphinee LA. Timing of steps and the reasons for delays in obtaining abortions in the United States. Contraception 2006;74:334–44.

[44] Drey EA. Foster DG. Jackson RA. Lee SJ. Cardenas LH. Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. Obstet Gynecol 2006;107:128–35.

[45] Trussell J. Contraceptive Efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M. Contraceptive Techology: Twentieth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2011. Descargado el 5 de agosto de: http://www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/CTFailureTable.pdf.

[46] Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Profamilia 2010. Bogotá, Colombia. Descargado el 5 de agosto de: http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf.

[47] Bongaarts J. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Stud Fam Plann 1997;28:267-77.

[48] Marie Stopes International. Late Abortion: A Research Study of Women Undergoing Abortion between 19 and 24 Weeks Gestation. London: MSI, 2005. Descargado el 14 de enero de 2014 de: http://www.mariestopes.org.uk/documents/Late%20abortion.pdf.

[49] Ingham R. Lee E. Clements SJ. Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):18–29.

[50] Ingham R. Lee E. Clements SJ. Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):18–29.

[51] Baum S. DePiñeres T. Mora M. Grossman D. Dilación y Barreras al acceso al aborto en mujeres quienes acuden a un IVE en el primer y segundo trimestre de embarazo. Presentado en abril del 2012 en la reunión anual de la NAF, Nueva York, NY, EE.UU.

[52] Prada H. Barreras al aborto legal: la experiencia de Colombia. Presentado en la Tercera Reunión de Investigación Sobre Embarazo no Deseado y Aborto Inseguro, Desafíos de Salud Pública en América Latina y el Caribe. Distrito Federal, México; octubre 2008.

[53] Ministerio de la Protección Social de Colombia. Archivo de la Dirección General de Salud Pública. Oficios enviados por las direcciones territoriales de salud y entidades promotoras de salud; julio 2008.

[54] Foster DG. The Turnaway Study: Preliminary results. Presentado en la reunion de National Abortion Federation (NAF) en abril de 2013.

[55] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. © Organización Mundial de la Salud, 2012. Descargado el 7 de enero del 2104 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[56] UNICEF. Colombia Statistics: Women. 24 diciembre 2013. Descargado el 5 de agosto de: http://www.unicef.org/infobycountry/colombia_statistics.html.

[57] Raymond EG. Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol. 2012 Feb;119(2 Pt 1):215-9.

[58] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. © Organización Mundial de la Salud, 2012. Descargado el 7 de enero del 2104 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[59] Am J Obstet Gynecol. 2006 Mar;194(3):768-73.Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. Cowett AA, Golub RM, Grobman WA.

[60] Second trimester termination of pregnancy: a review by site and procedure type. Turok DK, Gurtcheff SE, Esplin MS, Shah M, Simonsen SE, Trauscht-Van Horn J, Silver RM. Contraception. 2008 Mar;77(3):155-61.

[61] Bryant AG. Grimes DA. Garrett JM. Stuart GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. Obstet Gynecol 2011;117:788-92.

[62] Pazol K. Creanga AA. Burley KD. Hayes B. Jamieson DJ. Abortion surveillance - United States, 2010. Surveill Summ 2013;62(8):1-44.

[63] Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2011. Statistical Bulletin, May 2012. London, Crown, 2012. Descargado el 7 de enero del 2014 de: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213386/Commentary1.pdf.

[64] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. © Organización Mundial de la Salud, 2012. Descargado el 7 de enero del 2104 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[65] Peterson WF. Berry FN. Grace MR. Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. Obstet Gynecol 1983; 62:185–90.

[66] Kafrissen ME, Schulz KF, Grimes DA. et al. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha v.dilatation and evacuation. Journal of American Medical Association 1984;251(7):916–19.

[67] Grimes DA. Schulz KF. Cates W. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. New England Journal of Medicine 1977;296(20):1141–45.

[68] Cates W, Schulz KF, Grimes DA. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. Journal of American Medical Association 1982;248(5):559–63.

[69] Castleman LD. Oanh KT. Hyman AG. Thuy le T. Blumenthal PD. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. Contraception 2006;74:272–6.

[70] Chasen ST. Kalish RB. Gupta M. Kaufman JE. Rashbaum WK, Chervenak FA. Dilation and evacuation at R20 weeks: Comparison of operative techniques. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004;190:180-3.

[71] Autry AM. Hayes EC. Jacobson GF. Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 2002;187:393–397.

[72] Kafrissen ME, Schulz KF, Grimes DA. et al. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha v.dilatation and evacuation. Journal of American Medical Association 1984;251(7):916–19.

[73] Grimes DA. Schulz KF. Cates W. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. New England Journal of Medicine 1977;296(20):1141–45.

[74] Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. © Organización Mundial de la Salud, 2012. Descargado el 7 de enero del 2104 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

[75] Turok DK. Gurtcheff SE. Esplin MS. Shah M. Simonsen SE. Trauscht-Van Horn J. Silver RM. Second trimester termination of pregnancy: a review by site and procedure type. Contraception 2008;77(3):155-61.

[76] Todd CS. Soler ME. Castleman L. Rogers MK. Blumenthal PD. Manual vacuum aspiration for second-trimester pregnancy termination.Int J Gynaecol Obstet. 2003 Oct;83(1):5-9.

[77] Grimes DA. Schulz KF. Cates W. Mid-trimester abortion by dilatation and evacuation: a safe and practical alternative. New England Journal of Medicine 1977;296(20):1141–45.

[78] Cates W, Schulz KF, Grimes DA. Dilatation and evacuation procedures and second-trimester abortions. The role of physician skill and hospital setting. Journal of American Medical Association 1982;248(5):559–63.

[79] Castleman LD. Oanh KT. Hyman AG. Thuy le T. Blumenthal PD. Introduction of the dilation and evacuation procedure for second trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. Contraception 2006;74:272–6.

[80] Wildschut H, BothMI,Medema S, Thomee E,WildhagenMF, Kapp N.Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 1. Art. No.: CD005216. DOI: 10.1002/14651858.CD005216.pub2.

[81] Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception. 2011 Jul;84(1):4-18.

[82] el-Refaey H.Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. Hum Reprod 1995;10,475–478.

[83] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Care of Women Requesting Induced Abortion. London:RCOG Press. 2004.

[84] Dickinson JE, Doherty DA. Factors influencing the duration of pregnancy termination with vaginal misoprostol for fetal abnormality. Prenat Diagn 2009;29:520-4.

[85] Daskalakis GJ, Mesogitis SA, Papantoniou NE, Moulopoulos GG, Papapanagiotou AA, Antsaklis AJ. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. 2005;112:97-9.

[86] Herabutya Y, Chanrachakul B, Punyavachira P. A randomised controlled trial of 6 and 12 hourly administration of vaginal misoprostol for second trimester pregnancy termination. 2005;112:1297-301.

[87] Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol 2002;187:393-7.

[88] Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007 Feb;47(1):23-5.Misoprostol for termination of mid-trimester post-Caesarean pregnancy. Bhattacharjee N, Ganguly RP, Saha SP.

[89] Berghella V, Airoldi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. BJOG 2009;116:1151-7.

[90] Tang OS.Lau WNT.Chan CCW.Ho PC. A prospective randomized comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. BJOG: Int J Obstet Gynaecol 2004;111:1001–5.

[91] Herabutya Y, Chanarachakul B, Punyavachira P. Induction of labor with vaginal misoprostol for second trimester termination of pregnancy in the scarred uterus. Int J Gynaecol Obstet 2003;83:293–7.

[92] Pongsatha S, Tongsong T. Misoprostol for second trimester termination of pregnancies with prior low transverse cesareansection. Int J Gynaecol Obstet 2003;80:61–2.

[93] Dickinson JE. Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. Obstet Gynecol 2005;105:352–6.

[94] Shammas AG, Momani MD. Misoprostol for termination of second trimester pregnancy in a scarred uterus. Saudi Med J 2006;27:1173–6.

[95] Dodd J, O'Brien L, Coffey J. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Feb;45(1):25-9. Misoprostol for second and third trimester termination of pregnancy: a review of practice at the Women's and Children's Hospital, Adelaide, Australia.

[96] Basu JK, Basu D. The management of failed second-trimester termination of pregnancy. Contraception 2009 Aug;80(2):170-3. Epub 2009 Mar 4.

[97] Dilbaz S, Caliskan E, Dilbaz B, Kahraman BG. Frequent low-dose misoprostol for termination of second-trimester pregnancy. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2004 Mar;9(1):11-5

[98] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion Evidence-based Clinical Guideline Number 7. RCOG Press, London, September 2004.

[99] Diedrich J. Drey E. Society of Family Planning Clinical Guidelines. Induction of fetal demise before abortion. Contraception 2010,81:462–473.

[100] Beuhler JW. Schulz KF. Grimes DA. Hogue CJ. The risk of serious complications from abortion: do personal characteristics make a difference? Am J Obstet Gynecol 1985; 153:14-20.

[101] Ferris LE. McMain-Klein M. Colodny N. Fraser Fellows GF. Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. Can Med Assoc J June 1, 1996; 154 (11):1677.

[102] Frick AC. Drey EA. Diedrich JT. Steinauer JE. Effect of Prior Cesarean Delivery on Risk of Second-Trimester Surgical Abortion Complications. Obstet Gynecol 2010; 115:760–4.

[103] Altman AM. Stubblefield PG. Schlam JF. Loberfeld R. Osathanondh R. Midtrimester abortion with Laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. J Reprod Med 1985; 30(8):601-6.

[104] Jacot FR. Poulin C. Bilodeau AP. Morin M. Moreau S. Gendron F. Mercier D. A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. Am J Obstet 1993; 168(2):633-7.

[105] Hodari AA. Peralta J. Quiroga PJ. Gerbi EB. Dilatation and curettage for second-trimester abortions. Am J Obstet Gynecol. 1977 Apr 15; 127(8):850-4.

[106] Patel A. Talmont E. Morfesis J. Peltac M. Gatterd M, Momtaz MR. Piotrowski H, Cullins V. Adequacy and safety of buccal misoprostol for cervical preparation prior to termination of second-trimester pregnancy. Contraception 73 (2006) 420– 430.

[107] Pakter J. Nelson F. Abortion in New York City: The first nine months. Family Planning Perspectives. July 1971; 3(3):5-12.

[108] Peterson WF. Berry FN. Grace MR. Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. Obstet Gynecol 1983; 62:185–90.

[109] Kafrissen ME, Schulz KF, Grimes DA. et al. Midtrimester abortion. Intra-amniotic instillation of hyperosmolar urea and prostaglandin F2 alpha v.dilatation and evacuation. Journal of American Medical Association 1984;251(7):916–19.

[110] DePiñeres T, Baum S, Grossman D. Acceptability and clinical outcomes of first- and second-trimester surgical abortion by suction aspiration in Colombia. Contraception. 2014 May 14. pii: S0010-7824(14)00245-5. doi: 10.1016/j.contraception.2014.05.002.

[111] Lohr PA. Hayes JL. Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database Syst Rev 2008:CD006714.

[112] Robins J. Surago EJ. Early midtrimester pregnancy termination. A comparison of dilatation and evacuation and intravaginal prostaglandin E2. J Reprod Med 1982;27:415-8.

[113] Whitley KA. Trinchere K. Prutsman W. Quiñones JN. Rochon ML. Midtrimester dilation and evacuation versus prostaglandin induction: a comparison of composite outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2011 Oct;2005(4):386.e1-7.

[114] Bryant AG. Grimes DA. Garrett JM. Stuart GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. Obstet Gynecol 2011;117:788-92.

[115] Tietze C. Pakter J. Berger GS. Mortality with legal abortion in New York City, 1970-1972: A preliminary report. JAMA 1973;225:507-509.

[116] Cowett AA. Golub RM. Grobman WA. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. Am J Obstet Gynecol. 2006 Mar;194(3):768-73.

[117] Bryant AG. Grimes DA. Garrett JM. Stuart GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: labor induction compared with dilation and evacuation. Obstet Gynecol 2011;117:788-92.

[118] Rooks J., Cates W. Jr. Abortion methods: morbidity, costs and emotional impact. 3. Emotional impact of D&E vs. instillation. Fam Plann Perspect.1977 Nov-Dec;9(6):276-7.

[119] Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1990 Jun;4(2):391-405.

[120] Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K, Andersen PK. Induced abortion and the risk of breast cancer. N Engl J Med 1997Jan 9;336(2):81-5.

[121] American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, 2008.

[122] Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. Clin Obstet Gynecol 1997 Sep;40(3):673-86.

[123] Baron IS, Rey-Casserly C. Extremely preterm birth outcome: a review of four decades of cognitive research. Neuropsychol Rev. 2010 Dec;20(4):430-52.

[124] Lorch SA, Baiocchi M, Ahlberg CE, Small DS. The differential impact of delivery hospital on the outcomes of premature infants. Pediatrics. 2012 Aug;130(2):270-8.
[125] Field DJ, Dorling JS, Manktelow BN, Draper ES. Survival of extremely premature babies in a geographically defined population: prospective cohort study of 1994-9 compared with 2000-5. BMJ. 2008 May 31;336(7655):1221-3.

[126] Donohue PK, Boss RD, Shepard J, Graham E, Allen MC.Intervention at the border of viability: perspective over a decade. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009 Oct;163(10):902-6.

[127] Hintz SR, Kendrick DE, Wilson-Costello DE, Das A, Bell EF, Vohr BR, Higgins RD; NICHD Neonatal Research Network. Early-childhood neurodevelopmental outcomes are not improving for infants born at <25 weeks' gestational age. Pediatrics. 2011 Jan;127(1):62-70.

[128] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Perinatal Management of Pregnant Women at the Threshold of Infant Viability– the Obstetric Perspective (Scientific Impact Paper No. 41). 2014 Feb

[129] Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, et al. Part 11: Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation 2010; 122 Suppl 2:S516-38.

[130] FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical issues in obstetrics and gynecology. FIGO, October 2012, Descargado el 6 de agosto de: http://www.figo.org/publications/miscellaneous_publications/ethical_guidelines.

[131] Arpino C, Compagnone E, Montanaro ML, Cacciatore D, De Luca A, Cerulli A, Di Girolamo S, Curatolo P. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. Childs Nerv Syst. 2010 Sep;26(9):1139-49.

[132] Arpino C, Compagnone E, Montanaro ML, Cacciatore D, De Luca A, Cerulli A, Di Girolamo S, Curatolo P. Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. Childs Nerv Syst. 2010 Sep;26(9):1139-49.

[133] Baron IS, Rey-Casserly C. Extremely preterm birth outcome: a review of four decades of cognitive research. Neuropsychol Rev. 2010 Dec;20(4):430-52.

[134] House of Commons Science Technology Committee. Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967. Twelfth Report of Session 2006–07, Volume I. Science and Technology Committee, 7 Millbank, London. Descargado el 7 de agosto de: http://www.badscience.net/wp-content/uploads/hc-1045-i-final-abortion-report.pdf

[135] Lee SJ, et al. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. JAMA 2005;294:947–54.

[136] Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. The importance of 'awareness' for understanding fetal pain. Brain Res Brain Res Rev. 2005 Nov;49(3):455-71.

[137] Derbyshire SW. Fetal pain: do we know enough to do the right thing? Reprod Health Matters. 2008 May;16(31 Suppl):117-26.

[138] Merskey H. The definition of pain. Eur Psychiatry 1991:6;153–9.

[139] Royal College of Cobstetricians and Gynecologists. Fetal Awareness Review of Research and Recommendations for Practice. RCOG, RCOG Press, London, 2010.

[140] Mellor DJ, Diesch TJ, Gunn AJ, Bennet L. The importance of 'awareness' for understanding fetal pain. Brain Res Brain Res Rev. 2005 Nov;49(3):455-71.

[141] Royal College of Cobstetricians and Gynecologists. Fetal Awareness Review of Research and Recommendations for Practice. RCOG, RCOG Press, London, 2010.

[142] House of Commons Science Technology Committee. Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967. Twelfth Report of Session 2006–07, Volume I. Science and Technology Committee, 7 Millbank, London. Descargado el 7 de agosto de: http://www.badscience.net/wp-content/uploads/hc-1045-i-final-abortion-report.pdf

[143] Royal College of Cobstetricians and Gynecologists. Fetal Awareness Review of Research and Recommendations for Practice. RCOG, RCOG Press, London, 2010.