

CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL NIVEL III DE PERÚ DURANTE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

CHARACTERIZATION OF THERAPEUTIC ABORTION IN A LEVEL III HOSPITAL IN PERU DURING 12 YEARS OF EXPERIENCE

Enrique Guevara-Ríos^{1,2,3,a}, Luis Meza-Santibañez^{1,3}, Cesar Carranza-Asmat^{1,2,3}, Pedro Arango-Ochante^{3,4,5}, Félix Dasio Ayala-Peralta^{1,2,3,b}, Miguel Gutiérrez-Ramos³, Marcos Espinola-Sánchez⁴

RESUMEN

Objetivo. Describir las características maternas y manejo del aborto terapéutico en mujeres atendidas en un Hospital nivel III de Perú, durante 12 años de experiencia. **Materiales y Métodos.** Participaron todas las gestantes que tuvieron interrupción terapéutica del embarazo. Se revisó el historial médico de pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú, entre el 2009 y 2020. **Resultados.** Fueron atendidas 385 gestantes. La edad media fue 30,4 años; 45% fueron nulíparas; y el 51% tuvo entre 19 y 22 semanas de gestación. Las causas fueron 7,5% por riesgo de la vida de la gestante y 92,5% por riesgo en la salud física y mental de la gestante. El 30% presentaron fetos con múltiples malformaciones. En el 81% se realizó legrado uterino, 15,6% aspiración manual endouterina, seis casos de histerotomía. No hubo casos de muerte materna y las complicaciones fueron del 5,5%. **Conclusiones.** Los casos de interrupción terapéutica del embarazo fueron mayormente para evitar riesgos en la salud física y mental de la gestante. La mayoría presentaba fetos con malformaciones congénitas. Los procedimientos realizados presentaron baja frecuencia de complicaciones maternas.

Palabras clave: Aborto terapéutico; Aborto legal; Solicitantes de aborto. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective. To describe maternal characteristics and bortion in women treated in a level III hospital in Peru, during 12 years of experience. **Materials and Methods.** Observational and retrospective study. All pregnant women who had a therapeutic interruption of pregnancy participated. The medical history of patients treated at the National Maternal Perinatal Institute of Peru, between 2009 and 2020 was reviewed. **Results.** 385 pregnant women were attended. The mean age was 30,4 years; 45% were nulliparous; and 51% had between 19 and 22 weeks of gestation. The causes were 7,5% due to risk of the life of the pregnant woman and 92,5% due to risk in the physical and mental health of the pregnant woman. 30% presented fetuses with multiple malformations. Uterine curettage was performed in 81%, 15,6% manual vacuum aspiration, six cases of hysterotomy. There were no cases of maternal death and complications were 5,5%. **Conclusions.** The cases of therapeutic interruption of pregnancy were mainly to avoid risks in the physical and mental health of the pregnant woman. The majority of the pregnant woman had fetuses with congenital malformations. The procedures performed presented a low frequency of maternal complications.

Keywords: Therapeutic Abortion; Legal abortion; Abortion applicant. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El aborto persiste como problema de salud pública en

países en desarrollo^{1,2}. A pesar de que existe consenso amplio que el aborto es éticamente justificable por razones médicas en diferentes sociedades, el acceso

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal. Departamento de Obstetricia y Perinatología. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Perú.


⁴ Unidad de Investigación, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.


⁵ Instituto de Investigaciones en Ciencia Biomédicas, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.


^a Médico Ginecoobstetra. Profesor Ordinario del Departamento de Ginecología y Obstetricia.


^b Médico Ginecoobstetra. Profesor Ordinario del Departamento de Ginecología y Obstetricia.


 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6962-2639>, Enrique Guera Ríos

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-181-8187>, Luis Meza Santibañez

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-4436-8176>, Cesar Carranza Asmat

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3267-1904>, Pedro Arango Ochante

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>, Félix Dasio Ayala Peralta

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1005-5158>, Marcos Espinola Sánchez

Citar como: Guevara Ríos E, Meza-Santibañez L, Carranza Asmat C, Arango-Ochante P, Ayala Peralta FD, Luna Figueroa AM. Caracterización del aborto terapéutico en un hospital nivel III de Perú durante 12 años de experiencia. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021; 10(4): 11-19

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2021253>

y su implementación varía en diferentes regiones y países en desarrollo³⁻⁵.

En el Perú, el aborto terapéutico está despenalizado desde 1924, pero es a partir del 2014 que se reglamenta y se extiende en el ámbito nacional. Esta medida se realiza por el médico cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente^{6,7}. Según la guía técnica del Ministerio de Salud de Perú, son solo 11 entidades clínicas en las que está indicada la interrupción terapéutica del embarazo, previa aprobación de junta médica^{7,8}.

Actualmente, la práctica de aborto terapéutico, conocimiento del marco legal y difusión en establecimientos de salud es limitado⁹⁻¹¹. La causa más frecuente de acceso al aborto terapéutico es la afectación de la salud mental de las mujeres que tienen embarazos con anomalías congénitas incompatibles con la vida¹². Sin embargo, existen prácticas de aborto que en condiciones inseguras incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad en la gestante¹³.

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características maternas y manejo de aborto terapéutico en un hospital nivel III de Perú, en la experiencia de 12 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo. Estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). El INMP es un hospital especializado del tercer nivel de atención del Ministerio de salud de Perú. La población objetivo fueron las mujeres embarazadas atendidas por aborto terapéutico en el INMP, durante 2009 y 2020. Los criterios de inclusión fue tener registro de solicitud de la paciente para interrupción terapéutica del embarazo, contar con la evaluación y aceptación de la junta médica para interrupción terapéutica del embarazo. No se aplicaron criterios de exclusión.

Se recogió información a partir de la historia clínica de las pacientes con interrupción terapéutica del embarazo. Los datos fueron recogidos en formularios con las variables de interés y manteniendo el anonimato de la identidad de las pacientes mediante codificación alfanumérica.

Variables: Se recogieron variables sociodemográficas de edad categorizada (adolescente de 10 a 19 años, adultas de 20 a menos de 35 años y mayores e igual a 35 años); estado civil (casada, conviviente, divorciada, viuda, soltera); nivel educativo culminado (sin educación, primaria, secundaria, técnico

superior, universitaria); ocupación (ama de casa, profesión dependiente o independiente). Variables del perfil obstétrico de edad gestacional (medidas en semanas según fecha de última regla); número de gestaciones; número de paridad; número de abortos previos; número de hijos nacidos vivos previos. El motivo de la interrupción terapéutica del embarazo fue clasificado en riesgo para la vida de la madre y en riesgo para la salud física y mental de la madre. En el tipo de procedimientos realizados para la interrupción terapéutica del embarazo se identificó uso de misoprostol, aspiración manual endouterina, legrado uterino y/o histerotomía.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de los datos resumiendo las variables numéricas con media, desviación estándar, valores máximo y mínimo, evaluando previamente la distribución normal, mientras que en el caso de las variables categóricas se utilizó su frecuencia absoluta y relativa. Los datos fueron procesados en el programa R versión 3.6.

Consideraciones éticas: Para la realización de la investigación se contó con la aprobación de la investigación por el Comité de Ética de Investigación Institucional y el permiso respectivo del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los datos fueron recogidos a partir de la historia clínica y de forma retrospectiva, posterior al alta hospitalaria, y no hubo contacto con las participantes. Se mantuvo la confidencialidad de los datos, mediante codificación alfanumérica de la identidad.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se registraron 385 casos atendidos por interrupción terapéutica del embarazo. Se evidenció una curva ascendente de casos atendidos desde el 2009 hasta el 2019. Durante el 2020, se produjo una reducción en la atención de la interrupción terapéutica del embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Se evidenció 24 casos atendidos en el 2020 frente a 118 casos que fueron atendidos en el 2019.

Las mujeres atendidas tuvieron entre 10 a 47 años de edad, siendo adolescentes 6,2%, adultas 63,1% y edad materna avanzada 30,6%. Predominantemente presentaron un nivel secundario de educación (54,3%), fueron amas de casa (62,9%) y tuvieron un estado civil de conviviente (57,1%). El aborto terapéutico fue con mayor frecuencia entre las 19 a 22 semanas de edad gestacional (52,2%), seguido de 16 a 18 semanas de edad gestacional (26,0%). En el 46,5% de casos fueron embarazos no deseados y el 64,5% no usaron métodos anticonceptivos (Tabla 1).

Tabla 1. Características de gestantes atendidas por interrupción terapéutica del embarazo.

Características maternas	n = 385	porcentaje
Edad materna		
Adolescentes (10 a 19 años)	24	6,2
Adulta (20 a < 35 años)	243	63,1
Edad avanzada (35 a más)	118	30,6
Rango (años)	10 a 47	
Edad mediana (años)	30	
Nivel educativo		
Primaria	24	6,2
Secundaria	209	54,3
Técnica	60	15,6
Universitaria	92	23,9
Ocupación		
Ama de casa	242	62,9
Trabajo dependiente	20	5,2
Trabajo independiente	123	31,9
Estado civil		
Casada	74	19,2
Conviviente	220	57,1
Soltera	91	23,6
Características obstétricas		
Edad gestacional		
0 a 12 semanas	17	4,4
13 a 15 semanas	67	17,4
16 a 18 semanas	100	26,0
19 a 22 semanas	201	52,2
Gestaciones		
Primigesta	230	59,7
Multigesta	155	40,3
Paridad		
Nulípara	175	45,5
Primípara	115	29,9
Multípara	95	24,7
Antecedente de aborto		
Ninguno	243	63,1
Uno	100	26,0
Dos o más	42	10,9
Antecedente parto vaginal		
No	245	63,6
Si	140	36,4

Antecedente parto cesárea		
No	306	79,5
Si	79	20,5
Embarazo consentido		
No	10	2,6
Sí	375	97,4
Embarazo deseado		
No	179	46,5
Sí	206	53,5
Uso de MAC ±		
No	250	64,9
Sí	135	35,1
Tipo de MAC ±		
Píldoras combinadas	34	25,1
Condón masculino	30	22,2
Inyectable trimestral	23	17,0
Inyectable mensual	17	12,6
Condón femenino	15	11,1
T de cobre	03	2,2
Otro	13	9,6

± MAC: Métodos anticonceptivos. Porcentaje (%) de tipo de MAC en base a 135 pacientes que si usaron MAC.

Fuente: Preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

El 92,5% de casos de interrupción terapéutica del embarazo fue por riesgo de salud materna y en 7,5% por riesgo de muerte materna. En los casos de riesgo de muerte materna, fueron con mayor frecuencia por neoplasia maligna que requería tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia; hiperémesis gravídica

refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal; insuficiencia cardiaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de indicación de la interrupción terapéutica del embarazo.

Indicación de aborto terapéutico	n	% parcial ±	% total ±±
Riesgo de salud materna	29	100	7,5
- Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia	9	31,0	2,3
- Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal	5	17,2	1,3
- Insuficiencia cardiaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento	4	13,8	1,0
- Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical	3	10,3	0,8
- Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco	2	6,9	0,5
- Lupus eritematoso sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento	2	6,9	0,5

- Diabetes mellitus avanzada con daño de órgano blanco	2	6,9	0,5
- Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 MM de HG y saturación de oxígeno en sangre < 85%. Y con patología grave	1	3,4	0,3
- Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo	1	3,4	0,3
Riesgo de salud materna			
- Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la junta médica	356	100,0	92,5

± (%) Porcentaje parcial en base a cada grupo de indicación de aborto terapéutico.

±± (%) Porcentaje total en base a 385 gestantes.

Fuente: Preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

En los casos de riesgo en la salud física y mental materna, principalmente se debió a consecuencia de patologías fetales. Así mismo, 10 mujeres presentaron violencia sexual que afectaron su salud mental, siendo en cuatro mujeres de 10 a 13 años, cuatro mujeres de 14 a 17 años y en 2 mujeres mayores de 18 años.

Entre las patologías fetales se encontraron con mayor frecuencia 116 casos con múltiples malformaciones fetales (30,1%) y 80 casos con anencefalia (20,8%). Mientras que, en las patologías maternas más frecuentes, nueve casos tuvieron neoplasia (2,3%), 5 casos hiperémesis gravídica (1,3%) y cinco casos hipertensión crónica (1,3%) (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de diagnósticos fetales y maternos en gestantes con interrupción terapéutica del embarazo.

Diagnósticos maternos fetales	n = 385	porcentaje
Edad materna		
Múltiples Malformaciones	116	30,1
Anencefalia	80	20,8
Otras patologías neurológicas	35	9,1
Aparato Urinario	33	8,6
Cromosomopatías	33	8,6
Higroma Quístico	32	8,3
Cardiopatía	18	4,7
Otras Malformaciones	15	3,9
Gastrointestinal	9	2,3
Músculo esqueléticas	6	1,6
Ninguna	8	2,1
Patología materna		
Neoplasia	9	2,3
Otra Patología Materna	8	2,1
Hiperémesis gravídica	5	1,3
Hipertensión crónica	5	1,3
Cardiopatía	2	0,5
Diabetes Mellitus	2	0,5
Lesión Neurológica	2	0,5
Lupus Eritematoso	1	0,3
Ninguna	351	91,2

Fuente: Preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Para la interrupción terapéutica del embarazo en todos los casos se usó misoprostol y el 10% recibieron previamente una dosis de mifepristona 24 horas antes. Entre los procedimientos en el 81% se realizó legrado uterino, 15,6% aspiración manual endouterina, seis casos culminaron en histerotomía (1,6%) y en siete casos no hubo ninguna necesidad de algún procedimiento (1,8%). Una cirugía anterior uterina fue el principal factor de riesgo para la histerotomía (tabla 4).

Tabla 4. Descripción de procedimientos realizados en gestantes con interrupción terapéutica del embarazo.

Procedimientos realizados	n = 385	porcentaje
Uso de misoprostol		
Si	385	100
Uso de misoprostol		
No	348	90,4
Si	37	9,6
Aspiración Manual Endo Uterina		
No	325	84,4
Si	60	15,6
Legrado uterino		
No	73	19,0
Si	312	81,0
Histerotomía		
No	379	98,4
Si	6	1,6

Fuente: Preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Respecto a la duración promedio de evacuación uterina, en el 40% de casos fue menor de 24 horas, en 48% de los casos a las 24 horas, en el 7% fue a las 48 horas y en el 5% fue de 72 horas a más. Se presentaron complicaciones en 21 casos (5,5%). Entre las complicaciones directas se observaron nueve casos de hemorragia y dos casos con procedimientos insuficientes. Mientras que, entre las complicaciones indirectas fueron menores, se observaron cinco casos de sepsis (Tabla 5).

Tabla 5. Descripción de complicaciones directas e indirectas en gestantes con interrupción terapéutica del embarazo.

Complicaciones directas o indirectas	n = 385	porcentaje
No	364	94,5
Si	21	5,5
Complicaciones directas	n = 11	porcentaje
Hemorragia	9	42,9
Procedimientos insuficientes	2	9,5
Complicaciones indirectas	n = 10	porcentaje
Hemorragia	5	23,8
Procedimientos insuficientes	5	23,8

Fuente: Preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

DISCUSIÓN

En países en vías de desarrollo existe un subregistro del aborto, existiendo el aborto de carácter clandestino; así mismo, no se tienen cifras exactas respecto a la frecuencia del aborto terapéutico, ni de sus resultados¹⁴. Investigar las características y resultados de la interrupción terapéutica del embarazo bajo normativas del país, permite dar a conocer el estado de servicios de salud accesibles de las mujeres¹⁵.

La edad de las mujeres que participaron de la interrupción terapéutica del embarazo estuvo entre 10 y 47 años, con una media de 29,7 años. La mayoría solo contaba con estudios de nivel secundario y fueron amas de casa. Similares hallazgos respecto a la edad, nivel educativo y ocupación encontrados por Sharifi y col¹⁶. En nuestro estudio se observó una mayor frecuencia de interrupción terapéutica del embarazo entre las semanas 19 a 22 de edad gestacional. Mientras que, en el estudio de Sharif y col¹⁶ este procedimiento se dio principalmente entre las 9 y 17 semanas. Esto debido a diferencias en el límite permitido para procedimientos de aborto terapéutico según regulaciones de cada país.

Entre los hallazgos obtenidos la principal indicación de aborto terapéutico fue debido a riesgo de la salud materna que representó el 92,5%, debido a riesgos en la salud física y mental. Este porcentaje se ha incrementado en los últimos cinco años, con respecto a un estudio peruano, que reportaba el 87% de casos con riesgos en la salud física y mental¹⁷. Las gestantes con riesgo en la salud física y mental materna presentaron en su mayoría un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, alteraciones del aparato urinario y cromosomopatías.

Similares hallazgos encontrados por Ozyncu O y col¹⁸, indicando que la interrupción terapéutica del embarazo fue principalmente por problemas fetales como anomalías congénitas (43,8%), anhidramnios (17,2%) y anomalías cromosómicas (15,1%). Es importante identificar estos casos, dado que existe una necesidad de apoyo a las mujeres que han experimentado la interrupción del embarazo, en especial a las que lo han hecho debido a anomalías fetales, como lo señalado en el estudio de Kamranpour B et al¹⁹. A pesar de ello, las malformaciones congénitas incompatibles con la vida no están consideradas de forma directa entre los criterios reglamentados para la interrupción terapéutica del embarazo en la ley peruana.

Entre las mujeres atendidas por riesgo de su salud mental se encontraron que 10 de ellas presentaron embarazo producto de una violación sexual; de las cuales 8 mujeres fueron menores de edad y de estas cuatro fueron menor de 14 años. Es posible que exista un mayor número de casos similares que no acceden a estos servicios de salud; dado que el Perú ocupa el primer lugar en Latinoamérica en denuncias por violación sexual²⁰. En Brasil aproximadamente 6 niñas por día, entre 10 y 14 años, ingresan a hospitales para someterse a un aborto; sin embargo, en zonas marginales con menores oportunidades sociales el acceso es limitado a estos servicios²¹. En México el 66% de las víctimas de violencia sexual presentan menos de 20 años; y el acceso al aborto terapéutico se ve afectado en la mayoría de casos por el tiempo de espera prolongado, cumplimiento de requerimientos; pasando el tiempo de edad gestacional permitido para realizar dicho procedimiento²². A pesar de que la interrupción terapéutica del embarazo ha sido reglamentada en diferentes países de Latinoamérica, es posible que se requiera mejorar la accesibilidad a estos procedimientos brindando una atención integral, en estos contextos de violencia sexual, en cumplimiento con los derechos de la mujer y leyes vigentes.

En todos los casos de aborto terapéutico se usó el misoprostol para la interrupción terapéutica del embarazo; y en el 10% de casos adicionalmente se utilizó mifepristona, dada la disponibilidad del fármaco en el ministerio de salud peruano. Estos medicamentos son ampliamente usados en el aborto terapéutico, evidenciándose su seguridad y efectividad en el primer trimestre²³; siendo los regímenes combinados los más efectivos en comparación a los agentes individuales²⁴. Así mismo, un reciente estudio en diversos hospitales de Perú evidenció que el uso de mifepristone más misoprostol comparado con el uso de misoprostol solo, presentó una mayor tasa de éxito, menor tiempo de inducción al aborto y menores reacciones adversas o complicaciones²⁵. Mientras que, el uso de medicamentos para la dilatación más evacuación uterina por legrado es el procedimiento

más seguro y frecuente en el segundo trimestre²⁰, lo que también se evidenció en este. Las complicaciones se evidenciaron en el 5,5% de las pacientes del estudio, siendo principalmente por hemorragia y sepsis. Similares resultados reportados por Carlsson I et al²⁶ que indicaron 6,7% de complicaciones del total de las interrupciones, siendo los más frecuentes por hemorragia e infecciones. El riesgo de complicaciones de la interrupción terapéutica del embarazo es bajo; sin embargo, se incrementa conforme avanza la edad gestacional¹⁷.

Las limitaciones en el presente estudio se deben al diseño observacional pudiendo existir sesgo de selección, debido al acceso a estos procedimientos; sin embargo, especificamos ampliamente las características sociodemográficas, obstétricas y motivos del aborto terapéutico de las gestantes incluidas. Se incluyó a todas las gestantes y no se registraron pérdidas de datos en el reporte. La información en las historias clínicas se encontraba completa con los requerimientos legales. Así mismo, el presente estudio recoge ampliamente todos los casos de interrupción terapéutica del embarazo en el periodo de 12 años.

En conclusión, el acceso a la atención del aborto terapéutico estuvo orientado a gestantes cuyo embarazo pone en riesgo su vida o podría generar en su salud física o mental un daño grave y permanente. En la mayoría de casos atendidos la causa fue estar en riesgo la salud física y mental de la gestante (92,5%), siendo principalmente por tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida. En todos los casos se ha utilizado el misoprostol y solo el 10% estuvo asociado a mifepristona; así mismo, de acuerdo a la edad gestacional y la expulsión del producto de la concepción se ha realizado un legrado uterino o una aspiración manual endouterina. Las complicaciones son poco frecuentes, no hubo muertes maternas, ni ingreso a cuidados intensivos. Los procedimientos realizados en el aborto terapéutico presentaron una baja frecuencia de complicaciones maternas.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento: Financiado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), a través de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), como parte del proyecto Advocacy por el aborto seguro en el Perú.

Agradecimientos: A todo el personal que labora en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú, por el servicio que vienen realizando a las gestantes y el apoyo brindado al acceso de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ortiz-Prado E, Simbaña K, Gómez L, Stewart-Ibarra AM, Scott L, Cevallos-Sierra G. Abortion, an increasing public health concern in Ecuador, a 10-year population-based analysis. *Pragmatic Obs Res.* 2017; 8: 129-135. doi:10.2147/POR.S129464
- Joseph K, Whitehead A. Unintended pregnancy and therapeutic abortion in the postpartum period. Is an opportunity to intervene being missed?. *N Z Med J.* 2012;125(1359):30-40. PMID: 22932512.
- Luis Távora-Orozco. II Taller Latinoamericano del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLA-SOG. Aborto legal por causales de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2009;69(2):130-141. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000200009&lng=es
- ACOG. ACOG Opposes Fetal Heartbeat Legislation Restricting Women's Legal Right to Abortion. Accessed May 14, 2021. <https://www.acog.org/en/news/news-releases/2017/01/acog-opposes-fetal-heartbeat-legislation-restricting-womens-legal-right-to-abortion>
- Faúndes A, Miranda L. Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 43: 50-57. doi:10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005
- Chávez-Alvarado Susana. Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria. *Rev. peru. med. exp. salud publica.* 2013; 30(3): 494-499. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300020&lng=es
- MINSA. Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante de acuerdo al artículo 119 del código penal. Primera. 2016. [citado 25 junio 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/285890-guia-tecnica-nacional-para-la-estandarizacion-del-procedimiento-de-la-atencion-integral-de-la-gestante-de-acuerdo-al-articulo-119-del-codigo-penal>
- Aspilcueta Gho D, Ramos Chavez I. Proceso de aprobación e implementación de la "Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal": Para atender casos de aborto por causal salud o terapéutico en el Perú. *An Fac Med.* 2015; 76(4): 397-406. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500011&lng=es
- Távora L. Presentación del Simposio Acceso al Aborto Terapéutico en el Perú. *An. Fac. med.* 2015; 76(4): 393-395. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500010&lng=es
- Miranda O, Ortiz T, Yuen Chon V. Nuevos retos en la protección de la vida y salud de las mujeres. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(3):293-298. doi:10.31403/rpgo.v66i2184
- Suárez MI. El Aborto Terapéutico En America Latina. Especial Mención A Peru. *Revista Gobierno Y Gestión Pública.* 216; 3(1): 69-95. Disponible en: <https://revistagobiernoygestionpublica.usmp.edu.pe/index.php/RGGP/article/view/34>
- Távora L, Macharé P, García S, Guevara E, Cabrera S, Aguilar J, et al. Barriers to access to safe abortion in the full extent of the law in Peru. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2016; 62(2): 153-168. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000200003&lng=es
- Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay: Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Rev Médica Urug.* 2002;18(1): 4-13. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100002&lng=es
- Ramírez BML. Litigio Nacional: interposición de una acción de cumplimiento para la implementación de una guía práctica clínica para el acceso al servicio del aborto. *Promsex.* 2011. [citado 04 julio 2021]. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2012/08/litigio-nacional.pdf>
- Kismödi E, de Mesquita JB, Ibañez XA, Khosla R, Sepúlveda L. Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions. *Reprod Health Matters.* 2012;20(39):31-39. doi:10.1016/S0968-8080(12)39610-9
- Sharifi A, Janatolmakan M, Khatony A. The prevalence and the reasons of issuing permission for therapeutic abortion in department of forensic medicine, Kermanshah, Iran, during 2005 to 2010. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):574. doi:10.1186/s13104-019-4622-4
- Guevara Ríos E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú, 2009-2013. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;62(1):19-30. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100003&lng=es
- Ozyuncu O, Orgul G, Tanacan A, Aktöz F, Guleray N, Fadiloglu E, Beksac MS. Retrospective analysis of indications for termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(3):355-358. doi:10.1080/01443615.2018.1506427
- Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. Supportive needs of women who have experienced pregnancy termination due to fetal abnormalities: a qualitative study from the perspective of women, men and healthcare providers in Iran. *BMC Public Health.* 2019;19(1):507. doi:10.1186/s12889-019-6851-9
- Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. 2010. [citado 12 julio 2021]. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/980/violencia_sexual_la_y_caribe_.pdf
- Bessa MMM, Unigarro Ramirez FD, Días e Almeida KR, da Cruz ÍS, Rolim Neto ML. Rape, child and abortion: From ideologization to rights violation in Brazil. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021; 50(1): 101923. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101923
- Lara D, García S, Strickler J, Martínez H, Villanueva L. El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México. *Gac Médica México.* 2003;139(s1):77-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms0311.pdf>
- Soon JA, Costescu D, Guilbert E. Medications Used in Evidence-Based Regimens for Medical Abortion: An Over-

view. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2016; 38(7): 636-645.

doi:10.1016/j.jogc.2016.04.005

24. Hamel C, Coppus S, Van den Berg J, Hink E, Van Seeters J, Van Kesteren P, et al. Mifepristone followed by misoprostol compared with placebo followed by misoprostol as medical treatment for early pregnancy loss (the Triple M trial): A double-blind placebo-controlled randomised trial. *EClinicalMedicine*. 2021; 32: 100716. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100716.
25. Guevara-Ríos E, Luna-Figueroa A, Gutiérrez-Ramos M, Ayala-Peralta F, Carranza-Asmat C, Arango-Ochante P. et al. Estudio comparativo en el manejo médico del aborto terapéutico entre el uso de mifepristone más misoprostol y el uso de misoprostol solo. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2019;8(4):41-47. doi:10.33421/inmp.2019172
26. Carlsson I, Breding K, Larsson P-G. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):158. doi:10.1186/s12905-018-0645-6

Correspondencia:

Enrique Guevara Ríos.

Dirección: Jr. Santa Rosa Nro 941 - Cercado de Lima 15001. Lima, Perú.

Correo: enriqueguevararios@gmail.com

Teléfono: 992767453