

ATENCIÓN INTEGRAL POSTABORTO, EN EL INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL. 1995-2004

RESUMEN

OBJETIVOS. Evaluar la experiencia en la aplicación del modelo: manejo ambulatorio y atención integral del aborto. **DISEÑO.** Estudio clínico retrospectivo. **LUGAR.** Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), hospital de enseñanza. **PARTICIPANTES.** Mujeres con aborto de menos de 12 semanas. **INTERVENCIONES.** Se analizó los casos de aborto atendidos en la institución, en la década 1995 a 2004. Se comparó los procedimientos efectuados, como legrado uterino instrumental y aspiración manual endouterina (AMEU), así como los diagnósticos que justificaron la intervención quirúrgica. Se evaluó las complicaciones presentadas con AMEU y legrado uterino, la consejería efectuada y los métodos de planificación familiar postaborto, aplicados como parte de la atención integral. **PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS.** Tipo de atención quirúrgica y complicaciones del aborto, consejería postaborto y costos. **RESULTADOS.** Entre los años 1995 y 2004, se atendió en el IEMP 58 757 casos de abortos, de los cuales 19 295 (32,8%) fueron resueltos ambulatoriamente (47,3% en el 2004). El método más usado fue la AMEU (92,1%), habiéndose comunicado pocas complicaciones (1,87%), siendo estas por AMEU insuficiente, hematometra, endometritis postaborto y enfermedad inflamatoria pélvica. La analgesia utilizada fue el bloqueo paracervical con lidocaína o petidina endovenosa. Las pacientes permanecieron en emergencia un promedio de 2 a 4 horas, siendo el costo del manejo del aborto ambulatorio ampliamente ventajoso con relación a un aborto con hospitalización. En 81,1% de los casos se hizo consejería y 50,4% salió con un método anticonceptivo. **CONCLUSIONES.** La clásica atención del aborto con hospitalización en el IEMP ha pasado a ser atención ambulatoria integral en el Servicio de Emergencia. Este modelo, propuesto por el Ministerio de Salud y Pathfinder, para la atención integral postaborto, ha sido validado e institucionalizado por etapas; el proyecto concluyó en el año 2002 y su aplicación es vigente, con amplias ventajas para la paciente y la institución.

PALABRAS CLAVE. Aborto, atención en emergencia, atención integral, aspiración manual endouterina, legrado uterino.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To determine the experience in ambulatory abortion care. **DESIGN.** Clinical retrospective study. **SETTING.** Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), Lima, Peru, a teaching hospital. **PARTICIPANTS.** Women with less than 12-week abortions. **INTERVENTIONS.** We analyzed abortions attended at our institution, in the period 1995-2004. We compared instrumental dilatation and curettage versus intrauterine manual aspiration (IUMA) as well as diagnosis justifying the surgical intervention and complications. **MAIN OUTCOME MEASURES.** Abortion surgical interventions and complications, counsel-

ing and costs. **RESULTS.** Between 1995 and 2004, 58 757 abortions were attended at IEMP, 19 295 (32,8%) of them ambulatory; in year 2004, 47,3% were ambulatory. Intrauterine manual aspiration was the most used method (92,1%); the few complications (1,87%) included insufficient IUMA, hematometra, post abortion endometritis and pelvic inflammatory disease. Paracervical analgesia with lidocaine or intravenous petidine was used. Patients remained in the emergency room about 2 to 4 hours and the ambulatory abortion care cost was amply advantageous in relation to hospitalized care of abortion. Family planning counseling

Pedro Mascaro-Sánchez

Médico Ginecoobstetra,
Instituto Especializado Materno Perinatal

Recibido para publicación: 2 de setiembre de 2007.
Aceptado para publicación: 25 de setiembre de 2007.

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:187-192

was done in 81,1% of cases and 50,4% was discharged with a contraceptive method. **CONCLUSIONS.** At IEMP the classical abortion care with hospitalization has become ambulatory, done in the emergency room. This model proposed by the Peruvian Health Ministry and Pathfinder for integral post abortion care has been validated and gradually institutionalized; the project concluded in year 2002 and its application is in force, with advantages for both patient and institution.

KEY WORDS. Abortion, emergency care, integral care, intrauterine manual aspiration, dilatation and curettage.

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, con un feto menor de 500 gramos y con una medida total de 20 cm o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 cm (Organización Mundial de la Salud) ⁽¹⁾.

En el mundo, cada año ocurren aproximadamente 210 millones de embarazos. Alrededor de 46 millones (22%) finalizan en aborto inducido, entre 10 y 22 millones son abortos clandestinos. Es probable que una vasta mayoría de mujeres haya tenido al menos un aborto para cuando cumpla 45 años ⁽²⁾.

En América Latina y el Caribe, alrededor de 4 millones de mujeres se someten anualmente a abortos ilegales y cientos de miles acuden a hospitales para ser atendidos por emergencias médicas ⁽³⁾.

En el Perú, según el Instituto Alan Guttmacher, en el año 1994, se tiene como cifra 271 150 abortos inducidos ⁽⁴⁾. En el año 2001, según los estudios de Delicia Ferrando, la cifra estimada asciende a 352 000 abortos inducidos. Asimismo, se afirma que 47 de cada 100 mujeres que se someten a aborto sufren complicaciones, lo que vinculado a factores sociales señalan un orden de 64% en las áreas rurales pobres, de 44% en las urbanas pobres y 9% en las urbanas con ingresos altos ⁽⁵⁾.

Las complicaciones médicas varían de grado menor a severo, con riesgos para la vida de la mujer. La probabilidad de complicaciones es más elevada si la mujer se provoca el aborto ella misma o con una persona empírica, que si lo hace un profesional de la salud, teniendo como complicaciones inmediatas

del aborto inseguro, la perforación del útero, hemorragia e infección, en tanto que puede quedar con secuelas de por vida, como el dolor crónico, infertilidad, síndrome de Asherman o la pérdida del útero ^(6,7).

El aborto es un problema de salud pública que afecta más a las mujeres de sectores de menores recursos, entre quienes tienen poco acceso a los servicios médicos seguros o centros hospitalarios. De este modo, si la alta incidencia de abortos clandestinos es reconocida y aceptada, parecería que los esfuerzos deberían ser concentrados en cómo manejar este problema, favoreciendo el acceso a los servicios y a los métodos de planificación familiar, con un indiscutible impacto sobre la salud de la mujer ⁽⁸⁾.

En este contexto, la resolución del aborto hospitalario en el país en los últimos años enfrenta importantes cambios, que superan las tradicionales colas de espera, con internamiento y prolongada estancia hospitalaria, gracias a la mejora de las técnicas para resolución del aborto, en particular, el incremento progresivo de casos resueltos por aspiración manual endouterina (AMEU) ⁽⁹⁾.

Hoy, la tendencia es modificar los clásicos procedimientos con internamiento hospitalario, reemplazando el legrado uterino por la técnica AMEU, para reducir el tiempo de espera, costos, optimizar el manejo del dolor, mejorar la relación médico paciente y brindar una atención humanizada, haciendo énfasis en la consejería e inicio de anticoncepción postaborto, constituyéndose en la atención integral del aborto ^(10,11).

La atención ambulatoria integral postaborto debe ser incorporada a los servicios de salud reproductiva

para mujeres y es una estrategia importante para reducir la morbilidad y mortalidad materna ⁽¹²⁾.

Interesados en contribuir con el conocimiento del manejo y resolución del aborto en el Perú, mostramos la experiencia acumulada en 10 años (1995-2004), revisando la casuística del manejo del aborto en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, que forma parte el proyecto 'Modelo de Atención Ambulatoria', que se inició con un plan piloto en los años 1994 y 1995, para continuar con el proyecto Ministerio de Salud- Pathfinder, entre los años 1997-2002 ⁽¹³⁾. Se ha podido superar las desventajas de estancia hospitalaria prolongada, elevados costos, separación del hogar y el peligro de infección intrahospitalaria, lo cual ha significado ahorro para las pacientes y las instituciones de escasos recursos ⁽¹¹⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó los casos de aborto atendidos en la institución, en la década 1995 a 2004, estableciendo la relación entre abortos hospitalarios manejados ambulatoriamente y el número de partos. El diagnóstico de aborto incompleto se hizo clínicamente o fue confirmado por ecografía, hasta las 12 semanas de gestación. Se comparó los procedimientos efectuados, como legrado uterino instrumental y aspiración manual endouterina, así como los diagnósticos que justificaron la intervención quirúrgica. Se evaluó las complicaciones presentadas con AMEU y legrado uterino, la consejería efectuada y los métodos de planificación familiar postaborto aplicados como parte de la atención integral.

Los pasos seguidos por la paciente en el modelo de atención ambulatoria del aborto en el IEMP son:

- Ingresar por emergencia, donde es evaluada clínicamente en el cubículo por el médico gineco-obstetra, haciéndose la confirmación diagnóstica con ecografía y efectuándose los exámenes de laboratorio.
- Tomada la decisión del procedimiento, se efectúa en tópico la preparación física de la paciente y se inicia la consejería (IEC) y orientación en planificación familiar.
- La paciente pasa a sala de operaciones, donde se hace psicoterapia del dolor; se efectúa analgesia mediante bloqueo paracervical y se procede a la aspiración manual endouterina (AMEU).
- Terminado el procedimiento quirúrgico, la paciente pasa a la sala de recuperación, donde se completa la orientación en salud reproductiva y planificación familiar y se entrega el método anticonceptivo elegido por la usuaria.
- A las 2 horas, como promedio, la paciente es evaluada por el médico asistencial, determinando su alta, dando indicaciones complementarias y citándola para control por consultorio externo, a los 7 días.

Se estableció los costos comparativos de los casos de aborto con manejo ambulatorio con los casos de abortos con hospitalización no infectados ni sépticos y se determinó la diferencia de ahorro generado en el lapso de los últimos 10 años.

Se revisó y analizó los libros, historias clínicas y se observó los procesos en el manejo del aborto en Emergencia del IEMP.

Tabla 1. Relación de abortos y partos atendidos entre los años 1995 y 2004

Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
• Abortos (A)	3 163	3 076	3 569	4 927	5 402	6 426	5 889	7 167	9 961	9 167	58 757
• Partos (P)	20 763	21 366	21 080	18 553	21 516	22 043	21 082	15 782	17 508	20 130	199 823
• Relación A/P	1/6,6	1/6,9	1/5,9	1/3,8	1/3,9	1/3,4	1/3,6	1/2,2	1/1,8	1/2,2	1/3,4
• MA/MM	6/13	4/11	2/9	4/9	1/8	1/4	0/5	1/5	3/10	2/10	24/84

MA/MM: muertes por aborto/muertes maternas

RESULTADOS

En el Instituto Especializado Materno Perinatal, entre los años 1995 y 2004, se atendió 58 757 casos de aborto, notándose una tendencia al incremento del número de casos en los últimos años (Tabla 1). La relación abortos / partos disminuyó progresivamente en los años 2002 a 2004. El índice promedio de esta relación en los 10 años estudiados fue de 1 aborto por cada 3,4 partos.

Las muertes por aborto tendieron a disminuir, sobre todo a partir del año 1999, con un total en la década de 24 muertes por aborto, de un total de 84 muertes maternas producidas en este periodo (Tabla 1).

En el Instituto, se ha atendido en este periodo 19 295 abortos ambulatorios, en emergencia, notándose un incremento progresivo del número de abortos resueltos en la emergencia y manejados ambulatoriamente. Se aprecia que el porcentaje mayor se da a partir del año 1999 (35%), llegando en

el año 2004 a constituir 47,4% de casos de abortos atendidos bajo esta modalidad (Tabla 2 y Figura 1).

La práctica del AMEU se inició en el Instituto en el año 1994 y al año siguiente fue incorporada como una alternativa para la resolución del aborto y manejo ambulatorio, incrementándose progresivamente y alcanzando, el año 2004, 4182 casos de aborto, que hacen el 96,3%, disminuyendo los casos de LU instrumental, que solo llegaron a 160 casos (3,7%). El porcentaje promedio en esta década fue 8,2% de casos resueltos con legrado uterino y 91,8% con AMEU (Tabla 3 y Figura 1).

En la atención del aborto en emergencia, el mayor número de casos fue por aborto incompleto, 11 007 (60,6%), seguido de aborto frustrado, 6 008 (33,1%), aborto molar, 30 casos (0,2%), y otros, 1 124 (6,2%), que incluyó los casos de hemorragia anormal, pólipos, biopsia endometrial, DIU extraviado y embarazo ectópico. Es de notar el

Tabla 2. Tratamiento ambulatorio del aborto: 1995-2004

Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Total de abortos	3 163	3 076	3 569	4 927	5 402	6 426	5 889	7 167	9 961	9 167	58 757
Manejo ambulatorio	265	182	552	831	1 893	2 270	2 502	2 825	3 633	4 342	19 295
% manejo ambulatorio	8,4	5,9	15,5	16,9	35,0	35,3	42,5	39,4	36,5	47,4	32,8

Tabla 3. Manejo ambulatorio del aborto

Años	Procedimientos				Total
	LU		AMEU		
	N	%	N	%	
• 1995	156	58,8	109	41,1	265
• 1996	35	19,2	147	80,8	182
• 1997	59	10,7	493	89,3	552
• 1998	69	8,3	762	91,7	831
• 1999	188	10,0	1 705	90,0	1 893
• 2000	268	11,8	2 002	88,2	2 270
• 2001	259	10,4	2 243	89,6	2 502
• 2002	186	6,6	2 639	93,4	2 825
• 2003	195	5,4	3 438	94,6	3 633
• 2004	160	3,7	4 182	96,3	4 342
Total	1 575	8,2	17 720	91,8	19 295

Figura 1. Manejo ambulatorio del aborto. Servicio de Emergencia 1995-2004

incremento de los casos de aborto frustrado, hecho que se explica por la práctica de diagnóstico ecográfico que se viene haciendo, obligando a una conducta intervencionista inmediata, como solución del problema. No se encontró casos completos, en los años 1995 a 2001, por no existir un registro adecuado, estando 137 casos no consignados con diagnóstico específico.

Entre los años 2002 a 2004, se atendió ambulatoriamente en emergencia con AMEU 10 663 casos de aborto, catalogándolos como complicaciones postaborto 238 casos (2,3%) (Tabla 4).

En este mismo periodo, se presentaron 47 (8,7%) casos de complicaciones con el legrado uterino, de un

total de 541 legrados uterinos efectuados en la emergencia (Tabla 5).

Los procedimientos quirúrgicos de atención del aborto se efectuaron con analgesia a base de lidocaína (bloqueo paracervical), en 10 242 casos, petidina en 7 154 casos (39,4%), lidocaína más petidina en 591 casos (3,3%) y fentanilo 50 casos (0,3%). Es preciso señalar que en muchas circunstancias se usó el analgésico/anestésico disponible, siendo más frecuente el empleo del bloqueo paracervical con lidocaína, como la mejor práctica alternativa analgésica.

Del total de abortos atendidos en emergencia de la Institución, tanto con LU o AMEU (18 159 casos),

en 14 712 (81%) se efectuó consejería (Tabla 6). Esta orientación a la paciente fue realizada por las enfermeras asignadas en estas áreas, en el momento del postaborto, lo cual permitió intervenir en la fase de mayor motivación y, con conocimiento y consentimiento informado de la paciente, comenzar metodología anticonceptiva.

Las pacientes atendidas ambulatoriamente salieron de la institución con método anticonceptivo. Del total de 18 159 pacientes, 9 157 recibieron anticonceptivos (50,4%) [orales 4 247 (23,2%), inyectables 3 140 (17,3%)], 1 425 (7,8%) obtuvieron preservativos y 199 casos, dispositivos intrauterinos (1,1%). Es pertinente señalar

Tabla 4. Complicaciones con el empleo de AMEU, años 2002 a 2004

Complicaciones	2002	2003	2004	Total N (%)
	N	N	N	
• AMEU insuficiente	42	38	48	128 (1,2)
• Hematometra post AMEU	12	17	25	54 (0,5)
• Enfermedad Inflamatoria pélvica	12	16	11	39 (0,4)
• Endometritis postaborto	4	10	3	17 (0,2)

Tabla 5. Complicaciones con legrado uterino, años 2002 a 2004

Complicaciones	2002	2003	2004	Total N (%)
	N	N	N	
• Endometritis postaborto	2	5	9	16 (2,9)
• Legrado uterino insuficiente	2	5	4	11 (2,0)
• Hemorragia postaborto	2	4	2	8 (1,5)
• Perforación uterina	3	2	2	7 (1,3)
• Síndrome de Asherman	1	2	2	5 (0,9)

Tabla 6. Consejería, 1998 a 2004

Años	Procedimiento		%
	AMEU y LU	Consejería	
• 1998	831	705	84,8
• 1999	1 893	1 566	82,7
• 2000	2 270	1 991	87,7
• 2001	2 502	1 939	77,5
• 2002	2 782	2 170	78,0
• 2003	3 595	2 960	82,7
• 2004	4 286	3 381	78,9
Total	18 159	14 712	81,0

lar que en ocasiones no hubo insumos de manera regular en el programa. Por esta razón, en los últimos años se nota una tendencia a disminuir el porcentaje de casos de anticoncepción postaborto, precisamente por la carencia de insumos (Tabla 7).

El costo del aborto con hospitalización es mayor para la paciente y la institución, alcanzando una cifra promedio de 84,08 dólares, frente a un costo de 16,16 dólares para los casos de aborto con manejo ambulatorio (Tabla 8), lo que ha significado un ahorro de 67,92 dólares por paciente; lo que hace un monto promedio de 1 310 516,40 dólares, equivalente a 4 324 704,10 nuevos soles, que se ha ahorrado en la última década.

Tabla 7. Anticoncepción postaborto (métodos administrados): 1998-2004

Años	AMEU y LU	DIU	Orales	Inyectable	Preservativos	Tableta vaginal	Total
• 1998	831	49	239	189	32	–	509
• 1999	1 893	45	624	377	156	17	1 219
• 2000	2 270	55	763	407	262	73	1 560
• 2001	2 502	18	416	495	223	56	1 208
• 2002	2 782	14	660	512	178	–	1 364
• 2003	3 595	10	761	552	321	–	1 644
• 2004	4 286	8	784	608	253	–	1 653
Total	18 159	199	4 247	3 140	1 425	146	9 157
%	Postaborto	(1,1%)	(23,4%)	(17,3%)	(7,8%)	(0,8%)	(50,4%)

Tabla 8. Costo de la atención del aborto*

	Manejo ambulatorio	Hospitalización
• Remuneraciones	6,05	8,06
• Materiales y medicinas	9,22	74,45
• Gastos indirectos	0,54	0,72
• Gastos administrativos	0,35	0,85
Total	16,16	84,08

* Fuente: Unidad de Costos del Instituto Especializado Materno-Perinatal

DISCUSIÓN

La incidencia de abortos en el Instituto Materno Perinatal se ha incrementado en los últimos años, sobre todo a partir del año 2000, lo que revela que el aborto continúa siendo un problema médico, social y de salud pública⁽¹⁴⁾.

Los casos estudiados lo constituyen en su mayoría abortos incompletos de menos de 12 semanas (60,6%). Sin embargo, es de apreciar que el 33,1% de casos lo constituyen abortos frustrados, hecho que se explica porque en la actualidad los diagnósticos se hacen con el apoyo de la ecografía, en emergencia, motivando la intervención quirúrgica inmediata y ya no el internamiento para estudio⁽¹⁵⁾.

Tradicionalmente, los casos de aborto en el Instituto Materno Perinatal eran hospitalizados y permanecían varios días sin resolverse el caso, incrementándose la estancia hospitalaria y generando elevados costos para la paciente y la institución⁽¹⁶⁾.

El número de casos atendidos ambulatoriamente ha ido aumentando hasta llegar al 47,4% en el año 2004. No obstante, el 53% se explica por ser el Instituto Materno Perinatal un servicio de alta complejidad, que atiende casos graves, y por la conducta conservadora de algunos profesionales en el manejo del aborto.

El proceso de implementación e institucionalización de la práctica del AMEU y del manejo ambulatorio con atención integral del aborto fue progresivo, pasándose por varias etapas, desde la atención en horas de la mañana en emergencia, la atención de 12 horas en el día y la atención en las 24 horas en los últimos años, permitiéndonos alcanzar en el año 2004 el 96,3% de los casos resueltos con la técnica AMEU y manejo ambulatorio⁽¹⁷⁾.

Es evidente las enormes ventajas que nos trae la resolución inmediata del aborto y el manejo ambulatorio⁽¹⁸⁾. Sin embargo, el estudio efectuado nos muestra importantes complicaciones a tener en cuenta, como es el caso del AMEU insuficiente (128 casos en 3 años), lo que revela la necesidad de establecer la ecografía de control luego del procedimiento, en los casos de duda, para evitar estas complicaciones. Asimismo, se encontró 54 casos de hematometra luego del AMEU, hecho que se explica por la

limitada apertura del cérvix y cierre posterior, motivando retención de sangre y coágulos en la cavidad uterina, siendo necesario que los médicos tratantes expliquen a las pacientes sobre esta posibilidad y se advierta la necesidad de volver al servicio, si es que hay ausencia total de sangrado en los días posteriores. En los casos de endometritis postaborto, mucho tiene que ver el antecedente de foco infeccioso que trae la paciente y la rigurosidad en la asepsia, hecho que también amerita el control y necesidad del seguimiento de la paciente.

La tendencia actual es el tratamiento integral de la paciente. No es suficiente la resolución del aborto, sino que es pertinente cumplir todas las etapas, que modifiquen el tradicional procedimiento hospitalario de LU por AMEU, reduzcan el tiempo de espera (2 a 4 horas como promedio), mejoren el manejo del dolor -para lo cual se viene utilizando el bloqueo paracervical con lidocaína al 2%-, mejoren las relaciones paciente-prestador de servicio, haciendo énfasis en la consejería sobre anticoncepción postaborto, utilización de material impreso y salir del servicio con un método anticonceptivo moderno, de ser el caso.

Resulta importante disminuir los costos de estos procedimientos, sobre todo cuando se trata de atenciones en los servicios públicos, por cuanto el aborto con manejo

hospitalario irroga un costo de 84,08 dólares, mientras que el aborto manejado ambulatoriamente con AMEU solo cuesta 16,16 dólares. Si consideramos los costos de estos procedimientos durante la década estudiada, habríamos ahorrado aproximadamente 1 310 516 dólares americanos.

Uno de los aportes de esta experiencia es el superar las viejas barreras administrativas que, al ser muy engorrosas y no funcionar permanentemente, obligaban al internamiento de la paciente. Disponer de un sistema que agilice los procesos administrativos, tenga la oportuna e inmediata intervención quirúrgica, camas disponibles para reposo y observación; así como el servicio de alta con Caja abierta las 24 horas del día, para el pago correspondiente, nos han permitido dinamizar los procesos y transitar de un modelo clásico hospitalario a un modelo innovador ambulatorio, con atención integral, para el manejo del aborto.

Con esta experiencia acumulada durante 10 años, podemos afirmar que el modelo 'Atención Integral Post Aborto Ambulatorio' resulta adecuado, desde el punto de vista técnico, médico y administrativo, porque contempla diversos aspectos del tratamiento del problema, con muchas ventajas para la usuaria y las instituciones públicas de Salud, generalmente carentes de recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Argentina. 2003.
2. Cardich R, Carrasco F. Visiones del aborto: nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto. Movimiento Manuela Ramos, 1993.
3. IPAS: Adelantos en el tratamiento del aborto. 1997;3(1).
4. Alan Guttmacher Institute (AGI). Serrin responsibility, women, society and abortion worldwide. New York. 1999.
5. Ferrando D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Flora Tristán-Pathfinder International. Mayo, 2002.
6. Population Council INOPAL III: Avances y retos en la investigación operativa de la atención post aborto. Nueva York. 1998.
7. Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano, perspectivas para un análisis, estrategias para la reducción. Revista Médica. Uruguay. 2003.
8. Chávez S. Atención humanizada del aborto inseguro. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. 2003.
9. Lamas M. Aborto: viejos problemas y nuevos dilemas. Perinatal. Reproducción Humana. 2004;18:34-43.
10. Guzmán A, Ferrando D, Tuesta L. Tratamiento del aborto incompleto: aspiración manual endouterina vs. legrado uterino, en el Instituto Materno Perinatal de Lima, Perú. Pathfinder Internacional. 1995.
11. Gutierrez M. Model for counseling in post abortion care. Presented at the 130th APHA. Philadelphia, USA, 2002.
12. Pacheco J. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2ª Edición. REP SAC. 2007.
13. Soto R, Ayala P, Farfán B. Experiencia institucional en el manejo del aborto no complicado del primer trimestre. AMEU. Instituto Materno Perinatal, 1997.
14. Manual del Curso Nacional Aborto y Salud Pública Reproductiva. Instituto Materno Perinatal- Ex Maternidad de Lima. Lima, 2001.
15. Távora L, Orderique L. Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública. Rev Per Ginecol Obstet. 2004;50(3):176-80.
16. Bachmann C. Adolescencia, riesgo reproductivo: El aborto como riesgo reproductivo. Lima. 1998.
17. Gutierrez M. Training model for PAC attention at Public Sector Hospitals. Presented at the 129th APHA, Boston, USA, 2001.
18. Távora L, Mimbela J, Núñez. Atención del aborto incompleto no complicado. Experiencia hospitalaria con 3 técnicas, evaluación de costos y planificación familiar post aborto. Lima, Perú: IPPF. 1996.