

ARTÍCULO ORIGINAL

ANÁLISIS DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ABORTO INCOMPLETO EN UNA MUESTRA DE PROVEEDORES DE SALUD EN OBSTETRICIA DE ECUADOR

Dr. Wilfrido León^{1,2,3}, Dr. Eduardo Yépez^{1,2}, Mónica Cárdenas⁴, Dra. Fabiola Carrión⁴, Octavio Miranda¹⁻⁵

RESUMEN

Objetivos: analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tiene una muestra voluntaria de proveedores de salud en obstetricia asistentes al XXI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia del Ecuador sobre muerte materna, leyes nacionales y tratamientos relacionados al aborto incompleto.

Material y Métodos: Se realizó una intervención investigativa transversal descriptiva y analítica a través de encuestas en una muestra voluntaria simple de 101 profesionales. Se aplicó una encuesta tipo Likert, estructurada, validada y basada en experiencias nacionales y de la región, acerca de datos generales y sociodemográficos del encuestado, conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna; actitudes acerca del manejo del aborto inseguro; y acerca de la práctica de prescripción de misoprostol y tratamiento quirúrgico por aspiración.

Resultados: Se analizaron 94 encuestas. La población encuestada tiene un promedio de edad de 44,2 años, 16 años promedio de práctica, con relación estable la mayoría, hijos un 75% y religión católica declarada en 89,36%. La religión influyó en sus respuestas en 41,49%. Un 60,64% de la muestra corresponde a obstetras, gineco obstetras 25,5% y médicos 13,83%.

En cuanto a conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna determinan el aborto de alta prioridad pues atienden pacientes públicas y privadas, con una frecuencia alta de abortos inducidos previos.

Consideran la ampliación de motivos para aborto en la ley con la proyección de reducción de mortalidad aunque los casos aumenten. Un 44,68% consideran no restrictiva la Ley ecuatoriana; y para un 35% es poco necesaria la existencia de un protocolo de atención. La mayoría están de acuerdo con las indicaciones

contempladas en la ley; sin embargo, 23,41% consideran no debería haber causales para el aborto, un 26,6% contempla la posibilidad de denunciar el aborto y un 56,4% no practica el aborto dentro de la legalidad por motivos religiosos.

En su mayoría consideran suficientes sus conocimientos de derechos reproductivos, se sienten solventes respecto a la consejería en misoprostol, aunque la insatisfacción respecto a consejería de aborto inducido es alta en 59,57%.

Un 25% están en desacuerdo de la efectividad de misoprostol, aunque un 67,02% lo consideran de primera elección para aborto incompleto. A un 40% le resultó más fácil su uso que el quirúrgico. Un 58,51% consideran que el proveedor debe decidir el método a recibir para un aborto y no la paciente, y tiene un 58,5% preocupación por la infección posaborto. Un elevado 74,47% consideran el ultrasonido como indispensable para el diagnóstico inicial de aborto incompleto y un 80,85% para confirmar el éxito del uso de misoprostol. Curiosamente más del 89% de encuestados leerán y discutirán más del tema.

Conclusiones: Los conocimientos técnicos de los proveedores encuestados se encuentran en un nivel aceptable, sin embargo, las actitudes y prácticas que privilegien a las mujeres con un manejo seguro, correcto, fundamentado en derechos y en las mejores metodologías terapéuticas quedan en deuda evidente en esta muestra de profesionales mayoritariamente de género femenino.

Se debe implementar estrategias efectivas de divulgación, sensibilización e implementación de buenas prácticas de atención del aborto que permitan que se interiorice en los proveedores la garantía de derechos con la que se debe atender a las mujeres ecuatorianas con cuadros de aborto incompleto.

Palabras clave: Aborto, conocimientos, actitudes, prácticas, médicos gineco-obstetras.

¹ Gineco-Obstetra FESGO

² Docente Universidad Central de Ecuador

³ Docente Universidad Católica del Ecuador

⁴ Planned Parenthood Global

⁵ Docente Universidad UNIANDÉS

SUMMARY

Objectives: to examine the level of knowledge, attitudes and practices which has a voluntary sample of health care providers at Obstetrician attending the 21st National Congress of gynecology and obstetrics of the Ecuador on maternal death, national laws and treatments related to the incomplete abortion.

Material and methods: a descriptive and analytic cross-sectional investigative intervention through surveys took place in a simple voluntary sample of 101 professionals. Applied a structured survey validated and based on national experiences and of the region, General information and demographic of the respondent, theoretical knowledge about the epidemiology of the abortion and maternal death; attitudes about the management of unsafe abortion; and about the practice of prescription of misoprostol and surgical aspiration.

Results: 94 surveys were analyzed. The surveyed population has an average of 44.2 years, 16 years old average practice, with the most stable relationship, children Catholic religion declared by 89,36% and 75%. Religion influenced their responses to 41.49%. 60,64% of the sample corresponds to midwives, ob obstetricians 25.5% and medical 13.83%.

Enlargement of reasons for abortion is considered the law with reducing mortality projection although cases increase. A 44,68% considered not restrictive it law Ecuadorian; and for a 35% is little required the existence of a protocol of care. Most are in accordance with the particulars referred to in the Act; However, 23.41% believe there should not be grounds for abortion, a 26.6% contemplates the possibility of denouncing abortion and a 56.4% does not practice abortion within the law for religious reasons.

Mostly considered insufficient their knowledge of reproductive rights, feel solvents with respect to counseling in misoprostol, although dissatisfaction regarding induced abortion counseling is high at 59.57%.

25% are in disagreement about the effectiveness of misoprostol, although a 67,02% consider it of first choice for incomplete abortion. 40% found it easier to use than the surgical. A 58.51% consider that the supplier must decide the method to receive an abortion and not the patient, and has a 58.5% concern by postabortion infection. A high 74,47% consider the ultrasound as indispensable for the initial diagnosis of incomplete abortion and 80,85% to confirm the success of the use of misoprostol. Curiously, more than 89% of respondents read and discuss over the issue.

Conclusions: The expertise of providers surveyed are at an acceptable level, however, attitudes and practices that favour women with safe driving, correct, based on rights and on the best therapeutic methodologies remain indebted evident in this sample of professionals mostly women. Guarantee rights that must attend Ecuadorian women with incomplete abortion pictures must implement effective strategies for dissemination, awareness and implementation of good practices of abortion care that allow that it committed suppliers.

In terms of theoretical knowledge about the epidemiology of the abortion and maternal death determine the abortion of high priority because they attend public and private patients with a high frequency of previous induced abortions.

Key words: abortion, knowledge, attitudes, practices and medical Ob / Gyn.

INTRODUCCION

El aborto incompleto sigue contribuyendo de manera desproporcionada a la morbilidad y mortalidad materna en los países en desarrollo.¹⁻²⁻³⁻⁴ Se estima que un tercio se realiza bajo condiciones inseguras.⁵ El aborto incompleto puede ser manejado con conducta expectante, quirúrgica o con fármacos. Durante muchos años, el manejo quirúrgico ha sido el patrón de atención en todo el mundo, y su seguridad y eficacia fueron bien comprobadas en el contexto de una atención médica de alta calidad.⁴ Conocer y aplicar la opción de un aborto medicamentoso con prostaglandinas tiene la ventaja de que se proporciona de manera segura, fácil y su costo es inferior, comparado con los métodos quirúrgicos.

La disponibilidad y aplicación de un aborto quirúrgico mediante aspiración por vacío o dilatación y legrado es más compleja por la dificultad de contar con todos los requisitos para su realización. A esto le sumamos las leyes y reglamentaciones nacionales que pueden diferir la atención de las pacientes con este tipo de aborto.⁵

Afecta en particular a las mujeres con desfavorables condiciones socio – económicas y que tienen dificultades de acceder al sistema de salud.¹⁻³

Los profesionales del equipo de salud relacionados directamente al manejo del aborto deben disponer de conocimientos, actitudes y prácticas que le permitan ofrecer a las mujeres la mejor calidad de atención desde una perspectiva integral y de derechos, para garantizar la salud sexual y reproductiva actual y futura de la mujer.³⁻⁴

El abordaje de la atención del aborto debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos y como un deber de todo profesional de la salud; para mejorar significativamente la salud materna, neonatal y reproductiva se debe apoyar intervenciones basadas

en la mejor evidencia disponible dentro de un marco de derechos y de promoción de la salud. 4-5-6-7

La Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia (FESGO) dentro del "Plan de Implementación de Buenas Prácticas en el Marco de la Evidencia científica para el manejo adecuado de las causas de Mortalidad y Morbilidad Materna en el Ecuador" que lleva a cabo desde hace algunos años ha puesto de relevancia la necesidad de disponer de datos respecto a los conocimientos y las conductas de sus asociados para direccionar un proceso de capacitación continua que es una parte de la misión de una organización científica nacional que agremia a gineco-obstetras de todo el país.

De acuerdo a estadísticas del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC),⁸ los egresos por aborto siguen siendo los más numerosos y estarían relacionados a la morbi mortalidad materna.

Optimizar la atención integral del aborto es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal⁹ y en las prioridades de investigación de salud 2013- 2017 del Ministerio de Salud Pública¹⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una intervención investigativa transversal descriptiva y analítica en más del 20% de asistentes al XXI Congreso nacional de Ginecología y Obstetricia, realizado del 13 al 16 de mayo de 2015 en la Ciudad de Ambato en Ecuador. Se obtuvo el llenado de las encuestas en una muestra no intencionada simple de 101 individuos que participaron voluntariamente. La recolección de datos estuvo a cargo del equipo consultor, y su análisis se realizó entre junio y agosto del 2015.

El instrumento sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto fue diseñado por una consultoría a partir de encuestas empleadas en estudios regionales y una experiencia previa local. 11-12-13- 14

Se realizó la revisión del instrumento de autollenado por expertos locales e internacionales y dos profesionales de salud sexual y reproductiva docentes universitarios, participaron en la validación (face validity).

El cuestionario final constó de 10 preguntas abiertas de información personal manteniendo la confidencialidad y el anonimato del participante (edad, sexo, religión, estado civil, número de hijos, años de práctica, sector de trabajo, casos de aborto por mes y tratamiento farmacológico); y de 44 preguntas tipo Likert divididas en cuatro objetivos:

- conocimientos teóricos acerca de la epidemiología del aborto y la muerte materna;
- actitudes acerca del manejo del aborto fuera de la Ley ecuatoriana;
- acerca de la práctica de prescripción de misoprostol (mecanismos de acción, indicaciones, eficacia, efectos adversos, contraindicaciones, legalidad en nuestro medio y forma de administración); y,
- tratamiento quirúrgico por aspiración (disposición para emplear el método y recomendarlo, accesibilidad, consejería e indicaciones).

Las preguntas realizadas se distribuyeron de acuerdo a los objetivos específicos planteados, correspondiendo a la siguiente conformación de la encuesta por tipo de preguntas: 6 de conocimientos, 18 de actitud y 22 de prácticas relacionadas a aborto incompleto.

Los datos fueron revisados e ingresados a la base de datos Excel, y analizados con estadística descriptiva dependiendo de las variables y los propósitos del estudio. Una vez establecidos los resultados de acuerdo a su distribución porcentual y de frecuencias fueron agrupados en tablas. El estudio contó con el apoyo técnico financiero de Planned Parenthood.

RESULTADOS

De las 101 encuestas recibidas, se analizaron 94; se excluyeron 7 encuestas por gran cantidad de preguntas no contestadas o doblemente contestadas (tasa de inclusión de 93%).

Respecto a la información general de los participantes se encontraron los siguientes resultados:

Las edades del grupo encuestado oscilaron entre 24 y 68 años, con un promedio de 44,2 años. Existió un predominio del sexo femenino (77,66%), de estado civil casados o unidos (58,51%), seguidos de solteros (28,72%) fueron la mayoría; tiene hijos un 75,53% en un rango de 1 a 3 o más.

Refirieron ser profesantes de religión católica o cristiana la mayoría (89,36%). La religión influyó mucho en sus respuestas en esta encuesta en un 41,49%, frente a un 43,62% que están en desacuerdo con dicha influencia. Un 55,32% de participantes asisten de manera muy regular a los oficios religiosos.

Los encuestados ejercen su actividad profesional en el ámbito público en un 43,63%, en el privado en 32,97% y en ambos ámbitos el 23,4%.

La práctica profesional en Obstetricia se distribuyó de 1 a 10 años con 34,04%, de 11 a 20 años de práctica el 27,66%; de 21 a 30 años el 20,21%; un 7,45% tiene práctica de 31 a 40 años. El promedio de años de práctica es de 16 años.

Mayoritariamente la muestra encuestada fue de obstetras con 60,64%, gineco-obstetras en 25,5% y médicos en 13,83%

Un 59,57% de encuestados indicaron que han tratado casos de aborto en los últimos 6 meses. Con un promedio mensual de 4,54 casos; un 65,95% de dichos encuestados mencionaron haber tratado de 1 a 10 casos, un 3,19% trató de 11 a 20 casos y un 4,26% más de 21 casos.

Las preguntas relacionadas a la epidemiología de la muerte materna y aborto incompleto arrojaron los siguientes resultados:

Respecto a la consideración de que en Ecuador la muerte materna por aborto incompleto es un grave problema de salud, un 81,91% están de acuerdo y en total acuerdo con este problema de salud pública.

Consideran que sus conocimientos de derechos sexuales y derechos reproductivos son suficientes en un 74,47%.

Sienten tener la solvencia necesaria para hacer consejería en métodos de aborto en un 62,77%.

Un elevado 74,47% de participantes consideran el uso del ultrasonido como indispensable para el diagnóstico inicial de aborto incompleto.

La religión influyó mucho en sus respuestas en esta encuesta en un 41,49%, frente a un 43,62% que están en desacuerdo con dicha influencia. Un 55,32% de participantes asisten de manera muy regular a los oficios religiosos.

En un 96,81% están de acuerdo que un servicio posaborto debería incluir tratamiento y/o transferencia para Planificación familiar.

La sensación de insatisfacción al realizar asesoría acerca de aborto inducido es de un 59,57% con un 22,34% de personal satisfecho.

Luego de esta encuesta, en 89% y 90% los encuestados creen que en los próximos 3 meses leerán más acerca de aborto inseguro y hablarán – discutirán con sus colegas del tema aborto.

Las preguntas relacionadas a la ley ecuatoriana y aborto incompleto encontraron los siguientes resultados:

Un 55,32% de participantes consideran que la ley ecuatoriana respecto al tema aborto es restrictiva y para un 35,11% la existencia de un protocolo para atender a las mujeres que solicitan un aborto dentro de la ley es poco necesaria.

Si las indicaciones contempladas en la Ley ecuatoriana se extendieran, un 57,45% de encuestados están de acuerdo en que las atenciones por aborto aumentarían, sin embargo, un 66% consideran que las muertes maternas disminuirían.

Creer que la ley ecuatoriana debe permitir el aborto en casos de discapacidad mental un 72,34%; en casos de peligro para la salud y la vida de la mujer en un 80,85%, se reduce a 64,89% en casos de violación; y, consideran que no deberían existir causales para el aborto en un 23,41%.

En su práctica clínica obstétrica la frecuencia de atención de pacientes que se han practicado un aborto inducido en algún momento de su vida es muy frecuente en un 57,45%

En los casos que atienden sospecha de aborto inducido, la determinación de atenderla con total apego al secreto profesional se encuentra en un 82%; contemplan algún tipo de denuncia del caso en 26,6%, frente a una oposición a la denuncia en un 46,81%.

Cuando acude al establecimiento una mujer con una complicación de aborto, es tratada con respeto a sus derechos humanos en un 84,05%, con apoyo psicológico y consejería en un 83%, y con atención médico-quirúrgica en un 73,41%

Si una mujer le solicitara un aborto en las condiciones que la ley actual establece, se lo practican apenas en un 29,8% pese a estar dentro de lo legal. Un 57,45% que no lo hacen, y un 56,4% no lo practican por motivos religiosos.

Si se lo solicita fuera de la ley actual, dan consejería e información sobre tratamiento farmacológico en un 44,68% y no están de acuerdo en esta consejería un 42,56%

Curiosamente frente a estas respuestas, un 79,8% luego de esta encuesta tendrá una actitud activa y participativa sobre las leyes de aborto (el alcance de esta encuesta no permite distinguir el tipo de participación que tendrán, a favor o en contra). Respecto a las preguntas relacionadas al uso de misoprostol y aborto incompleto se tuvo los siguientes resultados:

Consideran de primera elección ofrecer misoprostol como un tratamiento para aborto incompleto un 67,02% Por la experiencia, usar un método medicamentoso para tratar aborto incompleto de menos de 12 semanas

es igual de efectivo y seguro que el tratamiento quirúrgico en un 60%, un 25% están en desacuerdo con su efectividad y un 59% de acuerdo con su seguridad similar al tratamiento quirúrgico

Un método medicamentoso para el tratamiento de aborto incompleto es de fácil uso en un 60,64% y en 44,68% están de acuerdo con el fácil acceso de un método medicamentoso para el tratamiento de aborto incompleto.

Comparado con el método quirúrgico, aplicar el método farmacológico para tratar aborto incompleto de menos de 12 semanas le resultaría o resultó más difícil en un 42,56%, les resultó fácil en un 40,43%

Están de acuerdo en que el proveedor de servicio debe ser quien decida el método de evacuación en paciente con hemodinamia estable en un 58,51% y no están de acuerdo en un 26,6%

El reporte de uso previo de prostaglandinas para uso en aborto en la consulta médica es muy frecuente en un 47,88%

El proveedor de servicio obstétrico tiene en la consejería un componente vital en 67% en el uso de misoprostol.

Su preocupación es alta respecto al riesgo infeccioso con el uso de misoprostol en aborto incompleto o diferido en un 57,45%

El ultrasonido lo consideran indispensable para confirmar el éxito del tratamiento farmacológico de aborto incompleto en un 80,85%

Respecto a las preguntas relacionadas al uso de aspiración endouterina (AMEU) y aborto incompleto se tuvo los siguientes resultados:

Si una paciente con aborto incompleto está estable hemodinámicamente, seleccionar su método de evacuación con asesoría (por Ej., misoprostol vs. AMEU) es responsabilidad de la paciente en un 46,81%, comparado con un 42,55% que no la hacen escoger.

El uso de ultrasonido es indispensable para la confirmación de éxito del tratamiento de aborto incompleto con AMEU (aspiración endouterina) en un 58,51% de la muestra estudiada.

El legrado instrumental uterino es de primera elección para un aborto de menos de 12 semanas para el 25,53%, mientras que en un 58,51% no le consideran ya de primera elección.

DISCUSIÓN.

La muestra voluntaria de encuestados es mayoritariamente de mujeres profesionales relacionadas a la salud sexual y reproductiva, con

relaciones maritales estables, amplia experiencia profesional, con hijos y religión católica en su mayoría. En este grupo humano, la identificación de conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a muerte materna por aborto incompleto nos permite visualizar que los encuestados consideran la relación muerte materna – aborto un verdadero problema de salud pública.

Para abordar esta problemática pública mencionan que sus conocimientos de derechos sexuales y reproductivos son suficientes, sin embargo, la asesoría que la realizan con solvencia les deja una sensación de insatisfacción pese a que contemplan un servicio de atención posaborto integral.^{13,14,15}

La práctica clínica de esta muestra reporta en 50% la intención de aborto provocado actual o en el pasado.^{15, 16}

Consideran que la ley ecuatoriana al respecto no es muy liberal y que si las indicaciones se ampliarían el número de atenciones aumentaría reduciendo las muertes maternas por aborto inseguro. Esta ampliación de indicaciones tiene más predisposición hacia la discapacidad mental y las condiciones de peligro para la salud y la vida de la mujer, reduciéndose esta actitud respecto a la violación y en un inaceptable porcentaje consideran que no se debería permitir bajo ningún causal. Muchas publicaciones hacen afirmaciones favorables al respecto.^{11, 12}

En el caso de atender un caso de aborto provocado lo atiende en altos porcentajes con apego al secreto profesional, con apoyo psicológico y consejería y con atención médica – quirúrgica. Sin embargo, una inaceptable cuarta parte de encuestados contemplaría algún tipo de denuncia contra la paciente, y un 60% no le practica un aborto aunque la paciente esté dentro de las causas contempladas en la ley. En más de 50% el motivo tiene vinculación con la religión del proveedor constituyéndose en objetores de conciencia, al además no brindar consejería e información sobre aborto seguro a aquellas pacientes que se encuentren fuera de las indicaciones contempladas por la ley ecuatoriana. Un 40% se resiste a que sea la paciente quien pueda opinar y elegir el método de tratamiento del cuadro de aborto. Si ambas opciones son apropiadas, se debe respetar la decisión de la mujer.^{17,22} Se impone entonces una mayor capacitación en el tema, tomando como ejemplo las pautas estipuladas por la OMS.¹⁸ y otros estudios.¹⁹

Llama la atención que en partes iguales están de acuerdo y desacuerdo en la necesidad de contar con un protocolo de atención a las pacientes con un aborto contemplado por la ley.

La identificación de conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a buenas prácticas como el

uso basado en evidencia de misoprostol y aspiración manual endouterina (AMEU) en el manejo del aborto incompleto, se encuentran porcentajes preocupantes de falta de confianza en el método farmacológico frente al quirúrgico en cuanto a efectividad, seguridad, riesgo infeccioso y facilidad de administración; se evidencian elevadas reacciones de desacuerdo con la disponibilidad fácil del tratamiento farmacológico, pese a que lo consideran de primera elección y un componente vital para la consejería en el manejo del aborto. Un preocupante 25% aun considera el uso del legrado instrumental como beneficioso frente a metodologías terapéuticas probadas como misoprostol y AMEU.^{20, 21}

Identificar conocimientos, actitudes y prácticas del grupo de encuestados acerca de factores relacionados a uso de aspiración manual endouterina (AMEU) para manejo del aborto incompleto.

Se debe Implementar estrategias educativas que consigan discontinuar la dependencia excesiva del ultrasonido para el manejo del aborto, tanto para el diagnóstico como para la verificación exitosa del tratamiento farmacológico.

La participación en la encuesta les motivará a leer más en el corto plazo acerca de aborto inseguro, conversar al respecto con sus colegas y a tener una actitud más activa y participativa sobre las leyes del aborto (aunque esta encuesta no tiene el alcance de determinar en qué dirección será dicha participación).

Es altamente preocupante el nivel de desconocimiento presente en un tema que encierra muchos dilemas de diferente índole como es el aborto; la ausencia de respuestas y las respuestas que reflejan incertidumbre alcanzaron en esta muestra un 15%. Se debe trabajar arduamente desde todas las aristas vinculadas a esta problemática para clarificar aspectos fundamentales del manejo respetuoso, de calidad, basado en derechos y evidencias en los temas relacionados al aborto seguro.

Nuevos estudios deben ser realizados en una población más amplia de gineco-obstetras federados e intervenciones educativas y de sensibilización para mejorar la calidad de atención del aborto.

Contribuciones de autoría

Miranda, O., Yépez, E., y León, W. diseñaron la intervención; elaboraron las encuestas y realizaron el análisis e interpretación de los resultados; Yépez, E., Miranda, O., Cárdenas, M. y Carrión F. revisaron las encuestas y resultados; León, W. escribió el manuscrito.

Planned Parenthood (PPFA) brindó apoyo técnico y financiero para la realización de la presente intervención.

Todos/as los autores aprobaron la versión final.

BIBLIOGRAFIA

1. Fáundes, A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Oct; 119 Suppl 1:S68-71.
2. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD007223.
3. León, W. Yépez, E. Manejo Ambulatorio del Aborto Incompleto. Importancia de su implementación. En: *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.* Vol XXI. Enero – Agosto 2014. ISSN 1390-4132 / ISSN 1390-4124.
4. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl 2):S186–9.
5. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Nov 9;(11):CD002855.
6. Mbizvo MT, Chou D, Shaw D. Today's evidence, tomorrow's agenda: implementation of strategies to improve global reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 May;121 Suppl 1:S3-8.
7. GTR. Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C., PAHO, 2003 <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/DCEI.pdf> Acceso 15/02/2010
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC 2010.
9. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008.
10. www.msp.gob.ec. Prioridades de investigación en salud 2013 – 2017.
11. Távara, L.; Orderique, L. "Aspectos epidemiológicos del aborto y sus repercusiones en salud pública". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2004; 50(3): 176-180.
12. Távora, L. Sacsá, . Conocimientos, actitudes y prácticas de médicos ginecoobstetras peruanos en relación al aborto. PROMSEX. 2008
13. Yépez E, Hermida C, León W, et al. Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador. Material de abogacía. MSP-UNFPA LAC-FCI-AECID. Marzo 2010.
14. León, W. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre aborto incompleto en una muestra de médicos gineco - obstetras de Ecuador. 2016. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.*
15. WHO. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4th ed. Geneva: WHO, 2004.

16. IPPF. Muerte y negación: Aborto Inseguro y Pobreza. International Planned Parenthood Federation. 2006
17. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
18. Távora, L. Seminario Taller Bioética y Salud Sexual y Reproductiva. Relato Final. Colegio Médico del Perú. 2009
19. Carino, G. Barroso, C. Ward, V. Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud. En: Briozzo, L. El aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Dedos, 2008
20. Ipas, Las evidencias hablan por sí solas: diez datos sobre aborto. Chapel Hill. 2010
21. Rao, K.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2006; 20: 421-432.
22. Távora, L; Jacay, Sh.; Dador, J.; Chávez, S. Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2009.
23. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd edition. World Health Organization. 2012.
24. CLACAI – Ipas. Misoprostol y aborto con medicamentos en Latinoamérica y el Caribe. CLACAI – Ipas. Lima, 2010.
25. Faundes, A. et al. Uso del Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2a ed. FLASOG, 2007, p. 96.
26. Ipas. 2010. Guía de estudio sobre el aborto con medicamentos. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.
27. Cook, R. J.; Dickens, B. M.; Fathalla, M. F. Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá: ProFamilia, 2003.