

*La *Dra. Ana Carolina Rojas, experta ginecóloga colombiana, explica detalladamente en el siguiente artículo cómo es un bebé a los 6 meses de embarazo, los métodos para realizar un aborto, los riesgos para la salud de las mujeres; y finalmente ofrece su opinión tras la sentencia del 21 de febrero de 2022, con la que la [Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto hasta las 24 semanas o 6 meses de gestación.](#)*

¿Cómo es un bebé de 24 semanas?

Un feto de 24 semanas mide alrededor 30 centímetros y tiene un peso aproximado de 560 gramos (1). Es importante saber que, desde las 8 semanas, en su etapa embrionaria, ya completó la organogénesis, es decir, todos sus órganos ya iniciaron su desarrollo.

Así, un bebé de 24 semanas (2,3,4,5,6):

- Tiene un latido cardíaco regular desde el día 21 de vida embrionaria (3 semanas).
- Se mueve activamente, flexiona y extiende sus piernas y brazos y empuña sus manos.
- Realiza movimientos de succión, bostezo y responde a estímulos sonoros (sonidos fuertes, voz materna) y luminosos.
- Tiene cejas, pestañas y posee expresiones faciales.
- Sus dedos tienen huellas digitales únicas y uñas.
- Sus riñones producen orina.
- Sus genitales externos están diferenciados.
- Deglute líquido amniótico (desde la semana 10), presentando hipo ocasional.
- Ha completado 5 de las 6 etapas del neurodesarrollo humano. La primera etapa se llama neurulación primaria, en la cual se forma el tubo neural, estructura base para la organogénesis del sistema nervioso y finaliza entre la semana 3-4 de gestación, es decir, incluso antes que la mujer sepa que esta embarazada.
- A partir de la semana 13, ya empieza la diferenciación de células madre en neuronas y células glías (células que llevan la información nerviosa), las cuales empiezan a proliferar y luego migran hacia la corteza cerebral, y son las que nos dan las características como seres humanos ya que nos permiten movernos, pensar, hablar, disfrutar, etc. Posteriormente, se da la organización neural que ocurre alrededor de las 20 semanas de gestación hasta algunos años postnatales.
- Para la semana 21-24, también sus pulmones empiezan a producir una sustancia llamada surfactante, vital para la función respiratoria y, de esta manera, el sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el inicio del intercambio gaseoso a las 24-28 semanas.

¿Puede sentir dolor?

El primer requisito esencial para la nocicepción (percepción del dolor) es la presencia de receptores sensoriales que se desarrollan primero en la zona perioral (alrededor de la boca) en torno a las 7 semanas de gestación. (8,9).

A partir de ahí, se desarrollan en el resto de la cara y en las superficies palmares de las manos y las plantas de los pies desde las 11 semanas. (8, 10) A las 20 semanas, están presentes en toda la de la piel y las superficies mucosas. (8, 10)

De esta manera, las vías periféricas del dolor (que van de la piel hasta cordón espinal) se forman en el embrión humano desde la semana 7, es decir, desde este momento siente y es capaz de

reaccionar ante estímulos dolorosos y estresantes, presentando respuestas vegetativas autonómicas como: hipertensión y taquicardia. (7).

Hacia la semana 16, la vía espinotalámica (del cordón espinal hasta el tálamo), termina de formarse, es decir, el sistema nervioso central percibe ya la información de dolor y responde a esta.

Por último, la vía talamocortical (del tálamo a la corteza cerebral) termina su desarrollo hacia la semana 23-24, dándole una percepción consciente al dolor (9,10), sin embargo, esto no implica que antes no se sufra, ya que como mencioné, el neurodesarrollo previo permite la percepción y sensación del dolor desde la semana 7, pero con diferentes respuestas. (7,9,10)

Es decir, **un feto de 24 semanas siente dolor (7,8,9,10) y muere dolorosamente, con un sufrimiento indescriptible, en un aborto.**

¿Cómo sería un aborto de un bebé hasta las 24 semanas?

Existen 3 tipos de métodos abortivos:

1. **Aborto farmacológico:** aquel que es mediado solo por medicamentos, ya sea mifepristona en combinación con misoprostol, o misoprostol solo, por lo general antes de las 10 semanas de forma ambulatoria. (11,12)
El misoprostol es un análogo de la PgE1 y actúa induciendo contracciones uterinas que ocasionan maduración del cuello uterino, es decir, su apertura y adelgazamiento, que lleva a la expulsión del contenido intrauterino. (13,14,15)
La mifepristona, es un medicamento anti-progesterona. (16,17,18) La progesterona, hormona del embarazo, mantiene la quiescencia uterina, es decir, que mantiene el útero sin contracciones para proteger al embrión o feto.
La mifepristona, al bloquear el efecto de la progesterona, ocasiona contracciones uterinas que llevan al desprendimiento de los productos de la gestación y el embrión o feto y, también a la apertura del cuello uterino, lo que finalmente ocasiona la expulsión. (13,14,16).
2. **Aborto quirúrgico:** que incluye la AMEU-aspiración manual endouterina (por debajo de las 15 semanas) (11, 12,19) o dilatación y extracción (D&E) + legrado, que se realiza desde la semana 15 a las 20 (11,12,19). Para ambos procedimientos, se realiza:
 - a) Dilatación del cuello uterino (11,12,19): donde colocan un espéculo vaginal para observar el cérvix y dilatar el orificio cervical externo con unas varillas de metal llamados dilatadores de Hegar que van aumentando en tamaño para abrirlo.
Esta dilatación puede realizarse con o sin maduración cervical previa, es decir, con un fármaco llamado prostaglandina (como el misoprostol) que facilita la apertura y dilatación cervical. (11,12)
 - b) Posteriormente, realizan la extracción o evacuación del feto y limpieza de la cavidad uterina mediante la utilización de instrumentos:
 - a. En la aspiración manual endouterina- AMEU donde se inserta una cánula, es decir, un tubo de plástico, de 10-12 mm de diámetro, que se conecta al aspirador. (11,12,19)
Este aspirador tiene una fuerza de succión 10 a 20 veces más fuerte que la aspiradora de casa. Como no existe aún osificación fetal, los huesos son débiles y frágiles, lo que les permite utilizar la aspiración por debajo de las 15 semanas.

- b. En la dilatación y evacuación (11,12,19), succionan el líquido amniótico y, como el feto en estas edades gestacionales no cabe por ese catéter y sus huesos no se destruyen al estar osificados, el abortista toma una pinza Foster (pinza con dientes que permiten tomar un tejido sin que se suelte) y va tomando partes fetales y hala fuerte hasta extraer todas las partes fetales. Al llegar a la cabeza fetal, se debe tomar y aplastar, y cuando sale líquido blanco a través del cérvix, se ha aplastado el cerebro fetal y entonces, remueven los pedazos de cráneo, la placenta y terminan de limpiar el útero con una legra o cureta (instrumento que raspa la cavidad uterina para dejarla limpia).

3. Feticidio (Inducción de Asistolia Fetal): que realizan desde las 20 semanas en adelante, y en el cual, con guía ecográfica a través del abdomen de la madre, efectúan la inyección fetal intracorpórea o intramniótica de 1-1.5 mg de betametil digoxina o, más comúnmente, la inyección intracardiaca de cloruro de potasio para ocasionar un paro cardíaco. (20,61,62,63)

Posteriormente realizan la maduración del cérvix y/o inducción del parto farmacológica. Es decir, la madre debe tener trabajo de parto, donde al final parirá un bebé muerto.

¿Cuáles son los riesgos de un aborto?

Es necesario conocer todos los posibles efectos adversos y complicaciones que puede tener un procedimiento abortivo, médico o quirúrgico, en la mujer, porque difundir este conocimiento no es ser alarmistas, es cumplir con nuestro deber médico de informar en totalidad sin omitir u ocultar (consentimiento informado).

Las mujeres que se someten a un aborto farmacológico pueden presentar: efectos adversos a los medicamentos abortivos como: diarrea, (13-16,21-26) emesis, (13-17, 21-26) dolor pélvico severo, (13-17,21,22,24,25) fiebre, (13,15,21,22,24,25,27) cefalea (13,15,16,21,24-26) y reacción alérgica (15,17); también aborto incompleto con requerimiento de manejo quirúrgico, en el 3.6-38.5% según el trimestre (13-18,21,22, 28-30); sangrado vaginal que dura aproximadamente 9 a 16 días (4,6,8,9,10,14,19) y que puede ser abundante en el 10% (14,17), con necesidad de manejo médico y quirúrgico urgente; infección en el 0.2-4% (13,15-18,22,29,30-35); y ruptura uterina en el 0.4% de las pacientes con cicatriz uterina previa.(22,36)

El desarrollo de un cuadro clínico con infección, comúnmente endometritis, posterior al manejo del aborto con misoprostol o mifepristona, se han reportado en menos del 1% de los casos (0.21-1.33%) en el I trimestre (13-18, 27,29,31,32) y en alrededor del 4% en el II trimestre.

Sin embargo, estudios recientes evidencian casos de infección fatal con consecuente sepsis severa y choque séptico de origen bacteriano (por *Clostridium sordellii*) posterior al uso de misoprostol vaginal para el manejo del aborto; (13-15,27,33-35,37-39) aducido a una especie de efecto inmunosupresivo que favorecería la pobre respuesta del huésped a la instauración de la inoculación bacteriana. (16,40,41)

Tal fue el caso de [María del Valle González López](#), presidente de la juventud radical en Mendoza y activista proaborto argentina, que muere a sus 23 años por una sepsis severa secundaria a un aborto legal con misoprostol el 11 de abril del 2021.

Por su parte, el aborto quirúrgico se puede asociar a complicaciones como: hemorragia severa (42,43) en el 2.3-16% (44) con requerimiento transfusional y manejo quirúrgico (en algunas ocasiones histerectomía); perforación uterina en el 1.8% (44,45,46); desgarro cervical en el 3.8%

(47,48,49); lesión de órganos intraabdominales en el 0.8-2%, (50) con la realización perentoria de intervenciones médicas y quirúrgicas y, los consiguientes riesgos inherentes de estas; e infección, hasta en el 5% (42,45,51-55) que según su severidad, puede ocasionar sepsis severa y muerte en el 0.2-1% de las pacientes. (56,57).

Por último, a largo plazo, la fertilidad posterior de estas mujeres puede verse afectada ya que la recurrencia de estos procedimientos se ha asociado a infertilidad secundaria, por la presentación del síndrome de Asherman (58,59) y, a parto pretérmino, por incompetencia cervical. (60)

En cuanto al feticidio, la inyección intramniótica de digoxina se ha asociado a vómito en el 16% (64,65) y a inicio del parto extrahospitalario, previo a la admisión de la paciente para inducción del parto, en el 0.5%, (64,66,67).

La inducción de asistolia fetal también puede generar, aunque mucho menos frecuente: infección, (68,69,70) coagulopatía, (71) y la administración inadvertida de cloruro de potasio en la vasculatura materna, generando paro cardíaco. (72)

Y, aquí, reitero solo hable de los posibles riesgos a la salud física de la mujer. Pero, recordemos que la salud es integral, y también debe contemplar la dimensión social y psicológica de nuestras pacientes.

¿Qué opina del fallo de la Corte Constitucional sobre el aborto?

No tengo palabras para describir lo que como gineco-obstetra sentí al conocer el fallo de la Corte Constitucional.

El dolor inunda mi corazón y la de todos los obstetras que realmente somos fieles a nuestra vocación. Ser obstetra es, por definición, el médico que consagra su vida al cuidado de la salud de la mujer y de su hijo durante el embarazo, parto y puerperio. No cumplir con esta misión, es dejar de serlo.

El aborto es un fracaso social, no estamos solucionando ninguna de las problemáticas, económicas o familiares, ni dando apoyo emocional y psicológico a la mujer que lo necesita. Solo le estamos diciendo, no tenemos NADA para ofrecerte, entonces mata a tu hijo.

No hay una actitud más miserable, como sociedad, que esta.

Además, el aborto va en contra de nuestra Constitución y de los principios sobre los cuales nuestra patria se ha erigido.

El artículo 11, acorde siempre con los tratados de derecho internacional, es claro: “El derecho a la vida es INVOLABLE. No habrá pena de muerte.”(73), y para los médicos es indiscutible, la vida inicia desde la concepción.

Por último, es evidente que el aborto, desde la medicina es absolutamente abominable. No solo, genera SIEMPRE la muerte de uno de nuestros pacientes, sino que como hemos visto, puede estar asociado a múltiples riesgos y complicaciones para la salud de la mujer.

Y, seguramente, después de llegar a este punto, puede haber 2 posturas: algunos dirán “todos los procedimientos tienen complicaciones” y a ellos les digo: eso es cierto, pero la diferencia radica en que, asumo los riesgos, sí y solo sí, mi paciente necesita ese procedimiento y si los beneficios están por encima de los riesgos, porque esa es la definición de un **procedimiento médico que promueve la salud**.

Este NUNCA es el caso del aborto inducido.

Otros dirán, “los porcentajes son bajos, no seamos alarmistas”, bueno a ellos debo decir: primero, estas cifras son mujeres, son mis pacientes, y, segundo, ¿si usted fuera médico, realizaría un procedimiento, sabiendo que su paciente no lo necesita, no ha demostrado ser beneficioso con evidencia de alta calidad y que tiene los riesgos que he mencionado?

Si su respuesta es SÍ, esta es la definición de negligencia médica. Si su respuesta es NO, no nos pidan hacerlo.

**La Dra. Ana Carolina Rojas es médico con énfasis en Investigación y Ginecóloga & Obstetra de la Universidad de La Sabana. Certificada en Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en el Instituto Valenciano de Fertilidad, Relaciones Familiares y Sexualidad - IVAF en España. Tiene un Diplomado en Endocrinología Ginecológica de la FUS (Fundación Universitaria Sanitas), es miembro de Ginecólogos por La Vida Colombia y de la Plataforma Ciudadana Unidos por La Vida Colombia.*

Es creadora de AMORIS plena, un espacio de acompañamiento profesional a parejas que quieren vivir el amor a plenitud a través del aprendizaje de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad.

REFERENCIAS:

1. THE ENDOWMENT FOR HUMAN DEVELOPMENT, INC. 2001-2022:
<https://www.ehd.org/prenatal-summary.php>
2. Cabanyes Truffino, J. El comportamiento fetal: una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano. Rev Pedr Aten Primaria. 2014;16: 251.e101-e110
3. SADLER TV (2000) Langman's Medical Embriology, Lippincott Williams & Wilkins, pp:3.
4. Gómez, M. Desarrollo embriológico y evolución anatomofisiológica del corazón (Primera Parte). Vol. 79, Núm. 2 • Marzo-Abril 2012 pp 92-101
5. Williams. Obstetricia. McGraw Hill. 23 Edición. 2006
6. Pearson. Part 2: The Beginnings of life- Chapter 2: prenatal Development.
<https://www.pearsonhighered.com/assets/samplechapter/0/2/0/5/0205256023.pdf>
7. "Condic Testimony", H.R. 1797, Priests for Life, 23 Mayo 2013:
<https://www.priestsforlife.org/legislation/hr-1797-condic.pdf>
8. R. Brusseau, "Developmental Perspectives: Is the Fetus Conscious?" International Anesthesiology Clinics 46, no. 3 (2008): 11-23
9. L.B. Myers, L.A. Bulich, "Fetal endoscopic surgery: indications and anaesthetic management," Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 18, no. 2 (2004): 231-258.
10. Flores, María. Las intervenciones en el feto, el dolor y sus dilemas bioéticos. Perinatol Reprod Hum 2014; 28 (2): 114-118
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud, 2014
12. Ministerio de Salud y Protección Social. "Atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad. Documento técnico para prestadores de servicios de salud", 2014.
13. FLASOG 2013. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 3ra Edición.
14. Bartz, D. Medication Abortion. Clinical Obstetrics and Gynecology 2009, 52 (2): 140-150
15. Medical management of first-trimester abortion. Practice Bulletin No. 143. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014; 123:676-92.
16. DeHart, R. et al; Mifepristone. Ann Pharmacother 2001;35:707-19.

17. Sitruk, R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception* 74 (2006) 48–55
18. Shreiber, C. et al; Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *N Engl J Med* 2018; 378:2161-70.
19. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. OMS. 2014
20. Camelo, J. Mejía. M. Inducción de asistolia fetal con cloruro de potasio como parte de la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en edad gestacional avanzada: Experiencia en un hospital público de Bogotá.
21. Honkanen, H. et al; WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: Side effects and women's perceptions. *RCOG 2004 Br J Obstet Gynaecol* 111, pp. 715–725
22. Faundes, A. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy, FIGO guidelines. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115 (2011) 1–4
23. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD002855.
24. Li, C. et al; Effectiveness and Safety of Lower Doses of Mifepristone Combined with Misoprostol for the Termination of Ultra-Early Pregnancy: A Dose-Ranging Randomized Controlled Trial. *Reproductive Sciences* 2014: 1-6
25. Chai, J. et al. A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical Abstract abortions up to 63 days' gestation. *Contraception* 87 (2013) 480–485
26. Manju Lata Verma, Uma Singh, Nisha Singh, Pushpa Lata Sankhwar & Sabuhi Qureshi (2016): Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy, *Human Fertility*, DOI: 10.1080/14647273.2016.1243817
27. Gary MM, Harrison DJ. Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient. *Ann Pharmacother* 2006; 40:191 – 7.
28. Kruse B, Poppema S, Creinin MD, Paul M. Management of side effects and complications in medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183 (suppl):S65-75.
29. Hsia, J. et al; Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64 and 70 days' gestation. *Contraception* 100 (2019) 178–181
30. Mentula, M. et al; Immediate adverse events after second trimester medical termination of pregnancy: results of a nationwide registry study. *Human Reproduction* 2011, 26 (4): 927–932
31. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72:175–8.
32. Gendron, N. et al; Group A Streptococcus Endometritis following Medical Abortio. *J. Clin. Microbiol.* 2014, 52(7):2733.
33. Daif, J. et al; Group A Streptococcus Causing Necrotizing Fasciitis and Toxic Shock Syndrome After Medical Termination of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113:504–6
34. Sinave C, Le Templier G, Blouin D, Léveillé F, Deland E. Toxic shock syndrome due to *Clostridium sordellii*: a dramatic postpartum and postabortion disease. *Clin Infect Dis* 2002; 35:1441 – 3.
35. Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, et al. Fatal toxic shock syndrome associated to *Clostridium Sordellii*, after medical abortion. *N Engl J Med* 2005; 353:2352 – 60.

36. Sharp, A. Short versus Standard Mifepristone and Misoprostol Regimen for Second- and Third-Trimester Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. *Fetal Diagn Ther* 2016; 39:140–146.
37. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183 – 90.
38. Greene M. Fatal infections associated with mifepristone-induced abortions [Editorial]. *N Engl J Med* 2005; 353:2317 – 8.
39. Creinin M, Blumenthal P, Shulman L. Mortality associated with mifepristone-misoprostol medical abortion. *MedGenMed*. 2006;8(2):26.
40. Miech RP. Pathophysiology of mifepristone-induced septic shock due to *Clostridium sordellii*. *Ann Pharmacother* 2005;39: 1483 – 8.
41. Aronoff, D. et al; Misoprostol Impairs Female Reproductive Tract Innate Immunity against *Clostridium sordellii*. *J Immunol* 2008; 180:8222-8230
42. Royal College of Obstetrician and Gynaecologist. The care of women requesting induced abortion. RCOG Press. 2011;7:8-10
43. Pestvenidze et al. Effects of gestational age and the mode of surgical abortion on postabortion hemorrhage and fever: evidence from population-based reproductive health survey in Georgia. *BMC Women's Health* (2017) 17:136
44. Álvarez Goris MP, et al. Análisis comparativo de complicaciones agudas posquirúrgicas entre legrado y la aspiración manual endouterina en el aborto guiados por ultrasonido intraoperatorio vs. técnica habitual a ciegas. *Clin Invest Gin Obst*. 2016.
45. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *ReprodHealth Matters* 2008; 16:173–82.
46. Niinimäki, M. et al. Immediate Complications After Medical Compared with Surgical Termination of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;114:795–804
47. Meirik, O. et al: Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *Lancet* 2012; 379: 1817–24
48. Lederle, L. et al; Obesity as a Risk Factor for Complications After Second-Trimester Abortion by Dilation and Evacuation. *ACOG* 2015; 126(3): 585-592
49. Second-trimester abortion. Practice Bulletin No. 135. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1394– 1406.
50. Turok, D. et al; Second trimester termination of pregnancy: a review by site and procedure type. *Contraception* 77 (2008) 155–161
51. Sonalkar, S. et al; Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. (2017); 138(3): 272-275
52. 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.
53. Jacot FR, Poulin C, Bilodeau AP, Morin M, Moreau S, Gendron F, et al. A five-year experience with second- trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *Am J Obstet Gynecol*1993;168:633–7
54. 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.

55. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004; 69:51–8.
56. Eldow, A. et al; Uterine Evacuation for Second-Trimester Fetal Death and Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol* 2011; 117:307–16.
57. Kong, Grace. et al; Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage – a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013; 53: 170–177
58. Gilman, A. et al; Curettage and Asherman’s Syndrome— Lessons to (Re-) Learn? *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(11):997–1001
59. Santamaria, X. et al; Asherman’s Syndrome: it may not be all our fault. *Human Reproduction*, Vol.33, No.8 pp. 1374–1380, 2018.
60. Lemmers, M. et al; Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* (2015).
61. Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A., & Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis*, 39(13), 1269-1272.
62. Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74.
63. Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for fetocide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(7), 885-889.
64. Clinical Guidelines. Induction of fetal demise before abortion. SFP Guideline 2010.
65. Jackson RA, et al. Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;97:471–6
66. Molaei M, et al. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion. *Contraception* 2008;77:223–5
67. Bhide A, et al. Comparison of fetocide carried out by cordocentesis versus cardiac puncture. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:230–2
68. Li Kim Mui SV, et al. Sepsis due to *Clostridium perfringens* after pregnancy termination with fetocide by cordocentesis: a case report. *Fetal Diagn Ther* 2002;17:124–6
69. Lipitz S, et al. Late selective termination of fetal abnormalities in twin pregnancies: a multicentre report. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:1212–6
70. Timor-Tritsch IE, et al. Multifetal pregnancy reduction by transvaginal puncture: evaluation of the technique used in 134 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:799–804
71. Kafri ME, et al. Coagulopathy and induced abortion methods: rates and relative risks. *Am J Obstet Gynecol* 1983;147:344–5
72. Coke GA, et al. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *Int J Obstet Anesth* 2004;13:287–90
73. Constitución Política de Colombia:
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0219.pdf>