UTILIZACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES INGRESADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ CON DIAGNOSTICO DE ABORTO ENTRE JUNIO DE 2022 Y JUNIO DE 2023

Doctora. Silvia García[1] ,
Liceth Gamez[1] , Valentina Rey[1]

Resumen: El aborto es una complicación obstétrica que representa un problema de salud pública, en especial en países en vías de desarrollo. Este estudio tuvo como objetivo general determinar la proporción de mujeres que, tras ser diagnosticadas con aborto (inducido y espontáneo), ingresaron al servicio de urgencias de ginecoobstetricia y egresaron con un método anticonceptivo en el Hospital Universitario Erasmo Meoz durante un periodo de un año. El diseño del estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, utilizando una muestra probabilística de 1013 mujeres. Los resultados revelaron que el 82.5% de los casos correspondían a abortos espontáneos, el 15.6% a interrupciones voluntarias del embarazo, y el 1.9% a abortos inducidos no seguros. La edad promedio de las pacientes fue de 26 ± 6.9 años, siendo el 56% nacionales y el 44% mujeres migrantes venezolanas. El 43.4% de las mujeres carecía de seguridad social, principalmente extranjeras. Las causas principales del aborto incluyeron el embarazo no deseado sin especificación (26%), seguido del embarazo no deseado por problemas económicos (24%) y afectación psicológica o violencia doméstica (14%). Después de un aborto, el 61% de las mujeres utilizó métodos anticonceptivos, siendo el 44.7% hormonales, el 4.3% no hormonales y el 0.2% definitivos. Los métodos más comunes fueron los hormonales a destacar fue el inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito. Se observaron asociaciones significativas entre la falta de seguridad social y la prevalencia de embarazos no deseados (74.4%), así como entre la nacionalidad y la causa del aborto inducido, siendo más frecuente el embarazo no deseado en mujeres venezolanas.
Se destacaron aspectos críticos en la adherencia y seguimiento postaborto, ya que, aunque el 60% de las mujeres sin anticonceptivos recibió sugerencias para la planificación familiar, persisten posibles disparidades en los programas de asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos en comparación con otros estudios.

Palabras clave: aborto, interrupción voluntaria del embarazo, método anticonceptivo, planificación familiar.

Abstract: Abortion is an obstetric complication that represents a public health problem, especially in developing countries. The general objective of this study was to determine the proportion of women who, after being diagnosed with abortion (induced and spontaneous), entered the obstetrics-gynecology emergency service and were discharged with a contraceptive method at the Erasmo Meoz University Hospital during a period of one year. The study design was observational, descriptive, retrospective and cross-sectional, using a probabilistic sample of 1013 women. The results revealed that 82.5% of the cases corresponded to spontaneous abortions, 15.6% to voluntary terminations of pregnancy, and 1.9% to unsafe induced abortions. The average age of the patients was 26 ± 6.9 years, with 56% being nationals and 44% being Venezuelan migrant women. 43.4% of women lacked social security, mainly foreigners. The main causes of abortion included unintended pregnancy without specification (26%), followed by unwanted pregnancy due to economic problems (24%) and psychological distress or domestic violence (14%). After an abortion, 61% of women used contraceptive methods, 44.7% being hormonal, 4.3% non-hormonal and 0.2% definitive. The most common methods were hormonal, highlighting the injectable depot medroxyprogesterone acetate. Significant associations were observed between the lack of social security and the prevalence of unwanted pregnancies (74.4%), as well as between nationality and the cause of induced abortion, with unwanted pregnancy being more frequent in Venezuelan women.
Critical aspects in adherence and postabortion follow-up were highlighted, since, although 60% of women without contraceptives received suggestions for family planning, possible disparities persist in counseling programs and access to contraceptive methods compared to other studies.

Keywords: abortion, voluntary termination of pregnancy, contraceptive method, family planning.

1. INTRODUCCIÓN

El aborto representa un tema de relevancia global. Con estimaciones que indican entre 42 y 46 millones de abortos anuales en el mundo, de los cuales al menos 19 millones son considerados inseguros, siendo más frecuentes en países en vías de desarrollo. A pesar del acceso mejorado a métodos anticonceptivos en Colombia, la incidencia de embarazos no planeados es alarmante, representando el 67% de todos los embarazos y el 52,2% de los nacimientos, especialmente entre mujeres menos favorecidas socioeconómicamente.

La planificación familiar, esencial para la igualdad de género y la reducción de la pobreza, está respaldada por normativas colombianas como la Resolución 769 y 1973 de 2008, garantizando acceso y seguimiento en servicios de salud. A nivel mundial, la prevalencia anticonceptiva ha experimentado un notable aumento en las últimas dos décadas, evidenciando un interés creciente en la planificación familiar, para que cada día sea más efectiva y adaptada a necesidades específicas.

2) MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevará a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, obteniendo la información a través de historias clínicas proporcionadas por el Hospital Universitario Erasmo Meoz de mujeres con diagnóstico de aborto espontaneo o inducción voluntaria del embarazo.

Para tratar los datos se unifico a todas las pacientes con diagnóstico de aborto espontaneo en un grupo global, independientemente de si era completo, incompleto o retenido. Por otro lado, a las mujeres que ingresaban con diagnóstico de aborto espontaneo pero que en realidad eran inducidos por ellas mismas auto medicándose se las clasificó como “aborto inducido no seguro”. A las mujeres que entraron con diagnóstico de IVE (extracción menstrual) se les clasificó como “aborto inducido seguro”. Al igual que las pacientes que ingresaban por síntomas de IVE iniciados extrainstitucionalmente. Para el análisis de los datos se tuvo en cuenta las causas del aborto solo en Aborto inducido (seguro y no seguro).

Los criterios de inclusión abarcan todas las mujeres diagnóstico de aborto espontaneo completo o incompleto), aborto retenido, aborto medico(completo o incompleto), extracción menstrual(Interrupción voluntaria del embarazo), mientras que los de exclusión comprenden aquellas que desistieron, hicieron retiro voluntario, realmente no cursaron con un aborto y estaban incluidas con diagnóstico de aborto o tenían una edad gestacional superior a 24 semanas sin cumplir con las causales de la Sentencia C-355 de 2006.

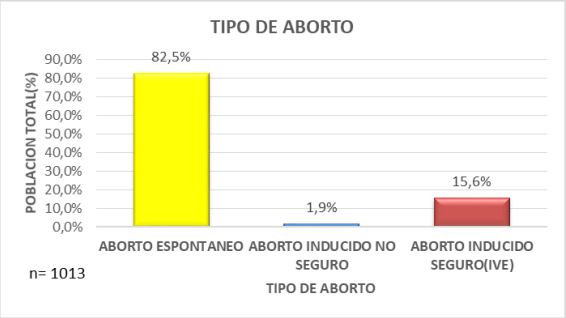
3) RESULTADOS

Las mujeres incluidas en el estudio fueron 1024, de estas se excluyeron 11. quedado una muestra de 1013 pacientes con diagnóstico de aborto, atendidas durante junio de 2022 a junio de 2023.

6.1. Aborto espontaneo o inducido

De la muestra estudiada, el 82.5% de los casos fueron abortos espontáneos, el 15.6% fueron interrupciones voluntarias del embarazo y el 1.9% abortos inducidos no seguros.

Figura 1. Tipo de aborto



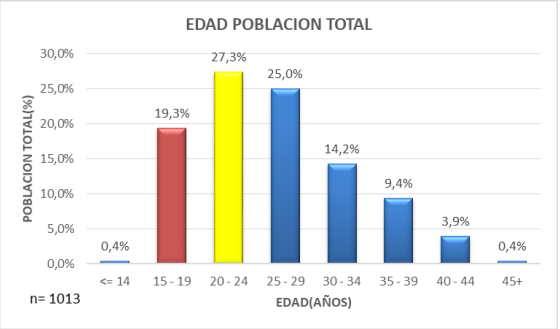
6.2. Características sociodemográficas

La edad promedio en el grupo de pacientes fue 26 ± 6.9 años, con rango entre 13 y 46 años. No se evidenciaron diferencias significativas respecto a la edad de la paciente y tipo de aborto (H de Kruskal Wallis = 1.67; p = 0.435)
Es de resaltar que el 8.1% de los casos correspondió a población menor de edad.

Tabla 1. Medidas descriptivas para variable edad de la paciente

Diagnóstico	n	Media	ds	Mediana	Mínimo	Máximo
Aborto espontáneo	836	26,1	7,0	25,0	14,0	46,0
Aborto inducido no seguro	19	24,7	7,0	23,0	14,0	37,0
Aborto inducido seguro (IVE)	158	25,4	6,6	24,0	13,0	44,0
Global	**1013**	**26,0**	**6,9**	**25,0**	**13,0**	**46,0**

Figura 2. Pacientes según grupos de edad (quinquenios)



Se pudo identificar en la historia clínica de 91326 de las 1013 pacientes el dato de edad gestacional al momento del aborto. El tiempo de gestación promedio en el grupo de pacientes al momento del aborto fue 10.5 ± 4.7 semanas, con rango entre 3 y 35 semanas.
El 3 % de los casos correspondió a pacientes con una edad gestacional superior a 22 semanas (26 pacientes), la mayoría por interrupción voluntaria del embarazo. El tiempo de gestación fue significativamente mayor en pacientes con IVE (H de Kruskal Wallis = 83.2 ; $p < 0.01$).

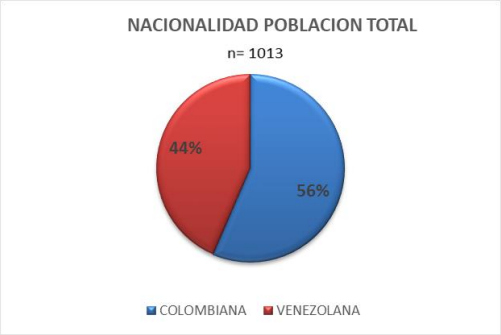
Tabla 2. Medidas descriptivas para edad gestacional (semanas)

Tabla 2. Medidas descriptivas para edad gestacional (semanas)

Diagnóstico	n	Media	ds	Mediana	Mínimo	Máximo
Aborto espontáneo	745	9,6	3,7	8,4	3,1	26,3
Aborto inducido no seguro	13	10,7	5,3	9,3	5,0	22,2
Aborto inducido seguro/(IVE)	155	14,6	6,3	14,2	4,0	35,0
Global	**913**	**10,5**	**4,7**	**9,1**	**3,1**	**35,0**

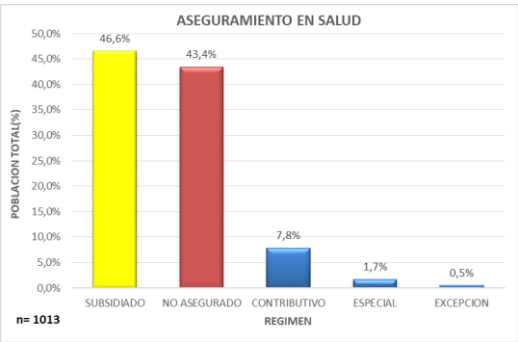
Respecto a las características sociodemográficas, el 56% de las pacientes atendidas eran nacionales, el 44% eran mujeres migrantes venezolanas.

Figura 3. Nacionalidad



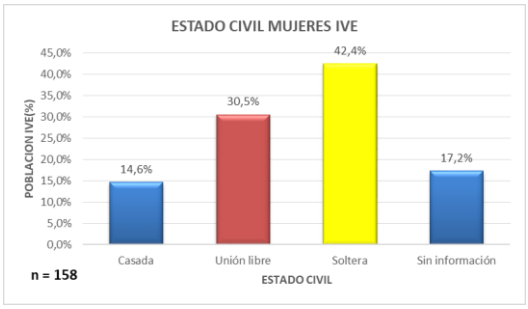
El 46.6% de las pacientes atendidas estaba vinculada al régimen de salud colombiano a través del régimen subsidiado, el 7.8% a través del régimen contributivo y el 2.2% mediante los regímenes especial o de excepción. El 43.4% no contaba con seguridad social, dada su condición de población migrante.

Figura 4. Aseguramiento en salud



Respecto al estado civil en las pacientes con IVE, el 42.4% correspondió a mujeres solteras, el 30.5% a mujeres en unión libre y el 14.6% a mujeres casadas. En el 17.2% no se evidenció registro de estado civil en historia clínica.

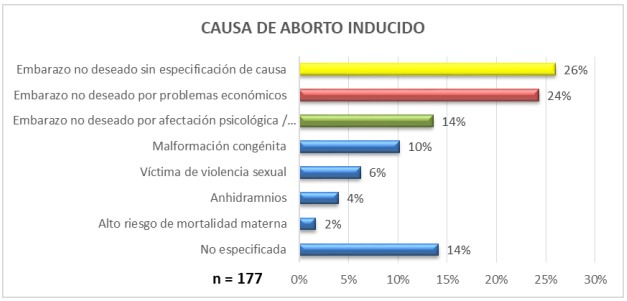
Figura 5. Estado civil en pacientes con IVE



El 95.7% de los casos fueron de procedencia urbana y el 4.3% de procedencia rural. El 57.5% de las pacientes atendidas procedían de la ciudad de Cúcuta (57.5%), el 32.6% de otros municipios del Departamento Norte de Santander, el 1% de otros municipios del país y el 9% del estado Táchira en Venezuela.

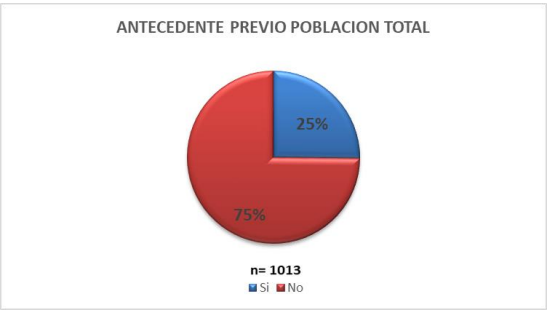
En cuanto a las causas del aborto, se analizaron en el grupo de pacientes con aborto inducido seguro y no seguro (177 en total).
La principal causa fue el embarazo no deseado sin especificación (26%), seguida del embarazo no deseado por problemas económicos (24%) y por afectación psicológica o violencia doméstica (14%). En el 10% la causa fue malformación congénita del feto. En el 6% fue por violencia sexual. En el 2% fue por alto riesgo de mortalidad materna.

Figura 6. Causa del aborto inducido



El 25% de las pacientes tenía antecedente de aborto previo.

Figura 7. Antecedente de aborto previo



Respecto a los métodos anticonceptivos,la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos fue del 61% en mujeres despues de cursar con un aborto espontaneo o inducido. De estos el 44.7% recibió tratamiento hormonal, el 4.3% no hormonal y el 0.2% definitivo.
El 34.5% no recibió ningún tipo de método anticonceptivo y el 16.3% no volvió a cita control.

Respecto a los tipos de métodos anticonceptivos, dentro de los tratamientos hormonales, el principal fue el inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito (299 pacientes); en los tratamientos no hormonales fue el dispositivo intrauterino de cobre (41 pacientes).
A 2 pacientes se les realizó ligadura de trompas.

Tabla 3. Tipo de método anticonceptivo

Método anticonceptivo	Descripción	Frecuencia	%
Hormonal	Anticonceptivo oral combinado	77	7,6%
	Anticonceptivos inyectables combinados	1	0,1%
	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel	1	0,1%
	Implantes de levonorgestrel y etonogestrel	75	7,4%
	Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito	299	29,5%
No hormonal	Dispositivo intrauterino de cobre	41	4,0%
	Preservativo femenino y masculino	3	0,3%
Definitivo	Ligadura de trompas	2	0,2%
	Ninguno	349	34,5%
	No volvió a cita control	165	16,3%
	Total	1013	100,0%

De las 349 pacientes que no recibieron ningún tipo de método anticonceptivo, al 60% se les dio sugerencia o remisión para planificación familiar.

Figura 8. Remisión a planificación familiar

Análisis bivariado

La causa del aborto inducido fue independiente a la edad de las pacientes (p = 0.146).
Se evidenció asociación estadísticamente significativa con el régimen de afiliación (p < 0.05); el embarazo no deseado fue más representativo en mujeres sin seguridad social (74.4%).
La causa del aborto no evidenció asociación significativa con el municipio y zona de procedencia (p > 0.05); sin embargo, se pudo observar que el embarazo no deseado como causa principal fue más representativa en mujeres residentes en zona urbana (64.1%).
Se evidenció asociación estadísticamente significativa de la causa del aborto inducido con la nacionalidad de las pacientes (p = 0.007); en pacientes venezolanas fue más representativo el embarazo no deseado (72.4%), mientras que 17 de los 18 casos por malformación congénita fueron en madres colombianas.

Tabla 4. Causa del aborto inducido según variables sociodemográficas

Variable	Categorías	n	Causa							Valor p*
			Embarazo no deseado	Malformación congénita	Riesgo de mortalidad materna	Víctima de violencia sexual	Hidramnios	No especificada		
Edad (agrupada)	<= 14	3	1(33,3%)			1(33,3%)		1(33,3%)		0,146
	15 - 19	30	21(70,0%)	1(3,3%)		2(6,7%)	1(3,3%)	5(16,7%)		
	20 - 24	58	43(74,1%)	3(5,2%)	1(1,7%)	4(6,9%)		7(12,1%)		
	25 - 29	44	26(59,1%)	6(13,6%)	2(4,5%)	3(6,8%)	2(4,5%)	5(11,4%)		
	30 - 34	24	15(62,5%)	2(8,3%)		1(4,2%)	3(12,5%)	3(12,5%)		
	35 - 39	11	5(45,5%)	3(27,3%)				3(27,3%)		
	40 - 44	7	2(28,6%)	3(42,9%)			1(14,3%)	1(14,3%)		
Régimen de afiliación de salud	Contributivo	23	16(69,6%)	5(21,7%)			1(4,3%)	1(4,3%)		0,016
	Subsidiado	70	39(55,7%)	10(14,3%)		6(8,6%)	1(1,4%)	14(20,0%)		
	Especial	6	2(33,3%)	2(33,3%)	1(16,7%)			1(16,7%)		
	Excepción	1	1(100,0%)							
	No asegurado	77	55(71,4%)	1(1,3%)	2(2,6%)	5(6,5%)	5(6,5%)	9(11,7%)		
Municipio de Procedencia	Cúcuta	106	67(63,2%)	13(12,3%)	1(0,9%)	5(4,7%)	3(2,8%)	17(16,0%)		0,418
	Otros municipios de Norte de Santander	47	30(63,8%)	5(10,6%)	1(2,1%)	2(4,3%)	3(6,4%)	6(12,8%)		
	Otros municipios del país	2	1(50,0%)			1(50,0%)				
	Venezuela	22	15(68,2%)		1(4,5%)	3(13,6%)	1(4,5%)	2(9,1%)		
Zona de procedencia	Rural	7	4(57,1%)	2(28,6%)			1(14,3%)			0,301
	Urbana	170	109(64,1%)	16(9,4%)	3(1,8%)	11(6,5%)	6(3,5%)	25(14,7%)		
Nacionalidad	Colombiana	101	58(57,4%)	17(16,8%)	1(1,0%)	6(5,9%)	2(2,0%)	17(16,8%)		0,007
	Venezolana	76	55(72,4%)	1(1,3%)	2(2,6%)	5(6,6%)	5(6,6%)	8(10,5%)		

* Prueba de chi cuadrado

Respecto al antecedente de aborto previo, solo se evidenció asociación estadísticamente significativa con la edad de las pacientes (p < 0.01). A mayor edad, mayor proporción de abortos previos.

Tabla 5. Antecedente de aborto previo según variables sociodemográficas

Variable	Categorías	n	Abortos previos		Valor p*
			Si	No	
EDAD (Agrupada)	<= 14	4		4(100,0%)	0,000
	15 - 19	196	26(13,3%)	170(86,7%)	
	20 - 24	277	55(19,9%)	222(80,1%)	
	25 - 29	253	70(27,7%)	183(72,3%)	
	30 - 34	144	54(37,5%)	90(62,5%)	
	35 - 39	95	31(32,6%)	64(67,4%)	
	40 - 44	40	16(40,0%)	24(60,0%)	
	45+	4	3(75,0%)	1(25,0%)	
Régimen de afiliación en salud	Contributivo	79	13(16,5%)	66(83,5%)	0,317
	Subsidiado	472	124(26,3%)	348(73,7%)	
	Especial	17	6(35,3%)	11(64,7%)	
	Excepción	5	1(20,0%)	4(80,0%)	
	No asegurado	440	111(25,2%)	329(74,8%)	
Municipio de procedencia	Cúcuta	582	143(24,6%)	439(75,4%)	0,917
	Otros municipios de Norte de Santander	330	87(26,4%)	243(73,6%)	
	Otros municipios del país	10	2(20,0%)	8(80,0%)	
	Venezuela	91	23(25,3%)	68(74,7%)	
Zona de procedencia	Rural	44	12(27,3%)	32(72,7%)	0,724
	Urbana	969	243(25,1%)	726(74,9%)	
Nacionalidad	Colombiana	572	143(25,0%)	429(75,0%)	0,884
	Venezolana	441	112(25,4%)	329(74,6%)	

* Prueba de chi cuadrado

El tipo de método de planificación familiar utilizado no evidenció diferencias significativas respecto a la edad de las pacientes (p = 0.180), ni a la zona de procedencia (p = 0.056).
Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tipo de método utilizado y el aseguramiento de las pacientes (p = 0.048); el método hormonal fue más proporcionalmente representativo en mujeres del régimen especial (64.7%). La mayoría de las pacientes con método no hormonal correspondieron a mujeres afiliadas al régimen subsidiado o no aseguradas.
Así mismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa con el municipio de procedencia (p<

0.05); el método hormonal fue proporcionalmente más representativo en mujeres procedentes de municipios de fuera del Departamento (60%) y en mujeres procedentes de municipio del estado Táchira de Venezuela (51.6%).
También se evidenció asociación estadísticamente significativa con la nacionalidad de las pacientes ($p < 0.05$); los métodos hormonales fueron más representativos en mujeres venezolanas (50.3%). Las dos pacientes con método definitivo fueron de nacionalidad Colombiana. La ausencia de método de planificación familiar fue más representativa en pacientes nacionales (38.5%). La proporción de no asistencia a control fue similar tanto en colombianas como en venezolanas.

Tabla 6. Método de planificación familiar según variables sociodemográficas

Variable	Categorías	n	Método de planificación familiar					valor p*
			Hormonal	No hormonal	Definitivo	Ninguno	No asistió a control	
EDAD (Agrupada)	<= 14	4	1(25,0%)	1(25,0%)		1(25,0%)	1(25,0%)	0,180
	15 - 19	196	97(49,5%)	7(3,6%)		62(31,6%)	30(15,3%)	
	20 - 24	277	133(48,0%)	10(3,6%)		96(34,7%)	38(13,7%)	
	25 - 29	253	103(40,7%)	15(5,9%)		86(34,0%)	49(19,4%)	
	30 - 34	144	60(41,7%)	5(3,5%)	1(0,7%)	53(36,8%)	25(17,4%)	
	35 - 39	95	37(38,9%)	3(3,2%)		38(40,0%)	17(17,9%)	
	40 - 44	40	20(50,0%)	3(7,5%)	1(2,5%)	11(27,5%)	5(12,5%)	
	45+	4	2(50,0%)			2(50,0%)		
Régimen de afiliación en salud	Contributivo	79	29(36,7%)	3(3,8%)		32(40,5%)	15(19,0%)	0,048
	Subsidiado	472	192(40,7%)	18(3,8%)	2(0,4%)	179(37,9%)	81(17,2%)	
	Especial	17	11(64,7%)	2(11,8%)		3(17,6%)	1(5,9%)	
	Excepción	5	1(20,0%)			4(80,0%)		
	No asegurado	440	220(50,0%)	21(4,8%)		131(29,8%)	68(15,5%)	
Municipio de procedencia	Cúcuta	582	243(41,8%)	23(4,0%)	1(0,2%)	206(35,4%)	109(18,7%)	0,024
	Otros municipios de Norte de Santander	330	157(47,6%)	12(3,6%)	1(0,3%)	118(35,8%)	42(12,7%)	
	Otros municipios del país	10	6(60,0%)	1(10,0%)			3(30,0%)	
	Venezuela	91	47(51,6%)	8(8,8%)		25(27,5%)	11(12,1%)	
Zona de procedencia	Rural	44	21(47,7%)	5(11,4%)		8(18,2%)	10(22,7%)	0,056
	Urbana	969	432(44,6%)	39(4,0%)	2(0,2%)	341(35,2%)	155(16,0%)	
Nacionalidad	Colombiana	572	231(40,4%)	23(4,0%)	2(0,3%)	220(38,5%)	96(16,8%)	0,006
	Venezolana	441	222(50,3%)	21(4,8%)		129(29,3%)	69(15,6%)	

* Prueba de chi cuadrado

DISCUSIÓN

El aborto espontaneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos, siendo más frecuentes antes de la 12 semana de gestación (1). En el presente estudio se encontró que el 82.5% de las mujeres ingresaron con diagnóstico de aborto espontaneo, sin embargo, teniendo en cuenta que la tasa de embarazos no planeados en Latinoamérica son las más altas del mundo(representando incluso más del 60% de los embarazos en la región)y de estas al rededor del 42% termina en aborto inducido(2), lo que se cree es que a pesar de que en Colombia es legal la interrupción voluntaria del embarazo, aún hay muchas mujeres que terminan realizándolo de forma insegura, y luego consultan a los centros médicos para completar el proceso (3).

En cuanto a la edad, del total de mujeres el 19,3% estaban en un rango de edad entre 15 y 19 años, lo cual es parecido a lo hallado en un estudio realizado por Castro R. y cols.; en 2021 en Honduras en un hospital público de pacientes atendidas por aborto, donde se encontró que el 19,6% pertenecían a este rango de edad (4). Estas adolescentes según estudios son las mas vulnerables a embarazos no planeados, sin embargo, los resultados mostraron que en las mujeres con diagnostico de aborto inducido la edad no fue un factor determinante en la causa del aborto, tanto mujeres adolescentes como adultas tuvieron causas similares, aunque sí se evidenció que el embarazo no deseado fue la causa más representativa con un 64% de todas las mujeres, muy por encima de causas relacionadas con el feto(10%). De estas mujeres también se pudo analizar que la gran mayoría no tenían seguridad social siendo en su mayoría extranjeras. Esto concuerda con otros estudio hecho por Bahamondes L. y cols.; en 2018 donde reportan que en Latinoamérica, donde hay principalmente países de bajo y mediano ingreso, las tasas de embarazos no planeados son altas y fundamentalmente se relacionan con la falta de uso de métodos anticonceptivos (5).

Por otro lado, en este estudio respecto al antecedente de aborto previo, se evidenció asociación estadísticamente significativa con la edad de las pacientes ($p < 0.01$). A mayor edad, mayor proporción de abortos previos. Lo cual concuerda con otras investigaciones donde se se ha demostrado que el riesgo de aborto espontaneo aumenta con la edad materna, del 11.1% enre 20-24 años, 11.9% de 25-29 años, 15% de 30-34 años, 24.6% de 35-39 años, 51% de 40-44 años y del 93.4% a partir de los 45 años. Las mujeres que han tenido un aborto previo, tienen más posibilidades de abortar posteriormente, esto segun la Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia en 2010(6).

En cuanto a la causa de aborto inducido, no se evidenció asociación significativa con el municipio y zona de procedencia, aunque se pudo observar que el embarazo no deseado como causa principal fue más representativo en mujeres residentes en zona urbana (64.1%), lo cual no coincide con datos de la OMS donde lo que se ha registrado es que las mujeres provenientes de zonas rurales tienen mayor incidencia de embarazos no deseados, ya que suelen ser las menos favorecidas socioeconómicamente y de baja escolaridad(7).

Respecto al estado civil en en nuestro estudio revela una distribución diversa, siendo el 42.4% de mujeres solteras, el 30.5% en unión libre y el 14.6% casadas. Al comparar estos resultados con un estudio realizado en Brasil por Vidal y colbs; en 2016, se observan diferencias significativas. En su investigación, la prevalencia de denuncias de aborto entre mujeres casadas/en unión estable y divorciadas/viudas fue del 32.8% y 33.3%, respectivamente y la asociación fue positiva en dos categorías, en comparación con las mujeres solteras. Esta discrepancia sugiere que las dinámicas culturales y sociales relacionadas con el estado civil y las decisiones reproductivas pueden variar entre contextos geográficos (8).

El análisis de las causas del aborto en nuestra cohorte destaca el aborto no deseado sin especificación (26%), seguida del embarazo no deseado por problemas económicos (24%) y por afectación psicológica o violencia doméstica (14%).Las malformaciones congénitas del feto, la violencia sexual y el alto riesgo de mortalidad materna también se identificaron como causas significativas. En el análisis realizado por Chae y colaboradores en 14 países acerca de las razones por la que las mujeres han inducido el aborto, se encontró por las preocupaciones socioeconómicas o la limitación de la maternidad fueron las citadas con más frecuencia en la mayoría de los países del estudio. Esta convergencia resalta la universalidad de estos factores en la toma de decisiones reproductivas a nivel global (9).

La observación detallada de patrones en la elección de métodos anticonceptivos en nuestra cohorte de pacientes revela tendencias significativas que pueden ofrecer una perspectiva valiosa para mejorar las estrategias de salud reproductiva. Destaca la preferencia marcada por métodos hormonales, específicamente el inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito que predominó como el método hormonal principal. De manera complementaria, el dispositivo intrauterino de cobre lideró entre los métodos no hormonales, mientras que la ligadura de trompas fue seleccionada por un pequeño porcentaje de pacientes, agregando una dimensión relevante a la diversidad de opciones utilizadas.

Estos resultados muestran similitudes con un estudio realizado en Brasil por Ferreira y colbs. En ambos casos, se encontró que aproximadamente la mitad de las mujeres prefirieron los métodos hormonales. En nuestro caso, el inyectable fue la opción más elegida, mientras que en el estudio brasileño, los inyectables también ocuparon un lugar destacado, siendo la elección de más del 50% de las mujeres. Esta convergencia en resultados sugiere la existencia de patrones consistentes en la elección de métodos anticonceptivos hormonales entre diferentes poblaciones, resaltando la importancia de comprender y abordar estas preferencias en la promoción de la salud reproductiva (10)

Un aporte adicional proviene de un metanálisis realizado por Demis y colaboradores, que examinó las elecciones de métodos anticonceptivos en el período posterior al aborto. En este contexto, los inyectables emergieron como los más comunes, seleccionados por el 33.23% de las mujeres, seguidos de cerca por los implantes (24.71%) y las píldoras anticonceptivas orales (23.42%). Estos datos resaltan la importancia de adaptar las estrategias de planificación familiar según las circunstancias individuales, como el período postaborto, donde las necesidades y preferencias pueden variar significativamente (11).

En lo que respecta a los métodos anticonceptivos no hormonales, observamos que el dispositivo intrauterino de cobre fue la opción preferida principal, representando el 4.3% de las elecciones. Estos resultados son coherentes con las conclusiones de un estudio canadiense llevado a cabo por Burk y colaboradores en Etiopía. En dicho estudio, se evidenció un aumento significativo en la proporción de mujeres que eligieron un DIU como método anticonceptivo, pasando del 10.14% al 45.74% a lo largo de la cohorte. Este hallazgo contrasta con una disminución en el número de mujeres que optaron por anticonceptivos orales combinados (ACO) o acetato de depomedroxiprogesterona (DMPA) como método anticonceptivo postaborto (12).

Ahora bien, se logra observar aspectos críticos en la adherencia y seguimiento postaborto, dado que el 34.5% de las mujeres en nuestra cohorte no recibió ningún tipo de método anticonceptivo, y un porcentaje significativo, el 16.3%, no asistió a la cita de control. Estos hallazgos indican posibles brechas en la atención postaborto y subrayan la importancia de abordar la continuidad en la atención para garantizar la salud reproductiva de las mujeres. No obstante, es relevante destacar que, de las 349 pacientes que no recibieron ningún método anticonceptivo, el 60% recibió sugerencias o remisiones para planificación familiar. Esta intervención sugiere una iniciativa positiva por parte de los profesionales de la salud para abordar las necesidades de las mujeres en términos de anticoncepción.

Al comparar estos resultados con el estudio realizado por Yang y colbs en China, donde el 84.7% de las participantes recibieron asesoramiento sobre planificación familiar antes del aborto, y alrededor del 90% eligió métodos confiables, se observa una diferencia marcada. Este contraste sugiere posibles disparidades en la implementación de programas de asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos entre los dos contextos (13).

5) CONCLUSIONES

- Aunque se ha evidenciado que las mujeres adolescentes son más vulnerables para tener embarazos no deseados, este estudio no distingue una diferencia significativa según el rango de edad.
- Según estudios las mujeres que tienen antecedente previo, son más propensas a nuevos abortos. Lo cual en los resultados del estudio fue más prevalente en las mujeres con mayor edad.
- Existe una distribución diversa en el estado

civil, lo cual sugiere variabilidad en las dinámicas culturales y sociales que influyen en las decisiones reproductivas. Estas diferencias entre estudios subrayan la necesidad de abordajes personalizados y culturalmente sensibles en la promoción de la salud reproductiva y la prevención del aborto no deseado.

- Se observa una tendencia global hacia preocupaciones socioeconómicas y limitaciones de la maternidad como razones predominantes para la inducción del aborto. Lo cual implica no solo la provisión de servicios de salud reproductiva, sino también la atención a factores económicos, psicológicos y sociales que influyen en las decisiones reproductivas de las mujeres.
- En la elección de métodos anticonceptivos se destaca la marcada preferencia de métodos hormonales (inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito). Este patrón se destaca en el estudio de Ferreira A. y colbs,donde más del 50% de las mujeres optaron por este método.
- Se identificaron aspectos críticos en adherencia y seguimiento postaborto, ya que, aunque el 60% de las mujeres sin anticonceptivos recibió sugerencias para planificación familiar, en comparación con otros estudios sigue indicando posibles disparidades en los programas de asesoramiento y acceso a métodos anticonceptivos.

7) CONFLICTO DE INTERÉS:

Ninguno de los autores declara tener conflicto de intereses.

8) REFERENCIAS

1. Aborto espontáneo. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2011;54(4):207–24. Disponible en: https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pd
2. Castro R, Paz J. Métodos anticonceptivos elegidos por mujeres después de aborto en un hospital público de Honduras. Rev Med Hondur [Internet]. 2021;89(2):96–102. Disponible en: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-2-2021-4.pdf
3. Rashid S, Moore JE, Timmings C, Vogel JP, Ganatra B, Khan DN, et al. Evaluating implementation of the World Health Organization's Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programs to address unintended pregnancy and unsafe abortion. Reprod Health. 2017;14(1):153. [citado 13 noviembre 2023]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697396/
4. Aborto [Internet]. Who.int. [citado el 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion
5. Bahamondes L, Villarroel C, Frias Guzman N, Oizerovich S, VelazquezRamirez N, Monteiro I. The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. Hum Reprod Open. 2018;2018(1): hox030. [citado 13 de noviembre 2023]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6276683/
6. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 87. Nieto Editores; 2021. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001200006
7. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Gov.co. 2014 [cited 2023 Oct 22]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf
8. Santos A, Coelho E, Gusmão M, Silva D, Almeida M, Marques P. Factors associated with abortion in women of reproductive age. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2016 [citado el 14 de noviembre de 2023];38(06):273–9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584940
9. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. Contraception [Internet]. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2023];96(4):233–41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.014
10. Ferreira ALCG, Souza AI, Lima RA, Braga C. Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. Reprod Health [Internet]. 2010;7(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-7-5
11. Bizuneh AD, Azeze GG. Post-abortion family planning use, method preference, and its determinant factors in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev [Internet]. 2021;10(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s13643-021-01731-4

12. Belachew TB, Negash WD, Asmamaw DB, Fetene SM, Addis B, Baykeda TA, et al. Prevalence and predictors of post-abortion modern contraceptive utilization among reproductive age women in Ethiopia. Sci Rep [Internet]. 2023;13(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-42911-
13. Tong C, Luo Y, Li T. Factors associated with the choice of contraceptive method following an induced abortion after receiving PFPS counseling among women aged 20–49 years in Hunan province, China. Healthcare (Basel) [Internet]. 2023 [citado el 14 de noviembre de 2023];11(4):535. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36833069/