Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 73 No. 1 • Enero-Marzo 2022 • (39-47)

Check for updates

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

https://doi.org/10.18597/rcog.3760

Seguridad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en dos Instituciones Prestadoras de Salud en Medellín, Colombia, en 2019. Cohorte histórica

Safety of voluntary interruption of pregnancy (VIP) in two healthcare institutions in Medellín, Colombia, in 2019. Historical cohort

Edgar Fernando Cárdenas-Arias, MD[1]; Diana Elizabeth Escudero-Cardona, MSc [2]; Edgar Adel Noreña-Mosquera, MD[3]

Recibido: 29 de julio de 2021/Aceptado: 28 de febrero de 2022

RESUMEN

Objetivos: caracterizar una cohorte de mujeres con interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y describir las complicaciones intraoperatorias según la técnica aplicada.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, de cohorte histórica en mujeres intervenidas a IVE en dos Instituciones Prestadoras de Salud-IPS en Medellín, Colombia, en el 2019. Se excluyeron aquellas mujeres con infección pélvica, e infecciones de transmisión sexual (ITS). Se realizó un muestreo consecutivo, se evaluaron variables sociodemográficas, de salud sexual y reproductiva, características clínicas del embarazo, causa legal de la IVE, características de la atención y las complicaciones hasta los 7 días posteriores al procedimiento de las técnicas de IVE. Finalmente, se hace análisis descriptivo.

Resultados: durante el periodo de estudio hubo 1.520 mujeres elegibles de las cuales 46 fueron intervenidas en otras instituciones por lo que quedaron 1.474 candidatas a ingresar al estudio, de estas se excluyeron 30 por presentar infecciones pélvicas o de transmisión sexual, por lo que, finalmente, se analizaron 1.444 mujeres gestantes. Los riesgos para la salud de la mujer fueron la causa legal más frecuente con un 94,3%. El 99% de las mujeres tenían asesoría previa, y el 78,4% aceptó algún método anticonceptivo post-IVE. El 95,6% de las mujeres fueron intervenidas por la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) y al 4,4% se la practicó la técnica de dilatación y curetaje (D&C). En un 17,56% de las pacientes intervenidas con D&C se presentaron complicaciones hasta el séptimo día posoperatorio, no hubo complicaciones en el grupo sometido a AMEU, el 80% de las mujeres asistieron a control el séptimo día post-IVE.

Conclusiones: la AMEU es un procedimiento seguro que no generó complicaciones intraoperatorias en el procedimiento, mientras la D&C se acompañó de complicaciones en una de cada seis pacientes. Se requieren estudios prospectivos

* Correspondencia: Diana Elizabeth Escudero-Cardona. Edificio Coltabaco-torre 1, Calle 51 #51- 27. Medellín, Antioquia. Correo electrónico: diana.escudero@uniremington.edu.co

1. Medico Residente Ginecología y Obstetricia. Corporación Universitaria Remington, Medellín (Colombia).
2. Magister en Salud Pública. Corporación Universitaria Remington, Medellín (Colombia).
3. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Corporación Universitaria Remington, Medellín (Colombia).

que evalúen la seguridad y costos de las diferentes alternativas de IVE.
Palabras clave: aborto; aborto terapéutico; aborto inducido; aborto legal; servicios de planificación familiar.

ABSTRACT

Objectives: To characterize a cohort of women with voluntary interruption of pregnancy (VIP) and to describe intraoperative complications according to the technique used.

Materials and methods: Descriptive study in a historical cohort of women undergoing VIP in two healthcare institutions in Medellín, Colombia, in 2019. Women with pelvic infection and Sexually Transmitted Infections (STIs) were included. Consecutive sampling was used. Sociodemographic, sexual and reproductive health, clinical characteristics of the pregnancy, legal cause of the VIP, characteristics of the care process and complications of the VIP techniques up to post-procedural day 7 were the measured variables. A descriptive analysis was carried out.

Results: Overall, 1,520 women were identified as eligible during the study period. Of them, 46 were intervened in other institutions, leaving 1,474 candidates to enter the study. Of them, 30 were excluded because of pelvic or sexually transmitted infections. Ultimately, 1,444 pregnant women were included in the analysis. Risk to the mother's health was the most frequent legal cause in 94.3% of cases. Ninety-nine percent of women received pre-procedural counseling, and 78.4% agreed to use some form of contraception after VIP. Manual vacuum aspiration (MVA) was used in 95.6% of women and dilation and curettage (D&C) in 4.4%. Complications up to postoperative day 7 occurred in 17.56%, and there were no complications in the MVA group; 80% of women attended the follow-up visit on post-VIP day 7.

Conclusions: MVA is a safe procedure which was not associated with intraperatory comoplications. D&C was associated to complications in one of each six patients. Prospective studies to assess the safety and cost of the different VIP options are required.

Keywords: Abortion; therapeutic abortion; induced abortion; legal abortion; family planning services.

INTRODUCCIÓN

Un embarazo no deseado es aquel que no se esperaba, o no se tenía previsto, sin importar si se estaba utilizando o no un método anticonceptivo (1). En el mundo, entre el 2015 y 2019 ocurrieron aproximadamente 121 millones de embarazos no deseados; de estos, el 61% terminó en aborto inducido, lo cual se traduce en 73,3 millones de procedimientos al año, en mujeres entre los 15 y 44 años (2). En Colombia, para el año 2011 se informaba que cerca del 44% de embarazos no deseados terminan en aborto inducido (3). Para el año 2016, en la ciudad de Medellín se registraron 1.151 casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) notificados (4).

La suspensión del embarazo no deseado o aborto inducido se puede practicar a través de métodos seguros o inseguros. Por lo general, el aborto inseguro es consecuencia de la realización de un procedimiento por fuera de la ley (3). Uno de los problemas relacionados con el aborto inseguro es el riesgo de mortalidad materna por complicaciones del aborto. La Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo una estimación de las muertes maternas en el mundo para los años 2003 a 2009, la cual informa que globalmente hubo 193.000 muertes maternas por aborto inseguro, de las cuales 6.900 correspondieron a América Latina (5). Cuando el aborto se realiza porque parte de la oferta de los servicios de salud institucionalizados, y dentro de la ley, se denomina interrupción voluntaria del embarazo (IVE) (6). La IVE es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la expulsión o extracción de un feto o embrión bajo la autonomía de la mujer, realizada por personal idóneo sin incurrir en un delito (7). Este puede ser realizado por varias técnicas: aborto médico con fármacos que simulan un aborto espontáneo aplicable hasta la doceava semana de gestación y por medio del aborto quirúrgico, ya sea por aspiración endouterina o por dilatación y curetaje (6). En caso

de decidir utilizar una técnica quirúrgica para la IVE, la guía del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists recomienda, como primera opción, la aspiración manual endouterina hasta la semana 14. Para aquella gestación que está por encima de estas semanas, se recomienda el uso de la dilatación y curetaje (D&C) (8).

Desde la perspectiva jurídica en Colombia, la Corte Constitucional, en la Sentencia de acción de tutela C-355 de 2006, reconocía los derechos sexuales y reproductivos y la IVE como parte de ellos; hasta el año 2021 la misma Corte reconoció la IVE como derecho fundamental, no penalizable, siempre que se cumpliera con alguna de las siguientes tres causales legales: 1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico o un profesional de la psicología, quienes autentiquen la existencia de la probabilidad del daño; sin embargo, es la mujer quien decide el alcance del posible daño por la gestación. 2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, el cual puede no ser especialista en fetología. 3. Cuando el embarazo es producto de abuso, violación, incesto, transferencia de óvulo o inseminación no consentida sin necesidad de requerir denuncia por el desarrollo jurisprudencial. La sentencia no situaba límite de edad gestacional (9). De la misma forma, la Resolución 3280 del 2018 considera que la IVE hace parte del manejo de las mujeres víctimas de violencia sexual (10). Respecto a los servicios de IVE, la normatividad en Colombia indica que estos servicios deben estar disponibles en todos los niveles de atención, para lo cual es importante que los profesionales de la salud conozcan el modelo de atención, el cual incluye una consulta inicial-asesoría IVE enfocada en el apoyo emocional a la mujer, información sobre las posibles opciones de tratamiento y acompañarla en su decisión (11). Adicionalmente, a contar con una atención post-IVE asumida por la mujer, cuyo fin es el de asegurar una evolución adecuada, resolver problemas no resueltos (físicos o emocionales), atender las necesidades anticonceptivas, prestar cuidados preventivos en salud sexual y reproductiva y remitir a servicios especializados, según sea la necesidad (11,12). Vale la pena recordar que la legislación sobre el aborto en Colombia fue modificada por la Sentencia C-055-22 (13).

Sin embargo, a pesar del marco legal que apoya a la mujer para optar por una IVE, el Ministerio de Salud informaba, para el 2014, que intervenían en su decisión: *"la falta de autonomía, inequidad de género, desigualdades socioeconómicas, difícil acceso a información veraz, a servicios de salud o a métodos anticonceptivos, la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, y el uso inadecuado de estos, lo cual promueve una mayor incidencia de embarazos no deseados, un mayor riesgo de aborto inseguro y de morbimortalidad materna, además de disminuir las posibilidades para que la mujer pueda decidir sobre su sexualidad y reproducción"* (14).

Son pocas las publicaciones en Colombia sobre las características de las pacientes que acuden a los servicios de IVE, de la calidad de los servicios de IVE, y de su seguridad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es aportar información por medio de la caracterización de una cohorte de mujeres atendidas en dos IPS en la ciudad de Medellín en el 2019, quienes optaron por la IVE, y describir las características de la atención y sus complicaciones hasta el séptimo día posterior a la IVE según la técnica de interrupción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron mujeres entre 18 y 45 años que contaran con una causa legal para la práctica de la IVE. Las mujeres fueron atendidas por IVE en el 2019 en la Fundación Unimédicos, Institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel de complejidad de carácter privado, y en la E.S.E Metrosalud, IPS de segundo nivel de complejidad de carácter público; ambas entidades ubicadas en la ciudad de Medellín, Colombia. Se excluyeron aquellas que presentaban infección pélvica e infecciones de trasmisión sexual. Se realizó muestreo no probabilístico, consecutivo según el orden de atención (Figura 1).

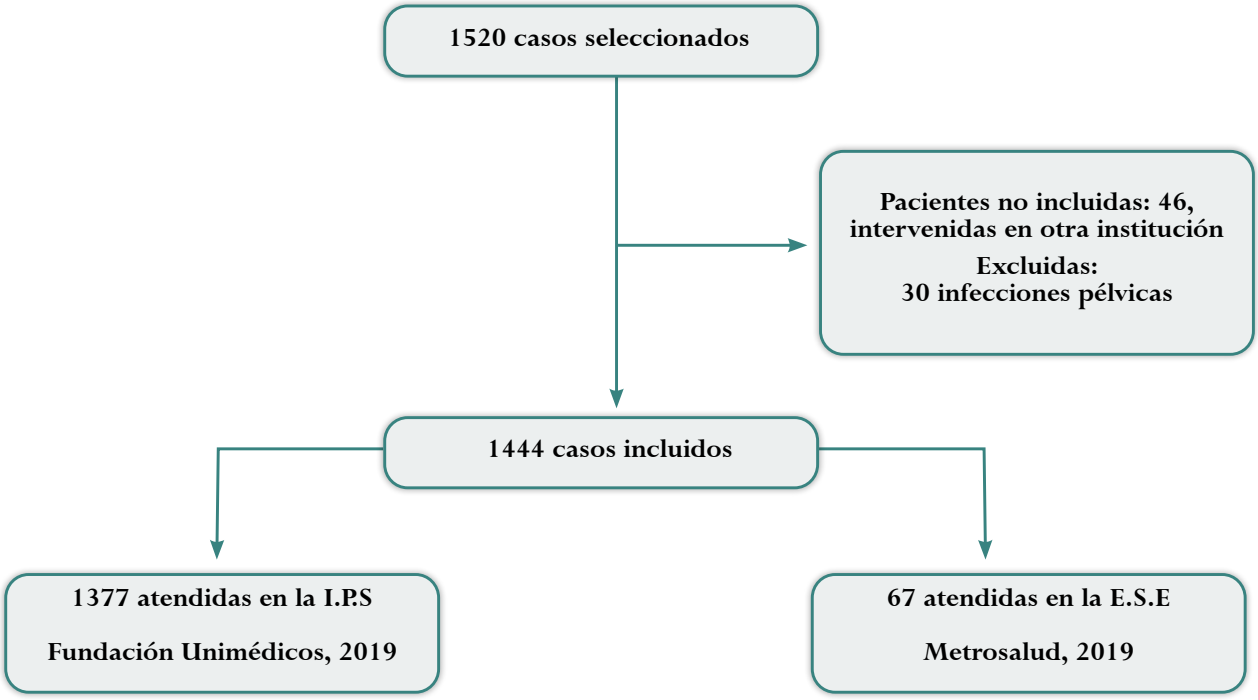

Figura 1. Flujograma de selección de las pacientes sometidas a Ia IVE en dos IPS, en Medellín, Colombia, 2019.
Fuente: elaboración propia.

Procedimiento. Contando con la autorización del estudio en las instituciones participantes, las pacientes candidatas a ingresar en el estudio fueron identificadas en los registros de los servicios de Ginecología y Obstetricia de cada IPS. Los casos se escogieron a partir de los códigos CIE-10 (O045-O049), y de los códigos únicos de prestación de servicio-CUPS (690103,750101, 750105, 750301, 750302, 750303). Posteriormente, se solicitaron las historias clínicas y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Una vez verificado el cumplimiento de los criterios se recopiló la información de las variables sociodemográficas y clínicas del proceso de la IVE, del procedimiento y las complicaciones durante la atención hasta el control post-IVE a la semana del procedimiento. Los datos se registraron por el investigador principal en un formulario diseñado para el estudio en el paquete ofimático Excel® 2010, versión 16.4. La información se controló, inicialmente, comparando los datos de la historia clínica y los datos ingresados en la base de datos, y finalmente, verificando la calidad de la información buscando datos fuera de rango o datos ausentes .

Las mujeres que optaron por la IVE recibieron asesoría por parte del personal médico que atiende la consulta inicial, o por psicología. De acuerdo con la edad gestacional se enseñaron las opciones de IVE: proceso, complicaciones, ventajas, desventajas, y necesidad de planificación de la familia posterior a la IVE. Esto con el fin de que la paciente tomara la decisión respecto al método de IVE y el tipo de seguimiento post-IVE que prefiería y por el tipo de seguimiento post-IVE.

Variables. Las variables evaluadas se dividieron en tres grupos. Las de índole socioeconómica: edad, nacionalidad, zona de procedencia, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico y actividad laboral. Aquellas relacionadas con la anticoncepción y características ginecológicas: método anticonceptivo previo, número de embarazos previos, paridad, periodo gestacional, paridad satisfecha y embarazo no deseado. Por último, las relacionadas con el proceso de la IVE: técnicas de IVE utilizadas, IVE previa, causa legal de la IVE, profesional que asesora la IVE, nivel de la institución donde se realizó la IVE, aceptación de la atención post-IVE, complicaciones de las

IVE, profesional que asesoró en el periodo post-IVE, seguimiento post-IVE, y método de planificación post-IVE elegido.

Análisis estadístico. El análisis estadístico se realizó en SPSS®, versión 26. Las variables cuantitativas se presentan en medias y desviación estándar, dada su tendencia central, y las cualitativas con frecuencias absolutas y relativas para los tres grupos de variables.

Aspectos éticos. El proyecto fue aprobado por los comités de investigación de la Corporación Universitaria Rémington mediante el Acta N°4 de 2014 y por los comités de las dos IPS participantes. El estudio se rige por la normatividad vigente en Colombia sobre investigación clínica aplicada.

RESULTADOS

Durante el periodo de investigación se contó con 1.520 mujeres candidatas a ingresar al estudio, de las cuales 46 fueron intervenidas en otras instituciones; adicionalmente, 30 presentaron infecciones pélvicas o de transmisión sexual, por lo que fueron excluidas. Finalmente, se incluyeron 1.444 mujeres gestantes, 1.377 de ellas fueron atendidas en la I.P.S. Fundación Unimédicos, y 67 en la E.S.E. Metrosalud en el 2019 (Figura 1).

Respecto a las características sociodemográficas, las pacientes tuvieron una edad media de 26 (DE-Desviación Estándar, ± 6), el 93,4% de las mujeres eran colombianas (n=1.348), el 6% eran de nacionalidad venezolana (n=87), y el 0,65% restante de otras nacionalidades. El 89,1% (n=1.286) del total de las mujeres provenían del área urbana, siendo el 59,4% del total de las mujeres de la ciudad de Medellín (n=858), y el porcentaje restante de otros municipios del resto del departamento de Antioquía. El 42,41% contaban con educación superior (n=610), y un 2,0% no tenían ningún nivel de educación (n=29). El nivel socioeconómico más frecuente fue medio bajo con un 61,6%. (n=889). El 47,3% tenía trabajo (n=683) (Tabla 1).

Acerca de las características clínicas, el 89,9% de las mujeres no utilizaba ningún método anticonceptivo previo a la IVE (n=1298). El 48,2% fue primigestante (n=696). El procedimiento fue realizado en el primer trimestre en el 97,2% de las pacientes (n=1.404); la semana 7 de gestación ocupó el primer lugar en el momento de la IVE con un 20,8% (n=300). El 99,9% fueron embarazos no deseados (n=1.443). La paridad satisfecha se mani-

Tabla 1.
Características sociodemográficas de las pacientes con IVE en dos IPS, en Medellín, Colombia, 2019.

Nacionalidad	
Colombiana	1348 (93,4)
Venezolana	87 (6,0)
Mexicana	1 (0,1)
Estadounidense	2 (0,1)
Canadiense	6 (0,4)
Zona de procedencia	
Rural	158 (10,9)
Urbana	1286 (89,1)
Procedencia	
Medellín	858 (59,4)
Otro municipio del país	586 (40,6)
Estado Civil	
Soltera	1154 (79,9)
Casada	81 (5,6)
Unión libre	204 (14,1)
Separada	4 (0,3)
Viuda	1 (0,1)
Escolaridad	
Analfabeta	29 (2,0)
Básica primaria	68 (4,7)
Básica secundaria	680 (47,1)
Técnico profesional	495 (34,4)
Universitario	115 (8,0)
Estrato socioeconómico	
Estrato bajo	314 (21,7)
Estrato medio bajo	889 (61,6)
Estrato medio	67 (4,6)
Estrato Alto	174 (12,0)
Actividad laboral	
Empleada	680 (47,3)
Desempleada	244 (16,9)
Estudiante	517 (35,8)

Fuente: elaboración propia.

festó en un 12,3% (n=77) (Tabla 2). Con respecto a la causa legal de la IVE, fueron identificadas, en orden: salud de la mujer en un 94,3% (n=1.361), otras 82 por conductas sexual sin consentimiento (5,7%), y 1 por malformación fetal grave en una mujer con un embarazo deseado (0,1%). En el 65,9% (n=951) de las pacientes se había practicado IVE previamente (Tabla 3).

Tabla 2.
Características legales y aspectos clínicos previos de pacientes con IVE en dos IPS Medellín, Colombia, 2019.

Ítem	n (%)
Método anticonceptivo previo	
Anticonceptivo oral	56 (3,9)
Dispositivo intrauterino	4 (0,3)
Anticonceptivo inyectable	47 (3,3)
Esterilización	4 (0,3)
Implante subdérmico	17 (1,2)
Preservativo	18 (1,2)
Sin método de planificación previo	1298 (89,8)
Número de embarazos previos a la IVE	
Primigestante	696 (48,2)
Secundigestante	441 (30,5)
Multigestante	307 (21,3)
Paridad	
Cero	784 (54,3)
Uno	422 (29,2)
Dos	166 (11,5)
Tres o más	72(5,0)
Periodo gestacional al momento de la IVE	
Primer trimestre	1404 (97,2%)
Segundo trimestre	39 (2,7)
Tercer trimestre	1 (0,1)
Paridad satisfecha	
Si	177 (12,3)
No	862 (59,7)
No sabe	402 (27,8)

Fuente: elaboración propia.

Con un 97,4% (n=1.363) la profesión que realizó la asesoría IVE con mayor frecuencia fue Psicología, mientras que el 5,6% restante la ofreció medicina general (n=81). El tipo de procedimiento de IVE más frecuente fue la AMEU con un 95,4% (n=1.380), seguido de la dilatación y curetaje con un 4,4% (n=63), y el manejo farmacológico representó un 0.1% (n=1). En la IPS Fundación Unimédicos se realizó el 100% de la IVE con AMEU (n=1.377), mientras que la E.S.E Metrosalud se realizó D&C en un 94% (n=63). En cuanto a las características del proceso de la IVE, un 80,1% desearon continuar con la atención post-IVE (n=1.157), no asistió a control el 19,9% de mujeres con AMEU (n=287). El 78,4% aceptó el uso de algún método anticonceptivo post-IVE (n=1.132) (Tabla 3).

Tabla 3.
Características del proceso de la IVE en dos IPS en Medellín, Colombia, 2019.

Ítem	n (%)
IVE previa	
Sí	951 (65,9)
Causa legal de IVE	
Salud de la mujer	1361 (94,3)
Conductas sexuales sin consentimiento	82 (5,7)
Malformaciones graves fetales	1 (0,1)
Profesional que realiza Asesoría IV	
Psicóloga	1363 (94,4)
Aceptó Atención post-IVE	
Sí	1157 (80,1)
No	287 (19,9)
Profesional que realiza la asesoría post-IVE	
Gineco-obstetra	8 (0,5)
Médico general	1149 (79,6)
Seguimiento post-IVE	
Sí	1157 (80,1)
Método elegido post-IVE	
Preservativo	321 (22,2)
Oral	312 (21,6)
Inyectable	295 (20,4)
Implante subdérmico	90 (6,2)
Intrauterino	61 (4,2)
Esterilización	53 (3,7)
Sin método	49 (3,4)
Sin información	263 (18,2)

Fuente: elaboración propia.

Ninguna de las de las mujeres con AMEU (n=1.380) presentó complicaciones intraoperatorias, y en las 1.157 que tuvieron control al séptimo día no se detectaron complicaciones. Por otra parte, en 9 mujeres sometidas a D&C se identificó hemorragia post-IVE que requirió de nuevo procedimiento; además, se presentaron 3 casos (4,76%) de perforación uterina en casos con D&C, para un total de 12 complicaciones (17,4%) (Tabla 4).

Tabla 4.
Tipo de IVE y complicaciones en dos IPS en Medellín, Colombia, 2019.

Procedimiento	n (%)	Complicaciones	n (%)
Farmacológico	1 (0,1)	Hemorragia	1
AMEU	1380 (95,6)	Ninguna	1380
Dilatación y curetaje	63 (4,4)	Perforación uterina	3 (4,76)
		Hemorragia	8 (12,7)
		Ninguna	52 (82,5)

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la principal causa para acceder a la IVE fue el riesgo para la salud física o psicológica de la mujer (94,2%), que cerca del 65,9% de las mujeres sometidas a IVE tenían un procedimiento similar previo; y que el 96% recibió anticoncepción posterior al procedimiento. Se encuentra que la técnica del AMEU para la IVE quirúrgica no presentó complicaciones en 1.157 mujeres en una institución de atención primaria en la ciudad de Medellín, Colombia. De otra parte, se halló una frecuencia de complicaciones del 16,5% en pacientes sometidas a D&C en una institución de segundo nivel de complejidad. Las pérdidas en el seguimiento fueron del 19,9% (n= 287) en el grupo de AMEU en el estudio, dada la decisión de esta proporción de mujeres en no continuar con el manejo post-IVE.

Respecto a las causales de suspensión del embarazo, los resultados son diferentes a los referidos en el estudio de Restrepo et al. (2019), donde el riesgo para la salud de la mujer fue la causa en el 61% de las IVE, y el 12,6% por malformaciones graves fetales (15), superior a lo informado en el presente estudio.

En cuanto al antecedente de uso de técnicas de IVE, los resultados son mayores a los informados en Etiopia por Ddedge et al., quienes reportaron que el 44% de las mujeres que acuden a los servicios de interrupción del embarazo había tenido un aborto inducido previo (16), y a los informados por La Vechia, en Italia, con un 5% de las mujeres que repetían la suspensión inducida por el embrazo (17).

Respecto al uso de algún método anticonceptivo post-IVE, el 78,4% decidió utilizarlo. Esta prevalencia fue cercana a la reportada en el estudio de Becker et al., quienes en 402 mujeres de la Ciudad de México, encontraron que el 89,5% optaron por el uso de un método anticonceptivo. Sin embargo, en este estudio se registró al dispositivo intrauterino como el método anticonceptivo más frecuente posterior al procedimiento (18), difiriendo de la población estudiada en la presente investigación, dado que el 22,2% usó con mayor frecuencia el preservativo. Con respecto al uso del dispositivo intrauterino, Goodman et al. (2008), en un estudio realizado en el norte de California, demostraron que el uso del dispositivo intrauterino postaborto inmediato tiene el potencial de reducir significativamente la repetición de una IVE nueva (19).

En cuanto a las complicaciones, la tasa de perforación uterina es muy baja, habitualmente se pueden observar en los casos con D&C, implicando ocasionalmente reintervención (20), tal y como se presentó en este estudio. La comparación de las técnicas médicas y quirúrgicas no es fácil, ya que la decisión puede estar mediada por múltiples factores que dificultan una asignación aleatoria a alguna de las alternativa que pueden ser mutuamente excluyentes (21). Sin embargo, cuando se hace la comparación en condiciones ideales no se evidencian diferencias en la tasa de complicaciones que varían entre el 0,1% y el 3% en ambos, principalmente hemorragia o infección (22) y necesidad de un segundo procedimiento para completar el aborto. La frecuencia de complicaciones en D&C fue superior a la descrita por Carlsson et al., quienes informan en una cohorte de 4.945 abortos atendidos entre 2008 y 2015 en un hospital en Suecia, con una frecuencia de complicaciones en el aborto quirúrgico que varió entre el 3% y 8,0% (23).

El estudio tiene limitaciones dada la presencia de un posible sesgo de indicación que haría que los embarazos de más riesgo fueran sometidos a D&C, o por factores tales como la experiencia del operador en alguna de las dos técnicas; lo que podría afectar la frecuencia del desenlace más allá de la intervención. La experiencia previa también podría explicar la baja frecuencia de uso del tratamiento médico, ya que se tiene poca experiencia en el uso de mifepristona y el misoprostol en algunas instituciones, a pesar de ser la alternativa más segura por las guías internacionales de interrupción voluntaria del embrazo menor a 12 semanas (8, 22); aunque requiere un seguimiento ambulatorio más extenso, que representa un mayor número de consultas, posible sangrado prolongado y procedimientos quirúrgicos adicionales subsecuentes. Por otra parte, al no tener información del 20% de las apacientes sometidas a AMEU, puede llevar a una subestimación de las complicaciones. Como fortaleza se tiene el gran número de mujeres incluidas en el estudio.

CONCLUSIONES

La AMEU es un procedimiento frecuente y seguro que no generó complicaciones intraoperatorias o posterior al procedimiento hasta los primeros siete días después de la IVE en la población estudiada. Es común encontrar complicaciones en IVE en las que se utilice D&C. Se requiere estudios prospectivos que permitan perfilar y estudiar las complicaciones postoperatorias hasta los 30 días de las diferentes técnicas de IVE a nivel nacional y regional.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las Instituciones E.S.E Metrosalud y Fundación Unimédicos por permitir el acceso a la información de las historias clínicas de las pacientes que accedieron a un IVE en el año 2019.

REFERENCIAS

1. Brown SS EL. The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. Brown SS EL, editor. Washington: National Academy of Sciences; 1995. 21–47 p. Disponible en: https://www.nap.edu/download/4903
2. OMS-Organización Mundial de la Salud. Aborto. Centro de prensa. 2021 [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion
3 Prada E, Singh S, Remez L VL. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Prada E, Singh S, Remez L VL, editor. New York: Guttmacher Institute; 2011. 10–14 p. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf
4 Medellín S de S de. Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE. Boletín Epidemiológico 2. Medellin; 2017. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared Content/Boletines/Boletines 2017/Boletín Epidemiológico 2.pdf
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al.. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
6. OMS-Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2nd ed. Salud O-OM de la, editor. Montevideo: OMS-Organización Mundial de la Salud; 2012. 1–134 p.
7. OMS-Organización Mundial de la Salud. Aborto. Temas de salud. 2022 [cited 2022 Mar 4]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/abortion#tab=tab_1
8. RCOG-Royal College of Obstetrician and Gynaecologist. The care of women requesting induced abortion. RCOG Press. 2011;7:8–10.
9. Araujo J, Vargas CI CC de la R de C. Sentencia C-355. Sentencia C-355 Colombia; 2006. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=173189
10. Social M de la S y la P. Resolución 3280 de 2018. 3280 Bogotá; 2018 p. 1–348. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf
11. Minsalud. Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Bogotá; 2014. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf
12. Ramírez EJ AS. Una revisión integral de la interrupción voluntaria del embarazo. Universidad de Ciencias Aplicadas; 2017. Disponible en: https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/640/1/documento final.pdf

13. Republica de Colombia . Corte Constitucional. Sentencia C-055-22 Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/Comunicado%20de%20prensa%20Sentencia%20C-055-22%20-%20Febrero%2021-22.pdf
14. Minsalud. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. Bogotá; 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/SM-Determ-aborto-inseguro.pdf
15. Restrepo-Bernal DP, Colonia-Toro A, Duque-Giraldo M, Hoyos-Zuluaga C C-O V. Seguridad del tratamiento de la interrupción voluntaria del embarazo según edad gestacional en Medellín, Colombia, 2013-2014. Rev Col Obs Gin. 2019;70(3):174–80. https://doi.org/10.18597/rcog.3267
16. Dgedge M, Gebreselassie H, Bique C, et al. Confronting maternal mortality: The status of abortion care in public health facilities in Mozambique. 2005.
17. La Vecchia C, Pampallona S, Negri E, Fasoli M, Franceschi S DA. Characteristics of women undergoing induced abortion: results of a case-control study from Northern Italy. Contraception. 1985;32(6):637-49. https://doi.org/10.1016/S0010-7824(85)80007-X
18. Becker D, Díaz Olavarrieta C, Garcia SG HC. Women's reports on postabortion family-planning services provided by the public-sector legal abortion program in Mexico City. Int J Gynaecol Obs. 2013; 121(2): 149-53. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.018
19. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF F-RA. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. Contraception. 2008; 78(2):143-448. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.03.003
20. Tunçalp O, Gülmezoglu AM SJ. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 2010(9):CD001993. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001993.pub2
21. Rørbye C, Nørgaard M NL. Medical versus surgical abortion efficacy, complications and leave of absence compared in a partly randomized study. Contraception. 2004; 70(5): 393-9. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.06.004
22. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE Abortion care. NICE guideline [NG140]. Decision aid for pregnancies lowe than 13 weeks . Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-before-14-weeks-choosing-between-medical-or-surgical-abortion-patient-decision-aid-pdf-6906582255
23. Carlsson I, Breding K, Larsson PG. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. BMC Womens Health. 2018 Sep 25;18(1):158. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0645-6. PMID: 30253769; PMCID: PMC6156848.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Edgar Fernando Cárdenas-Arias: revisión de la bibliografía, elaboración del pro-yecto de investigación, participó en la creación de la base de datos en Excel y en SPSS, revisión de las historias clínicas, procesamiento de la información, análisis e interpretación de los resultados y redacción final del artículo.

Diana Elizabeth Escudero-Cardona: participó en la solicitud de permisos institu-cionales y ante comité de bioética, participó en la elaboración de la base de da-tos en Excel, procesamiento de la información, análisis e interpretación de los resultados y aportes en la revisión y redacción final del artículo.

Edgar Adel Noreña-Mosquera: idea de investigación, realizó recomendaciones sobre redacción de los componentes de introducción y discusión del artículo.

FINANCIACIÓN

Para la ejecución de este proyecto se contó con recursos de la convocatoria Médico-Quirúrgica (2020) de la Vicerrectoría de investigación de la Corporación Universitaria Remington. Así mismo, con los aportes en especie de las instituciones Fundación Unimédicos y E.S.E Metrosalud.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.