

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

<https://doi.org/10.18597/rcog.4018>

Interrupciones voluntarias del embarazo recurrentes. Estudio de prevalencia y exploración de factores asociados. Antioquia, Colombia, 2015 – 2021

Recurrent voluntary termination of pregnancy. Prevalence study and exploration of associated factors. Antioquia, Colombia, 2015 – 2021

Laura Andrea González-Pérez, MD, MSc¹; Freddy Andrés Barrios-Arroyave, MD, MSc, PhD²

Recibido: 11 de abril de 2023 / Aceptado: 09 de septiembre de 2023

RESUMEN

Objetivos: describir la prevalencia de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) recurrentes y efectuar una exploración de los factores asociados a esta.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal descriptivo, en el que se incluyeron mujeres atendidas entre 2015 y 2021 en cinco sedes, en el Departamento de Antioquia, de una Institución que promueve la atención en salud sexual y reproductiva (SSR) en Colombia. Se midieron variables sociodemográficas, de SSR, así como la realización de IVE recurrente, tipo de procedimiento utilizado en la primera IVE, y método de anticoncepción elegido posterior a esta. Se presenta la prevalencia de período de aborto recurrente global y por año. Se hace exploración de los factores asociados por medio de análisis multivariado. Se obtuvo aval del comité de investigación de la institución.

Resultados: se incluyó un total de 20.423 mujeres. La prevalencia de IVE recurrente fue del 4,07 %

($n = 831$) en todo el período, y varió del 2,3 al 6 % en los 6 años. El método más utilizado para la IVE recurrente fue inducción farmacológica (48,50 %). Después de la primera IVE, el 69,81 % de las mujeres utilizó métodos anticonceptivos clasificados como “muy efectivos”, según la Organización Mundial de la Salud. Se identificaron como factores de riesgo de la IVE recurrente pertenecer al régimen de aseguramiento subsidiado por el Estado (Odds ratio ajustado (ORa) = 1,35; IC 95 %: 1,05-1,72) y haber tenido dos o más gestaciones (ORa = 1,23; IC 95 %: 1,06 - 1,44). Como factores protectores se identificaron: contratación del servicio de IVE bajo modalidad de pago de bolsillo (ORa = 0,71; IC 95 %: 0,61-0,82), el antecedente de IVE tardía (ORa = 0,30; IC 95 %: 0,11-0,81), y la elección del implante subdérmico posterior al primer aborto como (ORa = 0,64; IC 95 %: 0,49 – 0,83).

Conclusiones: la prevalencia de IVE recurrente posiblemente está incrementando. Se requieren estudios prospectivos que evalúen si existe una tendencia al incremento y que verifiquen posibles hipótesis de asociación que surgen de este trabajo.

Palabras clave: aborto legal; aborto inducido; anticoncepción; derechos sexuales y reproductivos.

* Correspondencia: Freddy Andrés Barrios-Arroyave. Calle 34A #76-35. Institución Universitaria Visión de las Américas, Medellín (Colombia). freddy.barrios@uam.edu.co

1. Profamilia (Asociación Probieneestar de la Familia Colombiana), docente de cátedra en la Universidad EIA, Medellín (Colombia).
2. Grupo de Investigación en Salud y Comunidad (GISCO), Institución Universitaria Visión de Las Américas, Medellín (Colombia).

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence of recurrent voluntary termination of pregnancy (VTP) and to explore associated factors.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional cohort study which included women seen between 2015 and 2021 in five sites of an institution located in the Department of Antioquia which promotes sexual and reproductive health (SRH) care in Colombia. Measured variables included sociodemographics, SRH, recurrent performance of VTP, type of procedure used in the first VTP and contraception method selected afterwards. The prevalence of global and yearly recurrent abortion period is presented. Associated factors were explored using a multivariate analysis. The research committee of the institution approved the study.

Results: In total, 20,423 women were included. The prevalence of recurrent VTP was 4.07 % ($n = 831$) during the entire period, ranging between 2.3 and 6 % over the 7 years. The most commonly used method for recurrent VTP was pharmacological induction (48.50 %). After the first VTP, 69.81 % of women used contraceptive methods classified as “very effective” according to the World Health Organization. The risk factors identified as being associated with recurrent VTP included being part of the state-subsidized health insurance system (adjusted odds ratio [aOR] = 1.35; 95 % CI: 1.05-1.72) and having had two or more pregnancies (aOR = 1.23; 95% CI: 1.06 - 1.44). Protective factors were identified and included out-of-pocket payment for VTP service (aOR = 0.71; 95% CI: 0.61-0.82), a history of late VTP (aOR = 0.30; 95% CI: 0.11-0.81), and the selection of a subdermal implant for contraception following the first abortion (sOR = 0.64; 95% CI: 0.49 – 0.83).

Conclusions: It is possible that the prevalence of recurrent VTP is increasing. Prospective studies are required in order to determine whether there is a growing trend and to verify potential association hypotheses derived from this work.

Keywords: Legal abortion; induced abortion; contraception; sexual and reproductive rights.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2010 y 2014 por cada mil mujeres entre los 15 y 44 años, 36 presentaron abortos, la mayoría inseguros, en los países en vía de desarrollo (1). De manera similar, en Colombia, según la Encuesta de Demografía y Salud del 2015 (ENDS), se presentó una tasa de aborto de 39 por cada mil mujeres entre los 14 y 44 años (2). Para el 2018, en América Latina y Colombia el porcentaje que ocupaba la mortalidad materna asociada al aborto inseguro era, respectivamente, del 12 % y el 15 % (3).

El aborto inducido o IVE es la terminación de la gestación en condiciones seguras, la cual se realiza bajo la decisión voluntaria de la mujer. Este procedimiento se puede realizar a partir de diferentes técnicas (farmacológicas o quirúrgicas) dependiendo de la edad gestacional o de las preferencias de la paciente (4-6). Se ha descrito que los factores de riesgo para la IVE incluyen ser menor de 19 años, estado civil soltera, tener un grado de escolaridad igual o inferior a la primaria, ser desempleada o trabajar en negocios independientes, asimismo, las nulíparas son más propensas a someterse a una IVE (7-10). La práctica del aborto seguro ha conducido a la reducción de las tasas de morbilidad materna severa al menos de un 1 %, y a una reducción casi total en la mortalidad materna asociada (11).

Con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna, como consecuencia del aborto inseguro, en Colombia se despenalizó el aborto inducido a partir del año 2006 con la Sentencia C-355 de 2006 por parte de la Corte Constitucional bajo tres causales específicas (compromiso del estado de la salud de la gestante, embarazo producto de un abuso sexual o malformaciones congénitas incompatibles con la vida extrauterinas) (12). Posteriormente, con la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional se despenalizó la IVE siempre y cuando se lleve a cabo antes de la semana 24 de gestación (13). Otra consecuencia de la implementación de políticas que despenalizan total o parcialmente la realización del aborto, es la disminución de la cantidad de embarazos

no deseados; sin embargo, se ha incrementado la cantidad de estos embarazos que terminan en abortos inducidos en el mundo, los cuales han aumentado del 51 % al 61 %, entre los años 1990 y 2019 (14). Algunas de estas mujeres se practican la IVE dos o más veces. Esta condición se ha denominado IVE recurrente o aborto inducido a repetición (7,8). Como factores de riesgo para la IVE recurrente se han asociado la edad, el nivel educativo, la ocupación, el estado civil, la cantidad de embarazos e hijos o abortos previos (15). También se ha descrito la falta de educación adecuada acerca de la importancia de la planificación familiar y de los riesgos que conlleva tener abortos recurrentes (16).

No se encuentra literatura local que informe de la prevalencia de IVE recurrente ni tampoco los factores protectores o de riesgo para esta condición. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es ofrecer una aproximación a la magnitud de la IVE recurrente y explorar posibles factores asociados en nuestro contexto latinoamericano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio de corte transversal descriptivo en el que se incluyeron mujeres entre los 11 y 50 años que asistieron para realizar una IVE por cualquiera de las tres causales cobijadas por la sentencia C-355 de 2006 entre 2015 y 2021 a los centros de salud sexual y reproductiva de Profamilia (organización de atención en salud sexual y reproductiva, de carácter nacional), ubicados en cinco municipios en el Departamento de Antioquia, Colombia. Se efectuó muestreo a conveniencia con un tamaño muestral de 287 mujeres, con base en un n conocido de aproximadamente 25.000 mujeres atendidas en las instituciones participantes durante el período de estudio, frecuencia o proporción P esperada de IVE recurrente (información estimada procedente de literatura mundial) del 24,1 % de todas las mujeres con un primer episodio de IVE (17), una confianza del 95 %, margen de error de ± 5 % y efecto del diseño (DEF) de 1.

Procedimiento. A partir de la base de datos en formato Excel 365 de Microsoft Office® que contiene

los registros de las IVE realizadas en la institución, la cual fue suministrada con previa autorización del comité de ética de Profamilia, se identificó la fuente de información (historia clínica) de las usuarias. Primero, se verificó el cumplimiento de los criterios de selección de las participantes, y una vez verificados se tomaron los datos de las variables de interés para el estudio, que fueron recolectadas previamente por parte del equipo médico. Se controló el sesgo de información (medición) verificando la cantidad de subregistro en las diferentes variables.

Variables medidas. Características basales sociodemográficas: edad, nacionalidad, zona de residencia, nivel de escolaridad, estado civil, nivel de ingresos, ocupación y tipo de contratación del servicio. Antecedentes de SSR: edad de inicio de las relaciones sexuales, gestaciones e hijos vivos. Características de la IVE: edad gestacional al momento del aborto, número de episodios de IVE, causal de la IVE, procedimiento empleado para la primera IVE, violencia asociada al episodio IVE y tipo de violencia. Métodos anticonceptivos utilizados posterior a la primera IVE: tipo anticoncepción y efectividad del método anticonceptivo escogido posterior a la primera IVE según la OMS (18). La variable respuesta fue: presencia de IVE recurrente.

Análisis. Descriptivo. Se excluyeron del análisis los registros con información incompleta relacionada con la edad gestacional, la causa y el método anticonceptivo elegido posterior a la primera IVE. Se estimaron las frecuencias absolutas y porcentuales para las variables cualitativas, y la media, con su respectiva desviación estándar y de la mediana con su rango intercuartílico, para las variables cuantitativas dependiendo de su ajuste a distribución normal comprobada por la prueba Shapiro-Francia. Se estimó, además, la proporción de prevalencia de período de la IVE recurrente y por año (numerador mujeres con IVE recurrente) / denominador: total mujeres que se habían realizado una IVE en los cinco centros seleccionados). Además, se estimó la frecuencia de las tecnologías utilizadas para la IVE y de uso de métodos anticonceptivos posteriores a la primera IVE. Para el análisis exploratorio de

los factores asociados, se comparó el grupo de IVE recurrente con el grupo de IVE única, por medio de la prueba X^2 de independencia, o bien la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y las pruebas *t-Student* o *U de Mann–Whitney*, dependiendo de su ajuste a distribución normal o según su condición de hetero u homocedasticidad determinada por la prueba de Levene. Se usó un nivel de significancia 0.05. Se calculó, además, la *odds ratio* (OR) cruda con su respectivo intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %), y adicionalmente, el OR ajustado por medio de un modelo de regresión logística binaria de ajuste para obtener una estimación agrupada de los factores asociados a la IVE recurrente. Se utilizó el programa Jamovi versión 2.3.15.

Aspectos éticos. Se obtuvo aval del Comité de Ética de Investigaciones de Profamilia (Acta 24 de 2022, 16 de agosto de 2022), y fue aprobada como una investigación *sin riesgo*, teniendo en

cuenta la normatividad local (19). Para garantizar la confidencialidad de la información, los registros fueron anonimizados. Los investigadores no tuvieron ningún tipo de contacto con las pacientes. Los registros de las menores de edad fueron reportados al área encargada de Profamilia, quien se responsabilizó por el manejo adecuado de la información, tanto desde el punto de vista ético como legal.

RESULTADOS

En el período de tiempo estudiado fueron atendidas un total de 24.955 mujeres a quienes se les practicó al menos una IVE en el período de observación en las instituciones participantes. Todas las pacientes cumplieron con los criterios de inclusión; no obstante, 4.532 (18,1 %) fueron excluidas del análisis por no tener información completa, por lo que finalmente se analizaron 20.423 registros (Figura 1).

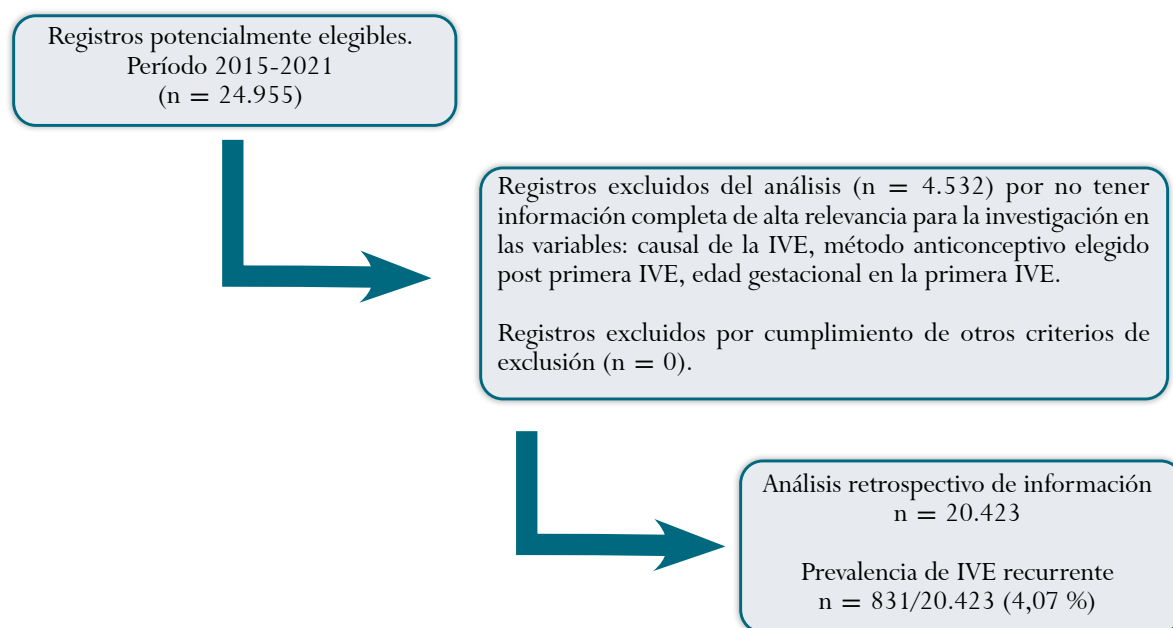


Figura 1. Flujograma basado en iniciativa STROBE para la selección de pacientes y análisis de datos.
Fuente: elaboración propia.

Un total de 831 mujeres presentaron IVE recurrente, para una prevalencia de 4,07 % (831/20.423) entre 2015 y 2021. La prevalencia por año varió entre el 2,32 % para 2017 al 5,99 % en 2021. El mayor número de IVE recurrente se llevó a

cabo en Medellín (n = 716) (Tabla 1). En cuanto a la caracterización de la IVE recurrente, 3,78 % casos (772) fueron dos abortos, mientras que en 59 casos se realizaron tres o más abortos (0,30 %).

Tabla 1.
Prevalencia de IVE recurrente según los municipios de las sedes de la institución y según el año, Profamilia, 2015 - 2021.

Prevalencia global de período IVE recurrente (2015-2021)	(Casos de IVE recurrente/total de atenciones por IVE)*100
	831/20423 (4,07 %)
Prevalencia de IVE recurrente según el año	
Prevalencia específica IVE recurrente en 2015	13/511 (2,54 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2016	26/1060 (2,45 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2017	42/1812 (2,32 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2018	93/2874 (3,24 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2019	148/4164 (3,55 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2020	190/4661 (4,08 %)
Prevalencia específica IVE recurrente en 2021	319/5341 (5,99 %)
Prevalencia de IVE recurrente según los municipios de las sedes de la institución	
Prevalencia específica sede Apartadó	79/1946 (4,06 %)
Prevalencia específica sede La Ceja	0/8 (0,00 %)
Prevalencia específica sede Medellín	715/17244 (4,15 %)
Prevalencia específica sede Rionegro	37/1225 (3,02 %)

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

Fuente: elaboración propia de los investigadores a partir de la información suministrada en la base de datos de sedes de Antioquia de Profamilia entre 2015 al 2021.

Respecto a las características de la población que se había practicado al menos una IVE, se encontró que la mediana de la edad fue de 25 años (RIC 9). El 91,99 % era de nacionalidad colombiana (18.785); el 74,4 % de las mujeres eran solteras; el 95,4 % tenía residencia en zona urbana (19.481); el 75,31 % contaba con educación secundaria o inferior (15.381); el 76,5 % tenía como oficio las labores extradomésticas (15.613). Asimismo, 93,52 % pertenecía al nivel socioeconómico bajo; sin embargo, el 51,89 % accedió al primer episodio de IVE pagando los servicios de manera particular (10.597), y el 40,05 % (8.180) lo hizo por medio de la afiliación al sistema de salud colombiano contributivo de los trabajadores; el 8,06 % (1.646) estaban afiliadas al régimen subsidiado por el Estado. La mediana de la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años (RIC 3), y el 57,42 % (11.727) había tenido por lo menos dos gestaciones previas. El 31,51 % (6.436) tenía al menos un hijo vivo.

Se encontró que la edad gestacional mediana al momento de la primera IVE fue de 7,5 semanas (RIC 4). El método utilizado en el primer episodio de IVE fue el tratamiento farmacológico en un 46,4 % (9.488), y la aspiración manual endouterina en un 46,3 % (9.466), seguido de inducción de asistolia fetal (1.422; 6,96 %). La causal de la primera IVE fue mayoritariamente “salud” (20.064; 98,25 %). Un 57,85 % (13.984) no se encontraba usando ningún método anticonceptivo o usaban métodos menos efectivos al momento de quedar en embarazo, lo que motivó la primera IVE. Inmediatamente después de la primera IVE, el 69,81 % (14.259) eligió continuar con la anticoncepción usando métodos clasificados como “muy efectivos” por la OMS (19). En el 4,20 % de los casos de IVE (858) se identificó que la gestante era víctima de algún tipo de violencia física 367 (1,80 %); psicológica 380 (1,86 %); sexual 554 (2,71 %); económica 15 (0,07 %), y coerción reproductiva 13 (0,06 %). El método más utilizado

para la IVE recurrente fue la inducción farmacológica 403 (48,50 %).

El análisis bivalente mostró que las siguientes variables independientes tuvieron una asociación preliminar significativa de “riesgo” para una IVE a repetición: régimen de aseguramiento subsidiado por el Estado, dos o más gestaciones, problemas de salud materna como causa del primer episodio de IVE, edad gestacional menor a 15 semanas en el primer episodio de IVE, uso de inyectables y píldoras

como anticonceptivo elegido después del primer episodio de IVE. Por otro lado, se comportaron como factores protectores significativos ser menores de 18 años, tener nivel educativo secundaria o inferior, ser extranjeras, tener como ocupación oficios intradomésticos, ser solteras, vivir en condiciones de pobreza, pago por la paciente o de bolsillo, haber utilizado dilatación y evacuación e inducción de asistolia fetal como técnica empleada en primer episodio de IVE (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de las pacientes atendidas para IVE en cinco centros de SSR de Profamilia en Antioquia, Colombia, 2015 - 2021. N = 20423.			
Variables independientes	IVE recurrente (Mediana, RIQ)* n = 831	IVE única (Mediana, RIQ)* n = 19592	Valor p*
Edad*	24 (8)	25 (9)	0,680
Sexarca*	16 (2)	16 (3)	0,982
Embarazos previos*	2 (2)	2 (2)	1
Partos previos*	0 (1)	0 (1)	1
Cesáreas previas*	0 (1)	0 (1)	1
Hijos vivos (Mediana, RIQ)*	1 (1)	1 (1)	1
Edad gestacional (Mediana, RIQ)*	7,2 (2,7)	7,5 (4,1)	< 0,001
Edad**			< 0,001
Menor de 18 años	20	1379	
Mayor de 18 años	811	18213	
Nivel educativo**			0,002
Secundaria o inferior	589	14792	
Nivel superior	237	4660	
Sin información	5	140	
Nacionalidad**			< 0,001
Extranjeras	13	1625	
Colombianas	818	17967	
Tipo de trabajo **			< 0,001
Trabajo intradoméstico u otros oficios**	119	4691	
Trabajo extradoméstico	712	14901	

Continuación Tabla 2

Estado civil**			0,021
Soltera	600	14815	
Casada, unión libre	231	4777	
Estrato socioeconómico de la vivienda***			0,009
Estrato 1, 2, 3	760	18340	
Estrato 4, 5, 6	71	1252	
Modo de contratación del servicio**			0,0001
Régimen subsidiado por el Estado	89	1557	
Pago particular o “de bolsillo”	358	10239	
Régimen contributivo de los trabajadores	384	7796	
Gestaciones previas**			0,001
Dos o más	522	11204	
Una	309	8388	
Causal de primer episodio de IVE**			0,010
Salud	826	19238	
Violación incesto	5	186	
Malformación congénita	0	168	
Tipo de procedimiento**			< 0,001
Dilatación y evacuación	29	1217	
Inducción de asistolia fetal	19	1403	
Inducción farmacológica	403	7886	
Aspiración manual endouterina (AMEU)	380	9086	
Edad gestacional en el primer episodio de IVE**			< 0,001
Menor de 15 semanas	783	17022	
15 semanas o más	48	2453	
Anticoncepción después primera IVE**			< 0,001
Inyectable	345	3961	
Píldora	73	1317	
Implante subdérmico	102	7061	
Tubectomía	39	892	
Dispositivo intrauterino (DIU)	248	5917	
Anillo vaginal	5	13	
Preservativo	16	341	
Otros: vasectomía en pareja, espermicida, métodos naturales	3	90	

* Mann Whiney U

**Chi 2

*** En Colombia el estrato socioeconómico de la vivienda hace referencia a una clasificación que identifica si una vivienda urbana está ubicada en una zona de bajo (1, 2 y 3) o de alto (4, 5 y 6) nivel socioeconómico, de acuerdo con la clasificación que hace el municipio en relación con la valorización del sector y a la prestación de los servicios públicos domiciliarios.

Al efectuar el ajuste multivariante (Tabla 3), el modelo final mostró como factores protectores significativos: edad menor de 18 años ($ORa = 0,59$; IC 95 %: 0,37-0,93), nacionalidad extranjera ($ORa = 0,26$; IC 95 %: 0,15-0,47), no tener trabajo extra-doméstico ($ORa = 0,50$; IC 95 %: 0,41-0,62), contratación del servicio particular o "de bolsillo" ($ORa = 0,71$; IC 95 %: 0,61-0,82), inducción de asistolia fetal como técnica empleada

en la primera IVE ($ORa = 0,30$; IC 95 %: 0,11-0,81), anticonceptivo post primer IVE: implante subdérmico ($ORa = 0,64$; IC 95 %: 0,49-0,83); y los factores de riesgo significativos fueron: modo de contratación del servicio subsidiado ($ORa = 1,35$; IC 95 %: 1,05-1,72), gestaciones previas (2 o más) ($ORa = 1,23$; IC 95 %: 1,06-1,44), causal salud en el primer episodio de IVE ($ORa = 2,40$; IC 95 %: 1,01-5,89) (Tabla 3).

Tabla 3.
Estimación de la asociación entre factores sociodemográficos y clínicos y la presencia de IVE en cinco centros de SSR de Profamilia en Antioquia, Colombia, 2015 - 2021.

Variables independientes	Categoría de referencia	OR crudo IC 95 %	OR Ajustado IC 95 %
Edad menor de 18 años	Edad mayor de 18 años	0,72 (0,22-1,02)	0,59 (0,37-0,93)
Nacionalidad extranjera	Colombianas	0,14 (0,06-0,53)	0,26 (0,15-0,47)
No tener un trabajo extradoméstico	Trabajo u oficios extradomésticos	0,329 (0,21-0,87)	0,50 (0,41-0,62)
Modo de contratación del servicio: subsidiado vía entidad aseguradora	Vinculación al régimen contributivo de los trabajadores	1,10 (0,90-1,46)	1,35 (1,05-1,72)
Modo de contratación del servicio: particular o pago "de bolsillo"	Vinculación al régimen contributivo de los trabajadores	0,31 (0,12-0,67)	0,71 (0,61-0,82)
Gestaciones previas: 2 o más	Una o ninguna	1,42 (1,10-1,77)	1,23 (1,06-1,44)
Causal de primer episodio de IVE: "Salud"	Violación/inceto	2,53 (0,90-6,60)	2,40 (1,01-5,89)
Tipo de procedimiento en el primer episodio de IVE: inducción de asistolia fetal	Procedimientos farmacológicos	0,12 (0,05-0,60)	0,30 (0,11-0,81)
Anticonceptivo elegido después del primer episodio de IVE: implante subdérmico	Otros métodos	0,415 (0,199-0,725)	0,64 (0,49-0,83)

*Se muestran únicamente las asociaciones estadísticamente significativas a un nivel de significancia de 0,05 por análisis multivariante de regresión logística binaria de ajuste.

Fuente: elaboración propia de los investigadores a partir de la información suministrada en la base de datos de sedes de Antioquia de Profamilia entre 2015-2021.

DISCUSIÓN

La prevalencia de período de IVE recurrente durante los 7 años fue del 4,1 %, y varió entre el 2,3 y el 6 %, con un incremento a partir de 2017. Nuestros resultados difieren de los publicados en investigaciones realizadas en Estados Unidos (20),

China (15,21) y Etiopía (22), en los que se reporta una prevalencia entre el 18 % y 50 %. Sin embargo, estos estudios difieren en cuanto a características basales de la población incluida, lo que implica alta variabilidad sociodemográfica y clínica que impide una comparación adecuada. Adicionalmente, no es

clara la forma detallada de la medición de la IVE recurrente, o bajo qué criterios lo hacen en estos estudios, lo que limita la comparación.

Los métodos más utilizados para el primer episodio de IVE fueron la IVE farmacológica y la aspiración manual endouterina. Al respecto, Kanstrup et al. (23) en su revisión sistemática encontraron que los motivos para la elección del método por parte de las usuarias dependen de factores como: naturaleza técnica de la intervención; miedo a las complicaciones, a la cirugía o anestesia; momento oportuno, y condiciones de sedación. Las técnicas empleadas para la IVE en este estudio están acordes con lo recomendado por guías de práctica clínica internacionales (24,25).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, el 69,81 % de nuestras pacientes recibieron métodos clasificados como “muy efectivos” (18) luego de la primera IVE. Estos resultados son similares a los descritos por Bizuneh en una revisión sistemática (26), quien encontró que la prevalencia general agrupada de uso de la anticoncepción postaborto fue del 67,86 % (IC 95 %: 63,59 - 72,12). Los métodos más utilizados fueron los inyectables (33,23 %; IC 95 %: 22,12 - 44,34), seguidos de los implantes (24,71 %; IC 95 %: 13,53 - 35,89) y las píldoras (23,42 %; IC 95 %: 19,95 - 26,89). Por otra parte, Ferreira et al. (27) reportaron en Brasil que un 97,4 % de mujeres incluidas aceptó al menos un método anticonceptivo eficaz postaborto, siendo los anticonceptivos inyectables el método más elegido, seguidos de los anticonceptivos orales y los preservativos; y sólo una mujer eligió un dispositivo intrauterino.

Respecto al análisis de los factores de riesgo, la asociación identificada por nosotros entre IVE recurrente y tener dos o más gestaciones en el momento de la primera IVE incrementa la probabilidad de IVE recurrente, es consistente por lo informado Pestvenidze et al. (ORa = 2,99; IC 95 %: 2,32 - 3,85) (28), pero es contrario a lo reportado por Tang et al., quienes identificaron un efecto protector en mujeres multiparas (ORa = 0,31; IC 95 %: 0,20-0,49) (15). Respecto a la edad, el ser menor de 18 años resultó ser un factor protector para IVE recurrente, lo que coincide con estudios realizados en China (15,17) y en Georgia (28).

En cuanto a los factores protectores, se identificó que trabajar dentro del hogar disminuyó la posibilidad de IVE recurrente. El estudio realizado en China reportó un resultado similar (15): las mujeres que laboran como personal de servicio intradoméstico tuvieron un menor riesgo de IVE recurrente comparadas con las que tienen trabajos extradomésticos (ORa = 0,19; IC 95 %: 0,07-0,54). Sin embargo, Makensius et al. (29) reportaron que las mujeres desempleadas o pensionadas por enfermedad y que, por tanto, permanecen dentro del hogar, tienen mayor posibilidad de IVE a repetición comparadas con las mujeres que tienen ocupaciones extradomésticas (ORa = 1,65; IC 95 %: 1,04-2,63). La escogencia de implante subdérmico, inyectable o píldoras después del primer episodio de IVE resultó ser un factor protector para IVE recurrente, en consonancia con lo recomendado por las guías de planificación (18).

No se encontró literatura en Colombia o Latinoamérica que apoye o controvierta la tendencia real hacia el incremento de la IVE recurrente descrita. Se requieren investigaciones adicionales que incluyan otras instituciones y en otras regiones para confirmar nuestros hallazgos de prevalencia de IVE recurrente en Colombia, como también evaluar la adherencia a los métodos anticonceptivos inyectables u orales después de la primera IVE para evaluar su real efecto protector. Por otra parte, no encontramos otras publicaciones que informaran nuestro hallazgo en relación con que la técnica de inducción de asistolia fetal tuvo menor probabilidad de recurrir a un nuevo aborto.

Como limitaciones del estudio tenemos posibles sesgos de medición por ser un estudio retrospectivo. Por otro lado, la diferencia en cuanto a la prevalencia encontrada con la reportada por la literatura puede deberse a sesgos de selección de nuestra población o a factores confusores residuales o no medidos que pudieron haber reducido la frecuencia de IVE recurrente que observamos. Sin embargo, es una primera aproximación a la magnitud de la IVE recurrente en el país y de factores a considerar para evitar recurrir a este procedimiento.

CONCLUSIONES

La prevalencia de IVE recurrente posiblemente está incrementando. Se requieren estudios prospectivos que evalúen si existe una tendencia al incremento y que verifiquen posibles hipótesis de asociación que surgen de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Guttmacher Institute. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2015. Tomo II [Internet]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. 2014. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>
4. Lakhno I, editor. Induced Abortion and Spontaneous Early Pregnancy Loss - Focus on Management. IntechOpen; 2020. <https://doi.org/10.5772/intechopen.77791>
5. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536781/#ch1.s1>
6. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson B, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017;390(10110):2372–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
7. Li C, Gao J, Liu J. Repeat abortion and associated factors among women seeking abortion services in northwestern China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1626. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11653-4>
8. Alemayehu B, Addissie A, Ayele W, Tiroro S, Woldeyohannes D. Magnitude and associated factors of repeat induced abortion among reproductive age group women who seeks abortion Care Services at Marie Stopes International Ethiopia Clinics in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health*. 2019;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0743-4>
9. Tesfaye B, Tewabe M, Ferede A, Dawson A. Induced Second Trimester Abortion and Associated Factors at Debre Markos Referral Hospital: Cross-Sectional Study. *Womens Health Lond Engl*. 2020;16:1745506520929546. <https://doi.org/10.1177/1745506520929546>
10. Urrego J. Factores asociados a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: análisis a profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud [tesis de maestría; internet]. [Bogotá]: Universidad del Rosario; 2019. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/items/ee4784f0-63c1-4c20-b4ca-ad6777847aac>
11. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2015;92(5):422–38. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.013>
12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
13. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-055 de 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/Comunicado%20de%20prensa%20Sentencia%20C-055-22%20-%20Febrero%2021-22.pdf>
14. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
15. Tang L, Wu S, Liu D, Temmerman M, Zhang WH. Repeat Induced Abortion among Chinese Women Seeking Abortion: Two Cross Sectional Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4446. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094446>
16. Behulu GK, Fenta EA, Aynalem GL. Repeat induced abortion and associated factors among reproductive age women who seek abortion services in Debre Berhan town health institutions, Central Ethiopia, 2019. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):499. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4542-3>
17. Guo C, Pang L, Wen X, Zheng X. Risky Sexual Behaviors and Repeat Induced Abortion Among Unmarried Young Women in China: Results from a Large, Nationwide, Population-Based Sample. *J Womens Health* 2002. 2019;28(10):1442–9. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7097>

18. Family Planning - A global handbook for providers, 2022 edition [Internet]; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9780999203705>
19. Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución Número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
20. Kortsmit K, Nguyen A, Mandel MG, Clark E, Hollier L, Rodenhizer J, et al. Abortion Surveillance - United States, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ* Wash DC 2002. 2022;71(10):1–27. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7110a1>
21. Guo C, Pang L, Wen X, Zheng X. Risky Sexual Behaviors and Repeat Induced Abortion Among Unmarried Young Women in China: Results from a Large, Nationwide, Population-Based Sample. *J Womens Health* 2002. 2019;28(10):1442–9. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7097>
22. Geta G, Seyoum K, Gomora D, Kene C. Repeat-induced abortion and associated factors among reproductive-age women seeking abortion services in South Ethiopia. *Womens Health Lond Engl*. 2022;18:17455057221122565. <https://doi.org/10.1177/17455057221122565>
23. Kanstrup C, Mäkelä M, Hauskov Graungaard A. Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46(8):835–845. <https://doi.org/10.1177/1403494817717555>
24. World Health Organization. Abortion care guideline Geneva [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578942/>
25. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in abortion care. London [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
26. Bizuneh A, Azeze G. Post-abortion family planning use, method preference, and its determinant factors in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2021;10(172). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01731-4>
27. Ferreira A, Souza A, Lima R, Braga C. Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reprod Health*. 2010;7(5). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-5>
28. Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;205:85–90. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.08.020>
29. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion – a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2011;16:369–77. <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.595520>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Laura Andrea González-Pérez: conceptualización, diseño del estudio, adquisición de datos, escritura de manuscrito, aprobación final de la versión a ser publicada.

Freddy Andrés Barrios-Arroyave: conceptualización, diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, escritura de manuscrito, aprobación final de la versión a ser publicada.

FINANCIACIÓN

Los autores no tuvieron ninguna fuente de financiación.

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