



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **¿Qué factores contribuyen a la aceptación de un método anticonceptivo posterior a una Interrupción Voluntaria del embarazo en una institución privada del país?**

**Salomé Hinojosa Millán  
Natalia Foliaco Calderón**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

2020



# **¿Qué factores contribuyen a la aceptación de un método anticonceptivo posterior a una Interrupción Voluntaria del embarazo en una institución privada del país?**

**Salomé Hinojosa Millán  
Natalia Foliaco Calderón**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Especialista en Obstetricia y Ginecología**

Director (a):

MD, MSc, OB&GYN. Pío Iván Gómez S.

Línea de Investigación:

Salud sexual y reproductiva, Anticoncepción.

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología

Bogotá, Colombia

2020

# 1. Resumen

**Objetivo:** Evaluar factores que influyen en el inicio de un método anticonceptivo posterior a una interrupción voluntaria del embarazo en una clínica privada de Bogotá.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional, tipo cohorte. Anticoncepción postaborto definida como la suministrada dentro de las 4 semanas posteriores al aborto. Recolección prospectiva de información, mediante historia clínica y datos del dispensario.

**Criterios de inclusión:** Mujeres en quienes se realizó una interrupción voluntaria de embarazo entre 1 enero de 2018 y 31 de diciembre de 2018. **Criterios de exclusión:** Mujeres con déficit cognoscitivo y datos incompletos. Se realizó análisis ajustado.

**Resultados:** Se incluyeron 5424 pacientes, 90% aceptó algún método anticonceptivo. La mayoría (47,1%) seleccionaron un método de acción corta. Las mujeres entre 20 a 29 años tenían más probabilidades de elegir un método anticonceptivo en comparación con las mayores de 30 años (odds ratio ajustado [aOR] 1.24; intervalo de confianza [IC] del 95%, (1.01 – 1.5)). Las mujeres menores de 30 años fueron más propensas a elegir un anticonceptivo de acción prolongada ( $\leq 19$  años: OR 1.73; IC del 95%, (1.4-2.4); 20-29 años: OR, 1.3; IC 95%, (1.1 -1.5), también las mujeres con embarazos mayores a 18 semanas (OR 1.69; [IC] del 95%, (1,08 – 2.6) y con aborto quirúrgico (OR 1.5; [IC] del 95%, (1.3 – 1.8).

**Conclusión:** La mayoría aceptó algún método de anticonceptivo postaborto, principalmente métodos de corta acción. Tener entre 20 y 29 años se asoció al uso de algún tipo de anticoncepción, el uso de anticonceptivos de larga duración se asoció al aborto quirúrgico.

**Palabras clave:** Aborto inducido, Anticoncepción, Anticoncepción Reversible de Larga Duración

## 2. Abstract

**Objective:** assess the factors that influence contraceptive uptake among patients who undergo a voluntary termination of pregnancy in a private institution.

**Methods:** Descriptive observational study, cohort type. Post-abortion contraception described as any contraception method provided during the first four weeks of the induced abortion. Prospective gathering of information supplied by clinical records and dispensary data. Inclusion criteria: women who interrupted their pregnancy voluntarily from 1st of January 2018 through 31ST of December 2018. Exclusion criteria: Women with cognitive deficit and incomplete data. Adjusted analysis was performed.

**Results:** The total of patients included in the study were 5424. 90% of women left the facility with a contraceptive method. The majority (47.1%) selected a short-acting method. Women between 20 to 29 years old were more likely to choose a method than women 30 years or older (adjusted odds ratio [OR], 1.24; 95% confidence interval [CI], 1.01 – 1.5). Young women were also significantly more likely to choose a long-acting, reversible contraceptive than those ages 30 years or older (19 years: OR, 1.73; 95% CI, 1.4 to 2.4; 20–29 years: OR, 1.2; 95% CI, 1.1 to 1.5). Also, women with 18 weeks of pregnancy or longer (OR, 1.69; 95% CI, 1.08 to 2.6) and those who had a surgical abortion (OR, 1.5; 95% CI, 1.3 to 1.8).

**Conclusion:** The majority of patients accepted a post abortion contraceptive method, mainly short-acting methods. Being between 20 and 29 years old was associated with accepting any type of contraception, the use of long-term contraceptives was associated with surgical abortion.

**Keywords:** Abortion, Induced, Contraception, Long-Acting Reversible Contraception.

# Contenido

## Contenido

<b>1. Resumen.....</b>	<b>IV</b>
<b>2. Lista de figuras .....</b>	<b>VII</b>
<b>3. Lista de tablas.....</b>	<b>VIII</b>
<b>4. Planteamiento problema y Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>5. Pregunta de investigación.....</b>	<b>13</b>
<b>6. Marco teórico y estado del arte .....</b>	<b>14</b>
<b>7. Objetivos .....</b>	<b>18</b>
7.1 Objetivo general.....	18
7.2 Objetivos específicos .....	18
<b>8. Metodología.....</b>	<b>20</b>
8.1 Recopilación y procesamiento de datos.....	21
8.2 Análisis de datos.....	21
<b>9. Consideraciones bioéticas.....</b>	<b>23</b>
<b>10. Formato aplicado para la recolección de la información.....</b>	<b>24</b>
<b>11. Resultados .....</b>	<b>25</b>
11.1 Análisis univariado .....	25
11.2 Análisis bivariado .....	29
11.3 Análisis multivariado .....	33
11.4 Factores asociados a la planificación aborto.....	39
<b>12. Discusión.....</b>	<b>44</b>
<b>13. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>51</b>
13.1 Conclusiones .....	51
13.2 Recomendaciones .....	51

### **3. Lista de figuras**

<b>Ilustración 1.</b> Variables .....	20
<b>Ilustración 2:</b> Formato para tabulación de datos. ....	24

## 4. Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características de pacientes quienes realizaron interrupción en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia .....	26
<b>Tabla 2.</b> Anticoncepción en pacientes quienes realizaron ive en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia. ....	29
<b>Tabla 3.</b> Frecuencia de aceptación anticonceptiva en pacientes quienes realizaron interrupción voluntaria de embarazo en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia .....	31
<b>Tabla 4.</b> Anticoncepción según edad materna y edad gestacional al momento de la atención .....	34
<b>Tabla 5.</b> Frecuencia uso de LARC en pacientes quienes realizaron interrupción voluntaria de embarazo en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia .....	36
<b>Tabla 6</b> Características de las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo y método de anticoncepción postaborto en una clínica privada de Bogotá durante 2018, Colombia. Análisis bivariado y ajustado .....	40
<b>Tabla 7.</b> Características de las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción reversible de acción prolongada en una clínica privada de Bogotá durante 2018, Colombia. Análisis bivariado y ajustado. ....	42



# Introducción

Se define como interrupción voluntaria del embarazo, la terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas, en instituciones habilitadas, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto correspondiendo a las situaciones despenalizadas en Colombia. (1)

Desde el 2006 en Colombia, la Corte Constitucional permite el aborto en casos donde esté en riesgo la salud o la vida de la mujer, cuando la gestación sea producto de violencia sexual y ante malformación del feto que haga inviable su vida. (2) Dichas mujeres pueden acceder a un aborto voluntario por métodos farmacológicos o quirúrgicos. Como parte del manejo integral, se encuentra la asesoría y administración de un método anticonceptivo. Proporcionar anticoncepción postaborto evita la repetición involuntaria el embarazo. El uso de métodos anticonceptivos efectivos conduce a menos embarazos no deseados y menos abortos repetidos. (3)

Actualmente, los servicios de atención de mujeres en situación de aborto deben incluir la provisión de IVE sea médica o quirúrgica y el tratamiento del aborto incompleto como resultado de complicaciones de aborto inseguro o aborto espontáneo; lo que se conoce como atención postaborto (APA). Los servicios de atención de la mujer con aborto también incluyen asesoría anticonceptiva postaborto y provisión de métodos anticonceptivos. (4).

El retorno de la ovulación aparece en promedio de 6 a 12 días después del aborto quirúrgico (5) y 3 semanas después del aborto con medicamentos (6) por lo tanto, proporcionar anticipadamente la anticoncepción postaborto antes del egreso, es necesario para evitar la repetición involuntaria el embarazo. (4)

Partiendo del hecho que la proporción de embarazos que terminaron en aborto inducido aumentó en Colombia en una tercera parte entre 1989 y 2008 debido a la creciente

motivación de las mujeres por evitar los nacimientos no planeados (5), el presente estudio busca determinar qué factores existen para que una mujer posterior a una interrupción voluntaria del embarazo inicie un método anticonceptivo específico en una clínica privada del país especializada en salud sexual y reproductiva.

## 5. Planteamiento problema y Justificación

Proporcionar a mujeres la anticoncepción postaborto es una parte del manejo integral del aborto. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud refuerzan que todas las mujeres deberían recibir información sobre anticoncepción y ofrecer asesoramiento sobre todos los métodos de anticoncepción postaborto (7)

El retorno de la ovulación aparece en promedio de 6 a 12 días después del aborto quirúrgico (5) y 3 semanas después del aborto con medicamentos (6) por lo tanto, proporcionar anticipadamente la anticoncepción postaborto antes del egreso, es necesario para evitar la repetición involuntaria el embarazo. (4)

El Proyecto anticonceptivo CHOICE demostró que la tasa de embarazo no intencional fue 17 veces mayor entre todas las mujeres que usaron píldoras anticonceptivas, parche o anillo versus métodos reversibles de acción prolongada (LARC) en el seguimiento de 2 a 3 años (8)

Estudios han demostrado que las mujeres que eligen LARC postaborto tienen las tasas más bajas de abortos repetidos (9) (10), además de una disminución del embarazo recurrente y tasas de aborto en las usuarias de LARC postaborto inmediato (11)

El uso de LARC postaborto inmediato también ha demostrado ser una intervención rentable. Aunque las pacientes con aborto quirúrgico pueden tener dispositivos intrauterinos (DIU) colocados en su cita inicial, pacientes con aborto con medicamentos tienen que esperar a que se coloquen los DIU en una visita de regreso (12), dónde una necesidad de una visita de regreso para la inserción del DIU podría comportarse como una

barrera para la anticoncepción. Los estudios más recientes muestran que el implante anticonceptivo puede ser colocado en la primera visita de aborto con medicamentos (13)

Debido a la importante proporción nacional de aborto, es importante entender los patrones de anticoncepción, provisión de métodos anticonceptivos entre estos pacientes y que factores favorecen su uso. El objetivo de este estudio es evaluar los factores que influyen en la aceptación de anticonceptivos entre las mujeres que optan por interrupción voluntaria del embarazo.

El entorno de atención del aborto ofrece una oportunidad única para que las adolescentes y las mujeres accedan a información y métodos anticonceptivos, si desean usar uno. Múltiples estudios han demostrado la efectividad de las intervenciones para proporcionar asesoramiento y métodos anticonceptivos a mujeres en situación de aborto antes del alta de los establecimientos de salud. (14) Las evaluaciones de las intervenciones anticonceptivas postaborto para llegar a mujeres jóvenes y adolescentes que obtienen servicios de aborto también informaron la efectividad de la atención anticonceptiva ofrecida en el momento del aborto. (15) Pocos estudios evalúan los factores que afectan la aceptación de la anticoncepción postaborto. (5).

Mientras que algunos países tienen limitaciones para la provisión de anticonceptivos a mujeres, muchos aumentan la conciencia sobre las opciones anticonceptivas, fortalecen las habilidades de los profesionales y amplían el acceso a los anticonceptivos reversibles de acción prolongada como parte de los compromisos adquiridos en la Cumbre de Londres 2012 sobre planificación familiar. (16). Este estudio examinará los factores que están asociados con la toma de anticonceptivos postaborto entre las mujeres jóvenes y adolescentes para que los sistemas de salud puedan utilizar los hallazgos y fortalecer los servicios para esta población

Los títulos de los capítulos deben ser concertados entre el alumno y el director de la tesis o trabajo de investigación, teniendo en cuenta los lineamientos que cada unidad académica brinda. Así por ejemplo, en algunas facultades se especifica que cada capítulo debe corresponder a un artículo científico, de tal manera que se pueda publicar posteriormente en una revista.

## **6.Pregunta de investigación**

¿Qué factores contribuyen a la aceptación de un método anticonceptivo posterior a la interrupción voluntaria del embarazo en una clínica privada de Bogotá (Colombia) durante el 2018?

## 7. Marco teórico y estado del arte

Como parte de los Objetivos de desarrollo del Milenio para el año 2015 (17), en varios países se ha legalizado el aborto. Sin embargo, el aborto inseguro afecta desproporcionadamente a adolescentes y mujeres jóvenes en los países en desarrollo. (18) Entre 2010 y 2014, casi 25.1 millones de abortos inseguros ocurrieron globalmente cada año, la mayoría en países en vía de desarrollo y en 2008, las adolescentes de 15 a 19 años y las jóvenes de 20 a 24 años constituían el 41% de los abortos inseguros a nivel mundial (11)

La OMS calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 80 millones son no planeados y 41 millones terminan en aborto y diecinueve millones de estas interrupciones ocurren en países en los cuales el aborto es ilegal y a pesar de los avances en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, la proporción de embarazos no planeados sigue siendo preocupante, en razón a que asciende a 67% de todos los embarazos que suceden (12)

En Colombia, el aborto fue despenalizado mediante la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, la cual define la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como “La terminación de una gestación por personal idóneo, usando técnicas asépticas y criterios de calidad que garanticen la seguridad del procedimiento, en instituciones habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cuenta con la voluntad de la mujer, cuando no se incurre en delito de aborto correspondiendo a las situaciones despenalizadas” (2). Amparadas bajo la Sentencia las gestaciones que por su continuidad constituyen peligro para la vida o la salud de la mujer y cuando es resultado de una conducta de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, por inseminación

artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto. También ante grave malformación del feto que haga inviable su vida (2)

Sin embargo, actualmente en Colombia, sólo el 56 por ciento de las mujeres conoce alguna de las causales, entre ellas: el 85% conoce la causal de malformaciones fetales graves; el 89 % la de violencia sexual y el 72,2 % tiene conocimiento sobre IVE para salvar la vida de la mujer. Siendo solo del 62 % el porcentaje de mujeres que conoce la causal cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer, y menos del 41 % conoce la causal que incluye el riesgo para la salud mental de la mujer. (19)

Además, es común observar que las mujeres que buscan obtener un aborto legal, con frecuencia encuentran importantes barreras administrativas. Un ejemplo es la demora por parte de algunos proveedores de servicios quienes solicitan valoraciones por otras profesionales innecesarias o aún peor, algunas instituciones que se rehúsan rotundamente a proveer abortos legales (20)

Según las estimaciones más recientes, cerca del 99% de los abortos en Colombia se llevan a cabo ilegalmente (21). Estos abortos tienen mayor probabilidad que los abortos legales de ser realizados en condiciones inseguras por proveedores de servicios sin la debida capacitación. En particular, las mujeres pobres del medio rural tienen mayor probabilidad de inducirse un aborto o de buscar la ayuda de proveedores no capacitados para terminar sus embarazos llevando a complicaciones maternas a largo plazo. (7)

Se calcula que en Colombia tienen lugar 400.000 abortos por año. Las tasas de aborto varían por región en Colombia, encontrando por ejemplo que en el año 2013 se hicieron 18 abortos por cada 1000 mujeres en la región oriental y 66 por cada 1000 mujeres en Bogotá. (17)

En cuanto al método médico para la interrupción voluntaria de la gestación, la mitad de abortos en Colombia se realiza mediante el uso de misoprostol y en cuanto al método quirúrgico, a pesar de la recomendación de la OMS de la aspiración manual endouterina (AMEU) para abortos en primer trimestre, 8 de cada 10 procedimientos realizados en instituciones de salud de segundo y tercer nivel en Colombia se llevan a cabo usando

dilatación y curetaje, implicando prolongación de estancia hospitalaria y aumento de los costos en salud. (17)

Respecto al método anticonceptivo elegido por procedimientos realizados legalmente, un estudio realizado por la Universidad de Illinois en Chicago entre mayo de 2009 y mayo de 2014, que incluyó 824 mujeres con embarazo del primer trimestre, con deseo de interrupción voluntaria del embarazo, que podían elegir entre terminación farmacológica o quirúrgica del embarazo. Encontraron que 587 (71.1%) tuvieron un aborto quirúrgico y 237 (28.9%) tuvieron un aborto farmacológico. Las mujeres que tuvieron abortos quirúrgicos fueron más propensas a iniciar la anticoncepción reversible de acción prolongada (41.9% vs. 23.2%;  $p < .0001$ ) y más probabilidades de recibir algún tipo de anticoncepción en general (83% frente a 64.6%;  $p < .0001$ ). la tasa de seguimiento general después del aborto con medicamentos fue del 71,7%. Concluyendo que las mujeres que tuvieron abortos quirúrgicos tuvieron mayores probabilidades de recibir anticoncepción reversible de acción prolongada que aquellos que tuvieron abortos con medicamentos. Los pacientes de aborto quirúrgico también fueron más propensos a recibir anticoncepción en general. (22)

Un trabajo publicado en 2017, que incluyó 21,918 casos de aborto tratados en 4,881 establecimientos de salud, estudió los factores que contribuían a la aceptación de anticonceptivos postaborto por parte de las mujeres jóvenes, evaluando un programa en 10 países de Asia y África subsahariana, encontró que el 77% de las mujeres salieron de las instalaciones con un método anticonceptivo. La mayoría (84%) seleccionaron un método de acción corta, especialmente anticonceptivos orales. En el modelo ajustado, las mujeres  $\leq 19$  tenían menos probabilidades de elegir un método que las mujeres de 25 años o más (Odds ratio [OR], 0,87, intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,79 a 0,96). Las adolescentes y las mujeres jóvenes también fueron significativamente menos propensas a elegir un anticonceptivo reversible de acción prolongada que aquellas de 25 años o más ( $\leq 19$  años: OR, 0,59; IC del 95%, 0,52 a 0,67; 20-24 años: OR, 0,68; IC del 95%, 0,63 a 0,73). Las mujeres tratadas por un proveedor capacitado fueron significativamente más propensas a seleccionar la anticoncepción postaborto que las mujeres tratadas por proveedores no capacitados en IPAS (OR, 1,37; IC del 95%, 1,20 a 1,57). (18)

Además, es de resaltar la importancia que tiene dar un diagnóstico sobre la anticoncepción posaborto, ya que, según datos reportados en Colombia, la tasa de fecundidad deseada y



---

observada en Colombia para 2015 fue de 1.6 y 2.0 respectivamente. Y, de manera general, de los nacimientos y embarazos el 49.5 % fueron deseados, el 29.2 % eran deseados para después y el 21.3 por ciento fueron declarados no deseados. (19) No se tienen datos específicos sobre número de embarazo que terminaron en interrupción voluntaria a nivel nacional, en Profamilia se reportó que durante 2017 se realizaron 10.514 servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, (23) por lo que conocer el perfil anticonceptivo en estos casos, es relevante para el diseño de estrategias de divulgación de información sobre anticoncepción y así evitar que las pacientes repitan una gestación no deseada.

## **8. Objetivos**

### **8.1 Objetivo general**

Determinar los factores que influyen en la aceptación de anticonceptivos entre las mujeres que optan por interrupción voluntaria del embarazo, en una clínica privada colombiana especializada en salud sexual y reproductiva durante el 2018.

### **8.2 Objetivos específicos**

Caracterizar demográficamente las pacientes que realizaron interrupción voluntaria del embarazo en la institución.

Estimar la incidencia de anticoncepción en las pacientes después de una interrupción voluntaria del embarazo

Reportar el uso de anticoncepción de larga acción y corta acción en las pacientes después de una interrupción voluntaria del embarazo.

Informar el uso de anticoncepción en las pacientes después de una interrupción voluntaria del embarazo, según método anticonceptivo.

Estimar el uso de método de anticoncepción en las pacientes, según paridad, edad gestacional de interrupción, nivel educativo, estado civil, procedencia, afiliación a SGSSS, edad materna, tipo de procedimiento y edad gestacional al momento de la atención, causal.

Comparar el uso de método de anticoncepción en las pacientes, según tipo de método abortivo

Comparar el uso de método de anticoncepción en las pacientes, según presencia o no de violencia intrafamiliar.

## 9. Metodología

Tipo de investigación: Estudio descriptivo observacional, de cohorte

Universo y muestra: Mujeres en quienes se realice aborto médico o quirúrgico, atendidas en una clínica especializada en salud sexual y reproductiva,

Criterios de inclusión: Mujeres en quienes se realice manejo farmacológico o quirúrgico para interrupción voluntaria del embarazo, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018 con aceptación de métodos anticonceptivos postaborto

Criterios de exclusión: Mujeres con déficit cognoscitivo, interdictos, historia clínica con datos incompletos.

### Ilustración 1. Variables

Demográfica	Anticoncepción	Diagnostico	Manejo abortivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pacientes.</li> <li>• Edad (Años cumplidos).</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Etnia</li> <li>• Procedencia</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Víctima de Violencia Sexual</li> <li>• Afiliación Régimen de seguridad social (EPS)</li> <li>• Causal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corta acción</li> <li>• Larga Acción</li> <li>• Tipo de Método anticonceptivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridad</li> <li>• Edad gestacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacológico (Mifepristona y misoprostol)</li> <li>• AMEU</li> <li>• Dilatación y curetaje</li> <li>• Inducción de Asistolia Fetal</li> </ul>

## 9.1 Recopilación y procesamiento de datos

Los datos se obtuvieron del registro de las historias clínicas de la atención del aborto en las instalaciones de una clínica privada en Bogotá, Colombia. La información sobre las pacientes se registró en la historia clínica sistematizada, que incluía todas las variables planteadas en el estudio. Posteriormente fue recopilada por el personal de epidemiología mensualmente, quienes confirmaban la dispensación de algún tipo de anticoncepción con la base de datos del dispensario institucional y extrainstitucional, según era reportado por la Empresa Prestadora de Salud de la paciente. La recopilación de datos digitada en la historia clínica incluía desde el ingreso, características de la paciente, como la edad, estado civil, escolaridad, edad gestacional (en semanas), si era víctima de violencia sexual y el tipo de procedimiento, método anticonceptivo proporcionado en el momento de la atención y hasta 4 semanas posterior al procedimiento quirúrgico o administración de método farmacológico. Todo el personal médico del servicio de IVE ha sido capacitado en anticoncepción por la institución.

Como control de sesgos, se registró la información en el sistema por parte del personal médico, de forma digital en el sistema de Profamilia, posteriormente los datos fueron validados por el personal de epidemiología y los datos faltantes se verificaron con el dispensario y la información de los programas de planificación de las EPS, al final los investigadores verificaron datos completos con las bases de datos obtenidas.

Todos los datos de la historia clínica y seguimiento por el programa de anticoncepción se ingresaron en la base de datos y se analizaron utilizando el software Stata versión 14.0. El protocolo fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Nacional de Colombia y de la Institución donde se realizó el estudio.

## 9.2 Análisis de datos

Se analizaron los casos de aborto por 3 categorías de edad:  $\leq 19$  años, 20-29 años y  $\geq 30$  años. Los resultados primarios de interés incluyeron: la recepción de un método anticonceptivo en el momento de la atención; tipo de método anticonceptivo seleccionado; y las características de la paciente.

El porcentaje de pacientes con datos faltantes fueron bajas, (1.4%), en estos casos no se logró conocer el método anticonceptivo suministrado dentro de las primeras 4 semanas, o las pacientes no deseaban suministrar la información completa en la historia clínica de ingreso. Estos casos fueron eliminados del conjunto de datos.

Se realizaron análisis no ajustados y ajustados para los resultados de interés. Para cada grupo de edad, describimos la suministración general de anticonceptivos; tipo de método anticonceptivo, categoría de método (de acción corta o de larga duración. Los métodos de acción corta consistieron en condones, anticonceptivos orales e inyectables. Los métodos Larga duración fueron implantes y DIU, métodos permanentes fueron la esterilización quirúrgica femenina y masculina

El análisis bivariado por categoría de método se realizó con las características clínicas. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado para determinar la significancia estadística. El análisis ajustado se realizó mediante regresión logística, estableciendo los niveles de significancia en 0.05.

## **10. Consideraciones bioéticas**

Se trata de una investigación sin riesgo de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 11 y siguientes de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud y se acoge a los principios bioéticos de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. No amerita consentimiento informado, debido a que los datos serán recolectados según información del registro del dispensario farmacéutico. Se contó con el aval del comité de Bioética de Profamilia y de la Universidad Nacional de Colombia.

Se aseguró la protección de la privacidad de los sujetos de investigación y la confidencialidad de la información, suministrada por la institución. Las autoras no presentan conflictos de interés derivados de la investigación.





## 12. Resultados

Los resultados se basan en 5512 casos de aborto, se excluyeron 88 por datos incompletos, para un total de 5424 participantes caracterizadas.

### 12.1 Análisis univariado

En la Tabla 1 se caracterizan la población atendida durante el estudio: Edad; las pacientes en el 59% tenían entre 20 y 29 años, seguidas por las mayores de 30 años en un 29% y en menor porcentaje, 11,9%, las de 12 a 19 años. Etnia; el 98% de las pacientes se clasificaron como mestizas, 1.71% como negra, palanquera o raizal y el 0.1% indígenas. Procedencia; casi la totalidad de las pacientes provenían del área urbana (98,84%) y sólo un 1.16% del área rural. Nivel educativo; más de la mitad de las pacientes tenían educación básica (55.5%) seguidas por las pacientes con educación media (26.53%), educación técnica y tecnológica (7.84%) y solo un 7.61% eran profesionales. Estado civil; el 76.6% eran solteras, el 14.3% en unión libre, 8,8% casadas, 0.03% divorciadas y 0.04% viudas. Número de Gestaciones previas; casi la mitad (45%) ya habían tenido al menos un embarazo anterior, el 27,32%, dos gestaciones previas, el 15,61% tres gestaciones previas, el 7,2% cuatro gestaciones previas, menos del 5% aquellas con más de 5 gestaciones y un muy bajo porcentaje (0,39%) eran nulíparas. Y al interrogar sobre violencia intrafamiliar, el 7.7% respondió afirmativamente haber sido alguna vez víctima de éste.

Finalmente, al enfocarnos en la gestación actual, el momento de interrupción fue en el 88,5% antes de las 12 semanas, de las 12 a las 18 semanas un 9.2% y de más de 18 semanas, un 2.3%. La causal de interrupción voluntaria más frecuente fue salud, referida por 5345 pacientes para un 99,47%, seguido por malformación fetal presentada en 17 pacientes para un 0,31% y violencia sexual 16 pacientes para un 0,22%. El método más utilizado para la interrupción fue farmacológico en el 74% de las pacientes, seguido por aspiración manual endouterina, en el 18,9%, dilatación y curetaje en el 6.1%, la combinación de asistolia más dilatación y curetaje en un 0.4% e inducción de asistolia fetal con posterior atención del parto en solo 12 pacientes, para un 0.2%. Cabe destacar que la obtención de la interrupción a través de la afiliación al sistema de seguridad social o por particular fue similar; el 52,8% bajo el uso del seguro médico versus el 47% que pagaron con recursos propios.

**Tabla 1.** Características de pacientes quienes realizaron interrupción en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia

<b>Edad (n=5424)</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
12 – 19 años	647	11,9
20 – 29 años	3202	59
≥ de 30 años	1575	29
<b>Estado civil (n=5424)</b>		
Casada	477	8,8
Divorciada	15	0,3
Soltera	4155	76,6
Unión libre	775	14,3
Viuda	2	0,04

<b>Etnia (n=5424)</b>		
Indígena	6	0,11
Mestizo	5325	98,17
Negro/palenquero/raizal	93	1,17
<b>Procedencia (n=5424)</b>		<b>%</b>
Rural disperso	63	1,16
Urbana o cabecera	5361	98,84
<b>Nivel educativo (n=5424)</b>		
Básico	3013	55,5
Medio	1439	26,53
Técnico/tecnológico	425	7,84
Profesional	413	7,61
<b>Paridad (n=5424)</b>		
Nulípara	21	0,39
Multiparidad	5401	99
<b>Edad gestacional (n=5424)</b>		
Menor de 12 semanas	4802	88,5
12 a 18 semanas	497	9,2
Mayor a 18 semanas	125	2,3
<b>Violencia intrafamiliar (n=5424)</b>		<b>%</b>
No	5009	92,3

Si	415	7,7
<b>Causal (n=5424)</b>		<b>%</b>
Causal salud	5395	99,47
Malformación fetal	17	0,31
Violencia sexual	12	0,22
<b>Procedimiento (n=5424)</b>		<b>%</b>
Farmacológico	4027	74
AMEU (Aspiración Manual Endo uterina)	1030	18,9
Asistolia fetal + dilatación y curetaje	24	0,4
Dilatación y curetaje	331	6,1
Inducción de asistolia fetal	12	0,2
<b>Afiliación</b>		
Particular	2556	47,1
Asegurada	2868	52,88

Seguidamente, en la Tabla 2 se encuentran las variables dirigidas a caracterizar la anticoncepción postaborto. De las 5424 pacientes, 4932 pacientes (90.9%) aceptaron un método anticonceptivo y 492 pacientes (9.1%) se negaron a usarlo. Entre los métodos aceptados, el 47,1% fueron de corta duración y el 43.82% fueron de larga duración. De todos, el más aceptado fue el dispositivo intrauterino en un 23.17%, en segundo lugar, el inyectable mensual en un 22.6%, en tercer lugar, el implante subdérmico en un 21%, en cuarto lugar, el condón en un 10.9%, inyectable mensual en un 9,98%, anticonceptivos orales en un 8,05%, esterilización quirúrgica en un 4,06% y otros 0,1%.

**Tabla 2.** Anticoncepción en pacientes quienes realizaron ive en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia.

Anticoncepción (n =5424)	Total general	%
Si	4932	90,9
No	492	9,1
<b>LARC (n=4929)</b>		
Método de corta duración	2555	47,1
Método de larga duración	2377	43,8
Sin método anticonceptivo	492	9,07
<b>Tipo de método anticonceptivo (n=4929)</b>		
Anovulatorios orales combinados	397	8,05
Condón	541	10,9
DIU	1142	23,1
Implantes	1035	21
Inyectable Mensual	1117	22,6
Otro	5	0,1
Método permanente	200	4,06
Inyectable trimestral	492	9,98

\*Long-acting reversible contraceptives (LARC) traducción: anticonceptivos de larga acción reversibles.

## 12.2 Análisis bivariado

Al relacionar cada una de las variables previamente descritas con la aceptación de un método anticonceptivo, se encontraron los siguientes datos estadísticamente significativos (tabla 3):

Edad materna; las mujeres con edad de 19 años o menos, aceptaron en un 92% algún método anticonceptivo, seguidas por las de 20 a 29 años en un 91.38% y en último lugar las mayores de 30 años en el 89.01% (P 0.005).

Nivel educativo; el 92% de las pacientes con educación básica aceptó un método anticonceptivo a diferencia de las pacientes con educación profesional, quienes optaron por un método anticonceptivo solo en el 84%. P 0.000.

Violencia intrafamiliar; de las 415 mujeres que respondieron afirmativamente, el 94.5% aceptó un método anticonceptivo versus un 90.6% de las 5009 mujeres que respondieron negativamente. P de 0.008

Edad gestacional en el momento de la atención; las pacientes con menos de 12 semanas correspondieron al 88% del total de pacientes, de ellas el 90% aceptó anticoncepción posterior al aborto y a medida que el rango de edad gestacional aumentaba, la aceptación de anticoncepción también; de las 12 a 18 semanas el 97% de las pacientes aceptó un método anticonceptivo y mayores de 18 semanas, el 98%. P de 0.000.

Técnica de interrupción voluntaria del embarazo empleada; las pacientes con aborto farmacológico aceptaron un método de planificación en el 88,7%, siendo éste el de menor porcentaje en comparación con las pacientes a las que se les practicó alguna otra de las técnicas, por ejemplo, de las mujeres que recibieron protocolo de inducción de asistolia fetal con o sin legrado o histerotomía posterior, le 100% aceptó un método anticonceptivo, P de 0.000.

Afiliación al seguro médico. De las pacientes que usaron su seguro médico, el 98,9% aceptó un método de planificación y las atendidas por particular, sólo en el 81,9%. P de 0.000.

En cuanto a las demás variables a pesar de no tener una P estadísticamente significativa arrojaron los siguientes resultados: Estado civil; las pacientes casadas planificaron en un 88%, las pacientes divorciadas en un 93%, las solteras en un 91%, las de unión libre en un 91.4% y las viudas en un 100%.

Etnia; el 98% de las pacientes se clasificaron como mestizas y de ellas 90.8% aceptó un método de planificación. Los demás grupos étnicos a pesar de corresponder a un pequeño porcentaje de la población, 1.71% (negra, palanquera y raizal) y 0.1%(indígenas),

aceptaron un método en el 95.7% y en el 100% respectivamente. P de 0.195, no estadísticamente significativa.

Procedencia; el 98.8% eran de zona urbana y el 1.2% de zona rural y de ellas el 90,1% y 92% aceptaron un método anticonceptivo respectivamente sin embargo con una P de 0.742, no estadísticamente significativa.

Causal de la Interrupción Voluntaria de la Gestación (IVE); las pacientes que tomaron la decisión de una IVE por causal salud materna fueron 5395, correspondiente a un 99.5%, de ellas el 90% aceptó un método anticonceptivo, a diferencia de las pacientes con causal malformación fetal, 0.3% del total de pacientes, donde el 100% aceptaron algún método anticonceptivo. Causal violencia sexual contó con 12 casos 0.2% del total y de éstas, sólo 1 no aceptó el método. P 0.423 no estadísticamente significativa.

**Tabla 3.** Frecuencia de aceptación anticonceptiva en pacientes quienes realizaron interrupción voluntaria de embarazo en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia

Edad materna	Anticoncepción				Total general	PR
	NO	%	SI	%		
12 - 19 años	46	7,11	601	92,9	647	0.005
20 – 29 años	276	8,62	2926	91,4	3202	
> = 30 años	173	10,98	1402	89,0	1575	
Estado civil	No		Si			Pr
Casada	55	11,53	422	88,5	477	0,406
Divorciada	1	6,67	14	93,3	15	
Soltera	372	8,95	3783	91,0	4155	

Unión libre	67	8,65	708	91,4	775	
Viuda	0	0,00	2	100,0	2	
<b>Etnia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			<b>Pr</b>
Mestiza	491	9,22	4834	90,8	5325	
Negra/palenquera/raizal	4	4,30	89	95,7	93	
Indígena		0,00	6	100,0	6	0.195
<b>Nivel educativo</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			<b>Pr</b>
Sin estudios	17	12,69	117	87,3	134	
Básico	232	7,70	2781	92,3	3013	
Medio	135	9,38	1304	90,6	1439	
Técnico/tecnológico	45	10,59	380	89,4	425	
Profesional	66	15,98	347	84,0	413	0.000
<b>Procedencia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			<b>Pr</b>
Rural disperso	5	7,94	58	92,1	63	
Urbana o cabecera	490	9,14	4871	90,9	5361	0.742
<b>Víctima de violencia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			<b>Pr</b>
No	472	9,42	4537	90,6	5009	
Si	23	5,54	392	94,5	415	0,008
<b>Edad gestacional</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			<b>Pr</b>
Menor 12semanas	479	9,98	4323	90,0	4802	
12 a 18 semanas	14	2,82	483	97,2	497	0.000



>=18	2	1,60	123	98,4	125	
<b>Paridad</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Nuliparidad	3	14,29	18	85,7	21	0.411
Multiparidad	492	9,11	4911	90,9	5403	
<b>Causal</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Salud	494	9,16	4901	90,8	5395	0.423
Malformación fetal	0	0,00	17	100,0	17	
Violencia sexual	1	8,33	11	91,7	12	
<b>Procedimiento</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Farmacológico	456	11,32	3571	88,7	4027	0.000
AMEU	34	3,30	996	96,7	1030	
Asistolia + D&C / Histerotomía		0,00	24	100,0	24	
Legrado (D&C)	5	1,51	326	98,5	331	
Inducción de muerte fetal		0,00	12	100,0	12	
<b>Afiliación</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Particular	463	18,11	2093	81,9	2556	0.000
Afiliada a EPS.	32	1,12	2836	98,9	2868	

### 12.3 Análisis multivariado

En la tabla 4 se evalúan las pacientes bajo 3 variables: edad materna, edad gestacional y aceptación de un método anticonceptivo. En términos generales, la mayoría de las

mujeres que aceptaron anticoncepción postaborto, obtuvieron atención antes de las 12 semanas de embarazo y tenían entre 20 a 29 años (59,6%)

En todos los grupos etarios, las pacientes que aceptaron un método anticonceptivo en postaborto fueron atendidas principalmente en el primer trimestre; las pacientes de 12 a 19 años que interrumpieron su embarazo antes de las 12 semanas y aceptaron un método correspondieron fueron el 11,3% y las mayores de 30 años un 28,9%.

**Tabla 4.** Anticoncepción según edad materna y edad gestacional al momento de la atención

Edad materna	ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO						Total general
	<12 semanas	%	12 – 18 semanas	%	>18	%	
12 a 19 años	492	11,38	77	15,94	32	26,01	601
20 a 29 años	2580	59,68	282	58,38	64	52,03	2926
> = 30 años	1251	28,93	124	25,67	27	21,95	1402
Total general	4323		483		123		4929

En la tabla 5, se ve cada una de las variables evaluadas según si las pacientes aceptaron o no, anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) en el postaborto:

Edad materna. Entre las menores de 19 años planificaron con LARC en un 54,3%, las mujeres entre 20 y 29 años en el 47,2% y por último las mayores de 30 años con un 39,3% ( $p=0.000$ ).

Estado civil. De las 3.675 solteras que aceptaron un método anticonceptivo, menos de la mitad (46,6%) fue anticoncepción reversible de acción prolongada. Similarmente ocurrió con las casadas pues solo 39,7% aceptaron un LARC. En contraste, en pacientes divorciadas y viudas se observaron porcentajes de aceptación mucho más altos, de 76,9% y 100% respectivamente. ( $p=0,01$ ).

Edad gestacional. Entre mayor edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo, mayor aceptación de un método reversible de acción prolongada. Las pacientes con más de 18 semanas aceptaron un LARC en el 72.3%, seguidas por las de 12 a 18 semanas en un 62.7% y finalmente las de menos de 12 semanas con tan solo el 43% ( $p=0.000$ ).

Método usado para la IVE. Las pacientes que tuvieron una intervención no farmacológica aceptaron en mayor porcentaje un LARC (Dilatación, curetaje e histerotomía 85,7%. Inducción de asistolia fetal 83,3%. Dilatación y curetaje 69,8%. Aspiración manual endouterina 57,3%) comparado con las que tuvieron un método farmacológico, 40% ( $p=0.000$ ).

Afiliación. Las pacientes que fueron atendidas por la EPS (Entidad Promotora de Salud) aceptaron un método anticonceptivo en un 98,9% a diferencia del 81,9% de las pacientes de fueron atendidas con sus propios recursos. ( $p=0.000$ ).

Etnia. Cerca de la mitad de las pacientes mestizas y de raza negra/palenquera/raizal aceptaron un método LARC, 45,9% y 48,8% respectivamente, a diferencia de las mujeres de raza indígenas quienes presentaron el mayor porcentaje de planificación LARC con el 60%, aunque estos hallazgos no tuvieron diferencia significativa ( $p=0.712$ ).

Procedencia. Las mujeres procedentes de la zona rural prefieren un método de corta acción en el 54% de los casos, similar al 49% de las pacientes de zona urbana, sin embargo, no hubo diferencia significativa ( $p=0,479$ ).

Nivel educativo. Los porcentajes de aceptación de LARC obtenidos según el nivel educativo fue similar, todos entre el 41 y 48%. Cabe resaltar que las mujeres con nivel educativo básico prefieren un método de corta acción en el 52% de los casos, similar al 57% de las pacientes profesionales, pero estos hallazgos no tuvieron diferencias significativas estadísticamente. ( $p=0.09$ ).

Violencia intrafamiliar. Un porcentaje similar de pacientes víctimas y no víctimas de violencia intrafamiliar aceptó anticoncepción postaborto con LARC, 45% y 50% respectivamente, sin significancia estadística ( $p=0,108$ ).

Paridad. No hubo mayor diferencia según la paridad y aceptación de LARC ( $p=0.882$ ).

Causal de IVE. En las pacientes de causal salud fue aceptado el LARC en el 46%, con causal malformación fetal el 29% y causal violación sexual 36,4%, sin significancia estadística ( $p=0.315$ ).

**Tabla 5.** Frecuencia uso de LARC en pacientes quienes realizaron interrupción voluntaria de embarazo en 2018, en una clínica privada de Bogotá, Colombia

Edad materna	LARC: n= 4732 *				Total general	Pr
	NO	%	SI			
12 A 19 años	273	45,7	325	54,3	598	0.000
20 – 29 años	1505	52,8	1348	47,2	2853	
> = 30 años	777	60,7	504	39,3	1281	
Estado civil	No		Si		Total general	Pr

Casada	243	60,3	160	39,7	403	0,011
Divorciada	3	23,1	10	76,9	13	
Soltera	1963	53,4	1712	46,6	3675	
Unión libre	346	54,1	294	45,9	640	
Viuda	0	0,0	1	100,0	1	
<b>Etnia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Total general</b>	Pr
Mestiza	2,509	0,1	2132	45,9	4641	0,712
Negro/palenquero/raizal	44	51,2	42	48,8	86	
Indígena	2	40,0	3	60,0	5	
<b>Nivel educativo</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Ninguno	57	52,3	52	47,7	109	0,092
Básico	1404	52,5	1268	47,5	2672	
Medio	685	54,8	564	45,2	1249	
Técnico/tecnológico	214	58,8	150	41,2	364	
Profesional	195	57,7	143	42,3	338	
<b>Procedencia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Rural disperso	2531	54,0	2152	46,0	4683	0,479
Urbana o Cabecera	24	49,0	25	51,0	49	
<b>Víctima de violencia</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
No	2.370	54,3	1992	45,7	4362	0,108

Si	185	50,0	185	50,0	370	
Edad gestacional	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Menor a 12semanas	2366	56,4	1830	43,6	4196	0.000
12 a 18 semanas	158	37,3	266	62,7	424	
>=18	31	27,7	81	72,3	112	
Paridad	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Nuliparidad	11	52,4	10	47,6	21	0.882
Multiparidad	2555	54,2	2167	46,0	4711	
Causal	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Causal salud	2536	53,9	2168	46,1	4704	0,315
Malformación fetal	12	70,6	5	29,4	17	
Violencia sexual	7	63,6	4	36,4	11	
Procedimiento	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Farmacológico	2071	59,2	1426	40,8	3498	0.000
AMEU	394	42,7	529	57,3	923	
Asistolia D&D**/Histerotomía	3	14,3	18	85,7	21	
D&C**	84	30,2	194	69,8	278	
Inducción de muerte fetal	2	16,7	10	83,3	12	
Afiliación	<b>No</b>		<b>Si</b>			Pr
Particular	1365	66,0	703	34,0	2068	0.000

Convenio EPS***	1190	44,7	1474	55,3	2664	
-----------------	------	------	------	------	------	--

\*Se omitieron las pacientes que aceptaron métodos de corta duración y esterilización quirúrgica en el postaborto.

\*\* D&C (Dilatación y curetaje)

\*\*\*EPS (Entidad Prestadora de Salud)

## 12.4 Factores asociados a la planificación aborto

En el análisis bivariado, Los factores asociados con la anticoncepción postaborto fueron , tener menos entre 20 a 29 años, ( $\leq 19$  años: OR 1.61; IC del 95%, (1.41-2.2)  $p=0.006$ ; 20-29 años: OR, 1.3; IC 95%, (1.07 -1.5)  $p=0.009$ ), un nivel educativo básico (OR1.74:IC 95%, (1.02 -2.94)  $P=0.039$ ), ser víctima de violencia intrafamiliar (OR 1.77: IC 95%; (1.15 -2.7)  $P= 0.009$ ), tener una edad gestacional mayor a 12 semanas ( $\leq 12$  Semanas: OR 3.8; IC del 95% (2.2 -6.5)  $P= 0.000$ ; 12 a 18 semanas OR 6.8;IC 95% (1.6 -27.6)  $P =0.007$ ), realizar la interrupción de embarazo de forma quirúrgica (OR 4.4; IC 95% (3.18 - 6.2)  $P= 0.000$ ) y ser atendidas por medio de su EPS ( OR19.6; IC 95% (13.6 - 28.17)).

En el análisis ajustado, sólo tener entre 20 y 29 años, (aOR, 1.2; IC 95%, (1.004 -1.5)  $p=0.045$ ), y consultar de forma no particular (aOR 17; IC 95% (11.7 - 2)  $P=0.000$ ), tuvieron mayor probabilidad de planificación postaborto, de forma estadísticamente significativa.

Tener entre 12 a 19 años (aOR 1.3; IC del 95%, (0.96-1.9)  $p=0.077$ ) , El nivel educativo (Básico: aOR 1.6; IC 95% (1.00-1.54) $P=0.066$ ; Media aOR1.58; IC 98% (0.77-2.4)  $P=0.2$ , Técnica/Tecnológica aOR 1.39; IC 95% (0.7-2.6)  $P=0.30$ , Profesional (aOR 0.93 ; IC 95% (0.5 - 1.7  $P =0.822$ ), la violencia intrafamiliar (aOR 1.4; IC 95% (0.91 -2.2) $P=0.113$ ), la edad gestacional ( $\leq 12$  Semanas: aOR 0.71; IC del 95% (0.33 -1.49)  $P= 0.89$ ; 12 a 18 semanas OR 0.57;IC 95% (0.9 -2.2)  $P =0.073$ ), y el tipo de procedimiento abortivo (aOR 1.15; IC 95% (0.97 -2.31) $P=0.0000$  no se asociaron significativamente con la anticoncepción postaborto en el análisis ajustado (TABLA 6)

**Tabla 6** Características de las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo y método de anticoncepción postaborto en una clínica privada de Bogotá durante 2018, Colombia. Análisis bivariado y ajustado

Edad materna	Planificación			Análisis bivariado	Análisis ajustado
	No	Si	Total general		
12 a 19 años	46	601	647	1.61 (1.41 - 2.2) p 0.006	1.3 (0.96 - 1.9) p 0.077
20 – 29 años	276	2926	3202	1.3 (1.07 -1.5) p0.009	1.2(1.004-1.5) p0.045
> 30 años	173	1402	1575	*referencia*	*referencia*
Nivel educativo	No	Si	Total general		
Ninguno	55	422	477	*referencia*	*referencia*
Básica	1	14	15	1.74 (1.02 -2.94) p0.039	1.6(1.00-1.54) p0.066
Media	372	3783	4155	1.4 (0.8 -2.4) p0.217	1.58 ((0.77-2.4) p0.2
Técnica/tecnológica	67	708	775	1.2 (0.6-2.22) p 0.5	1.39 (0.7-2.6) p0.30
Profesional	0	2	2	0.8 (0.4 -1.35) p0.353	0.93 (0.5 - 1.7 p 0.822
Victima de violencia	No	Si			
No	472	4537	5009	*referencia*	*referencia*
Si	23	392	415	1.77 (1.15 -2.7) p 0.009	1.4 (0.91 -2.2) p0.113



Edad gestacional					
=12 semanas	479	4323	4802	*referencia*	*referencia*
12 a 18 semanas	14	482	497	3.8 (2.2 -6.5) p 0.000	0.71 (0.33-1.49)p0.89
>=18 semanas	2	123	125	6.8 (1.6 -27.6) p 0.007	0.57 (0.9 - 2.2) p0.073
Procedimiento					
Farmacológico	456	3571	4027	*referencia*	*referencia*
AMEU	34	996	1030	4.4 (3.18 - 6.2) p 0.000	1.15 (0.97 -2.31) p0.0000
Asistolia + D&C/Histerotomía		24	24		
D&C	5	326	331		
Inducción de muerte fetal		12	12		
Afiliación	<b>No</b>	<b>Si</b>			
Particular	463	2093	2556	*referencia*	*referencia*
Convenio EPS	32	2836	2868	19.6 (13.6 - 28.17)	17 (11.7 - 2) p0.000

Finalmente, en la tabla 7 se presenta el análisis bivariado de los factores asociados con la anticoncepción postaborto con métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada: Ser menor de 30 años ( $\leq 19$  años: aOR 1.73; IC del 95%, (1.4-2.14)  $p=0.000$ ; 20-29 años: aOR, 1.3; IC 95%, (1.1 -1.5)  $p=0.000$ ), estar divorciada (aOR, 5.8; IC 95%, (1.5 -22.53)  $p=0.01$ , tener una edad gestacional mayor a 18 semanas (mayor 18 semanas: aOR 1.69; IC del 95%, (1.08-2.6)  $p=0.019$ ), realizar la interrupción de embarazo de forma quirúrgica (aOR 1.5; IC del 95%, (1.3-1.8)  $p=0.000$ ), y ser atendidas en convenio con la EPS (aOR 2; IC del 95%, (1.7-2.2)  $p=0.000$ ).

En el análisis ajustado, ser soltera (aOR 1.1; IC del 95%, (0.9-1.5)  $p=0.187$ ), tener entre 12 y 18 semanas (aOR 1.4; IC del 95%, (0.89-1.47)  $p=0.27$ ) no se asociaron significativamente con la anticoncepción postaborto. Todas las demás asociaciones del análisis bivariado permanecieron en el análisis ajustado.

**Tabla 7.** Características de las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción reversible de acción prolongada en una clínica privada de Bogotá durante 2018, Colombia. Análisis bivariado y ajustado.

Edad materna	LARC: n= 4731 *			Análisis bivariado	Análisis ajustado
	NO	SI	Total general		
12 A 19 años	777	325	598	1.8 (1.5 - 2.23) $p=0.000$	1.73 (1.4 - 2.14) $p=0.000$
20 – 29 años	273	1348	2853	1.3 (1.2 - 1.57) $p=0.000$	1.3 (1.1 - 1.5) $p=0.000$
> 30 años	1505	504	1281	*referencia*	*referencia*
Estado civil	No	Si	Total general	Pr	
Casada	243	179	477	*referencia*	*referencia*
Divorciada	3	11	15	5.06 (1.37 - 18.67) $p=0.015$	5.8 (1.5 - 22.53) $p=0.01$
Soltera	1963	1823	4155	1.3(1.07 -1.6) $p=0.009$	1.1 (0.9 -1.45) $p=0.187$

Unión libre	346	362	775	1-2 (1.002 -1.661) p=0.048	1.18 (0.9 -1.5) p=0.2
Viuda	0	2	2	Omitido	Omitido
Edad gestacional	<b>No</b>	<b>Si</b>		Pr	
=12semanas	2366	1960	4802	*referencia*	*referencia*
12 a 18 semanas	158	325	497	2.17 (1.77 - 2.67) p=0.000	1.14 (0.89 -1.47) p=0.27
>=18 semanas	31	92	125	3.3 (2.2 - 5.1) P= 0.000	1.69 (1.08 - 2.6) P=0.019
Procedimiento	<b>No</b>	<b>Si</b>		Pr	
Farmacológico	2071	1501	4027	*referencia*	*referencia*
AMEU	394	603	1030	1.9 (1.684 - 2.25) p=0.000	1.5 (1.3 -1.8) p=0.000
Asistolia + D&A/Histerotomía	3	21	24	8.7 (2.5 - 29.65) p 0=001	
D&C	84	242	331	3.3 (2.5 - 4.37) 0=011	
Inducción de muerte fetal	2	10	12	7.2 (1.5 - 33.2) p=0.000	
Afiliación	<b>No</b>	<b>Si</b>		Pr	
Particular			2556	*referencia*	*referencia*
Convenio EPS			2868	2.4(2.1 - 2.7) p=0.000	2 (1.7 - 2.2) p=0.000

## 13. Discusión

La presente investigación encontró un porcentaje de aceptación de anticoncepción postaborto del 90.9% que al compararse con otros estudios de similares características es un porcentaje relativamente alto; por ejemplo, un estudio publicado en 2017 en población asiática, donde se incluyeron 21.918 casos de aborto tratados en 4.881 establecimientos de salud, reportó una aceptación del 77%. (18)

En cuanto al método anticonceptivo elegido, en el presente estudio el método más aceptado fue el DIU en un 23,16% seguido por la inyección mensual en un 21,05% y en tercer lugar el condón con un 10,9%; en contraste con países como Kenia y Nepal donde tienen egreso con un método anticonceptivo 9 de cada 10 pacientes, pero la gran mayoría obtienen métodos de barrera (condones) debido a que hay limitadas opciones (24). Lo anterior, es confirmado en otros estudios, en donde las mujeres tratadas por un proveedor entrenado (ejemplo por Ipas, una ONG) son más propensas a seleccionar la anticoncepción postaborto que las mujeres tratadas por proveedores no entrenados (OR, 1.37; IC 95%, 1.20 a 1.57) (18). Se puede afirmar entonces, que gracias a que el estudio fue desarrollado en una clínica especializada en salud sexual y reproductiva, donde el personal se encuentra entrenado y ofrece diferentes métodos anticonceptivos como parte de la atención integral de la IVE, hay una mayor la aceptación de las mujeres a la anticoncepción postaborto.

Por otro lado, por ejemplo, en Kenia, las pacientes en edades de 15 a 24 años tenían menos probabilidades de aceptar un método anticonceptivo en comparación pacientes de mayor edad (35% versus 48%, respectivamente) y el 49% de los jóvenes informaron no usar anticonceptivos debido a preocupaciones de infertilidad, efectos adversos o falta de conocimiento, en comparación con el 22% de los adultos. (24)

En cuanto a la edad materna, se encontró que la mayoría de las pacientes tenían entre 20 a 29 años (59%), seguido por las mayores de 30 años (29%) y en un 11,9% de 12 a 19 años, lo que concuerda con la disminución paulatina del embarazo en adolescentes, así como la tasa de aborto desde principios de los años noventa. (25)

De las pacientes de 12 a 19 años, en una encuesta de incidencia de aborto legal según la edad, compilada de más 40 países desde el año 1996 a 2003, las menores de 19 años representaron una proporción menor de abortos en comparación a los demás grupos etarios, reportándose en América del Norte en 18%, en Europa en general un 11% y de un 22% en África. Entre las mujeres de 20 a 29 años, el porcentaje más alto lo reportó América del norte (57%), seguido de cerca por América Latina (53%). Finalmente, de las pacientes mayores de 30 años el porcentaje más alto fue el de aquellas provenientes de Europa, en un 37%. (24)

Las tasas de aborto más altas en determinados grupos de edad reflejan niveles más altos que el promedio de necesidad insatisfecha de anticoncepción o dificultad para usar métodos de manera consistente y efectiva, y un mayor deseo de evitar la maternidad. La necesidad insatisfecha de anticoncepción es impulsada, a su vez, por niveles de actividad sexual, aspiraciones de tener hijos, uso adecuado de anticonceptivos y fecundidad. Es probable que las personas mayores 20 años en adelante sean sexualmente más activas y las adolescentes tengan relaciones sexuales más esporádicamente. (26).

En cuanto al nivel educativo, en Colombia, según la ENDS 2015, la tasa de fecundidad es mayor en la zona rural, en quintiles más bajos de riqueza y niveles más bajos de educación. (19) En el presente estudio; el 92% de las pacientes con educación primaria aceptó un método anticonceptivo, posiblemente relacionado a la procedencia (98,84% urbana) ya que a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas: mayor urbanización y región de mayor desarrollo, la tasa de fecundidad disminuye. Así mismo, actualmente para el uso de algún método de anticoncepción no se observan desigualdades entre mujeres con nivel de educación primaria, secundaria y universitaria.

En el presente estudio, el 88,5% la IVE fue realizada antes de las 12 semanas, de las 12 a las 18 semanas un 9.2% y de más de 18 semanas, un 2.3%. Esto está ligado al método

de aborto, puesto que para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo, el método recomendado para el aborto médico es 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual (con la administración de Mifepristona 200 mg vía oral a las 24 a 48 horas previas) y a medida que los medicamentos están cada vez más disponibles en todo el mundo, facilita su uso. Además, la mayoría de los profesionales capacitados pueden llevar a cabo una aspiración hasta las 12 semanas de embarazo, mientras que otros con experiencia suficiente y acceso a cánulas de tamaño adecuado pueden usar este procedimiento de manera segura para finalizar un embarazo hasta las 15 semanas. (27)

Bogotá tiende a concentrar el mayor número de casos de IVE, lo cual puede explicarse, en parte, por la mayor concentración de población en la ciudad, que actúa como receptora de las víctimas de desplazamiento, al igual que por condiciones relacionadas con mejor acceso a métodos como el Misoprostol, la ayuda médica y la información. (21)

En cuanto al tipo de procedimiento de IVE. El más utilizado para la interrupción fue farmacológico en el 74% de las pacientes, seguido por aspiración manual endouterina, en el 18,9%, dilatación y curetaje en el 6.1%. Lo anterior se relaciona a menor complicaciones obstétricas ya que la mifepristona y el misoprostol son medicamentos altamente seguros, pueden ser usados de manera ambulatoria y las complicaciones ocurren ocasionalmente (1%) dadas principalmente por sangrado abundante o prolongado ocasionado por retención de restos, en estos casos se debe realizar la aspiración de la cavidad uterina y rara vez el sangrado amerita una transfusión. (27)

La Corte Constitucional colombiana, mediante la sentencia C-355 de 2006, despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres casos, el primero denominado causal salud “Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico” (2) fue la más frecuente encontrada en el presente estudio con un 99,47%, seguido por malformación fetal presentada en 17 pacientes para un 0,31% y violencia sexual 16 pacientes para un 0,22%. Es uno de los temas más discutidos debido al concepto de salud pues se ha definido como “El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Igualmente, la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, incluyendo las afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. La ley 1090 de 2006 (28) dicta que debe ser certificada por un médico(a), o un

profesional de la psicología, el profesional certifica que existe esta probabilidad de daño, “pero es la mujer quien decide el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar”. En el año 2007, 552 mujeres de Ghana fueron encuestadas sobre IVE y las pacientes más propensas a interrumpir la gestación fueron aquellas cuya motivación principal fueron los problemas financieros (29), estos podrían ocasionar alteración en su estado emocional y perjudicar su salud, sin embargo, la motivación de la IVE bajo causal salud está por fuera de los alcances de este estudio.

En cuanto al tema de violencia intrafamiliar, según el análisis ajustado, la edad, el nivel educativo, y la edad gestacional no tuvieron relación en el uso de anticoncepción en general, pero si se encontró en el análisis bivariado que la violencia intrafamiliar, se relacionada significativamente con la anticoncepción postaborto. Se han realizado varios estudios sobre violencia doméstica y su asociación con embarazos no deseados, abortos y otras actitudes anticonceptivas. Se conoce que hay una relación directa entre la violencia doméstica y mayores tasas de aborto y se ha descrito como las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, informan deseo de no tener hijos, porque no están dispuestas a traer nuevos hijos a una relación abusiva. (30)

Una vez observamos el contexto de la mujer que queremos caracterizar, nos enfocamos en el tipo de método anticonceptivo elegido, específicamente, si es de larga acción o no. La anticoncepción postaborto con métodos anticonceptivos reversibles de acción prologada (LARC) nos proporciona mayor seguridad que un embarazo no deseado no se repita. En el presente estudio se encontró que del total de las mujeres que realizaron una interrupción de embarazo, el 43,8% decidieron un método anticonceptivo LARC, en contraste con los hallazgos encontrados por Benson et al, en su trabajo, que incluyó 21,918 casos de aborto, el cual reportó que el 16% del total de mujeres utilizaron un método anticonceptivo postaborto (18), esta diferencia podría ser explicada ya que, en la institución colombiana donde se realizó el estudio, el 100% de los médicos tratantes, tenían entrenamiento en anticoncepción postaborto, y los métodos LARC estaban disponibles para quién lo solicitara, existe evidencia de que el interés de las pacientes aumenta cuando los LARC están disponibles para el inicio inmediato después del aborto.(31)

Por otra parte, en el análisis ajustado del estado civil, se reportó que las mujeres que no estaban casadas tenían una probabilidad mayor estadísticamente significativa de aceptar

métodos LARC. Algunos estudios han encontrado que la actitud anticonceptiva de la mujer depende no solo de sus características individuales sino también de las características de su compañero, y esto podría explicar el menor uso de métodos LARC en esta población (34)

Paradójicamente, el presente estudio encontró una relación entre ser menor de 30 años y el uso de métodos de larga acción para lo cual se podría plantear una contribución de la educación sexual en la última década del siglo XX, acontecimiento especialmente visible en mujeres jóvenes, resultado de la circulación de saberes y prácticas que constituyen la sexualidad en la escuela, en especial, por la obligatoriedad de la educación sexual a partir de 1993 y su institucionalización a través de proyectos pedagógicos(33). Sin embargo, en un estudio realizado en 10 países de Asia y África subsahariana, que evaluó los factores que contribuían en la anticoncepción postaborto, reportó que las mujeres menores de 19 años, tenían menos probabilidades de elegir un método de acción prolongada que aquellas de 25 años o más ( $\leq 19$  años: OR, 0.59; IC 95%, 0.52 a 0.67; 20-24 años: OR, 0.68; IC 95%, 0,63 a 0,73)(32).

Por otro lado, se encontró en el análisis ajustado, que las mujeres con edad gestacional mayor de 18 semanas tuvieron una probabilidad mayor, estadísticamente significativa, de planificación con LARC. Similar a lo reportado en un análisis de 319,385 casos de aborto en ocho países de África y Asia, en quienes tener más de 19 semanas, se consideró un factor asociado a uso de LARC en comparación con paciente en primer trimestre, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo aOR 1.17 0.86–1.58. (35) Esta asociación merece una investigación específica sobre el deseo reproductivo futuro, la causal de interrupción, la razón de una consulta tardía, entre otras.

Respecto al método anticonceptivo elegido por tipo de IVE en el estudio actual se encuentra que es significativamente más probable que se acepte algún método anticonceptivo, y es más probable que sea de larga duración cuando la IVE es quirúrgica. Estos hallazgos son similares a los encontrados en un estudio realizado por la Universidad de Illinois en Chicago entre mayo de 2009 y mayo de 2014, que incluyó 824 mujeres con embarazo del primer trimestre, con deseo de interrupción voluntaria del embarazo, que podían elegir entre terminación farmacológica o quirúrgica del embarazo. Encontraron que 587 (71.1%) tuvieron un aborto quirúrgico y 237 (28.9%) tuvieron un aborto farmacológico.



Las mujeres que tuvieron abortos quirúrgicos fueron más propensas a iniciar la anticoncepción reversible de acción prolongada (41.9% vs. 23.2%;  $p < 0.0001$ ) y más probabilidades de recibir algún tipo de anticoncepción en general (83% frente a 64.6%;  $p < 0.0001$ ). (22) Concluyendo que las mujeres que tuvieron abortos quirúrgicos tuvieron mayores probabilidades de recibir anticoncepción reversible de acción prolongada que aquellas que tuvieron abortos con medicamentos. Esto podría ser explicado, en que las pacientes con aborto quirúrgico reciben en un mismo tiempo la anticoncepción si así lo desean, diferente a las pacientes con aborto farmacológico en quienes se cita en un segundo tiempo para la administración de anticoncepción. La evidencia ha demostrado que cuando se administra la anticoncepción en el momento del aborto y hay disponible una amplia gama de productos anticonceptivos, la absorción de anticonceptivos en pacientes postaborto es mayor, y puede llegar al 73%, incluso entre mujeres jóvenes (36)

En ambos análisis, se encontró que si la mujer ingresaba a la clínica, en convenio con su EPS, tenía más probabilidades de anticoncepción postaborto, y uso de LARC, en comparación con las pacientes que consultaban de forma particular, esto podría ser resultado de una limitante en los costos del método, por lo que las preferencias de las mujeres sobre el método se podría haber influenciado por el valor del mismo; además en la decisión de uso de un método LARC. Un estudio publicado en 2017, que incluyó 518 mujeres con aborto y su método anticonceptivo posterior, reportó que aquellas mujeres de bajos ingresos con acceso a LARC sin costo, elegían este método en el 64% de los casos vs las pacientes de bajos ingresos con acceso a LARC con costo, quienes optaron por pagarlo de forma particular en el 44% (37) En el presente estudio, la mayoría de las pacientes, contaban con EPS, las cuales, como aseguradoras, cubren el método anticonceptivo elegido. Se sabe que la eliminación de estas barreras de costos permite a las personas tomar decisiones sobre la anticoncepción sin coerción financiera, lo que brinda la libertad de seleccionar un método basado en el interés y la idoneidad en lugar del costo. (31)

El presente análisis tuvo las ventajas de incluir una gran cantidad de casos de atención de aborto, el registro de la información fue de buena calidad, con tasas bajas de datos faltantes. La literatura enfocada específicamente en aumentar el uso de LARCs posterior a un aborto en países en desarrollo es bastante limitada, por lo que el trabajo proporciona

nueva evidencia sobre factores que contribuyen en la anticoncepción posterior a un aborto.  
(18)

Las limitaciones de nuestro análisis y hallazgos incluyen que la población fue atendida en un solo centro, por lo que no se contaba con datos de comparación con centros no especializados, además no se indagó acerca del deseo reproductivo futuro de las pacientes, tema que ameritaría otro tipo de estudio. Estos datos, pueden recopilarse a través de otras metodologías, como estudios cualitativos. El estudio no incluyó las mujeres que realizan aborto, sin consultar al personal de salud, y dada la disponibilidad de misoprostol en farmacias y a través de Internet y otros puntos de venta se requiere estudios que se enfoquen es describir el acceso a la anticoncepción después de un aborto de forma clandestina.

## **14. Conclusiones y recomendaciones**

### **14.1 Conclusiones**

La anticoncepción postaborto es el paso más importante de la atención integral de las pacientes que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo. Debido al rápido retorno de la fertilidad, iniciar un método anticonceptivo no debe ser postergado. En el presente estudio, 9 de cada 10 pacientes aceptaron un método, la mayoría mujeres entre 20 y 29 años, solteras, multíparas y con educación básica. Igualmente, el tipo de aborto relacionado con mayor tasa de anticoncepción fue el farmacológico y por ende edades gestacionales tempranas. Finalmente, el método anticonceptivo más aceptado fue el de corta acción y en afiliadas al seguro social obligatorio. Por todo lo anterior podemos concluir que es muy importante el entrenamiento de la persona en el uso de LARC y brindarle la oportunidad a nuestra paciente de elegir no sólo un método anticonceptivo, también su futuro.

### **14.2 Recomendaciones**

La presente investigación tiene como limitante, que fue realizada en un solo centro, por lo que se podría replicar este estudio en varios centros, además no se indagó motivos eligieron el método anticonceptivo, en un futuro se podría emprender investigaciones de esta temática con una metodología descriptiva y fortalecer la información encontrada.



## Bibliografía

1. Gómez I, Urquijo L, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro, experiencia en Colombia. *Rev Colomb Obstet y Ginecol.* 2011;62(1):24–35.
2. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Bogotá. 2006. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21540>
3. Samuel M, Feters T, Desta D. Strengthening Postabortion Family Planning Services in Ethiopia: Expanding Contraceptive Choice and Improving Access to Long-Acting Reversible Contraception. *Glob Heal Sci Pract.* The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. 2016;4 (Suppl 2):S60-72.
4. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones. Bogotá. 2014.
5. Marrs RP, Kletzky OA, Howard WF, Mishell DR. Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *Am J Obstet Gynecol.* Mosby; 1979;135(6):731–6.
6. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2011;84(3):230–3.
7. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition technical and policy guidance for health systems. 2012. Available from: [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)
8. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: Effect of counselling on the selection of combined

hormonal contraceptive methods in 11 countries. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2012;17(1):65–78.

9. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*. 2008;78(2):143–8.

10. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(1):37.e1-37.e6.

11. Reeves MF, Smith KJ, Creinin MD. Contraceptive Effectiveness of Immediate Compared With Delayed Insertion of Intrauterine Devices After Abortion. *Obstet Gynecol*. 2007;109(6):1286–94.

12. Salcedo J, Sorensen A, Rodriguez MI. Cost analysis of immediate postabortal IUD insertion compared to planned IUD insertion at the time of abortion follow up. *Contraception*. 2013 ;87(4):404–8.

13. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. Elective abortion: Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;222:95–101.

14. Huber D, Curtis C, Irani L, Pappa S, Arrington L. Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. *Glob Heal Sci Pract. Global Health: Science and Practice*; 2016;4(3):481–94.

15. Alemayehu T, Hendrickson C, Brahmi D, Desta D, Fetters T. An evaluation of postabortion contraceptive uptake following a youth-friendly service intervention in Ethiopia. *Contraception*. 2013;88(3):447–8.

16. Foundation LU and B& MG. London Summit on Family Planning. Summ commitments. 2012.

17. Prada E, MaddowZimet I, Fátima Y, Juárez. El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. *Perspect Int en Salud Sex y Reprod*. 2014;2–12.

18. Benson J, Andersen K, Healy J, Brahmi D. What Factors Contribute to Postabortion Contraceptive Uptake By Young Women? A Program Evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Glob Heal Sci Pract*. The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs; 2017;5(4):644–57.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Situación los Niños y Niñas en Colomb. 2016;430.
20. Amado ED, Calderón García MC, Cristancho KR, Salas EP, Hauzeur EB. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):118–26.
21. Prada E, Singh S, Remez L, Villarreal C. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias. Nueva York Guttmacher Institute. 2011. Available from: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/embarazo-no-deseado-colombia\\_1.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/embarazo-no-deseado-colombia_1.pdf)
22. Laursen L, Stumbras K, Lewnard I, Haider S. Contraceptive Provision after Medication and Surgical Abortion. *Women's Heal Issues*. 2017;27(5):546–50.
23. Profamilia. Informe Anual de Actividades 2017. Colombia; 2017.
24. High Impact Practices in Family Planning (HIP). Postabortion family planning: a critical component of postabortion care. Washington, DC: USAID; 2019. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/postabortion-family-planning/>
25. Teen Abortions - Child Trends. 2018. Available from: <https://www.childtrends.org/indicators/teen-abortions>
26. Sedgh G, Bankole A, Singh S, Eilers M. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012;38(3):143–53.
27. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Organización Mundial de la Salud, 2012.
28. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1090 de 2006. Colombia. 2006. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

29. Biney AAE, Atiglo DY. Examining the association between motivations for induced abortion and method safety among women in Ghana. *Women Health*. 2017;57(9):1044–60.
30. Singh N, Shukla S. Does violence affect the use of contraception? Identifying the hidden factors from rural India. *J Fam Med Prim Care*. Medknow; 2017;6(1):73.
31. Insurance Coverage of Contraceptives. Guttmacher Institute. 2019. Available from: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/insurance-coverage-contraceptives>
32. Benson J, Andersen K, Healy J, Brahmi D. What Factors Contribute to Postabortion Contraceptive Uptake By Young Women? A Program Evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Glob Heal Sci Pract*. 2017;5(4):644–57.
33. Rivas AT. Prevenir y educar: sobre la historia de la educación sexual en Colombia. *Praxis & Saber*. 2017; 8 (17).
34. Ezeh AC. The influence of spouses over each other's contraceptive attitudes in Ghana. *Stud Fam Plann*. 1993;24(3):163–74.
35. Benson J, Andersen K, Brahmi D, Healy J, Mark A, Ajode A, et al. Global Public Health An International Journal for Research, Policy and Practice What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Public Health*. 2016;13(1):35–50.
36. Benson J, Andersen K, Brahmi D, Healy J, Mark A, Ajode A, et al. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Glob Public Health*. 2018;13(1):35–50.
37. Goyal V, Canfield C, Aiken ARA, Dermish A, Potter JE. Postabortion Contraceptive Use and Continuation When Long-Acting Reversible Contraception Is Free. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):655–62.