



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 2

Neiva, 15 de agosto del 2025

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Isabella De Jesús Vásquez Vargas, con C.C. No. 1075312310,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Caracterización de la Interrupción Voluntaria Del Embarazo En Un Hospital De Alta Complejidad, 2022-2025 presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:



DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO

CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3
---------------	---------------------	----------------	----------	-----------------	-------------	---------------	---------------

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Caracterización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en un Hospital de Alta Complejidad, 2022-2025

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Vásquez Vargas	Isabella De Jesús

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Vargas Polanía	Juan Javier

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Trujillo Ramírez	Reynaldo
Cabarcas López	William Fernando

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista en Ginecología y Obstetricia

FACULTAD: Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización en Ginecología y Obstetricia

CIUDAD: Neiva

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2025

NÚMERO DE PÁGINAS: 73

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___ Grabados___
Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas
o Cuadros_X_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: No se requiere

MATERIAL ANEXO:



PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria): No aplica

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

Embarazo	Pregnancy
Aborto voluntario	Volunteer abortion
Anticoncepción	Contraception
Derechos sexuales	Sexual rights
Malformación	malformation

RESUMEN DEL CONTENIDO:

Introducción: La interrupción voluntaria del embarazo es la finalización de un embarazo por solicitud materna. En Colombia está regulada por la sentencia C-055 de 2022 que despenaliza el aborto antes de las 24 semanas de gestación y posterior a dicha edad gestacional cuando se de en el marco de tres causales despenalizadas inicialmente por la Sentencia C-355 de 2006. Su objetivo principal es eliminar la morbi-mortalidad materna derivada de abortos inseguros y es un tema de importancia en salud pública.

Objetivo General: Describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes que solicitaron interrupción voluntaria del embarazo en un hospital de alta complejidad del sur de Colombia entre el año 2022 a 2025.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con componente analítico en un periodo de estudio de 3 años.

Resultados: Se incluyeron 318 casos. La media de edad fue de 25,6 años, colombiana (94,7%), casada (60,7%). El 36,2% de las pacientes cursaba su primera gestación, 43,1% no planificaba; la mayoría sin comorbilidades (85,5%). La edad gestacional media fue 11,186 semanas. El 78,6% por "causal materna", 10,1% por peligro para la vida o salud de la mujer, 8,8% por malformación fetal, 2,5% resultante de abuso. El método farmacológico correspondió al 64,2%. Se registró aborto completo en el 30,2% de los casos. En un 51,6% de los casos no se presentaron complicaciones asociadas.

Conclusiones: La interrupción voluntaria del embarazo fue una práctica segura dentro de la población estudiada y las complicaciones presentadas no resultaron en desenlaces fatales.

ABSTRACT:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



Introduction: Voluntary termination of pregnancy is the end of a pregnancy at the request of the mother. In Colombia, it is regulated by statement C-055 of 2022, which decriminalizes abortion before 24 weeks of gestation and after said gestational age when it occurs within the framework of three causes initially decriminalized by statement C-355 of 2006. Its main objective is to eliminate maternal morbidity and mortality resulting from unsafe abortions, and it is an important issue in public health.

General Objective: To describe the clinical and sociodemographic characteristics of patients who requested voluntary termination of pregnancy at a high-complexity hospital in southern Colombia between 2022 and 2025.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional study with an analytical component was conducted over a 3-year study period.

Results: A total of 318 cases were included. The mean age was 25.6 years; the women were Colombian (94.7%) and married (60.7%). 36.2% of the patients were experiencing their first pregnancy, 43.1% were unplanned; the majority had no comorbidities (85.5%). The mean gestational age was 11.186 weeks. The cause of pregnancy was "maternal," 78.6% due to a risk to the woman's life or health, 10.1% due to a fetal malformation, and 2.5% due to abuse. Pharmacological methods were used in 64.2% of cases. Complete abortion was recorded in 30.2% of cases. No associated complications occurred in 51.6% of cases.

Conclusions: Voluntary termination of pregnancy was a safe practice within the study population and the complications presented did not result in fatal outcomes.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Juan Javier Vargas Polanía

Firma: 

Nombre Jurado: Diego Felipe Polanía Ardila

Firma: 

Nombre Jurado: Julián Andrés Artunduaga Barrera

Firma: 

Nombre Jurado: Héctor Leonardo Perdomo Sandoval

Firma: 

**Caracterización de la Interrupción Voluntaria Del Embarazo En Un Hospital De
Alta Complejidad, 2022-2025**

Isabella De Jesús Vásquez Vargas

Universidad Surcolombiana

Facultad De Salud

Especialización en Ginecología y Obstetricia

Neiva- Huila

2025

**Caracterización De La Interrupción Voluntaria Del Embarazo En Un Hospital De
Alta Complejidad, 2022-2025**

Isabella De Jesús Vásquez Vargas

**Trabajo de Grado Presentado Como Requisito Para Optar al Título de Especialista
en Ginecología y Obstetricia**

Asesores

Dr. Juan Javier Vargas Polanía

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dr. Reynaldo Trujillo Ramírez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor Metodológico

Dr. William Fernando Cabarcas López

Médico general, especialista en epidemiología

Universidad Surcolombiana

Facultad De Salud

Especialización En Ginecología Y Obstetricia

Neiva- Huila

2025

Nota de aceptación:

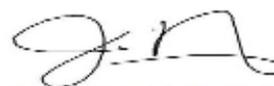
_____ Aprobado _____



Firma del presidente del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado



Firma del jurado

Neiva, 15 de agosto de 2025

Dedicatoria

A mi madre, Carmiña Vargas, lo que soy como persona, se lo debo en gran medida a ella, que desde el amor, ha sacrificado todo por verme feliz, para que cumpla mis sueños y para que me pueda desarrollar a nivel personal y profesional. Todo mi amor y gratitud para ella.

A las pacientes, que sin saberlo, son parte fundamental de nuestra formación, que ponen su confianza en nosotros esperando obtener un buen resultado. Al final del día, ustedes son la razón de nuestro quehacer diario.

Isabella De Jesús

Agradecimientos

A Dios que me ha dado la oportunidad de cumplir mis sueños y metas y siempre me ha guiado en el camino.

A mi familia, que ha sido testigo de mis alti-bajos, de mis luchas personales y de mis miedos, pero también, de cómo con el tiempo he ido superándolos; de mis logros y de las veces en que yo misma me sorprendí de lo que podía hacer. Todo es por y para ustedes.

A mis docentes, que han tenido una paciencia infinita, me han apoyado, me han dado respaldo y confianza, cada uno, con sus particularidades, me ha enseñado, me ha motivado y me ha inspirado para seguir avanzado.

A mis compañeros de residencia, ustedes hicieron de este proceso, una etapa inolvidable, me enseñaron y luego yo también tuve la oportunidad de compartir ese conocimiento. A mis amigos, gracias, son lo mejor que me queda de esta experiencia.

A Will, que fuera de ser el mejor asesor epidemiológico, es el mejor amigo que podría pedir, gracias por siempre estar, por apoyarme y por creer en mí.

A los estudiantes e internos, que pocas veces creo que les agradecemos su trabajo, sin duda alguna ustedes son una parte fundamental de nuestra labor como residentes y espero poder haberles transmitido algo de aprendizaje.

Contenido

	Pág.
Introducción	15
1. Planteamiento del Problema.....	17
2. Marco Teórico.....	20
2.1. Métodos Para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	21
2.1.1. Métodos Farmacológicos	21
2.1.1.1. Aborto médico antes de las 12 semanas.....	22
2.1.1.2. Aborto médico a partir de las 12 semanas	22
2.1.2. Métodos Quirúrgicos.....	23
2.2. Interrupción Voluntaria del Embarazo Por Encima de las 20 Semanas de Gestación	24
2.3. Efectos Adversos y Complicaciones Asociadas a la Ive	25
2.4. Anticoncepción Post Evento Obstétrico	26
2.5. Barreras Relacionadas Con la Ive	27
3. Objetivos	29
3.1. Objetivo General.....	29
3.2. Objetivos Específicos.....	29
4. Metodología	30
4.1. Tipo de Estudio.....	30
4.2. Pregunta de Investigación	30
4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	30

	Pág.
4.3.1. Criterios de Inclusión:	30
4.3.2. Criterios de Exclusión:	30
4.4. Periodo de Estudio	31
4.5. Muestra.....	31
4.5.1. Unidad de análisis:	31
4.6. Método	31
4.7. Variables	32
4.8. Análisis Estadístico	36
5. Consideraciones Éticas.....	37
5.1. Alcance.....	37
5.2. Riesgo.....	38
5.3. Costo – Beneficio.....	38
5.3.1. Costo:.....	38
5.3.2. Beneficios:.....	38
5.3.3. Impacto:.....	39
5.4. Confidencialidad de la Información.....	40
5.5. Conflicto de Interés	40
6. Resultados	41
6.1. Características Sociodemográficas	41
6.2. Antecedentes Gineco-Obstétricos	43
6.3. Planificación Previa	46
6.4. Existencia de Comorbilidades.....	47

	Pág.
6.5. Proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo	48
6.6. Causales de interrupción voluntaria del embarazo	49
6.7. Método Utilizado Inicialmente Para la Interrupción del Embarazo	50
6.7.1. Seguimiento Ecográfico	52
6.7.2. Efectividad del Manejo Inicial	52
6.8. Planificación Familiar Post-Evento Obstétrico.....	55
6.9. Variables Asociadas a Complicaciones	57
7. Discusión.....	60
8. Conclusiones	62
9. Recomendaciones.....	64
Bibliografía	66
Anexos	69

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población.	42
Tabla 2. Historia obstétrica.	44
Tabla 3. Existencia de comorbilidades	48
Tabla 4. Causales identificadas al solicitar la IVE	49
Tabla 5. Método inicial para la IVE.....	51
Tabla 6. Dosis adicional de misoprostol o necesidad de manejo quirúrgico posterior.....	53
Tabla 7. Complicaciones asociadas a la IVE.....	55
Tabla 8. Planificación familiar posterior a IVE.....	56
Tabla 9. Relación entre complicaciones y variables clínicas (n ≈ 170).....	58

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo A. Acta aval Comité de Ética, bioética e investigación, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	70
Anexo B. Cronograma	72
Anexo C. Presupuesto.....	73

Resumen

Introducción: La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es la finalización de un embarazo por solicitud materna. En Colombia está regulada por la sentencia C-055 de 2022 expedida por la Corte Constitucional que despenaliza el aborto antes de las 24 semanas de gestación y posterior a dicha edad gestacional cuando se de en el marco de tres causales despenalizadas inicialmente por la Sentencia C-355 de 2006: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Y su objetivo principal es eliminar la morbi-mortalidad materna derivada de abortos inseguros.

Objetivo General: Describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes que solicitaron interrupción voluntaria del embarazo en un hospital de alta complejidad del sur de Colombia entre el año 2022 a 2025.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con un componente analítico; en el cual se incluyeron las pacientes que solicitaron interrupción voluntaria en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en los tres años siguientes a la publicación de la sentencia C-055 de 2022.

Resultados: 318 casos cumplieron los criterios de inclusión del estudio. La media de edad fue de 25,6 años, la mayoría de la población fue Colombiana (94,7%), casada (60,7%), proveniente del área urbana (81,8), perteneciente al régimen subsidiado (65,1%). El 36,2% de las

pacientes cursaba con su primera gestación, 41,8% nulíparas; el 43,1% no planificaba. La mayoría de las pacientes no padecía de comorbilidades (85,5%). La edad gestacional media al momento de solicitar la interrupción voluntaria de embarazo fue 11,186 semanas. Respecto a las causales que motivaron la solicitud de interrupción, el 78,6% fue por “causal materna” o no identificada, seguido de un 10,1% por peligro para la vida o salud de la mujer, 8,8% por malformación fetal grave, 2,5% resultante de abuso sexual. El método farmacológico se utilizó en el 64,2% de los casos. El 30,2% correspondió a un aborto completo. En un 51,6% de los casos no se realizaron complicaciones asociadas a la IVE.

Conclusiones: La interrupción voluntaria del embarazo fue una práctica segura dentro de la población estudiada y las complicaciones presentadas no resultaron en desenlaces fatales para las pacientes. El mayor número de solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo se presentan en el primer trimestre, donde los métodos farmacológicos pueden utilizarse de forma segura. Se debe fortalecer la asesoría en planificación familiar para disminuir la presentación de nuevos embarazos no deseados.

Palabras claves: Embarazo, Aborto voluntario, Anticoncepción, Derechos sexuales, malformación.

Abstrac

Introduction: Voluntary termination of pregnancy (VTP) is the termination of a pregnancy at the mother's request. In Colombia, it is regulated by Constitutional Court ruling C-055 of 2022, which decriminalizes abortion before 24 weeks of gestation and after that gestational age when it occurs within the framework of three grounds initially decriminalized by ruling C-355 of 2006: (i) when the continuation of the pregnancy constitutes a danger to the life or health of the woman, certified by a doctor; (ii) when there is a serious malformation of the fetus that makes its life unviable, certified by a doctor; and, (iii) when the pregnancy is the result of conduct, duly reported, constituting carnal access or sexual act without consent, abuse, or non-consensual artificial insemination or transfer of a fertilized egg, or incest. Its main objective is to eliminate maternal morbidity and mortality resulting from unsafe abortions.

General Objective: To describe the clinical and sociodemographic characteristics of patients who requested voluntary termination of pregnancy at a high-complexity hospital in southern Colombia between 2022 and 2025.

Methodology: An observational, descriptive cross-sectional study with an analytical component was conducted, including patients who requested voluntary termination at the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital in the three years following the publication of ruling C-055 of 2022.

Results: 318 cases met the study's inclusion criteria. The average age was 25.6 years, the majority of the population was Colombian (94.7%), married (60.7%), from urban areas (81.8%), and belonging to the subsidized health care system (65.1%). Thirty-six point two percent of the patients were in their first pregnancy, 41.8% were nulliparous, and 43.1% did not use

contraception. Most of the patients did not have comorbidities (85.5%). The average gestational age at the time of requesting voluntary termination of pregnancy was 11.186 weeks. Regarding the reasons for requesting termination, 78.6% were for “maternal reasons” or unidentified reasons, followed by 10.1% due to danger to the woman's life or health, 8.8% due to severe fetal malformation, and 2.5% resulting from sexual abuse. The pharmacological method was used in 64.2% of cases. 30.2% corresponded to a complete abortion. In 51.6% of cases, there were no complications associated with the IVE.

Conclusions: Voluntary termination of pregnancy was a safe practice within the study population, and the complications that arose did not result in fatal outcomes for the patients. The highest number of requests for voluntary termination of pregnancy occur in the first trimester, when pharmacological methods can be used safely. Family planning counseling should be strengthened to reduce the incidence of new unwanted pregnancies.

Keywords: Pregnancy, Voluntary abortion, Contraception, Sexual rights, malformation.

Introducción

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hace referencia al derecho que tienen las mujeres de interrumpir el embarazo de manera libre y voluntaria que Colombia debe estar acorde a lo estipulado a la sentencia C-055 de 2022 expedida por la Corte Constitucional que despenaliza el aborto antes de las 24 semanas de gestación y posterior a dicha edad gestacional cuando se de en el marco de tres causales despenalizadas inicialmente por la Sentencia C-355 de 2006: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Lo anterior evidencia el tránsito de una despenalización parcial bajo un modelo de causales, a un modelo de legalización parcial de la (IVE) que la reconoce como derecho fundamental.

La IVE fuera de ser un derecho que debe ser garantizado, es un reflejo del nivel educativo, sociodemográfico y un medidor de inequidad; a la par que constituye un momento de contacto con las pacientes para realizar acciones de impacto a nivel de salud pública como lo es la reducción de morbi-mortalidad materna derivada de atenciones de aborto inseguro (definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel que es realizado por personal no entrenado) a las que se ven expuestas las pacientes que recurren a prácticas clandestinas. También es un punto de contacto para garantizar servicios de anticoncepción.

Siendo un derecho reconocido por la Corte, es insuficiente la literatura existente a nivel nacional e internacional y se desconoce en buena medida las características de las pacientes que se someten a dicha intervención y es lo que motivó la realización del presente trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Ya que el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo es una institución de alto nivel de complejidad y centro de referencia del sur del país, es amplia la población que atiende y era necesario conocer las características particulares de tipo sociodemográfico, clínicas y aspectos inherentes a la realización de la IVE en nuestro medio, buscando proponer acciones en salud y oportunidades de mejora, y aportando a la construcción de conocimiento, con el fin de brindar atención de calidad, segura y oportuna a las mujeres que decidan acceder a atenciones relacionadas con Interrupción Voluntaria del Embarazo.

1. Planteamiento del Problema

Tradicionalmente el aborto inducido se ha asociado con el fenómeno del embarazo no deseado o planificado, el cual representa una realidad extendida a nivel mundial, impactando a un gran número de mujeres sin distinción del uso de métodos anticonceptivos. Durante el período comprendido entre 2015 y 2019, se estima que a nivel mundial se presentaron cerca de 121 millones de embarazos no deseados, de los cuales un 61% culminó en abortos inducidos, representando aproximadamente 73.3 millones de procedimientos anuales en mujeres en edad fértil (1). Esta problemática no es ajena a Colombia, donde se ha informado que cerca del 44% de los embarazos no deseados culminan en abortos inducidos. Además, la ciudad de Medellín reportó 1,151 casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para el año 2016 (2-3).

Sin embargo, hay diversas motivaciones que pueden llevar a una mujer a decidir optar por una interrupción voluntaria del embarazo, la Sentencia C-355 de 2006 consideró 3 causales en el marco de las cuales se consideraba la despenalización parcial del aborto: riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformaciones fetales incompatibles con la vida y violación o incesto. A pesar de este avance legal, persistieron desafíos en términos de acceso y calidad de la atención en salud reproductiva (11). Es por esto que en 2022 y luego de luchas sociales y jurídicas lideradas por diferentes organizaciones; la Corte Constitucional emite la sentencia C-055, donde despenaliza el aborto hasta las 24 semanas de gestación y posterior a esta edad gestacional continúa el régimen de causales. A pesar de este avance en materia legal, la literatura disponible a nivel nacional e internacional es insuficiente cuando se trata de comprender las razones que motivan la IVE.

El aborto inducido puede llevarse a cabo bajo condiciones seguras o inseguras, siendo esta última una consecuencia directa de su realización al margen de las leyes establecidas. Entre los riesgos asociados al aborto inseguro, se destaca la mortalidad materna derivada de complicaciones inherentes al procedimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2003 y 2009, se estima que alrededor de 193,000 muertes maternas a nivel global fueron atribuidas a abortos inseguros, con 6,900 de estas registradas en América Latina (4).

Es fundamental diferenciar entre el aborto inseguro, practicado al margen de la ley y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), la cual se realiza dentro del marco legal y de los servicios de salud institucionalizados. Hoy por hoy, la IVE, reconocida como un derecho fundamental de las mujeres por la Corte Constitucional de Colombia; a pesar del marco legal que respalda el derecho de las mujeres a acceder a la IVE, persisten numerosos desafíos que obstaculizan su implementación efectiva y el acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva. Barreras como la falta de autonomía, la inequidad de género, las desigualdades socioeconómicas y el difícil acceso a información y servicios de salud reproductiva, contribuyen a una mayor incidencia de embarazos no deseados y aumentan el riesgo de aborto inseguro, así como la morbimortalidad materna (6-7).

Para abordar estas problemáticas de manera efectiva, es crucial garantizar el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva, incluyendo la atención integral de la IVE. Esto implica asegurar la disponibilidad de servicios en todos los niveles de atención, así como capacitar a los profesionales de la salud en el manejo de la IVE y en el respeto de los derechos de las mujeres. Además, es necesario promover la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos eficaces como estrategias para prevenir embarazos no deseados y reducir la necesidad de recurrir a la IVE.

La investigación en este campo es fundamental para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de IVE, así como para informar políticas públicas basadas en evidencia. En este sentido, el estudio presentado tuvo como objetivo caracterizar una cohorte de mujeres que optaron por la IVE en un hospital centro de referencia del sur del país en un periodo de tres años posterior a la emisión de la Sentencia C-055 de 2022, describiendo sus características sociodemográficas, clínicas y obstétricas, así como las complicaciones asociadas al procedimiento. Los resultados de este estudio proporcionarán información valiosa sobre la situación de la IVE en Colombia, contribuyendo al diseño de intervenciones y políticas que garanticen el acceso seguro y legal a este derecho fundamental de las mujeres.

2. Marco Teórico

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una práctica médica que ha sido objeto de debate y controversia en muchos países del mundo. A lo largo de los años, ha habido una amplia gama de opiniones y posturas sobre este tema, influenciadas por factores culturales, religiosos, políticos y sociales. En este contexto, es importante abordar el problema de la IVE desde una perspectiva integral, considerando no solo los aspectos médicos y legales, sino también los impactos sociales y de salud pública que conlleva (8).

En primer lugar, es fundamental reconocer que la IVE es una realidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que se realizan aproximadamente 41.6 millones de procedimientos de aborto cada año, lo que evidencia la magnitud de este problema a nivel global (9). Sin embargo, cabe destacar que la disponibilidad y accesibilidad de la IVE varían significativamente según el contexto legal y social de cada país.

En muchos lugares, la IVE se enfrenta a barreras legales y sociales que limitan el acceso de las mujeres a este servicio. Las restricciones legales y la estigmatización social pueden llevar a las mujeres a recurrir a prácticas de aborto inseguro, poniendo en riesgo su salud y su vida. Según la OMS, aproximadamente el 59.7% de los abortos en América Latina se consideran inseguros, lo que contribuye significativamente a la mortalidad materna en la región (10).

En Colombia, la situación de la IVE ha sido objeto de debate y regulación a lo largo de los años. Con la Sentencia C-355 de 2006, la Corte Constitucional despenalizó parcialmente el aborto en tres causales: riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformaciones fetales

incompatibles con la vida, y violación o incesto. A pesar de este avance legal, persistieron desafíos en términos de acceso y calidad de la atención en salud reproductiva (11).

Posteriormente, el 21 de febrero de 2022, la Corte Constitucional de Colombia derogó la Sentencia C-355/2016, considerando que la regulación existente sobre el aborto era inconstitucional; y emite la Sentencia C-055/2022, la cual considera delito la interrupción voluntaria del embarazo sólo cuando ocurre después de la semana 24 y no se encuentra enmarcada en las causales enunciadas en la sentencia previa. La C-055/2022 se basa en el derecho a la salud, la igualdad sustantiva y la libertad de conciencia; reconociendo las importantes restricciones de acceso al aborto que enfrentaban las mujeres colombianas; por otra parte pone de manifiesto que el modelo de causales obliga a las mujeres a obtener “permiso” del personal de salud para acceder al aborto y, por tanto, no reconoce la libertad de conciencia de las mismas (16).

2.1. Métodos Para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (18)

En 2023 se emite la resolución 0051, que adopta las directrices de sobre la atención del aborto de la OMS publicadas en el 2022.

2.1.1. Métodos Farmacológicos

Su uso antes de las 12 semanas de gestación puede darse de forma ambulatoria; sin embargo, por encima de las 12 semanas o más, su uso requiere del acompañamiento del personal de salud.

Tiene como pilar fundamental el uso de misoprostol solo o en combinación con la mifepristona para producir la expulsión de los tejidos embrionarios o feto-placentarios; siendo más efectivo si se usan ambos medicamentos en conjunto.

A continuación se describen los regímenes recomendados por la OMS:

2.1.1.1. Aborto médico antes de las 12 semanas

- **Mifepristona + Misoprostol:** 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, seguida de 1 a 2 días después por 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal. El intervalo mínimo recomendado entre ambos medicamentos, es de 24 horas.
- **Solo Misoporsotol:** Se recomienda el uso de 800 µg de misoprostol administrado por vía bucal, sublingual o vaginal, en dosis única.

2.1.1.2. Aborto médico a partir de las 12 semanas

- **Mifepristona + Misoprostol:** 200 mg de mifepristona administrada por vía oral, 24-48 horas después, 400 µg de misoprostol administrado por vía bucal, sublingual o vaginal cada tres horas.
- **Solo Misoprostol:** Se sugiere el uso de 400 µg de misoprostol administrado por vía vaginal, sublingual o bucal cada tres horas.

Para el uso de métodos farmacológicos es indispensable confirmar la edad gestacional e identificar contraindicaciones como porfirias, uso crónico de corticoides, coagulopatías o consumo de anticoagulantes; así como alergias a las prostaglandinas y antiprostágenos.

Se debe suministrar información clara y precisa sobre cómo utilizar los medicamentos y los síntomas de alarma para consultar por urgencias.

Posterior al manejo farmacológico no está indicado realizar un legrado o revisión uterina de rutina, ya que implica mayor dolor y alarga el proceso. Debe reservarse solo para los casos en los que se determine que es indispensable como en caso de retención de restos ovulares o placentaria o sangrado mayor al esperado.

Es importante recalcar que las pacientes que reciben IVE farmacológica van a requerir una visita adicional para comprobar que el proceso culminó satisfactoriamente.

2.1.2. Métodos Quirúrgicos

Incluyen la aspiración endouterina eléctrica (AEU) o manual (AMEU) y la Dilatación y Evacuación (DyE).

Generalmente, la aspiración endouterina es utilizada hasta las 15 semanas de gestación, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud en las Directrices sobre la Atención del Aborto de 2022 y el *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* (2022), aceptan que puede utilizarse hasta la semana 16. Con este método, el contenido uterino es evacuado mediante el uso de cánulas plásticas y un aspirador manual o eléctrico utilizando técnica aséptica.

Luego de las 15 semanas, se debe llevar a cabo la DyE, un método que combina el uso de fórceps y aspiración al vacío.

Se recomienda la preparación cervical farmacológica por encima de las 15 semanas, o antes, si se considera necesario, se describen las siguientes opciones:

- 200 de mifepristona vía oral, 24 a 48 horas después se sugiere:

- 400 mcg de misoprostol sublinguales 1 a 2 horas antes del procedimiento o 400 mcg de misoprostol vía vaginal 2 a 3 horas antes del procedimiento.
- Por encima de 15 semanas: 400 mcg de misoprostol 3 a 4 horas antes del procedimiento de manera vaginal, sublingual o bucal.

El legrado uterino o curetaje no es un método de elección para la IVE y es una técnica obsoleta que debe dejar de ser empleada; debe reservarse para cuando no hay disponibilidad de otros métodos y la invitación en la comunidad científica es a abandonar su uso lo antes posible.

2.2. Interrupción Voluntaria del Embarazo Por Encima de las 20 Semanas de Gestación (18)

Por encima de las 20 semanas de gestación se debe realizar la inducción de la asistolia fetal (IAF) antes de iniciar el tratamiento farmacológico, ya que la combinación de los regímenes farmacológicos previamente descritos no produce directamente la asistolia fetal y las tasas de sobrevida transitoria están directamente relacionadas con la edad gestacional.

Existen diferentes medicamentos que se han utilizado para la inducción de asistolia fetal:

- Inyección de **cloruro de potasio** aplicada en las cavidades cardiacas fetales guiada por ecografía; su tasa de falla es del 0%.
- Inyección intra fetal de 2 mg **digoxina** uno a dos días antes de la dilatación y expulsión; con una tasa de efectividad del 95%; o una inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina inyectada un día antes de la dilatación y expulsión, con una efectividad del 92%.

- Inyección de 200 a 240 mg de **lidocaína** intracardiaca, su efectividad es de 98% y, en el 75% de los casos la asistolia ocurre en un minuto. También puede ser aplicada la misma concentración de lidocaína intratorácica, con una tasa de efectividad del 95% y produce, en el 75% de los casos, la asistolia en el lapso de dos minutos.

Tan pronto como se confirme la asistolia fetal, se debe iniciar la atención de la inducción del trabajo de parto o la realización de la operación cesárea en los casos en los que haya una contraindicación absoluta para el trabajo de parto.

2.3. Efectos Adversos y Complicaciones Asociadas a la Ive (18)

Los síntomas asociados al uso de métodos farmacológicos incluyen:

- Náuseas o escalofrío: 1/3 pacientes
- Cefalea o emesis: 1/4 pacientes
- Fiebre: 1/6 pacientes
- Diarrea
- Empapar más de dos toallas higiénicas seguidas es considerado un signo de alarma y se debe instruir a las pacientes a consultar si se presenta este caso.

Cuando se utilizan métodos quirúrgicos o instrumentales se pueden presentar complicaciones como las siguientes:

- Evacuación incompleta o falla en el procedimiento: 1-2/100 mujeres
- Hemorragia: 1/1250 mujeres

- Perforación uterina: 1/2500 mujeres
- Infección: 1/10.000 mujeres
- Desgarro cervical: 1/100 mujeres

2.4. Anticoncepción Post Evento Obstétrico (18)

Según la resolución 055, es mandatorio ofrecer asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del egreso institucional, teniendo en cuenta que el retorno a la fertilidad puede producirse entre una semana hasta un mes después del aborto.

El personal de salud debe hablar sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles y hacer énfasis en las tasas de falla, características de cada grupo de anticonceptivos; respondiendo las inquietudes y respetando cualquier decisión que tomen frente a ellos, incluyendo la de no usarlos.

Se recomienda el inicio de métodos de larga duración ya que están asociados a una mayor adherencia y satisfacción con el método, y menor frecuencia de embarazos no deseados durante el primer año después del aborto.

Ni la edad de la paciente ni la edad gestacional tienen implicaciones en los anticonceptivos que pueden utilizar las gestantes. Las menores de 18 años pueden dar su consentimiento para iniciar un método y no requieren de la autorización de sus padres o tutores legales. En todos los casos, debe brindarse educación sobre la doble protección con el uso de métodos de barrera para prevenir infecciones de transmisión sexual.

A pesar de los avances en el marco legal, el acceso a la IVE en Colombia sigue siendo limitado para muchas mujeres, especialmente aquellas que viven en áreas rurales o de bajos

recursos; las barreras de acceso incluyen la falta de información sobre los servicios disponibles, la distancia a los centros de atención y la discriminación por parte del personal de salud. Estos obstáculos dificultan el ejercicio del derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva (12).

2.5. Barreras Relacionadas Con la Ive

Además de las barreras de acceso, también existen desafíos en términos de calidad de la atención en los servicios de IVE. La falta de capacitación del personal de salud, la escasez de recursos y la falta de protocolos estandarizados pueden contribuir a prácticas de aborto inseguro y a un mayor riesgo de complicaciones para las mujeres (13). Es fundamental mejorar la capacitación del personal de salud, fortalecer los sistemas de salud y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud reproductiva de calidad.

En este contexto, el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, como centro referente del sur del país, juega un papel crucial en la prestación de servicios de IVE, de ahí que se hayan adelantado iniciativas institucionales para la prestación de atención en IVE de la mayor calidad, con base a la evidencia científica en el marco de las normativas nacionales y protocolos institucionales, con el fin de garantizar el acceso a la IVE. Sin embargo, previo al presente estudio se desconocía el perfil de las mujeres que accedían a los servicios de interrupción voluntaria en la institución, así como las características del procedimiento y las posibles complicaciones asociadas; si bien este estudio es un punto de partida, es necesario realizar investigaciones que permitan caracterizar la situación de la IVE, proponer estrategias para

mejorar la calidad de la atención y garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (14).

En conclusión, la interrupción voluntaria del embarazo es un tema complejo que involucra múltiples dimensiones, incluyendo aspectos médicos, legales, sociales y de salud pública. Es fundamental abordar este problema desde una perspectiva integral, que reconozca el derecho de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva y garantice el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Solo así podremos avanzar hacia una sociedad más justa y equitativa, donde todas las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Describir las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes que solicitaron interrupción voluntaria del embarazo en un hospital de alta complejidad del sur de Colombia entre el año 2022 a 2025.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la presencia de comorbilidades agudas o crónicas en las pacientes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo.
- Caracterizar las causas que motivan la interrupción voluntaria del embarazo en una institución de alta complejidad.
- Describir las características del método de IVE y su efectividad en las pacientes de un hospital de alta complejidad del sur de Colombia durante el periodo de estudio.
- Determinar la presencia de complicaciones posterior a la realización del IVE durante el periodo de estudio en un hospital del sur de Colombia.
- Identificar los métodos de planificación familiar más frecuentemente seleccionados por las pacientes que accedieron a IVE entre el año 2022 a 2025 en un centro de referencia del sur colombiano.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con un componente analítico.

4.2. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo comprendido del 21 de febrero del 2022 al 21 de febrero del 2025?

4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

4.3.1. Criterios de Inclusión:

Se incluyeron las pacientes que solicitaron la interrupción voluntaria del embarazo del 21 de febrero de 2022 al 21 de febrero de 2025.

4.3.2. Criterios de Exclusión:

Se excluyeron las pacientes que no iniciaron su proceso de interrupción voluntaria del embarazo en la institución y que llegaron con abortos incompletos o retenidos.

4.4. Periodo de Estudio

3 años, posterior a la emisión de la Sentencia C-055/2022; entre el 21 de febrero de 2022 y 21 de febrero de 2025.

4.5. Muestra

Se realizó un muestro por conveniencia donde se incluyó la totalidad de las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio.

4.5.1. Unidad de análisis:

Cada historia clínica en la que solicitó la interrupción voluntaria del embarazo, además del folio de seguimiento posterior a aplicación de la IVE entre el 21 de febrero del 2022 al 21 de febrero de 2025.

4.6. Método

Posterior a la aprobación del Comité de Ética, se solicitaron a sistemas de información las historias clínicas codificadas con el CIE 10 Z640, “Problemas relacionados con embarazo no deseado” registradas durante el periodo de estudio. Se procedió a seleccionar las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionadas las historias, se tabularon las variables seleccionadas, posterior a lo cual se llevó a cabo el análisis estadístico.

4.7. Variables

Variable	Definición	Categorías/Escala de Medición	Tipo de Variable
Edad	Edad de la paciente al momento de la IVE	Escala numérica (continua): 12-50 años	Continua
Nivel Educativo	Máximo nivel de educación alcanzado por la paciente	Categoría: 1. Ninguno, 2. Básica primaria, 3. Básica secundaria, 4. Bachiller, 5. Técnico, 6. Profesional, 7. Posgrado	Ordinal
Estado Civil	Estado civil de la paciente al momento de la IVE	Categoría: 1. Soltera, 2. Unión libre, 3. Casada, 4. Divorciada, 5. Viuda	Nominal
Nacionalidad	Origen nacional de la paciente	Categoría: 1. Colombiana, 2. Ecuatoriana, 3. Venezolana, 4. Otra	Nominal
Zona de Residencia	Área geográfica de residencia de la paciente	Categoría: 1. Urbana, 2. Rural	Nominal
Régimen de aseguramiento	Régimen de aseguramiento al Sistema general de seguridad social en salud	Categoría: 0. Sin afiliación, 1. Subsidiado, 2. Contributivo, 3. Especial	Nominal
Planificación previa	Método de planificación utilizado por la paciente previo a la gestación	Categoría: 0. No usaba, 1. Preservativo, 2. DIU, 3. Implante subdérmico, 4. Inyectable trimestral, 5. Inyectable mensual, 6. Anticonceptivos orales, 7. Quirúrgico	Nominal
Número de Embarazos	Cantidad total de embarazos, incluido el actual	Escala numérica (discreta): 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta

Paridad Previa	Número de partos previos de la paciente	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta
Cesáreas previas	Antecedente de cesáreas previas	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta
Antecedente de ectópico	Antecedente de embarazo ectópico previo	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2	Discreta
Antecedente de Aborto	Historial de abortos previos	Categórica: 0. Sin información, 1. Sí, 2. No	Nominal
Abortos previos	Número de abortos previos (si aplica)	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta
Hijos vivos	Total de hijos vivos que tiene la paciente	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta
Mortinatos	Antecedente de mortinatos (si aplica)	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3 o más	Discreta
Antecedente de legrado	Legrados previos que haya tenido la paciente (si aplica)	Escala numérica (discreta): 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 o más	Discreta
Existencia de comorbilidades	Patologías de base previas a la gestación	Categórica: 0. Sin comorbilidad, 1. Cardio-metabólicas, 2. Autoinmune, 3. Respiratoria, 4. Infecciosa, 5. Renal, 6. Salud mental, 7. Otra, 8. Más de una	Nominal
Atención previa	Atención recibida por la paciente en otra institución, directamente asociada con la IVE	Categórica: 1. Sí, 2. No	Nominal

	Antecedente de haber		
Manejo farmacológico previo	recibido manejo extrainstitucional con misoprostol, previo a la consulta inicial	Categoría: 1. Sí, 2. No	Nominal
Profesional que brinda la asesoría	Tipo de profesional que da la asesoría relacionada con la IVE	Categoría: 1. Ginecólogo, 2. Residente, 2. Médico general	Nominal
Confirmación ecográfica de embarazo	Existió o no, confirmación ecográfica de embarazo intrauterino	Categoría: 1. Sí, 2. No	Nominal
Edad Gestacional	Tiempo de gestación al momento de la IVE	Escala numérica (continua): 0-42 semanas	Continua
Causal de IVE	Razón legal o médica para la interrupción del embarazo	Categoría: 1. Peligro para la vida/salud de la mujer, 2. Malformación fetal, 3. Resultado de abuso	Nominal
Método de IVE	Técnica utilizada para la interrupción del embarazo	Categoría: 1. Farmacológico, 2. Legrado, 3. AMEU, 4. Farmacológico + legrado, 5. Farmacológico + AMEU	Nominal
Abordaje multidisciplinario	Existencia de valoración por equipo multidisciplinario en salud	Categoría: 1. No se realizó, 2. No aceptado por la paciente, 3. Psicología, 4. Trabajo social, 5. Psicología y trabajo social	Nominal
Destino	Desenlace de la atención en IVE	Categoría: 1. Realiza la IVE, 2. Desiste de la IVE, 3. Remisión, 4. Retiro voluntario	Nominal

		Categoría: 0. No se indicó, 1. 7 días, 2. 10 días, 3. 15 días, 4. No se especificó el tiempo,	
Seguimiento ecográfico	Tiempo transcurrido entre la realización de la IVE y el control ecográfico	5. No aplica, manejo quirúrgico, 6. Otro, 7. Se realizó durante la misma hospitalización, 8. Retiro voluntario	Nominal
Aborto Completo	Confirmación de la finalización exitosa del procedimiento	Categoría: 1. Sí, 2. No	Nominal
Necesidad de Dosis Adicional de Misoprostol a la Inicial	Uso de una dosis adicional de misoprostol tras la dosis inicial en manejo farmacológico	Categoría: 1. Sí, 2. No, 3. Sí y posterior AMEU, 4. Sí y posterior legrado, 5. Fue un aborto completo, 6. Desiste de la IVE	Nominal
Necesidad de AMEU/Legrado	Requerimiento de procedimiento quirúrgico posterior al manejo inicial	Categoría: 0. No se usó, 1. Sí (AMEU), 2. Sí (Legrado), 3. Retiro voluntario, 4. Desiste de la IVE	Nominal
Complicaciones Post-IVE	Presencia de eventos adversos registrados tras el proceso de IVE	Categoría: 0. No hubo complicación, 1. Infección, 2. Perforación uterina, 3. Sangrado, 4. Otras, 5. Se trataba de un embarazo ectópico	Nominal
Asesoría en planificación familiar	Existencia de asesoría en planificación familiar previo al egreso	Categoría: 1. Sí, 2. No, 3. Retiro voluntario	Nominal
Método de Planificación Post-IVE	Método anticonceptivo seleccionado posterior al proceso de IVE	Categoría: 0. No acepta método, 1. Preservativo, 2. DIU, 3. Implante subdérmico, 4. Inyección trimestral, 5. Anticonceptivos orales, 6. Quirúrgico, 7. Inyección mensual, 8.	Nominal

No se dio asesoría, 9. Retiro voluntario, 10.

Orden para inicio de método ambulatorio, 11.

Ya contaba con método

4.8. Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa SPSS versión 25 para Mac OS. Se establecieron frecuencias y proporciones. Se empleó estadística descriptiva como promedio, desviación estándar, valores mínimos y máximos, intervalos de confianza para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. Se realizaron pruebas X² para la comparación de variables categóricas; se incluyeron los valores de P, los OR y los intervalos de confianza. Se aplicó un modelo de regresión logística binaria usando como variable dependiente la presencia de complicaciones post IVE (Si/no) además de la necesidad de procedimientos adicionales como legrado/AMEU o dosis adicionales de misoprostol (si/no) y como variables independientes aquellas que se asociaron de manera estadísticamente significativa en los análisis bivariados. Se determinó como nivel de significancia estadística una $p \leq 0,05$.

5. Consideraciones Éticas

Este trabajo fue avalado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en acta de aprobación 03-02, del 20 de marzo de 2025.

La realización del presente trabajo de investigación se adhirió a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki, la Asociación Médica Mundial, así como a las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos CIOMS – OMS; y está enmarcada en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Como se describió en el apartado de materiales y métodos, se emplearán estrictos protocolos de confidencialidad y anonimato para proteger la privacidad de los pacientes, cumpliendo con las normas éticas y legales vigentes.

5.1. Alcance

El presente proyecto tuvo como objetivo conocer las características clínicas y sociodemográficas que realizan procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Permitiendo conocer cuál ha sido la experiencia de la institución en los primeros tres años tras la despenalización del aborto en Colombia, con el fin de identificar nuestros aciertos, aspectos a mejorar y necesidades de las pacientes, con el fin de brindar una atención humanizada, segura y de calidad.

5.2. Riesgo

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; este estudio se clasifica sin riesgo debido a que como se establece en el artículo 11 de dicha resolución, se trata de un estudio retrospectivo, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, y corresponde a revisión de historias clínicas.

5.3. Costo – Beneficio

5.3.1. Costo:

El costo total fue asumido por los investigadores; ya que la realización de un proyecto de investigación es requisito para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia de la Universidad Surcolombiana y al cual aspira la investigadora principal.

5.3.2. Beneficios:

****Para los investigadores:**

- Adquisición de conocimientos y habilidades en el área de estudio.
- Reconocimiento en la comunidad científica por contribuir con nuevo conocimiento.
- Oportunidades de publicación y presentación en conferencias o seminarios.
- En el caso de la investigadora principal, con el presente trabajo cumplirá con uno de los requisitos para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.

****Para el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo:**

- Mejora en la calidad de atención al paciente.
- Mejor comprensión de la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en la institución, las características de las pacientes y sus necesidades.
- Ser un referente en el país, ya que son muy limitados los estudios que se han desarrollado en el tema, lo cual muestra el compromiso de la institución con la garantía de los derechos de las pacientes.

****Para la Universidad Surcolombiana:**

- La vinculación de docentes y estudiantes de pre y postgrado en trabajos de investigación que terminen en una publicación que de visibilidad a la Institución y que la muestren a la vanguardia en temas de interés en salud pública.

5.3.3. Impacto:

El principal impacto que se esperado del presente trabajo está relacionado con la mejora en la calidad de la atención de las pacientes ya que brindará un mayor conocimiento de sus características sociodemográficas y clínicas, métodos utilizados y complicaciones asociadas, así como uso de métodos de planificación familiar; información relevante para la atención de futuras pacientes en la institución que traerá reproducible en otras instituciones.

El impacto también será para el personal asistencial de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, ya que permitirá identificar acciones de mejora en torno a la atención de las pacientes y aquellas prácticas que deben continuar de la misma manera en la que se están haciendo.

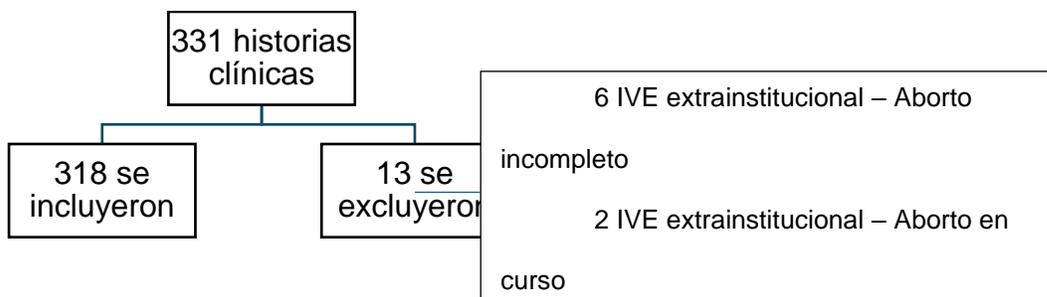
5.4. Confidencialidad de la Información

Los datos recopilados de los pacientes y la inspección de sus registros médicos fueron exclusivamente examinados por el investigador y los coinvestigadores. Para asegurar la privacidad y confidencialidad de los involucrados, se implementaron las siguientes medidas: no se revelaron identidades, no se registraron los nombres ni números de identificación de las pacientes, cada registro fue identificado con un número, la información se usó estrictamente con propósitos académicos y se resguardará adecuadamente al concluir el estudio.

5.5. Conflicto de Interés

La investigadora principal y los coinvestigadores del estudio declaran no presentar ningún conflicto de interés para la participación y realización del mismo.

6. Resultados



6.1. Características Sociodemográficas

En total, se incluyeron 315 casos, correspondientes a 315 pacientes que accedieron a IVE en el periodo de estudio y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión (3 pacientes solicitaron una nueva interrupción en el periodo de estudio). La edad media de la muestra fue de $25,6 \pm 7,4$ años. No se contó con información sobre el nivel educativo en la mayoría de los casos; el mayor porcentaje de las pacientes era casada, de nacionalidad colombiana, habitantes de la zona urbana y pertenecientes al régimen subsidiado. Las principales características sociodemográficas de la población se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.*Características sociodemográficas de la población.*

		N	Porcentaje
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	12	3,8
	Básica	33	10,4
	primaria		
	Básica	32	10,1
	secundaria		
	Bachiller	74	23,3
	Técnico	10	3,1
	Profesional	7	2,2
	Post grado	2	0,6
	Perdidos	148	46,5
Total		318	100,0
ESTADO CIVIL	Casada	193	60,7
	Soltera	109	34,3
	Unión libre	12	3,8
	Divorciada	4	1,3
Total		318	100,0
NACIONALIDAD	Colombiana	301	94,7
	Ecuatoriana	1	0,3
	Venezolana	16	5,0
Total		318	100,0
ZONA DE	Urbana	260	81,8
RESIDENCIA	Rural	58	18,2
Total		318	100,0

RÉGIMEN	Sin	17	5,3
	Afilación		
	Subsidiado	207	65,1
	Contributivo	59	18,6
	Especial	35	11,0
Total		318	100,0

6.2. Antecedentes Gineco-Obstétricos

El 36,2% de los pacientes solicitaron interrupción voluntaria del embarazo en su primera gestación, lo cual está acorde con el 41,8% de pacientes que no tenía paridad; solo una paciente tenía antecedente de embarazo ectópico. Respecto al antecedente de abortos, el 20,8% manifestó haber tenido al menos uno. La mayoría (78,9%) no reportó abortos previos. La proporción de mujeres sin hijos vivos fue del 42,8%, mientras que un 25,2% reportó tener un hijo. Finalmente, los antecedentes de mortinatos y legrados fueron poco frecuentes, con una prevalencia del 1,3% en ambos casos. Estos hallazgos permiten describir una población predominantemente nulípara o con baja paridad.

Tabla 2.*História obstétrica.*

		Frecuencia	Porcentaje
NO. EMBARAZOS	1	115	36,2
	2	80	25,2
	3	59	18,6
	4	33	10,4
	5	20	6,3
	6 ó mas	9	2,8
	Perdidos		2
Total		318	100,0
PARIDAD	0	133	41,8
	1	84	26,4
	2	58	18,2
	3	26	8,2
	4	12	3,8
	5	2	0,6
	6 ó mas	1	0,3
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
PARTOS	0	176	55,3
VAGINALES	1	60	18,9
	2	43	13,5
	3	25	7,9
	4	9	2,8
	5	2	0,6

	6 ó mas	1	0,3
Perdidos	999	2	0,6
Total		318	100,0
PARTOS POR	0	262	82,4
CESAREA	1	42	13,2
	2	10	3,1
	3	2	0,6
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
ECTÓPICOS	0	308	96,9
	1	8	2,5
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
ANTECEDENTE DE	Si	66	20,8
ABORTOS	No	249	78,3
Perdidos		3	0,9
Total		318	100,0
NO. DE ABORTOS	0	251	78,9
	1	54	17,0
	2	10	3,1
	3	1	0,3
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
HIJOS VIVOS	0	136	42,8
	1	80	25,2
	2	60	18,9

	3	26	8,2
	4	11	3,5
	5	2	0,6
	6 ó mas	1	0,3
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
MORTINATOS	0	312	98,1
	1	4	1,3
Perdidos		2	0,6
Total		318	100,0
LEGRADOS	0	308	96,9
	1	4	1,3
	2	2	0,6
Perdidos		4	1,3
Total		318	100,0

6.3. Planificación Previa

El 43,1% de las participantes no utilizaba ningún método de planificación familiar previo, siendo la inyección mensual (15,1%) y los anticonceptivos orales combinados (11,9%) los métodos más reportados entre quienes sí los usaban. Se observó un porcentaje considerable de datos perdidos (18,6%) en esta variable.

6.4. Existencia de Comorbilidades

Respecto a las comorbilidades reportadas en una muestra de 318 participantes. Se observa que la mayoría de las pacientes (n=272; 85,5%) no presentaban ninguna comorbilidad asociada. En contraste, el 14,5% restante reportó al menos una condición médica adicional.

Las comorbilidades más frecuentemente reportadas fueron las de tipo cardio/metabólicas, presentes en 14 participantes (4,4%), seguidas por trastornos de salud mental, con una frecuencia de 12 casos (3,8%). La categoría “Más de una” comorbilidad agrupó a 9 individuos (2,8%), evidenciando la presencia de condiciones múltiples en una proporción menor de la muestra.

Otras categorías con menor prevalencia incluyeron enfermedades infecciosas (n=3; 0,9%), afecciones renales (n=2; 0,6%) y patologías respiratorias (n=1; 0,3%). Asimismo, cinco participantes (1,6%) reportaron comorbilidades no clasificadas en las categorías anteriores.

Estos datos evidencian una baja carga de comorbilidad en la población analizada, lo cual puede influir en la interpretación de los resultados clínicos y en la generalización de los hallazgos a poblaciones con perfiles de salud diferentes.

Tabla 3.*Existencia de comorbilidades*

	Frecuencia	Porcentaje
Sin comorbilidad	272	85,5
Cardio/Metabolicas	14	4,4
Respiratoria	1	0,3
Infecciosa	3	0,9
Renales	2	0,6
Salud Mental	12	3,8
Otra	5	1,6
Más de una	9	2,8
Total	318	100,0

6.5. Proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo

En la evaluación de las características clínicas y del proceso de interrupción voluntaria del embarazo, se tuvo una edad gestacional media de $11,186 \pm 7,4$ semanas. El 81,4% de las pacientes no había recibido atención previa, mientras que solo el 18,6% sí lo había hecho. El uso previo de misoprostol fue reportado en el 6,6% de los casos.

La asesoría médica fue proporcionada en su mayoría por ginecólogos (88,7%), seguidos por residentes (8,2%) y médicos generales (3,1%). En el 93,4% de los procedimientos contaba con una ecografía o barrido ecográfico, previo al inicio de la IVE, siendo esta una práctica ampliamente utilizada, debido al nivel de complejidad de la institución. Se presentaron 4 interrupciones de embarazo gemelar.

6.6. Causales de interrupción voluntaria del embarazo

Respecto a la causal de la IVE, en el 78,6% de los casos no se identificó una causa específica o fue de origen materno; el 10,1% se fundamentó en peligro para la vida o salud de la mujer (por la existencia de comorbilidades graves o informada por la paciente por afectación grave a su salud mental), el 8,8% por malformación fetal grave (no necesariamente incompatible con la vida) y el 2,5% fue consecuencia de abuso. Se resalta un caso de abuso reportado en una menor de edad, en la que se recolectó el feto como material probatorio, lo cual contribuyó a la identificación y judicialización del agresor.

Tabla 4.

Causales identificadas al solicitar la IVE

	Frecuencia	Porcentaje
Causal no identificada/Materna	250	78,6
Peligro para la vida/Salud Mujer	32	10,1
Malformación fetal grave	28	8,8
Resultado Abuso	8	2,5

De los casos en los que se anotó peligro para vida o a la salud de la mujer se documentaron pacientes con alta carga de morbilidad como 5 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio avanzado, una de ellas con antecedente de trasplante renal fallido; así como una paciente con carcinoma escamocelular de cérvix estadio clínico IIB.

Dentro de los casos de malformación fetal grave se registran patologías como: Acondroplasia, higroma quístico, alteraciones en sistema nervioso central (ventriculomegalia, trastornos de la migración neuronal, acrania, encefalocele), hidrops fetal y defectos de línea media.

6.7. Método Utilizado Inicialmente Para la Interrupción del Embarazo

El método farmacológico fue el más utilizado, 64,2% recibieron Misoprostol, solo 19 pacientes recibieron Mifepristona previo al misoprostol.

En frecuencia, siguen las combinaciones con procedimientos quirúrgicos: farmacológico más legrado (14,2%) y farmacológico más AMEU (6,0%). Dichas combinaciones se dieron principalmente en interrupciones por encima de las 12.0 semanas de gestación, en las cuales se indicó manejo farmacológico hasta lograr la expulsión fetal y si se sospechaba o corroboraba aborto incompleto, se recurría a un manejo quirúrgico posterior. Solo un 5,0% fue manejado exclusivamente con AMEU. El 10,4% de los registros carece de información sobre el método utilizado e incluye las pacientes que desistieron de la IVE, las que salieron en remisión y aquellas que realizaron retiro voluntario.

Tabla 5.*Método inicial para la IVE*

		Frecuencia	Porcentaje	
DE IVE	METODO	Farmacologico	204	64,2
		Legrado	1	0,3
		Ameu	16	5,0
		Farmacológico y posterior legrado	45	14,2
		Farmacológico y Posterior AMEU	19	6,0
Perdidos		33	10,4	
Total		318	100,0	

En relación con la atención multidisciplinaria, el 44,3% no recibió este acompañamiento; sin embargo, el 30,5% fue valorado por psicología y el 22,3% por psicología y trabajo social en conjunto.

El 87,1% de las pacientes completó la IVE en el hospital. El 6% desistió del procedimiento, el 4,1% fue remitido y el 2,8% realizó retiro voluntario. Dado que en la institución no se realiza inducción de asistolia fetal, 13 pacientes con embarazos mayores a 20 semanas requirieron de remisión a una institución que prestara este servicio.

6.7.1. Seguimiento Ecográfico

Sobre el seguimiento ecográfico, el 23,3% fue citado a los 15 días, seguido por el 14,8% a los 10 días y el 9,7% a los 7 días. Un 25,5% no requirió seguimiento por manejo quirúrgico. El 10,1% corresponde a datos perdidos.

6.7.2. Efectividad del Manejo Inicial

Se registro un porcentaje 30,2% de abortos completos, con un 24,5% de abortos incompletos y una pérdida de datos del 45,3%; lo cual corresponde a pacientes que no retornaron a la institución al seguimiento posterior a la interrupción voluntaria y de las cuales se desconoce el éxito o fallo del manejo inicial.

Debido a un aborto incompleto, el 11,6% requirió dosis adicional de misoprostol; en algunos casos esto fue seguido de AMEU (0,9%) o legrado (3,5%). El 44,0% no requirió manejo quirúrgico posterior. El 8,8% fue manejado con AMEU y el 0,6% con legrado. El 45,9% de los registros carecen de esta información.

Tabla 6.

Dosis adicional de misoprostol o necesidad de manejo quirúrgico posterior.

		Frecuencia	Porcentaje
DOSIS	Si	37	11,6
ADICIONAL DE	No	31	9,7
MISOPROSTOL	Si y	3	0,9
	posterior AMEU		
	Si y	11	3,5
	posterior legrado		
	Fue	90	28,3
	completo		
	Desiste	3	0,9
	de IVE		
Perdidos		143	45,0
Total		318	100,0
MANEJO	No se	140	44,0
QUIRURGICO	uso		
POSTERIOR	AMEU	28	8,8
	Legrado	2	0,6
	Retiro	2	0,6
	voluntario		
Perdidos		146	45,9
Total		318	100,0

Estos hallazgos reflejan una tendencia al uso de métodos farmacológicos, un alto cumplimiento del procedimiento en el ámbito hospitalario y una cobertura significativa de asesoría médica y ecografía. Sin embargo, se identifican vacíos importantes en el registro del desenlace clínico, lo cual limita el análisis integral de los resultados.

En cuanto a las complicaciones asociadas al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se reportó que el 51,6% de las pacientes (n=164) no presentaron ninguna complicación clínica. Entre los eventos adversos identificados, el sangrado fue el más frecuente, con una incidencia del 0,9% (n=3), seguido de la perforación uterina en el 0,6% (n=2). También se documentaron otras complicaciones inespecíficas en un caso (0,3%) y un embarazo ectópico no diagnosticado previamente (0,3%). Es importante resaltar que en el 46,2% de los casos (n=147) no se registró información sobre la presencia o ausencia de complicaciones, lo que representa una limitación significativa en la evaluación integral de la seguridad del procedimiento; sin embargo, se infiere que no hubo complicaciones significativas que motivaran a este porcentaje de pacientes a consultar a la institución o si existieron complicaciones, decidieron consultar a otra institución.

Estos hallazgos sugieren que, en los casos con información disponible, la IVE fue mayoritariamente segura y sin eventos clínicos adversos relevantes. No obstante, la alta proporción de datos faltantes requiere atención, ya que puede subestimar la verdadera prevalencia de complicaciones.

Tabla 7.*Complicaciones asociadas a la IVE.*

		Frecuencia	Porcentaje
COMPLICACIONES	No hubo complicación	164	51,6
	Perforación uterina	2	0,6
	Sangrado	3	0,9
	Otras	1	0,3
	Se trataba de un embarazo ectópico	1	0,3
	Perdidos	147	46,2
Total	318	100,0	

6.8. Planificación Familiar Post-Evento Obstétrico

Del total de participantes, el 67,3% recibió asesoría en planificación familiar posterior a la IVE, mientras que el 22,3% no la recibió y un 9,4% de los registros no contaban con esta información.

En cuanto al método anticonceptivo posterior, el más frecuentemente elegido fue el implante subdérmico (28,0%), seguido por la inyección trimestral (21,4%). Un 5,3% optó por el preservativo, y otros métodos como anticonceptivos orales combinados (3,1%), quirúrgicos

(1,6%) o inyección mensual (1,6%) tuvieron menor frecuencia. El 22,0% no recibió asesoría y el 11,0% de los datos están perdidos.

Tabla 8.

Planificación familiar posterior a IVE.

		Frecuencia	Porcentaje
ASESORIA EN	Si	214	67,3
PLANIFICACION	No	71	22,3
FAMILIAR	Retiro	3	0,9
	voluntario		
Perdidos		30	9,4
Total		318	100,0
PLANIFICACION	Paciente no	3	0,9
FAMILIAR POSTERIOR	acepta método		
A IVE	Preservativo	17	5,3
	DIU	2	0,6
	Implante	89	28,0
	subdermico		
	Inyección	68	21,4
	trimestral		
	ACOS	10	3,1
	Quirurgicos	5	1,6
	Inyección	5	1,6
	Mensual		
	No se dio	70	22,0
	asesoria		
	Retiro	4	1,3
	Voluntario		

	Se da orden	9	2,8
	para metodo ambulatorio		
	Ya contaba	1	0,3
	con metodo		
Perdidos		35	11,0
Total		318	100,0

6.9. Variables Asociadas a Complicaciones

En el análisis de las variables clínicas asociadas a complicaciones durante el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el uso previo de misoprostol, la presencia de mortinatos, embarazos ectópicos, antecedente de cesárea, número de embarazos y la falta de seguimiento ecográfico. El uso previo de misoprostol mostró una relación significativa con la ocurrencia de complicaciones ($p = 0,013$), lo que sugiere un posible impacto en la eficacia del tratamiento actual. Asimismo, el antecedente de mortinato se asoció una mayor proporción de complicaciones, especialmente sangrado, con un valor de $p = 0,001$. El antecedente de embarazo ectópico se asoció de manera importante con complicaciones graves ($p = 0,000$). Por otro lado, tanto el antecedente de cesárea ($p = 0,000$) como el número de embarazos ($p = 0,000$) también se asociaron significativamente con mayor riesgo de complicaciones, lo que puede relacionarse con factores anatómicos, cicatriciales o condiciones clínicas acumulativas. Finalmente, la ausencia de seguimiento ecográfico mostró también una relación estadísticamente significativa con el aumento de complicaciones ($p = 0,049$), resaltando su papel fundamental en la vigilancia y seguridad del procedimiento. Estos

hallazgos permiten identificar factores clínicos clave para mejorar el protocolo de atención, estratificar riesgos y optimizar la seguridad del proceso.

Tabla 9.

Relación entre complicaciones y variables clínicas (n ≈ 170)

Variable	Sin complicación (%)	Con complicación (%)	Valor p	Hallazgos relevantes
Misoprostol previo	92,30%	7,70%	0,013	Mayor proporción de complicaciones si hubo uso previo.
Mortinatos	66,70%	33,30%	0,001	Mayor frecuencia de sangrado cuando hubo mortinato.
Embarazo ectópico	60,00%	40,00%	0,000	Asociación muy significativa con complicaciones graves.
Cesárea previa	94,60%	5,40%	0,000	Se evidenció asociación significativa.
Primigestante	94,60%	5,40%	0,000	Se evidenció asociación significativa.

				El seguimiento
				ecográfico se
Seguimiento	95,70%	4,30%	0,049	asoció con menor
ecográfico				riesgo de
				complicaciones.

Al analizar el resto de las variables independientes cruzadas con la variable dependiente (presencia de complicaciones), no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. Lo cual sugiere que estas no influyeron de manera relevante en el desenlace adverso durante la interrupción voluntaria del embarazo en esta cohorte.

7. Discusión

Al comparar nuestro estudio con otros similares realizados en Colombia, encontramos similitudes respecto a las características sociodemográficas de la población. En cuanto a la edad, tenemos una media de edad de 25,6 en nuestro estudio versus 24 años en el estudio realizado por Restrepo y colaboradores (16) y de 26 años en el de Cárdenas y colaboradores (3).

Comportamiento similar ocurre al revisar la nacionalidad de las pacientes, siendo estas en su mayoría colombianas 94,7% en nuestro estudio versus 93,4% en el estudio de Cárdenas (3), respecto a la procedencia, fue en su mayoría urbana (81,8% vs 89,1%), respectivamente.

A pesar del porcentaje de datos perdidos, sí se evidenció un nivel educativo inferior en nuestra población, ya que solo el 2,8% tenía educación superior versus el 42,41% del estudio Cárdenas (3). En cuanto al régimen de aseguramiento, el 65,1% de las pacientes de nuestro estudio pertenecían al subsidiado, comparado con el 48,8% reportado por Restrepo (16).

Donde se observa una diferencia significativa es la planificación previa a la interrupción voluntaria del embarazo, ya que en nuestro estudio el 43,1% de las pacientes no planificaba, comparado con el 89,8% reportado por Cárdenas (3) y el 39,1% de Restrepo (16). Esto es un dato interesante, ya que a pesar de que en nuestra población hubo un mayor porcentaje de pacientes que planificaba, los métodos más usados fueron la inyección mensual y los anticonceptivos orales, los cuales dependen para su eficacia de la adherencia de las usuarias al uso perfecto del método, lo cual podría explicar su fallo y la presencia de embarazos no deseados.

En cuanto a la edad gestacional, para nuestro estudio se evidenció una media de 11,186 semanas; comportamiento similar al estudio de Cárdenas (3), donde el 97,2% de las IVEs se realizaron en primer trimestre.

Dado que los estudios disponibles se realizaron antes de la publicación de la sentencia 055, es difícil hacer una comparación respecto a las causales que motivaron la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo; sin embargo, Cárdenas reporta el 94,3% asociado a afectación de la salud de la mujer, 5,7% por conductas sexuales sin consentimiento y solo el 0,1% asociado a malformaciones fetales graves (3). Restrepo por su parte, informa 61% por riesgo para la salud materna, 26,2% por violencia sexual y 12,6% por malformaciones fetales. En contraste, en nuestro estudio el mayor porcentaje de IVEs (78,6%) se debieron a “causal materna o no identificada”, 10,1% a peligro para la vida o salud de la mujer, 2,5% resultado de abuso (el porcentaje más bajo de los 3 estudios) y 8,8% a malformaciones fetales graves. Esto difiere significativamente de lo informado por Darney et al. (17), en su estudio que incluyó 1353 mujeres en un estudio de cohortes históricas en dos instituciones colombianas, una en Cartagena y otra en Medellín, las cuales solicitaron el aborto médico, principalmente por malformaciones fetales (44,7 %), violencia sexual (39,5 %) y salud física y mental de la mujer (13,2 %).

Por otra parte, nuestro estudio reportó las menores tasas de complicaciones, sin embargo, con el limitante de un porcentaje significativo de datos perdidos, debido a la falta de seguimiento institucional posterior a la interrupción del embarazo.

8. Conclusiones

El presente estudio brinda información importante sobre el panorama de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que incluye todas las pacientes que accedieron a estos servicios tres años posterior a la despenalización parcial del aborto; en un hospital de tercer nivel del sur del país y centro de referencia.

Como han mostrado otros estudios, en general, los procesos de interrupción voluntaria del embarazo son seguros, incluso en pacientes con alta carga de morbilidad pre-existente, sin embargo, se tuvo un porcentaje significativo de datos perdidos en esta variable.

Se evidenció que el legrado tradicional por dilatación y curetaje es una práctica frecuente en la institución; si bien no se asoció a mayor número de complicaciones, no es el método de elección de acuerdo a la literatura y a la normativa nacional vigente.

Teniendo en cuenta los registros de historia clínica, de las pacientes incluídas en el estudio, 13 presentaron un nuevo embarazo dentro del período de estudio y 3 de ellas solicitaron una nueva interrupción voluntaria del embarazo. Se deben ver las consultas asociadas a IVE como oportunidad de contacto de las pacientes con los sistemas de salud, por lo cual debe ser aprovechada como espacio de educación y de realización de intervenciones en salud; garantizar que las pacientes egresen con métodos de planificación familiar es una obligación de los prestadores debidamente normatizada y tiene un impacto a nivel de salud pública, ya que elimina costos de atención en caso de presentarse un nuevo embarazo no deseado.

Las causas que motivan una interrupción voluntaria del embarazo son múltiples, se deben eliminar las barreras de acceso a los sistemas de salud, educar a las pacientes para que consulten a edades gestaciones tempranas, donde se pueden usar métodos farmacológicos que

pueden ser instaurados en los primeros niveles de atención, evitando demoras, sobre costos al sistema de salud y minimizando el costo económico y emocional para las pacientes.

9. Recomendaciones

- Fortalecer los primeros niveles de atención en lo referente a la consulta pre-concepcional y en planificación familiar.
- Del mismo modo, capacitar al personal de estos niveles de atención en lo referente a interrupción voluntaria del embarazo, ya que em principio estas atenciones corresponden a los primeros niveles de atención y se deben limitar las cargas excesivas a las pacientes que solicitan estos servicios y al mismo sistema de salud.
- Se debe unificar el tiempo en el cual se llevará a cabo el seguimiento de las pacientes que acceden a servicios de interrupción voluntaria del embarazo y asegurar que la mayoría de las pacientes acudan a esta consulta de seguimiento, ya que la falta de información de seguimiento fue un limitante significativo dentro del estudio.
- Gestionar la disponibilidad de la mifepristona en la institución, ya que aumenta la efectividad de la interrupción voluntaria del y reduce costos derivados de interrupciones fallidas, así como la probabilidad de complicaciones que son más frecuentes con el uso de métodos quirúrgicos.
- Es necesario abandonar el legrado por dilación y curetaje como práctica regular dentro de las atenciones relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo; de acuerdo a la normativa vigente; se deben adelantar las gestiones administrativas para contar con los insumos necesarios para realización de AMEU.

- Seguir trabajando en asegurar que todas las pacientes que acceden a servicios de IVE, egresen de la institución con un método de planificación, idealmente un método reversible de larga acción.
- Si bien es cierto, la mayoría de las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo se dan antes de las 20 semanas, es necesario tener en cuenta el grupo de pacientes que solicitan una interrupción por encima de esta edad gestacional, en el momento este grupo de pacientes se remiten a otras instituciones, a pesar de la existencia de personal entrenado y con disposición para implementar la inducción de asistolia fetal.
- Dentro de los métodos de planificación post evento obstétrico, ofertar la esterilización quirúrgica, especialmente a las pacientes multíparas o de alto riesgo por la presencia de comorbilidades.

Bibliografía

1. OMS-Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
2. Medellín S de S de . Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE. Boletín Epidemiológico 2; Medellín: 2017. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Publicaciones/SharedContent/Boletines/Boletines2017/BoletínEpidemiológico2.pdf
3. Cárdenas-Arias EF, Escudero-Cardona DE, Noreña-Mosquera EA. Safety of voluntary interruption of pregnancy (VIP) in two healthcare institutions in Medellín, Colombia, in 2019. Historical cohort. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2022 Mar 30;73(1):39-47. English, Spanish. doi: 10.18597/rcog.3760.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
5. Gobernación del Huila. Plan de desarrollo departamental 2016-2019. Neiva: Gobernación del Huila; 2016.
6. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Magnitude and consequences of unsafe abortion: estimates from the 2012 WHO global survey on maternal and perinatal health. Lancet Glob Health. 2017;5(1):e25-e32.

7. Gutiérrez M, Muñoz J, Díaz S, et al. Aborto inducido: estimaciones y tendencias mundiales 2008-2014. Bogotá: Guttmacher Institute; 2016.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Interrupción voluntaria del embarazo: guía técnica para su atención integral [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/guia-tecnica-ive.pdf>
9. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and sub-regional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041): 258-679.
10. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR, Tuncalp O, Assifi A, et al. Global regional and sub-regional classifications of abortions by safety 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390 (10110):2372-81. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
11. Corte Constitucional. República de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
12. Grupo de Información en Reproducción Elegida. La situación del aborto en Colombia 2018-2019 [Internet]. Bogotá: GIRE; 2020 [citado 2024 Mar 10]. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/La-situacion-del-aborto-en-Colombia-2018-2019.pdf>
13. González Vélez AC, Dennis A, Fuentes-Rivera E, Blandón MM, Díaz Olavarrieta C, Winikoff B, et al. Complications from legally induced abortion: a prospective

cohort study in Colombia. *Contraception*. 2019;99(5):269-274. doi: 10.1016/j.contraception.2019.01.003

14. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Quiénes somos [Internet]. Neiva: HUHMP; 2020 [citado 2024 Mar 10]. Disponible en: <http://www.huhmp.gov.co/index.php/quienes-somos>
15. Jaramillo Sierra IC. The new Colombian law on abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023 Jan;160(1):345-350. doi: 10.1002/ijgo.14551. Epub 2022 Nov 20. PMID: 36404724.
16. Restrepo-Bernal DP, Colonia-Toro A, Duque-Giraldo M, Hoyos-Zuluaga C, Cruz-Osorio V. Seguridad del tratamiento de la interrupción voluntaria del embarazo según edad gestacional en Medellín, Colombia, 2013-2014. *Rev. colomb. obstet. ginecol.* [Internet]. 30 de septiembre de 2019 <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3267>
17. Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia. Darney, Blair G. et al. *Contraception*, Volume 90, Issue 1, 36 – 41
18. Resolución 051 de 2023, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20051%20de%202023.pdf.

ANEXOS

Anexo A. Acta aval Comité de Ética, bioética e investigación, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo

	FORMATO	FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2024
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN.	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001A
		PÁGINA: 1 de 2

ACTA DE APROBACIÓN N.º 03-02

Nombre completo del Caso Clínico () o Proyecto de Investigación (X): “*CARACTERIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD, 2022-2025*”.

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: marzo 20 de 2025

Enmienda revisada: Ninguna

Sometido por investigador principal: Isabella De Jesús Vásquez Vargas

Nombres de Coinvestigadores: Juan Javier Vargas Polanía, Reynaldo Trujillo Ramírez, Oldrich Baldrich Gómez y William Fernando Cabarcas López

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo actualizo mediante la Resolución N.º 0511- de 12 de julio de 2023 por medio de la cual se deroga la Resolución 0784 de 2019 y se crea actualizado del Comité de Ética, Bioética e Investigación de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, dando cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedidos por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética, Bioética e Investigación certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto.
 - b. Presentación de caso clínico
 - c. Protocolo de investigación.
 - d. Formato de consentimiento informado.
 - e. Protocolo de evento adverso.
 - f. Formato de recolección de datos.
 - g. Folleto del investigador (si aplica).
 - h. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica).
 - i. Acuerdo de confidencialidad para investigadores.

2. El Comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera (SIN RIESGO) para las personas que participan y se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.

Corazón para Servir!

Calle 9 No. 15-25 Call center: 608-8715907

Línea Gratuita: 018000957878 Correo Institucional: Hospital.universitario@huhmp.gov.co
Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
Instagram: hospital Universitario Neiva. YouTube: hospital Universitario Neiva

www.hospitalneiva.gov.co
Neiva – Huila - Colombia

	FORMATO	FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2024
	ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN.	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: GDI-INV-F-001A
		PÁGINA: 2 de 2

3. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El investigador principal y coinvestigadores deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto; estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del Comité de Ética, Bioética e Investigación de la institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos, la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento del Comité toda la información nueva e importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo - beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. Brindar información que el comité de ética bioética e investigación le llegue a solicitar.
 - f. Presentar un informe anual del proyecto si el tiempo para su desarrollo es superior a un (1) año.
 - g. Comprometerse a presentar un artículo a una revista científica, refiriendo al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo como entidad participante y patrocinadora de la investigación.
 - h. Informar de manera escrita al Comité de Ética, Bioética e Investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo si el proyecto avalado va a participar en un evento académico.
 - i. Cualquier modificación al proyecto y a los formatos aprobados, deberán ser sometidos a evaluación por parte del comité. El comité considera cualquier cambio sin notificación y aprobación como una falta al cumplimiento del aval ético.

Nombre del Investigador principal: Isabella De Jesús Vásquez Vargas



**Firma presidente Comité de Ética,
Bioética e Investigación.
HUHMP.**

Corazón para Servir!

Calle 9 No. 15-25 Call center: 608-8715907

Línea Gratuita: 018000957878 Correo Institucional: Hospital.universitario@huhmp.gov.co

Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva

Instagram: hospital Universitario Neiva. YouTube: hospital Universitario Neiva

Anexo C.Presupuesto

RUBROS	FUENTES	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	TOTAL
PERSONAL				
Isabella De Jesús Vásquez Vargas	Estudiante Postgrado	Ginecología y Obstetricia – Investigadora principal	10 horas semanales por 12 meses 480 horas a	\$ 14.400.000
			\$30.000 la hora	
Juan Javier Vargas Polanía	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia – Coinvestigador-asesor		3 horas semanales por 12 meses 144 horas a	\$ 12.240.000
			\$85.000 la hora	
Reynaldo Trujillo Ramírez	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia – Coinvestigador		3 horas semanales por 12 meses 144 horas a	\$ 12.240.000
			\$85.000 la hora	
Oldrich Baldrich Gómez	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia – Coinvestigador		3 horas semanales por 12 meses 144 horas a	\$ 12.240.000
			\$85.000 la hora	
William Fernando Cabarcas López	Médico, Especialista en Epidemiología – Coinvestigador, Asesor epidemiológico		5 horas semanales por 12 meses 240 horas a	\$ 7.200.000
			\$30.000 la hora	
Laura Valentina Castañeda Trujillo	Médica interna, Co - investigadora		10 horas semanales por 12 meses 480 horas a	\$ 9.600.000
			\$20.000 la hora	
SUBTOTAL				\$ 67.920.000
EQUIPOS			\$ 8.800.000	\$ 8.800.000
SOFTWARE			\$3.000.000	\$3.000.000
MATERIALES			\$500.000	\$500.000
PUBLICACIONES Y PATENTES			\$1.500.000	\$1.500.000
TOTAL				\$ 81.720.000