

Interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital “América Arias”

Voluntary Interruption of Pregnancy at América Arias Hospital

Luis Salas Castillo^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6792-8071>

Ismell Alonso Alomá² <https://orcid.org/0000-0002-4784-0678>

Edel Miguel Sánchez Redonet¹ <https://orcid.org/0000-0003-0468-1555>

Shrikant I. Bangdiwala³ <https://orcid.org/0000-0002-3111-0689>

¹Hospital Ginecobstétrico “América Arias”, La Habana, Cuba.

²Ministerio de Salud Pública de Cuba. Registros médicos y estadísticas. La Habana, Cuba.

³Universidad de McMaster. Ontario, Canadá.

*Autor para la correspondencia: salas980@icloud.com

RESUMEN

Introducción: Interrupción voluntaria del embarazo, también llamada aborto inducido, es la terminación voluntaria de un embarazo por métodos médicos o quirúrgicos antes de que el feto pueda ser viable.

Objetivos: Identificar y caracterizar la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital “América Arias” del primero de enero al 31 de julio del 2019.

Métodos: Se realiza una investigación descriptiva y transversal de un registro hospitalario prospectivo que incluyó 3980 mujeres entre 14 - 47 años de edad que acudieron a la consulta de interrupción de embarazo del Hospital “América Arias” entre el primero de enero y el 31 de julio de 2019, para solicitar la interrupción voluntaria de su embarazo, previa firma de consentimiento informado.

Resultados: Del total de solicitantes, 52,4 % tenía entre 20 y 29 años; predominó el nivel escolar secundario (84,1 %); 58,3 % refirió unión estable; 65,9 % acudió sin pareja a la consulta de interrupción; el 99,8 % negó tener anticoncepción previa; se presentaron complicaciones solo en 0,12 % de las solicitantes; y ninguna mujer falleció. El 64,6 % de las pacientes egresó con un método anticonceptivo y el más utilizado fue el de acción media, inyectable, utilizado en el 27,7 % de las pacientes, seguido por los de acción corta, como la píldora (19,1 %) y en tercer lugar los de acción larga, como el DIU y, el implante (17,6 %).

Conclusiones: La caracterización de nuestras pacientes fue similar a la de otros estudios y la mayoría de ellas llegaron a la consulta de interrupción sin anticoncepción previa. La vía de interrupción de embarazo más empleada fue la

medicamentosa y los anticonceptivos más empleados fueron los de acción media. Se presentaron pocas complicaciones y no falleció ninguna paciente.

Palabras clave: aborto; interrupción voluntaria de embarazo; método anticonceptivo; período intergenésico; salud reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: Voluntary termination of pregnancy, also called induced abortion, is the voluntary termination of a pregnancy by medical or surgical methods before the fetus can be viable.

Objectives: To identify and describe the problem of voluntary interruption of pregnancy at América Arias Hospital from January 1 to July 31, 2019.

Methods: A descriptive and cross-sectional investigation of a prospective hospital registry was carried out including 3980 women between 14 - 47 years of age who attended the pregnancy termination consultation at América Arias Hospital from January 1 to July 31, 2019, to request the voluntary interruption of their pregnancy, after signing the informed consent.

Results: Out of the total number of applicants, 52.4% were between 20 and 29 years old. The secondary school level predominated (84.1%); 58.3% referred stable partner; 65.9% attended the interruption consultation without a partner. 99.8% denied having prior contraception. Complications occurred only in 0.12% of the applicants; no woman died. 64.6% of the patients discharged with a contraceptive method. The medium-acting, injectable contraceptive was the most used (27.7% of the patients), followed by the short-acting ones such as the pill (19.1%), and thirdly the long-acting ones, such as the IUD and the implant (17.6%).

Conclusions: The characterization of our patients was similar to that of other studies, and most of them arrived at the interruption consultation without prior contraception. The most used route of pregnancy termination was the drug and the most used contraceptives were those of medium action.

Keywords: abortion; voluntary termination of pregnancy; contraceptive method; intergenetic period; reproductive health.

Recibido: 28/01/2021

Aceptado: 23/02/2021

Introducción

Interrupción voluntaria del embarazo (VIP), también llamada aborto inducido, es la terminación voluntaria de un embarazo por métodos médicos o quirúrgicos antes de que el feto pueda ser viable.⁽¹⁾ Se estima que tienen lugar 44 - 56 millones

abortos inducidos cada año a nivel mundial, de los cuales 50 % aproximadamente son inseguros.⁽²⁾ El 40 % conlleva a complicaciones. Aproximadamente 8 % de las muertes maternas anuales a nivel global, se estiman como abortos inseguros,⁽³⁾ por lo que eliminar el aborto inseguro se convirtió en estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, de Naciones Unidas impulsó una iniciativa para la continuidad de la agenda de desarrollo tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con metas a cumplir para el 2030.^(4,5)

La cultura y la práctica del aborto en Cuba, son ancestrales.^(6,7) La ley más antigua sobre el aborto data de 1870. El aborto inseguro era habitual dado el excesivo número de mujeres cubanas que fallecían innecesariamente debido a complicaciones del aborto. La tasa de mortalidad materna alcanzó valores extremos de 120,1 y 109,1 defunciones en los años 1960 y 1965 lo que convirtió el aborto en un proceder peligroso.⁽⁸⁾ Con los cambios socioeconómicos de la Revolución de 1959, la salud pública se convirtió en prioridad como voluntad política. Por lo que, se destinaron considerables recursos para mejorar la salud de la población. La morbimortalidad por aborto no se redujo a la par de otras enfermedades y procesos, por lo que en 1965 se acordó la institucionalización del aborto. La mortalidad materna por aborto, excluido al embarazo ectópico, disminuyó progresivamente: 5 (2016), 4 (2017) y 0 en el 2018.⁽⁹⁾ Hoy, Cuba ofrece como derecho el acceso al aborto inducido de forma legal, segura y garantiza la atención de sus complicaciones.⁽⁵⁾

Con el uso de anticonceptivos se ha reducido del número de embarazos no planificados, pero no se ha eliminado la necesidad de acceso al aborto inducido. La OMS estima que alrededor de unos 214 millones de mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo posponen o interrumpen su procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.⁽¹⁰⁾ Alrededor de 33 millones de personas anualmente usan contraceptivos y experimentan accidentalmente un embarazo por lo que estas gestaciones terminan en un aborto inducido o en un nacimiento no planificado.⁽¹¹⁾

La Estrategia Global para la Salud y su Plan de Acción Regional refuerzan la necesidad de obtener datos que permitan una toma de decisión basada en evidencias. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), ha establecido desde el 2015, una RED de instituciones de excelencia con el compromiso de mejorar la vigilancia centinela y fundamentalmente el cuidado en la atención a las mujeres durante el embarazo. Nuestro Ministerio de Salud Pública se integró a la RED MUSA-CLAP/SMR para lo cual se realizó un Curso-Taller sobre Sistema

Informático Perinatal (SIP) en agosto del 2016, con el principal objetivo de actualizar los conocimientos sobre el funcionamiento de la historia clínica regional del SIP sobre Aborto del CLAP/SMR, y contó con la presencia de expertos del CLAP y del Jefe Nacional del Programa Materno Infantil en Cuba (PAMI). Además, se realizó el lanzamiento de la RED Cubana de Asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA) y la designación del punto focal para la RED.⁽¹²⁾

Según afirma la OMS, en los últimos 20 - 25 años, los avances en salud y tecnología, así como la habilidad adquirida por los profesionales de salud para practicar abortos seguros, evidencian una evolución considerable.⁽¹¹⁾ A pesar de estos progresos, en la primera década de este milenio, 22 millones de abortos se realizaban en condiciones no seguras cada año, condujeron a alrededor de 47 000 mujeres a la muerte, y ocasionaron discapacidad a cerca de cinco millones más de ellas.⁽¹³⁾

Nuestro objeto de investigación son las mujeres embarazadas que solicitaron la interrupción de su gestación en el servicio de abortos del Hospital “América Arias” por libre y espontánea voluntad, entre el primero de enero y el 31 de julio de 2019. Las particularidades que se asocian con estas pacientes y el proceso asistencial, constituyen nuestro campo de acción.

Con esta investigación se puede contribuir a evidenciar los problemas actuales en este campo, lo que permitiría tomar decisiones concretas basadas en evidencias, en la esfera clínica, administrativa e incluso docente, como formación y capacitación del recurso humano, además de contribuir a la educación y cambio de actitudes en nuestras pacientes referente a la decisión de interrupción de embarazos no deseados, al empleo y uso correcto de métodos anticonceptivos, y podría también servir de referencia como punto de partida para otros estudios del aborto inducido. Los resultados pueden constituir un aporte regional o universal al considerar la realización de este trabajo en Cuba, donde la interrupción voluntaria del embarazo es “legal” y es un derecho de la mujer cubana.

El objetivo de esta investigación es identificar y caracterizar la interrupción voluntaria del embarazo en el Hospital “América Arias” desde el primero de enero hasta el 31 de julio del 2019 y fue realizada por los médicos del servicio de Aborto.

Métodos

Se realiza una investigación descriptiva y transversal a partir de un registro hospitalario prospectivo, con elementos analíticos incorporados a través de la búsqueda de asociación entre algunas variables.

El universo estuvo constituido por 3980 mujeres entre 14 y 47 años de edad que solicitaron la interrupción voluntaria de su embarazo en el Hospital “América Arias” durante el período comprendido del primero de enero hasta el 31 de julio de 2019. La muestra coincidió con el universo.

Para la recogida de datos, como fuente principal de información se utilizó el modelo de Historias clínicas del Sistema Informático Perinatal SIP-Aborto (CLAP/SMR-OPS/OMS): <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/SISTEMA-INFORMATICO-PERINATAL-HISTORIA-CLINICA-PERINATAL-Y-FORMULARIOS-COMPLEMENTARIOS.pdf>

Los nuevos datos creados a partir de la historia clínica del SIP-A (CLAP-SMR-OPS/OMS) se procesaron con el SPSS, y se presentaron en tablas simples y de contingencia. Se expusieron gráficamente los resultados.

Definición y operacionalización de variables

Para caracterizar la población en estudio se tuvieron en cuenta tres variables fundamentales, que se presentaron en frecuencias absolutas y relativas observadas para cada subnivel de las tres variables consideradas: edad, escolaridad y estado civil. La operacionalización de las variables se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro - Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición	Escala
Edad	Años cumplidos al momento del ingreso	Valor
Escolaridad	Último nivel escolar aprobado	Ninguno Primario Secundario Universitario
Estado civil	Estado civil referido	Casada Unión estable Soltera Otro
Método AC	Método Anticonceptivo referido	No Barrera DIU

		Hormonal Emergencia Natural
Acompañamiento	Llegada de la paciente al servicio de aborto con Compañía o no	Sin compañía Pareja Familiar Otro
Período intergenésico	Tiempo transcurrido entre el embarazo previo y la IVE actual	Valor
IVE previa	Número de interrupciones Voluntarias anteriores	0 1 - 2 3 - 4 ≥ 5
Vía de terminación del embarazo anterior	Tipo del último parto	Cesárea Parto Aborto
Complicación	Complicaciones ocurridas relacionadas con la IVE actual	Sangrado excesivo Lesión cerv/vag Lesión útero/intest. Otra complicación quirúrgica Reacción adversa Convulsión Paro cardíaco Otra complicación anestésica
Condición al egreso	Condición de la paciente al momento de alta o traslado	Sana Traslado Con patología Near miss Fallecida
Método de evacuación	Método aplicado	AMEU AEU LUI MED
Método AC administrado	Método AC que fue administrado a la paciente	ACO (píldora), inyectable, Implante, otro hormonal, otro método barrera, condón, DIU, EQV masc, EQV fem, abstinencia.

Análisis estadístico

Se aplicó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas y cuantitativas. Se buscó asociación entre las variables edad y número de interrupciones de embarazos anteriores; edad y período intergenésico. Se realizó regresión logística para medir la fuerza de la misma. Se calculó intervalo de confianza al 95 % para la diferencia entre los porcentajes de aborto como vía de terminación del embarazo anterior, según duración del período intergenésico.

Procedimiento ético

Se consideraron los principios éticos básicos de la Declaración de Helsinki,⁽¹⁴⁾ como el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y justicia, la privacidad y confidencialidad. El trabajo se sometió a la consideración de Comité de Ética. Todos los participantes que solicitaron la interrupción voluntaria de su embarazo firmaron previamente el consentimiento informado por libre y espontánea voluntad. La base de datos fue anonimizada. Los resultados de esta investigación solo serán usados con fines científicos.

Resultados

Con el fin de caracterizar la población de 3980 mujeres estudiadas, respecto de algunas variables demográficas presentamos las frecuencias absolutas y relativas observadas para cada subnivel de las tres variables consideradas (Tabla 1).

Tabla 1 - Interrupción voluntaria del embarazo según edad, escolaridad y estado civil

Edad (en años)	N	% (*)
< 15	32	0,8
15-19	791	19,9
20-24	1115	28,0
25-29	973	24,4
30-34	658	16,5
≥ 35	411	10,3
Escolaridad		
Ninguna	0	0,0
Primaria	18	0,5
Secundaria	3346	84,1
Universitaria	616	15,5
Estado civil		
Casada	613	15,4
Unión estable	1708	42,9
Soltera	1639	41,2
Otro	20	0,5

*Porcentajes calculados en base al total de interrupciones voluntarias del embarazo.

Edad: Más de la mitad de la muestra estudiada tenía entre 20 y 29 años (52,4 %), con menos de 20 años (20,7 %), y mayores de 35 años (10,3 %).

Escolaridad: El nivel secundario predominó con 84,1 % de la población estudiada y el nivel universitario abarcó el 15 %. Todas las mujeres solicitantes de interrupción de embarazo eran alfabetas.

Estado civil: El 58,3 % de las mujeres refirieron unión estable en el momento de la solicitud.

La tabla 2 muestra los resultados correspondientes al acompañamiento de las solicitantes al momento de la interrupción. El 65,9 % de las mujeres acudió sin su pareja (el 15,8 % de ellas eran adolescentes). El 10,9 % de la población que demandó interrupción se presentó sin acompañamiento.

Tabla 2 - Acompañamiento a la paciente que solicitó interrupción de embarazo según edad

Edad	Con su pareja		Con otra persona		Sin acompañamiento	
	N	%*	N	%*	N	%*
< 20	196	4,9	596	15,0	31	0,8
20 - 29	758	19,0	1090	27,4	240	6,0
30 - 34	221	5,6	332	8,3	105	2,6
> 34	181	4,5	170	4,3	60	1,5
Total	1356	34,1	2188	55,0	436	10,9

*Porcentajes calculados en base al total de interrupciones voluntarias del embarazo.

Del total de mujeres estudiadas, 99,8 % refirió no estar usando método anticonceptivo alguno en el momento de la solitud de la interrupción de su gestación, y 0,2 % estaba usando el método de barrera. Refirieron evento obstétrico previo 3283 mujeres (82,5 %).

Refirieron interrupciones previas de embarazos 75,1 % de las mujeres, donde 6,3 % pacientes eran menores de 15 años y reseñaron una o dos interrupciones anteriores el 40,3 % del grupo de 15 a 19 años. La cantidad de interrupciones previas aumentó con la edad a partir de los 20 años. La probabilidad asociada a chi Cuadrado calculado fue de 0,000. La distribución porcentual de las interrupciones de embarazo previas referidas según grupos de edades se muestra a continuación (Fig. 1).

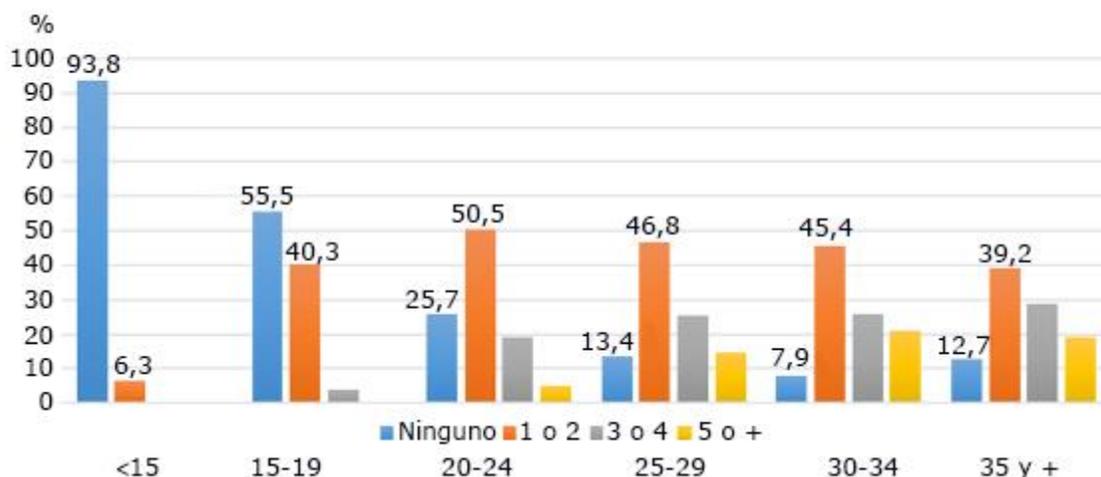


Fig. 1 - Porcentaje de interrupciones de embarazo previas según edad de la solicitante.

Se controló el efecto de las variables estado civil y escolaridad en la asociación encontrada, mediante regresión logística ordinal, pero antes se comprobó la asociación de estas dos variables con las interrupciones previas de embarazo usando también la prueba de chi Cuadrado ($p= 0,016$ para la escolaridad y $p= 0,000$ para el estado civil).

Al aplicarse la regresión logística ordinal se excluyó del análisis el grupo de edad menor de 15 años de edad, por tener este grupo una baja probabilidad de ocurrencia para las interrupciones previas de embarazo. Al tomar como referencia el grupo de 15 a 19 años, los grupos de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y el de 30 a 34 años incrementan los *Odds ratio* (exponencial de beta) a medida que se incrementa la edad. El grupo de 20 a 24 años tuvo 4 veces mayor probabilidad de presentar interrupciones previas de embarazo que el de 15 a 19, y el de 30 a 34 años fue 13 veces mayor y, aunque un poco menor, el grupo de 35 años y más presentó una probabilidad similar al de 30 a 34 años.

Para la escolaridad, resultó 1,5 veces mayor la probabilidad de presentar interrupciones previas de embarazo, en aquellas gestantes con un nivel primario o secundario, que en las de nivel universitario (Tabla 3).

Tabla 3 - Regresión logística ordinal y estimaciones de parámetros

Parámetros		Exponencial de Beta			Significación
		Estimación	Intervalo de confianza (95 %)		
			Límite inferior	Límite superior	
Interrupciones	Previas de embarazo: ninguna	1,883	1,505	2,355	0,000
	Previas de embarazo: 1 - 2	19,903	15,586	25,417	0,000
	Interprevia: 1 (3,0 %)	82,319	63,407	106,871	0,000
Edad	35 y +	13,007	10,202	16,584	0,000
	30 - 34	13,838	11,149	17,175	0,000
	25 - 29	9,412	7,731	11,459	0,000
	20 - 24	4,031	3,357	4,840	0,000
	15 - 19	0 ^a	-	-	0,000
Estado civil	Soltera u otro	0,929	0,821	1,050	0,239
	Casada o unión estable	0 ^a	-	-	0,000
Escolaridad	Primaria o secundaria	1,545	1,309	1,823	0,000
	Universitaria	0 ^a	-	-	0,000

 Función de enlace: Logit. ^a: Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.

Nota: Se eliminó en el análisis del grupo de edad < 15 años.

De las mujeres que refirieron un evento obstétrico previo, 2941 fueron categorizadas con período intergenésico de un año o más, y 342 con período intergenésico (PIG) menor de un año (89,6 % y 10,4 % respectivamente) por lo que agrupamos las mujeres según la duración del período intergenésico y comparamos los dos grupos en cuanto a la vía de terminación del embarazo anterior (Fig. 2).

El período intergenésico mayor o igual a 1 año, mostró mayor frecuencia en el grupo menor de 15 años y el grupo de 25-29 años (10,5%). Los porcentajes fueron similares entre las que tuvieron terminaciones de embarazo por parto vaginal, y cesárea (porcentaje mayor para el PIG igual o mayor de un año) y presentaron mayor frecuencia las interrupciones voluntarias de embarazo con período intergenésico menor de 1 año, con una diferencia más señalada.

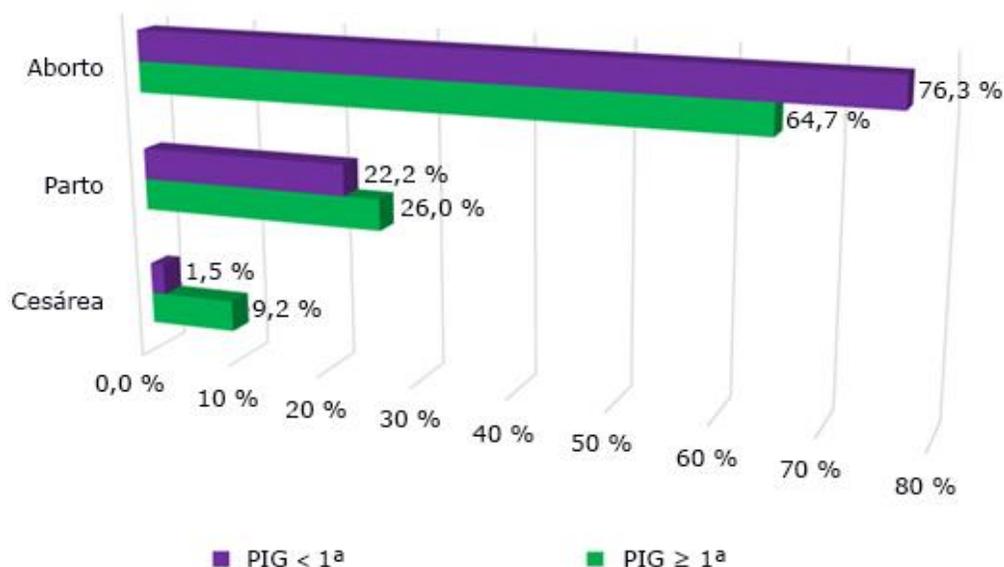


Fig. 2 - Vías de terminación del embarazo anterior según período intergenésico.

Se determinó un intervalo de confianza al 95 % para la diferencia entre los porcentajes de abortos como vía de terminación del embarazo anterior según duración del período intergenésico. Se encontraron límites inferior y superior de 6,3 % y 16,9 % para la diferencia puntual de 11,6 % entre 76,3 % y 64,7 %, lo que permite afirmar, con un 95 % de confianza que, en esta muestra, el porcentaje de aborto como vía de terminación del embarazo es mayor en el grupo que tenía período intergenésico menor de un año, que en las que lo tenían igual o mayor a un año.

Relevante en esta muestra de solicitantes de interrupción voluntaria de embarazo fue que solo cinco pacientes de las 3980 mujeres estudiadas presentaron complicaciones, todas quirúrgicas (0,12 %). Cuatro de ellas fueron sangramientos excesivos, y todas egresaron sanas. La otra fue una perforación uterina e intestinal y fue trasladada a un servicio de terapia intensiva. Esta paciente evolucionó favorablemente.

La administración de los métodos anticonceptivos se estudió en relación con los métodos de evacuación uterina utilizados y la tabla del sistema de clasificación de los diferentes métodos anticonceptivos.⁽¹⁵⁾ Se añade un resumen porcentual de los grupos de anticonceptivos (Tabla 4).

Tabla 4 - Método anticonceptivo según método de evacuación uterina

Métodos anticonceptivos	AEU		MED		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	364	37,33	1045	34,77	1409	35,40
Con anticonceptivos	611	62,67	1960	65,22	2571	64,60
Total	975	24,50	3005	75,50	3980	100,0
EQV - Masculino	1	0,10	-	-	1	0,02
EQV - Femenino	1	0,10	4	0,13	5	0,13
DIU	252	25,85	155	5,16	407	10,23
Implantes	65	6,67	229	7,62	294	7,39
Otro hormonal	-	-	-	-	-	-
Hormonal intrauterina/ DIU medicado	-	-	-	-	-	-
Inyectable	169	17,33	933	31,05	1102	27,69
LAM	-	-	-	-	-	-
ACO (píldora)	122	12,51	636	21,16	758	19,05
Otro método de barrera	-	-	1	0,03	1	0,02
Condón	1	0,02	-	-	1	0,02
Abstinencia	-	-	2	0,07	2	0,05

NOTA: Los porcentajes del tipo de anticoncepción están calculados según los totales de la forma de evacuación uterina utilizada. AEU: Aspiración eléctrica endo-uterina; MED: Aborto medicamentoso (en Cuba por Misoprostol); EQV: Esterilización quirúrgica (vasectomía, salpingectomía); LAM: Lactancia materna.

El procedimiento de evacuación uterina más utilizado fue el medicamentoso (7,5 %). El 64,6 % de las pacientes egresó con un método anticonceptivo. La proporción de anticonceptivos administrados fue similar en los dos tipos de evacuación uterina utilizados (62,7 % y 65,2 %). El método de anticoncepción más utilizado por vía medicamentosa, posterior a la evacuación uterina, fue el inyectable (31,1 %), seguido por los ACO-píldora (21,2 %), mientras que en los casos de aspiración eléctrica endouterina, lo más solicitado fueron los anticonceptivos de larga duración (LARC), dentro de ellos el DIU no medicado, (T de cobre con 25,9 %), seguido por el inyectable (17,3 %). En la muestra general, el anticonceptivo más utilizado fue el de acción media inyectable (27,7 %), seguido de los de acción corta, los ACO (la píldora, con 19,1 %) y, en tercer lugar, los de acción larga, el DIU y el implante, con 17,6 %. Los métodos anticonceptivos menos empleados fueron los permanentes, solo un 0,2 %.

Discusión

La interrupción del embarazo es un elemento importante en la esfera de la salud reproductiva de la mujer, tanto en la aparición de complicaciones como en el pronóstico para una maternidad futura segura. Algo más de la mitad de la muestra correspondió al grupo de edad de 20 a 29 años, fue este el de mayor frecuencia. Dato similar al encontrado en otros estudios^(16,17) y por debajo de países africanos (40 %),⁽¹⁷⁾ lo cual puede ser consecuencia de que esta edad coincide con la etapa más fértil y de mayor actividad sexual de la mujer. La frecuencia del grupo de adolescentes fue similar a la de países africanos (22-26 %), y por debajo de países como México (14 %); cifra mayor a la reportada en países europeos y asiáticos.^(17,18) Sin embargo, que el 10 % de la población fuera mayor 34 años de edad, contrasta con las mujeres de países asiáticos y europeos donde se reporta un mayor número de abortos, al considerar que la interrupción voluntaria de embarazo en este grupo de edad sea usado para limitar el número de nacimientos.⁽¹⁷⁾

Nuestra investigación mostró que las universitarias superaban el 10 %, aunque la mayor frecuencia de mujeres poseía nivel educacional secundario. Hay estudios que muestran variaciones referentes al nivel educacional, mientras que otros aluden estadísticamente a mujeres de países asiáticos y europeos donde se realiza aborto inducido.⁽¹⁷⁾ Ambos grupos de nivel educacional definitivamente tienden más a solicitar la inducción del aborto, lo que contrasta con la educación sanitaria y académica recibida, en cuanto al uso de métodos anticonceptivos gratuitos para planificar un embarazo deseado sin inequidades.

Alrededor de 40 % de las pacientes de la muestra refirieron ser solteras, similar a otros estudios.⁽¹⁶⁾ Sólo un tercio de las pacientes solicitantes de interrupción de embarazo, acudió a la consulta con su pareja. Los dos tercios restantes (55 %) se presentaron acompañadas por amigos, familiares u otra compañía, y un 11 % totalmente solas. Llama la atención que el embarazo es un evento de dos y debe solucionarse entre esas dos personas el proceso de interrupción, el cual demandará siempre un apoyo psíquico, físico y emocional a la mujer por las personas de su entorno. Al parecer, transcurrieron por el proceso sin tener esto en cuenta.

Prácticamente la totalidad de las pacientes acudió a la consulta sin método anticonceptivo previo, muy por debajo de otros estudios,^(16,19,20) a pesar de conocer la variedad y disponibilidad de los métodos anticonceptivos y la localización de los servicios de planificación familiar a su alcance en nuestro sistema de salud. El uso irregular y abandono de métodos anticonceptivos sin intenciones de embarazarse, es recurrente en mujeres con embarazos no deseados, pero con alta disponibilidad

de acudir a un servicio de aborto seguro.⁽²¹⁾ Sin embargo, su decisión de abortar es totalmente consciente, al parecer, transcurre sin tomar en cuenta, la necesidad del uso y prevalencia de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. Sugerimos ampliar el uso de métodos anticonceptivos modernos, mantener la variedad estable, corregir las falsas y desactualizadas teorías y concepciones sobre el uso de los diferentes métodos por los proveedores en las consultas y profundizar los estudios de campo sobre las causas del no uso o abandono de los anticonceptivos, a pesar de la disponibilidad y variedad que es ofertada por nuestros profesionales en los diferentes niveles de atención, para que la paciente pueda evitar un embarazo no deseado, que inexorablemente termine en un aborto inducido.

Tres cuartas partes de las mujeres refirieron antecedentes de interrupciones, hecho similar a otros estudios con 79,3 %.⁽¹⁶⁾ Aunque en las pacientes menores de 20 años predominaron las ausencias de interrupciones voluntarias anteriores, hubo un 6 % de menores de 15 años y un 40 % de 15 a 19 años informaron una o dos interrupciones anteriores, dato semejante al encontrado en el estudio de *García Mazorra*, en 2015) con 44 % de las adolescentes.⁽²²⁾ Consideramos alto el porcentaje de adolescentes con antecedentes de interrupciones voluntarias de embarazo (46 %), a pesar del trabajo realizado por los profesionales de la salud, las políticas de salud, en la educación familiar para corregir el embarazo no deseado, ya identificado en el país y con el que se trabaja intencionalmente en la planificación familiar.⁽²³⁾

Alrededor del 75 % del grupo de pacientes que solicitaron interrupción de embarazo con período intergenésico menor de un año, refirió que la vía de terminación del último embarazo fue un aborto. No es este grupo de mayor riesgo si se tiene en cuenta que el período intergenésico óptimo posterior a un aborto es de seis meses.⁽²⁴⁾ Los grupos de mayor riesgo en realidad lo constituyeron las pacientes con terminación de embarazo anterior, en parto o cesárea, pues el período óptimo para estos acontecimientos es de dos años. Por tanto, se considera según la OMS, que el período intergenésico (PI) es aquel tiempo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal, o por cesárea).⁽²⁵⁾ Un período intergenésico menor de ≤ 2 y ≥ 4 años (≤ 24 y ≥ 49 meses respectivamente), está asociado con un incremento del riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. El período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones materno-fetales es de 25 a 48 meses,⁽²⁶⁾ pero al referirnos al aborto, estudios de metaanálisis concluyen que período intergenésico posterior a un aborto, mayor de 6 meses, no se asocia un evento

obstétrico adverso en el próximo embarazo.⁽²⁴⁾ Entre los factores asociados a mujeres con período intergenésico corto están: nivel educativo, condición social, empleo, edad materna, uso de métodos anticonceptivos, edad del primer embarazo y edad de inicio de vida sexual activa.⁽²⁷⁾

Es de notar, la elevada cantidad de interrupciones de embarazo que fueron demandadas y realizadas en el período de estudio. No se produjeron muertes maternas por aborto, al igual que los reportes de Cuba en el 2018.⁽⁹⁾ La escasa cantidad de complicaciones (muy por debajo del 8,0 % de otros estudios)^(16,18) y eventos adversos observados pudieran dar una falsa percepción de seguridad inconsciente e involuntaria a las solicitantes para elegir el aborto individualmente como método de interrupción de su embarazo. Más de siete de cada diez pacientes utilizaron como método de interrupción voluntaria de embarazo el aborto medicamentoso con Misoprostol (800 µg) por vía vaginal a intervalos de seis horas. En segunda instancia, se observó el método de aspiración eléctrica uterina. No se empleó aspiración manual endouterina, ni legrado uterino.

El porcentaje de cobertura anticoncepcional en todo el país en el 2018 fue de 77,2 %⁽⁹⁾ y nosotros alcanzamos el 64,6 % de los egresados por aborto inducido, similar a otros trabajos publicados con 61 %.⁽¹⁸⁾ Nuestro estudio evidenció que, la demanda de los métodos Anticonceptivos de acción media fue la más empleada y los reversibles de larga duración superaron el 10% como refieren otros estudios de la región.⁽²⁰⁾ De las pacientes que fueron sometidas a interrupción con Misoprostol, un tercio de ellas egresaron con anticonceptivos inyectables, y los anticonceptivos orales acompañaron a la paciente en su egreso en el 21 % similar a otros estudios.⁽¹⁸⁾ El implante alcanzó sólo el 7,6 % debido a que su alta demanda ocasionó su agotamiento temprano. En realidad, los anticonceptivos inyectables hubieran ocupado el segundo lugar de no haberse agotado el implante tan precozmente.

La aspiración eléctrica endouterina (AEU) propició el uso del DIU en un cuarto de las egresadas por ese método, seguido del método inyectable (17,3 %) y, en tercer lugar, la tableta anticonceptiva. El uso del DIU en estas pacientes se convirtió en un procedimiento más afín por la inserción del mismo una vez estando anestesiadas las pacientes.

Concordamos que al incremento de la prevalencia del uso de los anticonceptivos se asocia la disminución de la frecuencia de embarazos no planificados.⁽²⁸⁾ Durante el período de estudio sufrimos irregularidad en la disponibilidad del implante, como consecuencia del bloqueo económico a que se somete nuestro país, a pesar

de la alta demanda de nuestras mujeres. Los inyectables fueron más demandados como consecuencia de existir una mayor disponibilidad en nuestro servicio, hasta que se agotaron. Esta situación pudo haber afectado los resultados en nuestro estudio convirtiéndose en una limitante.

Ante un embarazo no deseado, se recurre habitualmente a la interrupción voluntaria de la gestación o se decide que nazca un niño no planificado.⁽²¹⁾ El aborto inducido responde a patrones sociodemográficos, educacionales, con características muy peculiares, a nivel individual y contextual,⁽²⁷⁾ que no siempre descansan en la responsabilidad de gobierno y país, pero que inexorablemente transitan por las condicionantes del núcleo familiar y el entorno en que se desenvuelve la infancia y adolescencia de mujer formadora de patrones y modelos, no siempre correctos.

Consideraciones finales

La mayoría de las pacientes que demandaron la interrupción voluntaria de su embarazo se caracterizaron por tener: entre 20 - 29 años de edad, nivel escolar secundario, unión estable, no acompañamiento de su pareja al proceso de interrupción del embarazo, presencia de antecedentes obstétricos y período intergenésico (PIG) mayor de un año, con cifra no despreciable de PIG corto.

Casi la totalidad de las pacientes que solicitaron su interrupción voluntaria acudieron sin haber utilizado un método anticonceptivo, o lo habían abandonado. La cantidad de interrupciones voluntarias de embarazo previas aumentó con la edad, a partir de los 20 años. La presencia de complicaciones y eventos adversos fue muy escasa y no hubo fallecimientos.

La vía de interrupción voluntaria de embarazo más empleada fue la medicamentosa, los anticonceptivos más empleados fueron los de acción media y, dentro de ellos los inyectables.

Esta caracterización, solo representa a las mujeres del estudio, no a la generalidad de las cubanas que solicitan interrupción de su embarazo.

Debe aprovecharse el proceso de interrupción voluntaria del embarazo de la mujer como una oportunidad para educarlas sobre el riesgo de un embarazo no deseado, proponerles e iniciar métodos anticonceptivos altamente efectivos de duración variable, para mejorar la capacitación del personal,

brindar asesoramiento integral y servicios de planificación familiar y seguimiento.

En la práctica, no se han podido garantizar suficientes suministros confiables de productos anticonceptivos debido al bloqueo económico que se nos impone como país.

Limitaciones

A pesar de ser un estudio prospectivo, el presente trabajo se apoya en los datos retrospectivos de la información ofrecida por las pacientes, con el riesgo de estar influenciados por factores subjetivos, que apelen a la memoria y por tanto a la veracidad de la información brindada, lo que consideramos una limitación del mismo.

El instrumento de recolección de datos no permitió estudiar con mayor profundidad el período intergenésico corto y el factor de repetición.

No recoge cuándo y por qué la paciente decidió retirarse un anticonceptivo previamente colocado.

No se recoge la edad al inicio de la vida sexual de la paciente, ni la fecha de su primer embarazo.

La disponibilidad irregular e incompleta de los métodos anticonceptivos en nuestro servicio de planificación impidió satisfacer la demanda.

Agradecimientos

Se agradece a los siguientes especialistas mencionados por su participación y colaboración en los diferentes pasos que hicieron posible la realización y presentación de esta investigación: *Roberto Álvarez Fumero, Jaime Saavedra Sánchez, Midiala Antonia González Martín, María Ana Bermúdez, Zoraida Gallego Ariosa, Leticia Vaillant Díaz, Lázara Folas Delgado, Eduardo Varela Sánchez, Teresa Rodríguez Fernández.*

(Cada una de estas personas autoriza a ser mencionada)

Referencias bibliográficas

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, *et al.* Williams Obstetrics. Capítulo 18. 25th ed. México: McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V.; 2018. p. 978.
2. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. Abortion worldwide 2017: Uneven Progress and unequal. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2018. [acceso 27/06/2018]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
3. Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh L. Induced Abortion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mater Sociomed.* 2017;29(1):58-67.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Sobrevivir, prosperar, transformar. OMS; 2015. p. 108.
5. OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2 ed. Ginebra, Suiza; 2012. 123 p. ISBN: 978 92 4 354843 2.
6. Benítez Pérez ME. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. *Revista Novedades en Población.* 2014;10:87-104.
7. Gran Álvarez MA. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba. 1995-2000. La Habana, Cuba: UNFPA/MINSAP. Dirección Nacional de Estadística; 2005. 122 p. ISBN: 1727-7884.
8. Ganatra B, Tunçalp Ö, Bart Johnston H, Johnson Jr B, Gülmezoglu A, Temmerman M. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* 2014;92(3):153-228.
9. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana, Cuba; 2019. ISBN: 1561-4425.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación familiar. Ginebra, Suiza: WHO; 2018. [acceso 27/06/2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-co>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Ed. Ginebra, Suiza: WHO; 2012. p. 134. ISBN: 978 92 4 154843 4.
12. Representación OPS/OMS-Cuba. Red CLAP imparte Curso-Taller de Asistencia a mujeres en situación de aborto en Cuba. La Habana: OPS-Cuba; 2016. [acceso 27/06/2018]. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_content&view=article&id=604:red-clap-sobre-asistencia-a-mujeres-en-situacion-de-aborto-en-cuba&Itemid=528

13. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th Ed. Geneva Switzerland: WHO; 2011. ISBN: 978 92 4 150111 8. [acceso 27/06/2018].
Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf;jsessionid=664DCB312C0574A78B4EFA80097A28C1?sequence=1
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra, Suiza: OMS; 2016. p. 152. ISBN: 978-929036090-2. [acceso 27/06/2018]. Disponible en:
https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
15. Festin MPR, Kiarie J, Solo J, Spieler J, Malarcher S, Van Look PFA, et al. Moving towards the goals of FP2020 – classifying contraceptives. 2016;94(4):289-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.05.015>
16. De Almeida N, Teixeira A, Capoco Sachiteque A, Molina J, Dos Prazeres Tavares H, Ramalho C. Characterisation of induced abortion and consequences to women's health at Hospital Central do Huambo - Angola. J Obstet Gynaecol. 2019;1:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1635096>
17. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low-and middle-income countries. PloS one. 2017;12(5): e0172976. [acceso 27/06/2018]. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172976>
18. Ribeiro V, Soares S, Pacheco A, Viseu O. Characterization of women who requested a voluntary interruption of pregnancy at Hospital of Faro, Portugal. Acta Obstétrica y Ginecológica Portuguesa. 2015 [acceso 27/06/2018];9(2):138-43. Disponible en: http://www.fspog.com/fotos/editor2/06_2015_2-ao_14-00081.pdf
19. Rivet DL, Ross S, Robinson HE. Contraception Use and Attitudes Among Women Seeking Pregnancy Termination [9G]. Obstetrics & Gynecology. 2019;133:76S. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.Aog.0000558709.98908.10>
20. Gomez Ponce de Leon R, Ewerling F, Serruya S, Silveira M, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. Lancet Glob Health. 2019 [acceso 27/06/2018];7(2):e227-e235. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683240/>
21. Rodríguez Gómez G. La anticoncepción en Cuba, historia y perspectiva de los individuos. Algunos apuntes. Novedades en Población. 2017;26(0):213-8.
22. García Mazorra M, Cruz Quiróz VY. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y

- Ginecología. 2015 [acceso 27/06/2018];41(1):23-38. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin04115.pdf>
23. Escuelas en Cuba: a la vanguardia de una educación sexual integral. CubaSi. Jun 2018 [acceso 27/06/2018]: p. 1. Disponible en: <http://cubasi.cu/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/79190-escuelas-en-cuba-a-la-vanguardia-de-una-educacion-sexual-integral>
24. Kangatharan C, Labram S, Bhattacharya S. Interpregnancy interval following miscarriage and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. Human reproduction update. 2016;23(2):221-31. DOI: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw043>
25. Zavala Garcia A, Ortiz Reyes H, Salomon Kuri J, Padilla Amigo C. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2018;83(1):52-61. DOI: <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
26. Domínguez L, Vigil De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2005;32(3):122-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(05\)73487-0](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(05)73487-0)
27. Llorente-Marrón M, Díaz-Fernández M, Méndez-Rodríguez P. Determinantes contextuales del aborto inducido: un análisis panel. Rev Saúde Pública. 2016;50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005917>
28. Vigoureux S. Epidemiology of induced abortion in France. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 [acceso 22/09/2019];45(10):1462-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27793490>

Conflicto de intereses

No se declara ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Luis Salas Castillo: Concepción de la idea, búsqueda bibliográfica, recolección de información, análisis, discusión, redacción del documento y aprobación de la versión final del documento.

Ismell Alonso Alomá: Trabajo estadístico, análisis de los resultados y discusión. Redacción parcial del documento.

Edel Miguel Sánchez Redonet: Recolección de información, análisis de los resultados y redacción parcial del documento.

Shrikant I. Bangdiwala: Contribución en la concepción de la idea. Redacción de los objetivos, trabajo estadístico, contribución en la discusión y análisis de los resultados. Redacción parcial y revisión de cada versión del documento.

*Las opiniones expresadas en este artículo son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente la opinión de ambas instituciones.

Financiamiento

La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de Salud y su Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.