

Trabajo Original

Atención a mujeres en situación de aborto en el Hospital San José (2016-2019)

Attention to woman in abortion situation at San José Hospital (2016-2019)

Gonzalo Rubio Schweizer^{1,2}, Marcela Caro Elgueta^{1,2}, Daniela Witker Jiménez^{1,2}, Nataly Paredes de la Cruz^{1,2}, Valeria Tona Castellanos³.

¹Gineco-obstetras Unidad de Salud Sexual y Reproductiva Hospital San José.

²Docentes adjuntos Universidad de Santiago de Chile.

³Médica Residente Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile

Correspondencia: Gonzalo Rubio, gonzalo.rubio@usach.cl

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la incorporación de elementos de calidad de atención a mujeres en situación de aborto (MSA) en la Unidad de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital San José, entre 2016 y 2019

Métodos: Utilizando los datos recabados en el Sistema Informático Perinatal (SIP), se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y se evaluó la implementación de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva a través de indicadores de atención de calidad.

Resultados: Las variables sociodemográficas que caracterizan nuestra población están definidas por una alta proporción de mujeres extranjeras (44,5%), que cuentan con un nivel educacional medio (63,8% educación secundaria y 26% universitaria), y una alta proporción de necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos (70,3%), representando características sociodemográficas similares a los diferentes centros de salud pública de la región. La tendencia de los indicadores de calidad de atención en las mujeres en situación de aborto del Hospital San José mejoró posterior a la implementación de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva y el modelo de atención postaborto (APA) al disminuir los métodos de evacuación uterina no recomendados y aumentar la cobertura en anticoncepción inmediata postaborto.

Conclusión: La implementación de una unidad especializada en salud sexual y reproductiva mejora los indicadores de calidad a la MSA.

Palabras claves: Aborto Seguro, post aborto, contracepción, calidad de atención.

Abstract

Objective: To evaluate the incorporation of elements of quality of care for women in abortion situation (WAS) in the Sexual Health and Reproductive Health Unit of the San José Hospital, between 2016 and 2019

Methods: Using the data collected in the Perinatal Information System (SIP), a descriptive analysis of the sociodemographic characteristics was carried out and the implementation of the Sexual and Reproductive Health Unit was evaluated through quality care indicators.

Results: The sociodemographic variables that characterize our population are defined by a high proportion of foreign women (44.5%), who have a medium educational level (63.8% secondary education and 26% university), and a high proportion of unmet needs for contraceptive methods (70.3%), representing sociodemographic characteristics similar to the different public health centers in the region. The trend of the quality of care indicators for women in abortion at the San José Hospital improved after the implementation of the Sexual and Reproductive Health Unit and the postabortion care model (PAC) by reducing non- recommended uterine evacuation methods. and increase coverage in immediate postabortion contraception.

Conclusion: The implementation of a specialized unit in sexual and reproductive health improves the quality indicators of the WSA.

Keywords: Safe abortion, post-abortion, contraception, quality of care.

INTRODUCCIÓN

Se define como aborto a la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.¹

La frecuencia del aborto espontáneo es difícil de precisar. Se estima que aproximadamente el 15% de los embarazos clínicos terminan en aborto espontáneo, sin embargo, si se consideran los embarazos subclínicos la frecuencia de aborto espontáneo oscila entre el 30- 50% de las gestaciones.²

MSA es la denominación utilizada para nombrar a la mujer que solicita atención de salud, independiente si el origen causal del aborto es espontáneo o provocado³.

El aborto inseguro y sus complicaciones son un problema de salud pública, pues contribuyen a la morbilidad materna. Aumentan los costos en salud y pueden generar un detrimento en la capacidad reproductiva de la mujer.⁴ En muchos casos de abortos incompletos que llegan al sistema de salud, se define la necesidad de utilizar procedimientos para finalizar este proceso. Dentro de ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado la superación del legrado uterino instrumental por considerarlo un método no recomendado para completar la evacuación uterina y sugiere que este debe ser reemplazado por métodos recomendados de evacuación uterina como la aspiración endouterina (AMEU) y el uso de medicamentos.⁵

Dentro de las diferentes clasificaciones de aborto se reconocen 2 grandes causas: aborto espontáneo y aborto inducido. Como su nombre lo indica se trata de

la forma como se produce el aborto. El primero se refiere a la interrupción natural del embarazo, sin mediar ningún procedimiento para su desencadenamiento, y que habitualmente es el producto de alguna alteración genética que lleva a la pérdida precoz de la gestación. El segundo se refiere a la interrupción artificial de la gestación mediante procedimientos mecánicos (dilatación cervical y legrado uterino; dilatación y aspiración vacuum) o uso de drogas (Mifepristona, metotrexato, misoprostol).

La Ley N° 21.030, promulgada en septiembre 2017 en Chile, regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Esta ley modifica el Código Penal y el Código Sanitario para garantizar el acceso a la interrupción del embarazo cuando la vida de la mujer se encuentre en riesgo, cuando el feto no tenga posibilidades de sobrevivir fuera del útero y/o cuando el embarazo sea producto de una violación (hasta las 12 semanas de gestación y en menores de 14 años hasta las 14 semanas) Es importante clarificar que la Ley N° 21.030 busca no sólo despenalizar el aborto, sino ampliar el acceso a la salud de la mujer, de forma profesional y de forma gratuita en el sector público.⁶

La atención de la MSA es parte fundamental de la atención de salud sexual y reproductiva, de cualquier servicio de ginecología y obstetricia y debe basarse en estrictos estándares éticos y científicos. Para esto la OMS ha implementado múltiples guías para la atención del aborto⁷ sin riesgos y el modelo de atención post aborto (APA).⁸

Las mujeres en situación de aborto son susceptibles de necesitar atención médica, independiente del carácter legal del aborto, el modelo

APA es un modelo de atención centrado en la mujer ampliamente difundido en la década de los 90 con múltiples modificaciones posteriores centra la atención de calidad a mujeres en situación de aborto en 3 pilares fundamentales:

1. Atención médica de calidad.
2. Orientación y asesoría.
3. Asesoría en planificación familiar.

La atención médica se orienta al tratamiento del aborto en curso, aborto incompleto, aborto retenido y sus complicaciones con la tecnología adecuada. La orientación y asesoría tiende a responder a las necesidades de salud emocional y físicas de la mujer en una situación particularmente sensible para ella. La asesoría en planificación familiar brinda información para la elección y uso autónomo de un método anticonceptivo con el fin de prevenir un embarazo no deseado o regular el espaciamiento entre embarazos.⁹

En el año 2016 el Hospital San José se incorporó a la red MUSA del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR).¹⁰ En ese contexto se implementó la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, compuesta por 3 Gineco- Obstetras, con el objetivo de ofrecer una atención integral de alta calidad a todas las mujeres que accedían al sistema de salud encontrándose en situación de aborto. El foco de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva está puesto en la atención segura, por lo que desde su inicio se utilizó AMEU para el manejo de la mujer en situación de aborto y posteriormente se agregó el uso de medicamentos (mifepristona y misoprostol) se incorporaron las recomendaciones en anticoncepción inmediata postaborto y desde septiembre del 2017 la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva se ha encargado de llevar a cabo la ley de interrupción voluntaria del embarazo implementando el aborto inducido en los casos contemplados por la ley, incorporando también la formación de médicos residentes y capacitación tanto en métodos recomendados de evacuación uterina como en anticoncepción inmediata post evento obstétrico.

Se ha utilizado el Sistema Informático Perinatal (SIP)¹¹ como método de registro en la puesta en marcha del programa de anticoncepción inmediata y manejo ambulatorio del aborto espontáneo de primer

trimestre (aborto retenido e incompleto) desde enero 2019 a la fecha.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la incorporación de elementos de calidad de atención a MSA en la Unidad de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Hospital San José, entre 2016 y 2019.

Ética

El estudio fue aprobado en el comité de ética de investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago de Chile.

METODOLOGÍA

Se realizó un Estudio cuantitativo descriptivo. Se utilizó como fuente de información los datos registrados en el SIP (en su versión Windows) entre el 1 de Julio 2016 y 30 de Junio 2019. Los datos incorporados al SIP son transcritos desde la ficha de aborto desarrollada por el CLAP/SMR. (figura 1)

Se incluyeron en el análisis mujeres atendidas en la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva por aborto entre julio 2016 y julio 2019. Se excluyeron aquellas mujeres hospitalizadas por sospecha de aborto, de los cuales se confirmó otro diagnóstico: embarazo ectópico y engrosamiento endometrial. Mujeres a las cuales no se logró completar la ficha SIP.

Descripción de variables: las variables sociodemográficas fueron: edad, paridad (definida como el número de partos entre 22-41 semanas), nivel educacional (nivel educativo alcanzado), estado civil (soltera, conviviente, casada u otro), número de abortos previos, edad gestacional del aborto (al ingreso), nacional o extranjera, embarazo planeado y falla de método anticonceptivo.

Los indicadores para evaluar las intervenciones de calidad en atención a MSA son:

- 1.-Métodos recomendados de evacuación uterina según OMS
- 2.- Complicaciones del procedimiento
- 3.- Anticoncepción inmediata postaborto.

Análisis y procesamiento de la información:

a) Clasificación de los datos: Los datos son recogidos por profesionales que se desempeñan en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José y se ingresan al SIP al egreso hospitalario. Se logró

capturar aproximadamente un 55% de las fichas, esta cobertura es aleatoria.

b) Procesamiento de los datos: Los datos son procesados por el SIP. Las bases de datos de SIP pueden ser exportadas a otros sistemas estadísticos de análisis.

c) La evaluación de los indicadores de calidad de atención se evaluaron para dos periodos uno "inicial" (01 de Junio 2016 al 30 de Junio de 2017) y uno de "consolidación" (1 de Julio 2017 al 30 de Junio 2019). Dichos periodos fueron definidos considerando que en el primer año se capacitó al personal en métodos recomendados de evacuación uterina. La diferencia entre los periodos se evaluó través de la prueba de Chi-cuadrado o tabla de contingencia 2x2 y el grado de asociación mediante la razón de probabilidades (OR). Se utilizaron modelos comparativos y se calcularon diferencias de riesgo con el paquete estadístico SAS 9.4 para Windows versión 10.

RESULTADOS

Se analizó información relacionada con 1343 mujeres que recibieron atención durante el periodo desde 1 de Julio 2016 y 30 de Junio 2019.

Los resultados sociodemográficos se muestran en la tabla 1. A partir de ella, podemos señalar que las variables descritas poseen una adecuada representación de datos, considerando un porcentaje de pérdida de datos <10% excepto en la variable nacionalidad que alcanza un 22.78% de datos faltantes.

Con respecto a la edad de las mujeres atendidas la mediana de edad es de 29.8 años. La mayor parte de las mujeres 67,9% son mujeres sin antecedentes de abortos y 31,6% mujeres que han tenido al menos 1 aborto previamente. La edad gestacional al momento del aborto tiene una media de 9 semanas, la mayor parte se concentra entre 6-10 semanas. En relación con el estado civil destaca que las mujeres en una relación estable 58,65% (casadas y convivientes) versus mujeres solteras corresponden a 38,8%. La nacionalidad muestra un alto número de mujeres en situación de migración, 44,5%. El porcentaje de embarazos no planificados alcanza un 63,6% y un 70,3% de las mujeres no usaban un método anticonceptivo.

Con respecto a la implementación del Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, los indicadores de

calidad de atención en período inicial y de consolidación se muestran en la tabla 2. Desde el periodo inicial al periodo de consolidación, se incrementó el uso de métodos recomendados de evacuación uterina de un 75,1% a un 84,25%, a expensas del uso de medicamento, el cual aumentó de un 0,44% a un 12,9%. Se puede observar que disminuyó el uso de métodos no recomendados de evacuación uterina desde el periodo inicial al período de consolidación (DR=-0,09; 95%IC= -0,04; -0,14) $p<0.0001$ OR:1.7(1.34-2.35)

Con respecto al total de complicaciones asociadas a los métodos recomendados de evacuación uterina, no se observaron diferencias entre el periodo inicial al período de consolidación. Respecto al inicio de anticonceptivos de forma inmediata postaborto, existe un incremento desde el periodo inicial de 66,8% a 76,82% en el periodo de consolidación (DR= -0,13; 95% IC= -0,06; -0,02) $p<0.0001$ OR: 1.64(1.28-2.10).

DISCUSIÓN

Consideramos importante poder hacer una evaluación de las MSA en relación con sus variables sociodemográficas y sus características desde el punto de vista de salud pública, actualizando sus características y teniendo en cuenta el cambio de perfil epidemiológico y reproductivo de las últimas décadas.

Con respecto a la edad de las mujeres atendidas la mediana de edad es de 29.8 años. Este hallazgo es similar con los encontrados en otras publicaciones que señalan que predominan mujeres adultas sobre las niñas y adolescentes en situación de aborto.

La edad gestacional al momento del aborto tiene una media de 9 semanas, esto también se relaciona a la mayor prevalencia de abortos en el primer trimestre del embarazo.

El porcentaje de embarazos planificados no difiere de los datos obtenidos en embarazos no planificados. Se destaca el alto nivel de mujeres que no usaban anticonceptivos, esto da cuenta de necesidades insatisfechas de anticoncepción.¹² Este hallazgo plantea desafíos sobre la necesidad de evaluar la cobertura real de métodos anticonceptivos y sus barreras para mejorar su acceso.¹³

Con relación a los indicadores de calidad, existe un aumento del uso de métodos recomendados de

evacuación uterina junto con una disminución de los métodos no recomendados como el legrado. Esta modificación en la atención de mujeres en situación de aborto ha sido acompañada de una curva de aprendizaje por parte de los médicos que brindan servicio en salud. Esto pudiera verse reflejado en que las complicaciones con el uso de AMEU y aborto con medicamento durante el periodo inicial y el periodo de consolidación fueron similares. Se requerirán estudios de mayor tamaño muestral para analizar este punto en particular.

La incorporación de anticoncepción inmediata postaborto ha mejorado durante el trabajo de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva en los períodos evaluados, esto puede evaluarse como una mejoría en la calidad de atención a las MSA según las recomendaciones de OMS y el modelo APA, más aún considerando la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos que se describió anteriormente.

Para este trabajo podemos definir como fortaleza la incorporación del SIP como método de registro fidedigno.¹⁴ Si bien existe una falta de ingreso de registros, los registros ingresados tienen un bajo número de datos perdidos. Esta investigación ayudó a evaluar las características sociodemográficas de nuestra población atendida, considerando que las últimas publicaciones similares datan de 1963 y 1978

15-16

La transcripción de fichas al sistema SIP podría mostrar un sesgo de selección el que debería ir disminuyendo al disminuir el número de fichas que no logran ser completadas o transcritas al SIP.

En relación con los resultados de la caracterización sociodemográfica de nuestra población podemos concluir que estos no difieren de las características de la MSA de otras investigaciones a nivel internacional¹⁷. Sin embargo, llama la atención el alto número de mujeres migrantes internacionales según el último censo de población en Chile 2017¹⁸ esto podría estar influenciado porque el Hospital San José es un centro público que atiende a toda la población, incluidas las personas carentes de recursos. Sería importante evaluar si la condición de migración influye en las complicaciones o la morbilidad postaborto.

No hicimos diferencias entre mujeres atendidas por aborto legal o espontáneo ya que el inicio de la ley fue en septiembre del 2017 lo que metodológicamente

hacia complejo hacer una diferenciación temporal, por lo demás dentro de los principios del modelo de atención postaborto y las experiencias regionales, que privilegian la calidad de atención por sobre el carácter legal de la atención brindan la oportunidad de generar un vínculo con la MSA y los servicios de salud ¹⁹. Espíritu también plasmado en la publicación del comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de la mujer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.²⁰

Considerando las características específicas de las MSA atendidas en nuestra unidad, invocando la ley de interrupción voluntaria del embarazo, sería muy valioso un siguiente estudio que evaluara las carencias propias de esta población específica.

CONCLUSIÓN

La implementación de una unidad especializada en salud sexual y reproductiva mejora los indicadores de calidad a la MSA.

Recomendamos en los lugares donde se pueda, implementar una unidad especializada en el trabajo de la MSA, con enfoque en incorporación de métodos recomendados de evacuación uterina y anticoncepción inmediata post evento obstétrico.

Agradecimientos: queremos agradecer el apoyo financiero y estratégico de la Organización Panamericana de la Salud y Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR) y el aporte metodológico a la Dra.(c) en Salud Pública Yamileth Granizo Román.

REFERENCIAS

1. Astete A, Carmen, Beca I, Juan Pablo, & Lecaros U, Alberto. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Revista médica de Chile, 142(11), 1449- 1451.
2. Silva S. Aborto. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, editores. Obstetricia. 4a Ed. Editorial Mediterráneo. 2011; 530-561.
3. Serruya S, Gómez Ponce de León R, Rubino M, Messina A, De Mucio B, Martínez G, Mainero L, Durán P. Sistema Informático Perinatal A (SIP-A): Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica de asistencia a Mujeres en Situación de Aborto (MUSA). Montevideo: CLAP/SMR - OPS/OMS, agosto del 2017.

- (Manual SIP versión 4.13). Hallado en: https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=90881.
4. Huber, D., Curtis, C., Irani, L., Pappa, S., & Arrington, L. (2016). Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. *Global health, science and practice*, 4(3), 481–494. Hallado en: <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00052>
 5. OMS. Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2da Ed. 2012.
 6. MINSAL. Norma Técnica Nacional, Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las 3 causales que regula la ley 21.030, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2018.
 7. OMS. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2. Ed.2012.
 8. Corbett MR y Turner KL, Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(3):106–111.
 9. Ministerio de Salud y Protección Social © Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Atención postaborto (apa) y sus complicaciones. Documento técnico para prestadores de servicios de salud © Bogotá, 2014.
 10. Red Musa CLAP Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR). Hallado en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2019/Adolescencia/Martes/GomezPonce_Red.pdf. Acceso el 23 de septiembre de 2019.
 11. Sistema de Información Perinatal. (CLAP/PAHO). Hallado en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&Itemid=242&lang=es. Acceso 30 de septiembre de 2019.
 12. Política de planificación familiar y normas nacionales sobre regulación de la fertilidad en Chile, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. María Pilar Lampert—mlampert@bcn.cl 26/11/2014. Hallado en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21187/4/BCN%20Acerca%20del%20embarazo%20no%20planificado_final_v3.pdf.
 13. Naciones Unidas, Cepal, Observatorio de igualdad de género, Necesidades Insatisfechas de planificación familiar en América latina y el caribe. Hallado en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>. Acceso el 18 septiembre 2019.
 14. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL., Durán P, Serruya S., Mainero L, Rubino M. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1584).
 15. Armijo R, Requena M. Aspectos epidemiológicos del aborto. *Bol Oficina Sanito Panamá* 1967;63(5):391-401.
 16. Molina R, López J, Orellana M, Orlandi E, Alarcón J. Características del aborto en Chile. 1978. Cuadernos Médico Sociales.
 17. Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., Rossier, C., Gerdtts, C., Tunçalp, Ö., Johnson, B. R., Jr, Johnston, H. B., & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet (London, England)*, 388(10041), 258–267. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4).
 18. Instituto Nacional de Estadísticas (2018). Características sociodemográficas de la migración internacional en Chile. Censo 2017. Hallado en: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
 19. López Gómez, Alejandra Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva [online]*. 2016, (12),1; 23-39. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.857>. ISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.857>.
 20. Declaración de la FIGO sobre la ética de la asistencia sanitaria después de un aborto. Elaborada por el Comité de la FIGO sobre

Aspectos Éticos y Profesionales de la Reproducción Humana y de la Salud de la Mujer. 11 de abril 2019. Hallado en: [https://www.figo.org/sites/default/files/2020-](https://www.figo.org/sites/default/files/2020-05/sobre%20la%20e%CC%81tica%20de%20la%20asistencia%20sanitaria%20despue%CC%81s%20de%20un%20aborto.pdf)

05/sobre%20la%20e%CC%81tica%20de%20la%20asistencia%20sanitaria%20despue%CC%81s%20de%20un%20aborto.pdf.

TABLAS

Tabla 1. Caracterización socio demográfica de la Mujer en Situación de Aborto.

Variables		Datos faltantes N (%)
Edad (años), mediana (IQR)	29.8 (24-36)	0 (0)
Número de Partos, mediana (IQR)	1 (0-2)	25 (1,15)
Edad gestacional al momento del aborto (semanas), mediana (IQR)	9 (7-12)	66 (4,9)
Abortos previos		
	0	896 (67,9)
	1-3	416 (31,6)
	4 o más	6 (0,5)
Rango de Edad Gestacional al momento del aborto		
	0-5 sem.	72 (5,64)
	6-10 sem.	707 (55,36)
	11-15 sem.	391 (30,62)
	16-20 sem.	73 (5,72)
	>20 sem.	34 (2,66)
Nivel Educativo		
	Ninguna*	9 (0,7)
	Primaria	119 (9,5)
	Secundaria	799 (63,87)
	Universitaria	327 (26,1)
Estado Civil		
	Casada	257 (20,7)
	Convivientes	472 (38)
	Soltera	483 (38,8)
	otro	32 (2,6)
Nacionalidad		
	Chilena	575 (55,45)
	Extranjera	462 (44,55)
Embarazo Planeado		
	No	813(63,6)
	Si	466 (36,4)
Fracaso de método anticonceptivo		
	No usaba	894 (70,3)
	Barrera	79 (6,2)
	Dispositivo intrauterino	33 (1,7)
	Hormonal	364 (20,8)
	Emergencia	3 (0,20)
	Natural	10 (0,8)

1. Los valores contenidos en la tabla representan medianas, rango intercuartílico (IQR), frecuencias (N) y proporciones.
2. En el nivel educacional la variable ninguna representa la ausencia de registro

Tabla 2. Indicadores de calidad de atención en las diferentes etapas de implementación de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

	Periodo Inicial (2016-2017) N=457	Periodo consolidación (2017-2019) N=886
Procedimientos	450	876
AMEU	336 (74,67%)	625 (71,35%)
Medicamentos	2 (0,44%)	113 (12,9%)
Legrado	112 (24,89%)	138 (15,75%)
Complicaciones		
AMEU + MED.	1 (0,29%)	5 (0,68%)
Legrado	6 (5,3%)	9 (6,52%)
Anticoncepción postaborto inmediata:		
Si	301 (66,8%)	673 (76,82%)
No	156 (33,2%)	213 (23,18%)

1. El número de pacientes difiere del número de procedimientos ya que no se contabilizaron a las pacientes que resolvieron su aborto de manera espontánea y no se realizó procedimiento.
2. AMEU= Aspiración Manual Endouterina. MED= Medicamentos

Tabla 3. Riesgos y Diferencia de Riesgos en indicadores de calidad de atención en las diferentes etapas de implementación de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

	Período Inicial Riesgo (IC 95%) (N=457)	Período consolidación Riesgo (IC 95%) (N=88)	DR diferencia de riesgo	p value	OR
Métodos No Recomendados:	112 (0,25 (0,21-0,29))	138 (0,16 (0,13-0,18))	-0,09 (-0,14-0,04)	P<0.0001	1.77 (1.34-2.35)
Complicaciones	7 (0,02 (0 - 0,03))	14 (0,02 (0,01-0,02))	0,00 (-0,01-0,01)	p=0.99	0.97 (0.39-2.43)
Anticoncepción Inmediata postaborto	156 (0,66 (0,63-0,70))	213 (0,76 (0,73-0,79))	-0,13 (-0,06-0,02)	p<0.0001	1.64 (1.28-2.10)

Diferencias de riesgo según indicadores de calidad entre periodo inicial y periodo de consolidación.
Test estadístico prueba de chi-cuadrado.