



**ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES  
VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA  
CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020  
Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS**

**MARÍA EUGENIA GARCÍA PIZARRO MD**

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA  
ESCUELA DE MEDICINA  
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.  
2022**

**ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES  
VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA  
CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020  
Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS**

**MARÍA EUGENIA GARCÍA PIZARRO**  
**Especialidad de Ginecología y Obstetricia**

Tesis o trabajo de investigación para optar el título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

**TUTORES**

**EDGAR GOMEZ RHENALS MD.**  
**Esp. Ginecología y obstetricia**

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA  
ESCUELA DE MEDICINA  
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.  
2022**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

**Cartagena, D. T y C., 12 de Agosto de 2022**



# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 12 de Agosto de 2022

Doctor

OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado “**ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020 Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.**”, realizado por el estudiante “**MARIA EUGENIA GARCIA PIZARRO**”, para optar el título de “**Especialista en Ginecología y Obstetricia**”. A continuación, se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original (Una copia para la universidad y la otra para el escenario de práctica donde se realizó el estudio).
- Dos (2) CD en el que se encuentran la versión digital del documento empastado.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

---

MARIA EUGENIA GARCIA PIZARRO

CC: 1.103.100.936

Programa de Ginecología y Obstetricia

SECCIONAL CARTAGENA

---

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:  
unisinu@unisinucartagena.edu.co





# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm  
Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

*Cartagena de Indias D. T. y C. 12 de Agosto de 2022*

*Doctor*

**OSCAR JAVIER TORRES YARZAGARAY**

*Director de Investigaciones*

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM**

**SECCIONAL CARTAGENA**

*Respetado Doctor:*

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **“ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020 Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.”**, realizado por el estudiante **“MARIA EUGENIA GARCIA PIZARRO”**, para optar el título de **“Especialista en Ginecología y Obstetricia”**, bajo la asesoría del Dr. **“EDGAR GOMEZ RHENALS”**, y asesoría metodológica del Dr. **“ENRIQUE RAMOS CLASSON”** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

---

**MARIA EUGENIA GARCIA PIZARRO**

CC: 1.103.100.936

*Programa de Ginecología y Obstetricia*

**SECCIONAL CARTAGENA**

---

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:  
unisinu@unisinucartagena.edu.co



## DEDICATORIA

*A mis ángeles que, en estos años tan duros, se han sumado tantos, sin una gota de olvido en mi memoria por todo el cariño y los momentos compartidos y espero desde el cielo compartan conmigo el logro que una vez soñamos juntos, cuando empecé este caminar.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primero que todo a Dios y a la Virgen María por ser mi fuerza y mi guía en todo momento.

A mis padres que tantos sacrificios han hecho, desde mi concepción hasta este momento para verme feliz en mis decisiones y realizada como profesional y como mujer.

A mi esposo, que ha sido mi bastón cada mañana, que me carga y me anima cuando quiero desfallecer y que cree en mi incluso cuando yo no lo hago.

A la familia que elegí, mis amigos y mis compañeros de residencia, que me hacen amar este mundo un poquito más cada día, que se convirtieron en mis hermanos y que me apoyaron en cada momento.

A mis profesores, que no perdieron la fé en mí, que no me dejaron tirar la toalla y que hasta lo último me dijeron que sí se podía.

A la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo por el apoyo brindado, y en especial al personal de sistemas que me acompañó con premura en esta tarea.

**ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES  
VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA  
CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020  
Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS**

**SOCIODEMOGRAPHIC STUDY OF VENEZUELAN MIGRANT PATIENTS  
SUBJECTED TO CURTAGE FOR ABORTION IN THE RAFAEL CALVO  
MATERNITY CLINIC, DURING THE YEARS 2013 TO 2020 AND ITS IMPACT ON  
EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS**

**Autores**

García-Pizarro M<sup>1\*</sup>, Gómez-Rhenals E<sup>1-2</sup>, Ramos-Clason E<sup>1-3</sup>

**Instituciones**

<sup>1</sup> Universidad del Sinú, seccional Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Médico Ginecólogo Universidad de Cartagena, Especialista en cirugía mínimamente invasiva – laparoscopia. Coordinador de Ginecología y Obstetricia Universidad del Sinú Seccional Cartagena.

<sup>3</sup> Sc. Salud Pública. Coordinador de Investigaciones Posgrados Médico Quirúrgicos. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena. Líder del grupo GIBACUS

**\*Autor de correspondencia**

Teléfono: +57 3004365151; e-mail: mariaeu482@gmail.com

**RESUMEN**

**Introducción:** *La proporción de pacientes migrantes a nivel mundial ha aumentado paulatinamente, con un crecimiento lento en los últimos 10 años según los informes de las Naciones Unidas(1) habiendo aumentado en el 2019 a un 3,5% de la población mundial, de las cuales el 48% eran mujeres jóvenes (2).*



*La crisis económica y la persistente inestabilidad en Venezuela indujo a que familias enteras migraran principalmente a países vecinos en busca de mejores oportunidades (2). Convirtiendo a Colombia en el principal receptor de esta población (3), la cual a su ingreso se encuentra con barreras que le impiden acceder al servicio de salud y la vulneran en el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos. (3)(4) (5). La ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo reporta un aumento en la demanda de servicios de salud por parte de la población migrante venezolana (8) sin embargo no se cuenta con estadísticas concretas a nivel local acerca del impacto real que sufre esta población en su salud sexual y reproductiva, y cómo esto afecta el servicio de salud. En este trabajo nos centramos puntualmente en los factores socioeconómicos que pudieron influir en un mal desenlace de las gestantes, específicamente en aborto, con el fin de tener un panorama real y conciso que conlleve a redireccionar y reenfocar programas de proyección social en salud y educación del estado u ONGs para lograr una marca significativa en las intervenciones necesarias para mejorar las condiciones en las cuales se desarrollan estos eventos*

***Diseño de estudio:*** fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo que incluyó a todas las pacientes migrantes venezolanas que fueron sometidas a legrado uterino por AMEU o instrumentado por diagnóstico inicial de aborto incompleto, retenido o séptico en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2013 a diciembre del 2020.

***Resultados:*** la edad promedio de las pacientes a quienes se le realizó legrado instrumentado o por AMEU fue de 25 años, las cuales el 42,9% pertenecían a la edad adulta y el 16,8% a adolescentes. El 98,3% no se encontraban afiliadas a ninguna EPS. El 87,2% de las migrantes venezolanas residían en la Ciudad de Cartagena, en un estrato 1 y 2 para un 37,22% y 53,56% respectivamente. El 59% provenían del estado de Caracas y el 77% habían migrado hacia más de 1 año a Colombia. Solo el 50% de las migrantes venezolanas habían completado la educación básica primaria, y hasta el 52,8% se dedicaban a ser amas de casa. El 79,8% presentaron su primer episodio de aborto y solo el 15,91% tenían un

*antecedente de legrado uterino por esta misma causa, siendo en su mayoría (79,8%) abortos tempranos (<12 semanas) y el 20,1% tardíos (>12 semanas). El 59% de la población no planificaba, siendo una de las principales causas (37%) no saber cómo acceder a los métodos de planificación dada su condición de migrante. En cuanto a la causalidad con base al deseo de gestación, el 35,1% fueron abortos provocados, sin previa monitorización médica y el 64,9% fueron de causa espontánea.*

**Conclusión:** *Al establecer este perfil sociodemográfico se puede redireccionar y reenfocar los programas de proyección social en salud y educación del estado u ONGs para mejorar las condiciones en salud sexual y reproductiva y lograr un impacto que no solo abarque la salud, sino el ámbito social, educativo y económico.*

**Palabras clave:** curetaje, aborto, aborto incompleto, aborto séptico, aborto espontáneo, dilatación y curetaje, factor socioeconómico,

## **Summary**

**Introduction:** *The proportion of migrant patients worldwide has gradually warned, with a slow growth in the last 10 years according to the reports of the United Nations (1), having warned in 2019 3.5% of the world population, of which 48% were young women (2). The economic crisis and the persistent instability in Venezuela led entire families to migrate mainly to neighboring countries in search of better opportunities (2). Making Colombia the main recipient of this population (3), which upon entry encounters barriers that prevent them from accessing health services and violate their respect for their sexual and reproductive rights. (3)(4) (5). The Rafael Calvo Maternity Clinic ESE reports an increase in the demand for health services by the Venezuelan migrant population (8). However, there are no specific statistics at the local level about the real impact that this population suffers on their sexual, reproductive health, and how this affects the health service. In this work we focus*

*specifically on the socioeconomic factors that can influence a bad outcome of pregnant women, specifically in abortion, in order to have a real and concise panorama that leads to redirect and refocus programs of social projection in health and education of the state or ONGs to achieve a significant mark on the actions necessary to improve the conditions in which these events take place.*

**Study design:** *it was an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study that included all Venezuelan migrant patients who underwent uterine curettage by AMEU or instrumented curettage for initial diagnosis of incomplete, retained or septic abortion in the period from January 1, 2013 to December 2020.*

**Results:** *The average age of the patients who underwent instrumental curettage or AMEU was 25 years, 42.9% of whom were adults and 16.8% were adolescents. A total of 98.3% were not affiliated to any EPS. Of the migrants, 87.2% resided in the city of Cartagena, in strata 1 and 2 (37.22% and 53.56%, respectively). Fifty-nine percent came from the state of Caracas and 77% had migrated to Colombia for more than one year. Only 50% of the migrants had completed primary education, and up to 52.8% were housewives. 79.8% had their first episode of migration. The 79.8% had their first episode of abortion and only 15.91% had a history of uterine curettage for this same cause, with the majority (79.8%) being early abortions (<12 weeks) and 20.1% late abortions (>12 weeks). Fifty-nine percent of the population did not plan, one of the main causes (37%) being not knowing how to access planning methods due to their migrant status. As for causality based on the desire for gestation, 35.1% were induced abortions, without prior medical monitoring, and 64.9% were spontaneous.*

**Conclusion:** *By establishing this sociodemographic profile, it is possible to redirect and refocus the social projection programs in health and education of the state or ONGs to improve conditions in sexual and reproductive health and achieve an impact that not only covers health, but also the social, educational and economic.*

**Keywords:** curettage, abortion, incomplete abortion, septic abortion, spontaneous abortion, dilatation and curettage, socioeconomic factor,

## INTRODUCCIÓN

La proporción de pacientes migrantes a nivel mundial ha aumentado paulatinamente, con un crecimiento lento en los últimos 10 años según los informes de las Naciones Unidas; para 1965 solo el 2,3% de la población era migrante, con un aumento de solo el 3,4% para el 2017 (1) habiendo aumentado en el 2019 a un 3,5% de la población mundial, de las cuales el 48% eran mujeres, y de estas, un mayor porcentaje (10,4%) se encontraban entre los 24 y 30 años (2).

La crisis económica y la persistente inestabilidad en Venezuela, indujo en un primer momento a que los adultos en edad de trabajar, migraran para buscar mejores oportunidades, luego, con el tiempo y la persistencia de la crisis, el desplazamiento forzó a familias enteras a migrar principalmente a países vecinos (2). Colombia entonces además de lidiar con el desplazamiento interno por conflicto y situaciones de violencia se convierte en receptor de esta población y para el 2018, 1 de cada 47 personas en el territorio nacional era inmigrante venezolana (3). Para finales del 2018, 1.032.016 de venezolanas habían migrado a Colombia, y en la actualidad al año 2022 los datos registrados por migración Colombia reporto 2,5 millones de venezolanos en nuestro país, siendo el 51% mujeres y el 15% menores, con un rango de edad de 18-29 años. Cuando ingresan al país, las venezolanas llegan con múltiples necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva y además pueden enfrentar barreras en el acceso a la atención en salud, por razones de su situación migratoria, discriminación y desinformación. Estas necesidades insatisfechas van a crear dinámicas que afectan de manera directa los derechos sexuales y reproductivos. (3)(4)

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos hacen parte integral de los Derechos Humanos de todas las personas, su violación en cualquier momento, y particularmente en los contextos de crisis humanitaria profundiza el sufrimiento y puede llevar a la muerte de los migrantes y refugiados (3)(4) .

Colombia es el primer país del mundo con más migrantes venezolanos. La regulación colombiana ha permitido que los migrantes ilegales o regulares accedan a servicios de salud de emergencia, pero en la práctica muchos de estas se han encontrado con diversas barreras que le impiden acceder a un servicio de salud, tales como limitaciones económicas, desconocimiento del flujo de las fuentes de financiación en salud en el nivel local, falta de comunicación o de xenofobia (4).

Esto se refleja en el aumento de la vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos, que se manifiesta en la limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos, un mayor número de embarazos no deseados, el incremento de las tasas de abortos inseguros y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otras cosas. Además, las mujeres embarazadas no tienen acceso efectivo y suficiente a servicios de promoción y prevención, y en muchos casos han enfrentado complicaciones a la hora de registrar a sus hijos como ciudadanos colombianos.

En el año 2021, la universidad del norte, en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), dio a conocer los resultados de la Encuesta Longitudinal de Salud de las Mujeres Procedentes desde Venezuela en Colombia (ELSA-VENCOL), cuyo objetivo fue describir la situación de salud, las necesidades en salud y el acceso efectivo a los servicios de atención en salud de mujeres nacionales venezolanas con estatus migratorio irregular y en donde se encontró una disminución en el contacto de los servicios de salud del 65,7% a 34,3% del total y en cuanto a salud sexual y reproductiva, un abandono de los métodos anticonceptivos en el 33.9% de la población, alegando lejanía del lugar. **(5).**

Existen datos sobre el comportamiento del aborto a nivel mundial y nacional, referidos por instituciones de trayectoria como el Guttmacher Institute, quien informa que en el mundo se presentan 20 millones de abortos al año, de estos, 4 millones se practican en América Latina, y en Colombia para el año 2008, se practicaron 400.400 abortos inducidos, de los cuales solo 322 fueron procedimientos legales o institucionales. Para el 2010, cerca del 80% de las mujeres colombianas con pareja,

usó método anticonceptivo (6), lo cual concuerda con la disminución de la tasa de embarazos no deseados entre 2015 a 2019 de un 27% y disminución en la tasa de aborto del 20% para el mismo rango de tiempo. Pese a esto, una proporción importante, el 65% del total de embarazos anuales (1.280.000 embarazos/año) para 2015 a 2019 no fueron planeados, y de estos el 43% finalizó en aborto(7), sin embargo no existe una información oficial acerca de todos estos aspectos en las poblaciones migrantes venezolanas a nivel local.

La ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo, al ser una entidad de carácter público que se especializa en la atención de temas Ginecológicos y Obstétricos, recibe en sus instalaciones esta población en condición de vulnerabilidad; por tanto el panorama planteado por el ENDS y el OIM debería replicarse y repercutir en las estadísticas institucionales de atención, sin embargo no se cuentan con datos locales y reales lo cual no permite una adecuada evaluación del problema migratorio respecto a la atención en salud ginecológica. Datos no publicados y suministrados de la base de datos de la institución muestra poca variación en cuanto al número total de pacientes atendidas en los últimos 7 años, pero con un aumento en cuanto a la atención de población venezolana. Específicamente para el año 2014, de las 2917 pacientes atendidas por aborto en la institución, solo un 0.04% eran venezolanas, sin embargo para el año 2020, de las 1558 pacientes, el 19,51% eran migrantes venezolanas. (8)

Teniendo un panorama real y conciso del impacto de la población migrante venezolana en el aborto y ocupación de servicios de salud por el mismo, se puede redirección y reenfocar programas de proyección social en salud y educación del estado u ONGs para lograr una marca significativa en las intervenciones necesarias para mejorar las condiciones en las cuales se desarrollan estos eventos, logrando de este modo a mediano y largo plazo un impacto no solo en el ámbito de la salud, sino en el ámbito social, educacional y de la mano económico.

Con base a esto se buscó crear una base de datos estadística que nos permitiese identificar las características sociales y demográficas de las pacientes migrantes venezolanas que acudieron a la institución por aborto y a quienes se les realizó

legrado uterino instrumentado y por aspiración (AMEU) durante los años 2013 a 2020 y los posibles factores que influyeron en el desenlace de la gestación en la población migrante venezolana, y cómo influyó el cambio migratorio en estas estadísticas en salud.

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Diseño de estudio:**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo, en donde se tomó como población sujeta de estudio a mujeres sometidas a legrado uterino instrumentado por dilatación y curetaje y/o por AMEU, por motivo de aborto incompleto, retenido o séptico, en la Clínica Maternidad Rafael Calvo, durante el periodo comprendido entre 2013 a 2020, sin discriminar edad y que además fuesen naturales de Venezuela y Residentes en Colombia. Se excluyeron todas aquellas pacientes que no contaban con todos los datos completos en la historia clínica registrada, así como sin información sobre contacto y las que no aceptaban y/o firmaron y enviaron el consentimiento informado.

### **Muestreo y Calculo de la muestra**

Muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual se revisaron historias clínicas de mujeres de nacionalidad venezolana atendidas en la Clínica Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena entre los años 2013 a 2020, que hayan cumplido los criterios de inclusión.

### **Instrumentos utilizados**

La información se obtuvo de la revisión de las historias (fuente secundaria) y llamadas telefónicas (fuente primaria) para corroborar la información de las historias clínicas, para la tabulación de los resultados se construyó una base de datos con el paquete Microsoft Excel 2016.

### **Análisis Estadístico**



Las variables sociodemográficas y antecedentes Gineco obstétrico de acuerdo a la naturaleza de las mismas, se resumirán utilizando frecuencia relativa y absoluta para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (Media, Mediana desviación estándar, rango y rango intercuartílico) para las variables cuantitativas.

Para la relación entre el aborto, la gestación, el número de legrados, la edad gestacional se analizaron teniendo en cuenta si cumplían los criterios para análisis no paramétrico (Wilcoxon y U Mann Whitney).

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS Statistics 25.0 teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%.

### **Recolección de datos:**

La solicitud inicial para obtención de base de datos indicaba el cumplimiento de 3 criterios principales: 1) Pacientes sometidas a legrado de cualquier modalidad 2) Diagnóstico de aborto en cualquiera de sus modalidades 3) que el procedimiento se hubiese realizado entre los años 2013 a 2020.

Posteriormente se filtró de la base de datos el tipo de identificación de las pacientes para obtener la población de mujeres con identificación extranjera (venezolanas). De esta población se revisó una a una las historias clínicas para depurar aquellas que fueron sometidas a legrado uterino por causa diferente a aborto las cuales se excluyeron. De forma simultánea se registraron en formato de Excel, datos los adicionales de las pacientes calificadas: Teléfono, edad en el momento del procedimiento que se clasificó según la división propuesta por el Ministerio de Salud y Seguridad Social del Ciclo de la vida (adolescente (12-18 años), joven (14-26 años), adulto (27-59 años))(9), régimen de Salud, lugar de residencia, estrato; y datos clínicos asentados en la historia: Número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos, hijos vivos, muertos, legrados previos, edad gestacional en el momento de la pérdida la cual se calculó teniendo en cuenta la FUM (fecha de última menstruación) de la paciente y los hallazgos ecográficos en los que además se incluyó el diagnóstico por ecografía y se registraron inicialmente de forma individual para luego clasificarse como aborto temprano y aborto tardío, si eran menor o mayor de 12 semanas, en concordancia con los criterios dados por ACOG (10). El periodo intergenésico (PIG) se categorizó teniendo en cuenta el riesgo establecido para desenlaces perinatales adversos. Se registró además si la paciente contaba con

planificación familiar previo al aborto o actual, si había presentado o no una ITS, Diagnóstico, resultado clínico, si fue provocado o no, el tipo de procedimiento realizado.

Se excluyeron las historias clínicas en las cuales no había registro de número telefónico y por lo cual se imposibilitaba la obtención de consentimiento informado y complementación de datos epidemiológicos y clínicos.

Posteriormente se realizó llamada telefónica a las pacientes seleccionadas donde se les informó del trabajo de investigación, en qué consistía y cuál era su participación en el estudio, se les preguntó si deseaba o no ser parte de él. Una vez aprobado de forma verbal su participación, se les envió el documento de consentimiento informado vía WhatsApp, para ser devuelto mediante método electrónico firmado.

Se realizó una segunda llamada telefónica a las pacientes de las cuales se obtuvo consentimiento informado y se excluyeron del estudio a aquellas que no lo enviaron en el término acordado. En esta nueva oportunidad se complementaron datos de los anteriormente mencionados que no hubiesen sido registrados en la historia clínica, y datos adicionales: Nivel educativo, ocupación, tipo de vivienda y estrato en la cual residía para el momento del procedimiento, Datos de procedencia como: País, departamento, clase social y tiempo de migración. Si el embarazo fue deseado o no y si el aborto fue inducido o espontáneo. Cabe resaltar que el estrato socioeconómico previo y actual no pudo ser medido con la misma categorización debido a que las pacientes no relacionaban el número de estrato con sus condiciones previas, pero si con la actual, respondiendo mejor a la pregunta cuando se cambió la numeración por la nominación: Baja, media y alta.

Una vez recolectados los datos y excluidos aquellos merecedores, se procedió a tabular los justos en la base de datos creada en Excel.

## **RESULTADOS**

Se partió de una base de datos suministrada por Clínica Maternidad Rafael Calvo con 18.898 historias clínicas de pacientes a quien se les realizó Legrado Uterino Instrumentado por dilatación y curetaje y legrado uterino por Aspiración al vacío,

desde los años 2013 a 2020. De esta información se obtuvo 804 historias clínicas de pacientes con identificación venezolana, a las cuales se les realizó el análisis individual para determinar el motivo del legrado uterino y a partir de esto obtener su número telefónico para contactarlas y así completar los datos requeridos adicionales con previo consentimiento verbal y escrito diligenciado. Finalmente, a partir de los criterios de exclusión se obtuvo una muestra total de 352 pacientes.

En el gráfico 1 se observa la distribución de la atención a las pacientes Venezolanas a lo largo de los años de estudio (2013 a 2020), encontrando que durante los años 2013 y 2015 no se registró atención a paciente migrante venezolana, y solo 1 paciente fué atendida en el año 2014. A partir del año 2016 y hasta el 2019 se evidencia un aumento sustancial en el porcentaje de atención a esta población, con un pico máximo de atención del 43.75% (154 pacientes) en este último año, y una leve disminución del 2.28% para el 2020.

La edad promedio de estas pacientes fue de 25,7 años, con un rango entre los 20 y 30 años, que se distribuyeron teniendo en cuenta la distribución etárea según el ciclo de vida que propone el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (\*), encontrando un mayor porcentaje de la población (42,9%) correspondía a mujeres en edad adulta, y el 16,8% (n:59) adolescentes. En cuanto al régimen de Salud se encontró que solo 2 pacientes tenían afiliación al régimen subsidiado, mientras el 98,3% no estaba afiliado a una EPS, por lo cual se clasificó como régimen vinculado. En cuanto a las condiciones que evaluaban la residencia actual, se encontró que el 87,22% (n:307 pacientes) residían en Cartagena de Indias, y en segundo lugar en el municipio de Arjona (4,26%), pertenecientes a estratos 1, 2 y 3, pero prevaleciendo población en estrato 2 (53,56%) y población en estrato 1 (37,22%). En su mayoría provenían de la Ciudad de Caracas, Venezuela (59,09%) donde el 81,25% declaró que residían en hogares de estrato Medio (n:286) y habían migrado hace más de 1 año (n:274) pacientes que corresponden al 77,84% de la población, solo encontrando 1 paciente que migró a Colombia, 8 años previos al evento. Del total de la población, más de la mitad (n:179 mujeres), el 50,85% solo completó la educación Básica Primaria, mientras que el 34,66% de ellas alcanzó una educación

secundaria. El 52,84% de las mujeres se ocupaban a labores del hogar y 32,67% tenía un trabajo informal o independiente, logrando solo 3 de ellas, acceder a una vivienda propia, y en su mayoría 72,16% viven arrendadas. **(Tabla 1)**

Cuando se evaluaron los Antecedentes Gineco Obstétricos de las pacientes se encontró que el 26,99% de la población cursaba en ese momento con su segundo embarazo, mientras que el 20,74% (n:73) de ellas era primigestante, el 22,73% y el 17,05% cursaban con su tercera y cuarta gestación respectivamente y en consecuencia el 44,89% no había tenido partos vaginales, mientras que el 23,01% había experimentado por lo menos 1 parto vaginal previo y el 10,23% por lo menos 1 cesárea previo al evento. En cuanto al número de abortos, (n:281) pacientes, es decir el 79,83% cursaba en ese momento con su primer aborto y en consecuencia el mismo porcentaje no había experimentado legrados uterinos previos, mientras que el 15,91% por lo menos había tenido 1 legrado anterior al realizado en el momento del estudio. Los abortos se dieron en su mayoría durante la semana 10 de gestación (21,02%) y una proporción considerable durante la semana 8 de gestación (17,61%), mientras que solo 4 pacientes experimentaron aborto en la semana 20 de gestación. Cuando se clasificaron con base a la edad gestacional se obtuvo que el 79,82% de los abortos fueron tempranos, y el 20,17% tardíos. 126 pacientes cumplieron con un periodo intergenésico entre 1 y 2 años y el 13,07% de ellas quedaron embarazadas nuevamente, antes de cumplir el año de su gestación previa, mientras que el 12,69% esperó más de 5 años para quedar nuevamente embarazada, y solo el 19,03% tuvo un nuevo embarazo luego de 2 años y antes de los 5 años. Es importante también tener en cuenta que más de la mitad de la población el 59,09% no planificaba al momento de quedar en embarazo, alegando en un 37,78% que no sabía cómo acceder a un método anticonceptivo, y en un 16,76% que desconocía los métodos de planificación familiar, dato relevante que el 23,01% deseaba quedar en embarazo nuevamente; otras justificaciones dadas fueron: Porque se encontraban lactando, falta de dinero, motivos religiosos y un 0,28% (n:1) no deseaba planificar. Sin embargo 144 pacientes, (40,91%) ya habían planificado previamente con Anticonceptivo de depósito trimestral (12,78%) y ACOS (11,93%). En cuanto a las pacientes que si se encontraban planificando en el

momento de la gestación que desencadenó en el aborto (16,48%) en un 5,11% lo hacían con Inyección trimestral, mientras que 294 pacientes no tenían ningún método anticonceptivo. Cuando se investigó en las historias clínicas y posteriormente se corroboró con las pacientes, el 90,91% no había presentado nunca una Infección de transmisión sexual. El diagnóstico que más prevaleció en el grupo poblacional fue el Aborto Séptico (251 pacientes), con un 76,99% de la población con embarazo no deseado, a pesar de lo cual el 72,44% no admitió maniobras abortivas. La distribución en cuanto al tipo de legrado realizado fue de 268 Pacientes sometidas a legrado por AMEU (76,14%) y 84 (23,86%) pacientes sometidas a Legrado Uterino Instrumentado por Dilatación y Curetaje (**Tabla 2**).

Cuando se relacionó el periodo intergenésico en pacientes multigestantes con la edad gestacional, se obtuvo que un mayor porcentaje de la población con abortos tempranos, (35,2%) tenían un periodo intergenésico entre 1 y 2 años, así mismo para los abortos tardíos en donde el 38% de la población tenían el mismo periodo entre embarazos; sin embargo, no hubo relevancia estadística en la asociación de estas variables (p valor >0.05). **Tabla 3**.

Cuando se Comparó la planificación previa al evento abortivo y la planificación en dicho momento, se encontró que un 33% de las pacientes que no planificaban en el momento del evento, usaron un método anticonceptivo previo, y en un 67% nunca habían usado un método anticonceptivo. Por el contrario, aquellas pacientes que en el momento del evento si estaban planificando, el 81% ya había utilizado método anticonceptivo previo y el 19%, estaba usándolo por primera vez en el momento del evento. (**Tabla 4**).

Se tomó específicamente aquella población de 97 pacientes que utilizaron un método anticonceptivo antes del evento del aborto, y se realizó una asociación entre qué método utilizaban y por qué no continuaron con dicho método. Se encontró en este grupo de mayor a menor que las pacientes habían utilizado previamente: Inyección Trimestral (35 pacientes), ACOS (26 pacientes), Inyección mensual (21 pacientes), DIU (11 pacientes), Condón (3 pacientes) e Implante Subdérmico (1 paciente). En este mismo orden, las pacientes que previamente planificaban con

Inyección trimestral, en un 71,4% alegaron falta de dinero para adquirir el medicamento como excusa para la no continuación, sin embargo el 17,2% de esta población afirmaba no desear de quedar embarazada. De las pacientes que planificaban con ACOS, el 18% afirmaba desconocer de que forma podían acceder en este país a un método de planificación familiar, por lo cuál habían descontinuado el uso del medicamento, pese a esto, un 27,6% afirmó que no deseaba quedar en embarazo. El 28,6% de las pacientes que planificaban con inyección trimestral dijeron que no tenían recursos económicos para comprar este medicamento, por lo cuál no continuaron su uso, sin embargo el 12,1% no deseaba tener hijos en ese momento. Aquellas que en algún momento utilizaron dispositivo intrauterino, con posterior retiro de este y que no se encontraban utilizando algún otro método, afirmo en un 6,8% no sabía cómo acceder a este u otro plan de planificación familiar en Colombia, y solo 2 pacientes afirmaron que se habían retirado el método por que deseaban quedar en embarazo. Las pacientes que afirmaron haber utilizado previamente condón como método de planificación, el 1,5% afirmó no sabía cómo acceder a estos, pese a lo cual el 20,7% no deseaba gestación. Y la paciente que refirió haber utilizado un Implante subdérmico previamente, afirmó que se retiró dicho método por que deseaba quedar en embarazo. Llama la atención que un 19% de la población que nunca ha usado un método anticonceptivo manifiesta sin embargo no desear quedar embarazada. **(Tabla 5)**

Cuando se analizó la causalidad del aborto con base al deseo de gestación de las pacientes se obtuvo que el 35,1% de las pacientes con embarazo no deseado se provocó el aborto, mientras que en el 64,9% el aborto fue por causas ajenas a la paciente. Y en aquellas pacientes con embarazo deseado, el 2,5% posteriormente se provocó maniobras abortivas, no se ahondó en las causas de esta decisión ulterior. **(Tabla 6).**

Y cuando se realizó la comparación entre el diagnóstico final otorgado en la historia clínica vs la relación con maniobras abortivas, es de resaltar que en aquellas pacientes donde se utilizaron métodos abortivos, se logró en un 40% un aborto incompleto, seguido de un aborto séptico en un 29%. Y en aquellas donde el aborto

se debió a causas ajenas a la voluntad de la paciente, el 78% resultó en un aborto retenido. **(Tabla 7)**

Finalmente y como dato adicional se quiso analizar la relación entre el tipo de procedimiento realizado con base al diagnóstico de la paciente, encontrándose que 79% de las pacientes que tenían un aborto retenido se les realizó legrado uterino por AMEU, mismo método utilizado como manejo para el 74,5% de las pacientes con aborto séptico, y para el 90% de las pacientes con aborto incompleto. **(Tabla 8).**

## **DISCUSIÓN**

La migración puede afectar los resultados reproductivos de un determinado grupo con base al cambio de contexto cultural, social, económico y familiar por el cual debe atravesar en estas circunstancias y que afectan no solo sus condiciones de vida, sino las decisiones que a partir de ello toman (11).

En Colombia la población inmigrante se ha venido formando a lo largo de los años y de forma paulatina, bien sea que vengan a trabajar, a reunirse con familiar o reconstruir su vida desde cero; forman una familia, crían a sus hijos, se educan, envejecen y mueren. Otros por el contrario regresan a su país de origen o migran a otro destino. De esta forma la población migrante residente en un país determinado, representa el total formado por continuas oleadas de migraciones, restándole las pérdidas por salidas y muertes (12). Este continuo cambio impacta evidentemente en el sistema de salud.

En nuestro estudio se evidenció una creciente oleada de atención poblacional a partir del 2018 y hasta el 2019, pasando de pocas pacientes atendidas, a 154 pacientes, con una disminución menor de 8 paciente para el subsiguiente año.

De estas pacientes un mayor porcentaje de ellas se clasificaron como adultos entre los 27 y 46 años (29%), en concordancia con el promedio de 29,2 años que encontró en el ENDS (23), con una tendencia que se mantiene en grupos migrantes similares

del otro extremo del mundo (11). Sin embargo, dos estudios realizados en África subsariana a diferencia del nuestro muestran una disminución paulatina de la tasa de aborto en la medida que la mujer envejece, con una mayor prevalencia en mujeres menores de 25 años (14) (15)

Cabe resaltar que el 98% de nuestra población no contaba con un régimen de afiliación formal y por tanto se encontraban vinculadas al régimen de salud social con un detrimento en los beneficios suministrados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin lograr identificar en nuestro estudio el motivo de tal situación. El informe sobre el acceso y permanencia de la población venezolana al SGSSS en Medellín y el valle de Aburrá, identificó que la falsa concepción del requerimiento de el Sisbén para acceder a un aseguramiento, es la principal barrera por la cual aún la mayoría de la población venezolana no se encuentra carnetizada (16). Otros estudios por el contrario ha sugerido que el estado de su documentación, el mismo estado socioeconómico, el género y el idioma, son las barreras que impiden que los migrantes accedan a la atención médica (17)(18)(19), claramente el idioma no sería una barrera para nuestra población.

Estas pacientes que en el 81,25% pertenecían a estrato medio en Venezuela, accediendo en la mitad de la población solo a educación primaria y el 34, 66% a educación secundaria, al trasladarse a Colombia el 52.53% pasó a tener un estrato socioeconómico bajo clasificado como 2, y el 37,22% clasificado como estrato 1. Mas de la mitad de ellas no contaban con una vivienda propia y se dedicaban a los que haceres del hogar. Son varios los estudios que muestran como las determinantes sociales de la salud, pobreza, inseguridad alimentaria, vivienda, falta de logros educativos y desafío en el acceso a la atención médica, afecta de forma negativa la calidad de vida del inmigrante, independiente del grado de desarrollo del país al cual migró.(20)(21). Sin embargo un estudio sudafricano demostró cómo una mayor conciencia y percepción de riesgo entre migrantes podría mejorar los comportamientos relacionados con la salud (22) por tanto se debe abogar por la formulación de políticas de educación y concientización en salud a de los migrantes.



Para el 2015 el ENDS encuestó un total de 25.661 mujeres, el 6.8% (2.477 mujeres) refirió haber tenido una pérdida espontánea y el 1.1% (323 mujeres) una interrupción o aborto inducido<sup>2</sup>; de estas el 36, 2% no tuvo asistencia o control médico durante este periodo (23). En concordancia con lo anterior, en nuestro estudio se encontró un mayor porcentaje de la población que tuvo un aborto espontaneo (76,99%) frente a menor porcentaje de pacientes que se indujo el aborto (23,01%).

Esta población de pacientes que se indujeron el aborto, en el 40% de los casos se diagnosticó como aborto incompleto, los cuales en el 90% se resolvieron por legrado uterino obstétrico por aspiración al vacío AMEU.

Solo el 16, 48% de la población estudiada se encontraba bajo método de planificación familiar mientras que el 83,52% no planificaba en el momento de la gestación que finalizó en pérdida, con una mayor tasa de deserción de método aquellas que planificaban previamente con Inyección trimestral, alegando un desconocimiento al acceso del medicamento en su nueva condición de migrante. Resaltando que el 59% nunca había recibido un método anticonceptivo, mismo porcentaje de la población que se relacionó directamente con aquellas que desconocen los métodos. Todas estas nuevas condiciones en la población conllevan a un aumento en la tasa de fecundidad en los primeros años de estancia en el país, lo cual concuerda con estudios europeos que precisamente indican este aumento durante el primer año de estancia (24)(25), posterior a lo cual la población converge al comportamiento de la sociedad que lo acoge (26)(27) sin embargo el 77,84% de la población de nuestro estudio tiene mas de 1 año de permanencia en territorio nacional, manteniendo la misma tendencia, indicando fallas en el sistema de educación y salud sexual y reproductiva .

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se encontró dificultades al momento de realizar la búsqueda bibliográfica con referentes de trabajos similares que implicaran a la población venezolana y su caracterización. Los informes encontrados se refieren a grupos poblacionales limitados, los cuales fueron tomados cómo referencias y citados en el presente.

La fortaleza de este trabajo recae sobre el grupo de estudio fue extraído del mismo centro de referencia para atención ginecológica de la mujer migrante venezolana: Clínica Maternidad Rafael Calvo, lo cual permitió obtener un tamaño de muestra considerable. Aun así dentro de las debilidades se pueden citar que una gran parte de la población fue excluida por no obtener consentimiento por escrito, tal como lo solicitó el Comité de Ética de la Clínica, pese a que previamente se había obtenido su consentimiento verbal, lo cual deja por fuera información que podría ser relevante y/o cambiar resultados. De la misma forma al ser centro de referencia para atención de pacientes en situación de vulnerabilidad, no es de extrañar que dentro de los resultados obtenidos se encontraron pacientes de estrato bajo y medio, y con un nivel educativo menor.

## **CONCLUSIONES**

La CMRC ha incrementado la prestación de servicios por aborto a pacientes venezolanas migrantes, en un esfuerzo notorio que requerirá un mayor compromiso del estado para apoyar las políticas de atención en salud materna.

Al establecer este perfil sociodemográfico se puede redireccionar y reenfoque los programas de proyección social y educación del estado u ONGs para mejorar las condiciones en salud sexual y reproductiva y lograr un impacto que no solo abarque la salud, sino el ámbito social, educativo y económico.

## **BIBLIOGRAFÍAS**

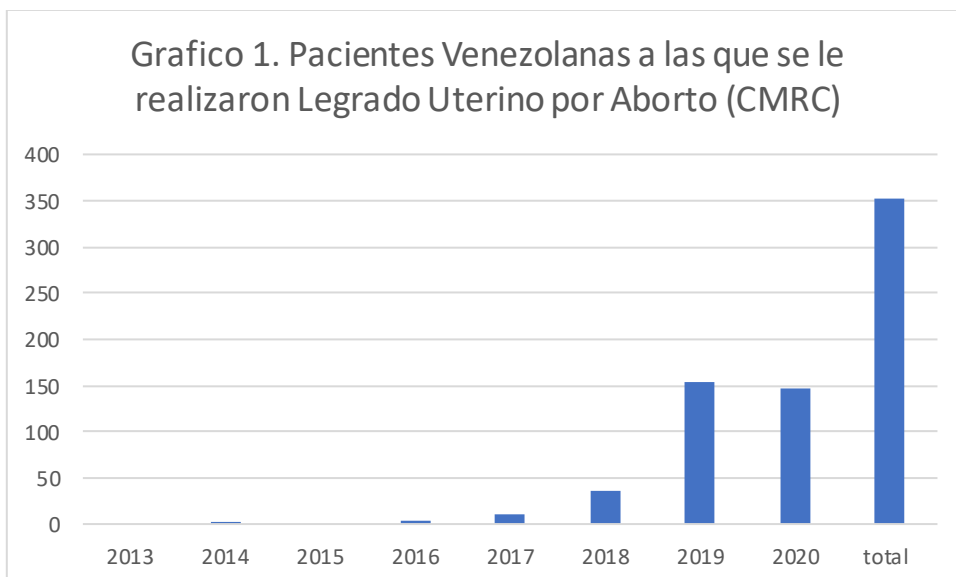
1. Pison G. The number and proportion of immigrants in the population: International comparisons [Internet]. Available from: [www.ined.fr](http://www.ined.fr)
2. INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2020. Organización Internacional para las Migraciones. [Internet]. 2013. Available from: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el->
3. LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.

4. Brenner A, Irc Migrantes y refugiados en tránsito provenientes de Venezuela. Reporte de situación [Internet]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76031>
5. Infografía. ENCUESTA LONGITUDINAL DE SALUD DE LAS MUJERES PROCEDENTES DESDE VENEZUELA EN COLOMBIA (ELSA-VENCOL) Salud Sexual y Reproductiva, Programa de Estabilización. USAID/OIM/Universidad del Norte.
6. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, del Guttmacher Institute, tomado de: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/datos-sobre-el-embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia>
7. Embarazo no deseado y aborto, del Guttmacher Institute, tomado de: <https://www.guttmacher.org/geography/latin-america-caribbean/colombia>
8. Base de Datos Institucional ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo, suministrada por fines investigativos. No publicada.
9. Ciclo de Vida. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>
10. Prager S, Dalton VK, Allen RH. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists NUMBER 200.
11. Pilecco FB, Guillaume A, Ravalihasy A, Desgrées du Loû A, Desgrées du Loû A, Lert F, et al. Induced Abortion and Migration to Metropolitan Paris by Sub-Saharan African Women: The Role of Intendedness of Pregnancy. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2020 Aug 1;22(4):682–90.
12. Pison G. The number and proportion of immigrants in the population: International comparisons [Internet]. Available from: [www.ined.fr](http://www.ined.fr)
13. Infografía: ENCUESTA LONGITUDINAL DE SALUD DE LAS MUJERES PROCEDENTES DESDE VENEZUELA EN COLOMBIA (ELSA-VENCOL) Datos Sociodemográficos. Programa de Estabilización. USAID/OIM/Universidad del Norte.

14. Guillaume A, du Lou AD. Fertility regulation among women in Abidjan, Cote d'Ivoire: Contraception, abortion or both? *Int Fam Plan Perspect.* setembro de. 2002;28(3):159.
15. Guillaume A, Guillaume A. Le rôle de l'avortement dans la transition de la fécondité à Abidjan au cours des années 1990. *Population (French Edition).* 2003 Nov;58(6):741.
16. Infografía: ACCESO Y PERMANENCIA DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA AL SISTEMA DE SALUD EN: MEDELLÍN Y EL VALLE DE ABURRÁ. DRC Colombia
17. Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region Copenhagen; *HEalth EvidEncE nEtwoRk syntHEsis REPoRt* 43. 2015
18. Goldenberg SM, Krüsi A, Zhang E, Chettiar J, Shannon K. Structural determinants of health among im/migrants in the indoor sex industry: Experiences of workers and managers/owners in metropolitan vancouver. *PLoS ONE.* 2017 Jan 1;12(1).
19. Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Diequez A, Pinto R, et al. Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2015 Jun 30;17(3):947–70.
20. Chang CD. Social Determinants of Health and Health Disparities Among Immigrants and their Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care.* 2019 Jan 1;49(1):23–30.
21. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population Based Survey. Vol. 96, *American Journal of Public Health.* 2006. p. 1300–7.
22. Fadlallah MA, Pal I, Chatterjee JS. Health disparities: A perspective on internal migration and health behavior in Sudan. *Annals of Global Health.* 2020;86(1).

23. Ejecutivo R. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia – 2015
24. Insee. Immigrés et descendants d'immigrés en France [Internet].Insee; 2012.
25. Davie E, Mazuy M. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Population (Wash DC). 2011 Feb 14;Vol. 65(3):475–511.
26. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Lydié Nathalie, Observatoire régional de santé (Ile-de-France), Impr. Fabrègue). Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH-sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements. INPES; 2007.
27. Tribalat M, Garson J-P, organizadores. Cent ans d'immigration, étrangers d'hier, français d'aujourd'hui apport démographique, dynamique familiale et économique de l'immigration étrangère. Paris: Presses Univ. de France [u.a.]; 1991. p. 301. Available from: [https://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1992\\_num\\_33\\_4\\_5638](https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_4_5638)
28. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Artículos de Investigación Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. 2019 Dic; 84( 6): 460-468.

## **GRAFICOS Y TABLAS**



**Tabla 1. Características sociodemográficas**

	<b>n=352</b>	<b>%</b>
<b>Edad Me (RIC)</b>	25,7 (20 - 30)	
13 – 18	59	16,8%
19 – 26	142	40,3%
27 – 46	151	42,9%
<b>Régimen de salud</b>		
Particular	4	1,14
Subsidiado	2	0,57
Vinculado (DADIS)	346	98,3
<b>Estrato de residencia</b>		
1	131	37,22

2	185	52,56
3	36	10,23
<b>Municipio de residencia</b>		
Arjona	15	4,26
Bayunca	1	0,28
Cartagena de Indias	307	87,22
Clemencia	2	0,57
Mahates	1	0,28
María La Baja	3	0,85
San Cristóbal	1	0,28
San Estanislao	2	0,57
San Juan Nepomuceno	3	0,85
Santa Catalina	1	0,28
Santa Rosa	3	0,85
Turbaco	12	3,41
Villa Nueva	3	0,85
<b>Departamento de procedencia</b>		
Apure	1	0,28
Caracas	208	59,09
Maracaibo	75	21,31
Mérida	5	1,42
Táchira	30	8,52

---

**Estrato de procedencia**

Alto	4	1,14
Bajo	62	17,61
Medio	286	81,25

**Tiempo de migración**

≤ 1 Año	78	22,16
1 ≥ Años	274	77,84

**Nivel educativo**

Primaria	179	50,85
Secundaria	122	34,66
Técnico	41	11,65
Profesional	6	1,70
Ninguno	4	1,14

**Ocupación**

Ama de casa	186	52,84
Empleada	2	0,57
Estudiante	13	3,69
Independiente	115	32,67
Sin ocupación	36	10,23

**Vivienda**

Arrendada	254	72,16
Familiar	95	26,99

---



Propia	3	0,85
--------	---	------

Fuente: Base de datos.

**Tabla 2.** *Antecedentes Gineco obstétricos*

	<b>n = 352</b>	<b>%</b>
<b>Gestación</b>		
1	73	20,74
2	95	26,99
3	80	22,73
4	60	17,05
5	34	9,66
6	4	1,14
7	2	0,57
8	1	0,28
9	2	0,57
12	1	0,28
<b>Paridad</b>		
0	158	44,89
1	81	23,01
2	32	9,09
3	49	13,92
4	26	7,39

5	1	0,28
6	1	0,28
7	2	0,57
8	1	0,28
9	1	0,28
<b>Abortos</b>		
1	281	79,83
2	56	15,91
3	13	3,69
4	2	0,57
<b>Cesaría</b>		
0	285	80,97
1	36	10,23
2	28	7,95
3	3	0,85
<b>No. Legrados previos</b>		
0	285	80,97
1	56	15,91
2	11	3,13
<b>Edad gestacional</b>		
5	2	0,57

6	29	8,24
7	17	4,83
8	62	17,61
9	39	11,08
10	74	21,02
11	18	5,11
12	40	11,36
13	20	5,68
14	19	5,40
15	8	2,27
16	12	3,41
18	3	0,85
19	5	1,42
20	4	1,14
<b>PIG</b>		
<1 año:	46	13.07%
1-2 años	126	35.89%
>2-<5 años	67	19.03%
>5 años:	45	12.69%
No aplica	68	19.32%
<b>Planificación Previa</b>		
No	208	59,09

---

Si	144	40,91
<b>¿Cuál método de planificación?</b>		
ACOS	42	11,93
Condón	15	4,26
DIU	12	3,41
Implante Subdérmico	2	0,57
Inyección Mensual	28	7,95
Inyección Trimestral	45	12,78
Ningún Método	208	59,09
<b>Planificación actual</b>		
No	294	83,52
Si	58	16,48
<b>¿Por qué?</b>		
Desconoce Métodos	59	16,76
Deseo De Gestación	81	23,01
Falta De Dinero	7	1,99
Lactancia Materna	9	2,56
No Desea Planificar	1	0,28
No Deseo De Concepción	58	16,48
No Sabe Como Acceder	133	37,78
Religión	4	1,14
<b>¿Cual?</b>		

---

ACOS	17	4,83
Condón	16	4,55
DIU	1	0,28
Implante subdérmico	1	0,28
Inyección mensual	5	1,42
Inyección trimestral	18	5,11
Ninguno	294	83,52
<b>ITS</b>		
No	320	90,91
Si	32	9,09
<b>Diagnostico</b>		
Aborto retenido	91	25,85
Aborto séptico	251	71,31
Incompleto	10	2,84
<b>Embarazo deseado</b>		
No	271	76,99
Si	81	23,01
<b>Aborto provocado</b>		
No	255	72,44
Si	97	27,56
<b>Tipo de legrado uterino realizado</b>		
Aspiración al vacío AMEU	268	76,14

Dilatación y curetaje	84	23,86
-----------------------	----	-------

Fuente: Base de datos.

ACOS: Anticonceptivos orales.

DIU: Dispositivo intrauterino

ITS: Infección de transmisión sexual

**Tabla 3.** Comparación entre la variable Antecedentes Gineco-Obstétrico Edad gestacional y PIG

		Edad Gestacional						
		≤12 sem		>12 sem*		Total		p
		N	%	n	%	n	%	
PIG**	≤ 1 Años	35	12,50%	11	15,50%	46	13,1	0.423
	1-2 Años	99	35,20%	27	38,00%	126	35,8	
	>2-<5 Años	52	18,50%	15	21,10%	67	19,0	
	≥5 Años	35	12,50%	10	14,10%	45	12,8	
	No Aplica	60	21,40%	8	11,30%	68	19,3	

Fuente: Base de datos.

PIG: Periodo intergenésico

ME: Media, ±s: Desviación estándar, IC 95%: intervalo de confianza, (≠) Kruskal Walli

\*Sem: Semana

\*\*PIG: Periodo intergenésico

**Tabla 4.** Comparación entre Planificación familiar previo a la gestación que finalizó en aborto, y planificación familiar en el momento de dicha gestación.

		Planificación en Gestación previa			
		No		Si	
		n	%	n	%
Planificación actual	NO	197	67,0%	97	33,0%
	SI	11	19,0%	47	81,0%

Fuente: Base de datos.

**Tabla 5.** Comparación entre método anticonceptivo usado previamente y causa de no continuidad

		¿Cuál método usaban previo al último aborto?													
		ACOS		Condón		DIU		Implante Subdérmico		Inyección Mensual		Inyección Trimestral		Ningún Método	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Por qué no continuo el método anticonceptivo?	Desconoce	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	59	100,0%
	Deseo de gestación	2	2,5%	1	1,2%	2	2,5%	1	1,2%	10	12,3%	3	3,7%	62	76,5%
	Falta de dinero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%	5	71,4%	0	0,0%
	Lactancia materna	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	33,3%	6	66,7%
	No desea planificar	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
	No deseo de concepción	16	27,6%	12	20,7%	1	1,7%	1	1,7%	7	12,1%	10	17,2%	11	19,0%
	No sabe cómo acceder	24	18,0%	2	1,5%	9	6,8%	0	0,0%	9	6,8%	24	18,0%	65	48,9%
	Religión	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%



**Tabla 6.** Relación entre el deseo de gestación y la naturaleza intensional del aborto.

		Evento Provocado			
		No		Si	
		n	%	N	%
<b>Embarazo deseado</b>	<b>No</b>	176	64,9%	95	35,1%
	<b>Si</b>	79	97,5%	2	2,5%

Fuente: Base de datos.

**Tabla 7.** Comparación entre la naturaleza intensional del aborto y el diagnóstico final con que fue clasificado en la historia clínica.

		Evento Provocado			
		No		Si	
		N	%	N	%
<b>Diagnóstico</b>	<b>Aborto retenido</b>	71	78,0%	20	22,0%
	<b>Aborto séptico</b>	178	70,9%	73	29,1%
	<b>Incompleto</b>	6	60,0%	4	40,0%

Fuente: Base de datos.

**Tabla 8.** Tipo de procedimiento realizado según el diagnóstico final consignado en la historia clínica.

		Procedimiento Realizado			
		legrado uterino obstétrico por aspiración al vacío AMEU		Legrado uterino obstétrico por dilatación y curetaje	
		n	%	n	%
Diagnóstico	Aborto Retenido	72	79,1%	19	20,9%
	Aborto Séptico	187	74,5%	64	25,5%
	Incompleto	9	90,0%	1	10,0%

## GLOSARIO

- **AMEU:** Aspiración Manual Endouterina (24)
- **ACOS:** Anticonceptivos orales combinados
- **ITS:** Infección de Transmisión sexual
- **DIU:** Dispositivo intrauterino
- **FUM:** Fecha de última Menstruación
- **PIG:** Periodo intergenésico
- **EG:** Edad Gestacional
- **ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists
- **ENDS:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud
- **OIM:** Organización internacional para las Migraciones
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **SISBEN:** Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
- **CMRC:** Clínica Maternidad Rafael Calvo

## ANEXOS

### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PACIENTES MIGRANTES VENEZOLANAS SOMETIDAS A LEGRADO UTERINO POR ABORTO EN LA CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO, DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020 Y SU IMPACTO EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo y financiamiento de la CLÍNICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO.

Entiendo que este estudio busca conocer las características sociales y demográficas de las pacientes migrantes venezolanas que acudieron a la Clínica Maternidad Rafael Calvo para realización de Legrado Uterino por aspiración (AMEU) y legrado instrumentado en el periodo comprendido entre primero de enero de 2010 a diciembre de 2020; Establecer una base de datos estadísticas que nos permita identificar los posibles factores que influyeron en el desenlace de la gestación en la población migrante; Determinar la incidencia que ha tenido el cambio migratorio en la población de mujeres residentes en Cartagena y como afecta las estadísticas de salud; Y analizar el impacto que ha tenido las pacientes inmigrantes en la población estudiada de abortos con base a lo cual se puedan desarrollar a posterior proyectos sociales que impacten en dichas estadísticas y en la salud sexual y reproductiva de la población cartagenera) y sé que mi participación se llevará a cabo desde mi domicilio o lugar en el que me encuentre, mediante una llamada telefónica realizada por el investigador en horario diurno entre las 7:00 am a 7:00 pm y consistirá en responder una encuesta que demorará alrededor de 5 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con María Eugenia García Pizarro, Investigador Principal. Contactos: mariaeu482@gmail.com, Tel: 3004365151

## Anexo 2.

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha del Procedimiento: \_\_\_\_\_

Nombre				Edad				Tipo Doc			
Identificación				Teléfono				EPS			
Régimen	Vinculado			Subsidiado			Contributivo	Particular			
Nivel Educativo	No estudió	Primaria		Secundaria		Media Académica	Profesional	Especialista		Técnico/Tecnólogo	
Ocupación	Estudiante	Ama de Casa		Empleado		Independiente		Ninguna			

DIRECCIÓN RESIDENCIA ACTUAL						País					
Departamento								Municipio			
Corregimiento, Caserio, Vereda								Barrio			
Estrato	1	2		3		4		5		6	
Tipo de Vivienda	Propia			Alquiler			Familiar				

DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA			País				Departamento				
Estrato	Medio	Alto		Bajo							
¿Hace cuánto migró a Colombia?											

#### ANTECEDENTES

Primigestante				Multigestante		G	P	C	A	E	
Legrados previos	SI	NO				Vivos		Muertos			
FUM				EG FUM		Periodo intergenésico:					
Ecografía	SI	NO		EG ECO							
Planificación Previa	NO		SI		¿Cuál?						
Planificación durante la actual gestación				NO		¿Por qué?					
				SI		¿Cuál?					
Antecedente de ITS:				SI		NO					

<b>Diagnóstico:</b>							
Embarazo deseado		NO		SI			
Resultado clínico		vivo		Muerto			