

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

105

CAUSAS DE ACEPTACION Y RECHAZO  
ANTICONCEPTIVO EN EL POSTABORTO

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
E S P E C I A L I S T A E N :  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
DR. SALVADOR MONTOYA MANZANO

ASESOR: M. EN C EDGARDO M. GARCIA HERNANDEZ



IMSS

MEXICO, D. F.

1999

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

CAUSAS DE ACEPTACION Y RECHAZO ANTICONCEPTIVO EN EL POSTABORTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA

EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA EL:

DR. SALVADOR MONTOYA MANZANO

TUTOR: M. EN C. EDGARDO M. GARCIA HERNANDEZ

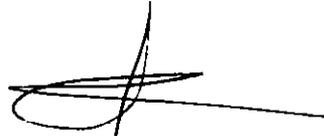
MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 1999

**HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"**

**CAUSAS DE ACEPTACION Y RECHAZO ANTICONCEPTIVO EN EL POSTABORTO**

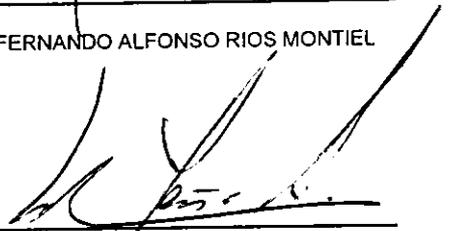
DIRECTOR DE LA UNIDAD



---

DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E  
INVESTIGACION MEDICA DE LA UNIDAD



---

DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL

ASESOR DE TESIS



---

M. EN C. EDGARDO M. GARCÍA HERNÁNDEZ

## **Agradecimientos**

Se agradece la colaboración de las siguientes personas para la realización de esta tesis

M. en C. Edgardo M. García Hernández

Enf. Irma Irene Méndez Balderas

## **Dedicatoria**

A mis padres, Francisco y María de Jesús  
por la mejor herencia que me han dejado

A mi esposa María de la Luz  
por su apoyo y estímulo constante

A mis hijos Francisco Salvador y Eduardo  
por todo el tiempo que les debo y ejemplo de superación

A mis hermanas Susana y María Soledad por su apoyo

## CAUSAS DE ACEPTACION Y RECHAZO ANTICONCEPTIVO EN EL POSTABORTO

### Resumen

**Objetivo:** determinar las causas que motivan la aceptación o el rechazo de algún método anticonceptivo

**Diseño:** estudio prospectivo, comparativo y transversal

**Material y Métodos:** Se realizaron 191 encuestas a pacientes en el postaborto inmediato, formándose dos grupos, aceptante (n=75) y no aceptantes (n=116) en la UTQ, sala de recuperación y tercer piso del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "LCA". Los dos grupos se compararon mediante t de Student y contraste de proporciones.

**Resultados:** no hubo diferencias estadísticamente significativas en las características generales de cada grupo como edad, edad de la menarca e inicio de la vida sexual, edad de unión, escolaridad, edad del primer embarazo, número de embarazos, edad gestacional del último embarazo que culminó en aborto, uso previo de métodos de planificación familiar y su experiencia con los mismos, causas de suspensión del uso de anticonceptivos, explicación sobre el método anticonceptivo más adecuado, calidad de la información otorgada, si deseaban un nuevo embarazo o no y el tiempo probable de espera para embarazarse nuevamente. Cuando se analizaron las causas de no aceptación, se encontró que en el 26.72% la información que se dio no fue suficiente ni adecuada para despejar las dudas de la paciente y en el 20.68% el método no fue ofertado. Se informó de alguna contraindicación médica en solo el 6.03% de los casos. Los métodos anticonceptivos de las aceptantes fueron dispositivo intrauterino en 64%, hormonales inyectables en 16.00%, hormonales orales 13.33%, oclusión tubaria bilateral en 5.33% y preservativo en 1.33%. La cobertura anticonceptiva en este periodo fue del 39.27%. El formato de consentimiento informado se encontró en solo el 13.33%.

**Conclusiones:** La cobertura anticonceptiva en el postaborto podría incrementarse ofreciéndola en forma sistemática a todas las pacientes. La información que se brinda debe ser clara y suficiente para aclarar dudas y temores, ofreciendo el mejor método anticonceptivo de acuerdo a sus expectativas reproductivas, empleando el consentimiento informado como un refuerzo a la información otorgada.

## INDICE

ANTECEDENTES	7
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSION	13
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16
TABLAS	18

## ANTECEDENTES

En la antigüedad, los métodos de control de la población incrementaban las tasas de mortalidad, ya que se lograba mediante el infanticidio, el aborto y los sacrificios humanos. Posteriormente, iniciaron métodos de control natal menos drásticos como el prepubescente, el coito interrumpido, la lactancia prolongada, el matrimonio tardío y el celibato (1). Aún actualmente, el aborto se emplea como método de control natal ya sea legal o ilegalmente (2).

Hasta hace 50 años aproximadamente, se tomó conciencia de que la planificación familiar es un derecho del individuo tomando en cuenta su salud y bienestar, ya que el número excesivo de hijos es perjudicial para la salud de la madre y el espaciamiento de los embarazos es esencial para la seguridad del binomio madre-hijo (1). En México, el programa de planificación familiar se inició en 1973 (3). La religión y la cultura juegan un papel muy importante en el desarrollo de la planificación familiar, por lo que es indispensable integrar estos programas a la cultura local de las comunidades para incrementar y fomentar su uso (4).

Con base a estimaciones realizadas por la Organización de las Naciones Unidas, se considera que la prevalencia del uso de algún método anticonceptivo entre mujeres casadas es del 51% en el ámbito mundial, en tanto que disminuye a menos del 45% en regiones menos desarrolladas; además se estima que más de 500 000 mujeres mueren anualmente en todo el mundo por complicaciones del embarazo (5). Con base a datos del Consejo Nacional de Población, se estima que hasta 1992, la prevalencia del uso de anticonceptivos en mujeres de 15-49 años en México era del 63% (6).

La elección de un método anticonceptivo depende de múltiples factores, tales como conocimiento del método, efectividad, duración de la protección y reversibilidad, accesibilidad, retorno de la fertilidad y efectos secundarios (3). La usuaria del algún método, después de haber recibido suficiente información acerca del mismo debe seleccionar el adecuado para su estilo de vida en particular (3,4). Algunas mujeres rehusan utilizar algún método debido a los efectos secundarios (2) o bien debido a que la información acerca de los diferentes anticonceptivos no aclara en forma adecuada sus dudas (7).

Uno de los mejores momentos para aplicar la anticoncepción es inmediatamente después del evento obstétrico (7,8). En México, de acuerdo al informe anual correspondiente a 1996 de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cobertura anticonceptiva en el posparto y poscesárea se elevaron, pero la tasa de anticoncepción postaborto no. En un estudio se encontró que las tasas de aceptación en programas de planificación familiar fueron menores a las esperadas, debido a falta de información sobre planificación familiar y el empleo de terminología confusa para la paciente, sobre todo cuando se trata de la aceptación de métodos anticonceptivos en el postaborto (9). Con relación a este aspecto, es poco lo que se encuentra en la literatura mundial. En algunos países se ha estudiado el aborto terapéutico, sin embargo no se ha tocado el aspecto de la anticoncepción (10). Algunos autores se han preocupado por desarrollar programas educativos sobre la efectividad de métodos anticonceptivos en el postaborto, encontrando que la cobertura anticonceptiva se incrementó en aquellas pacientes que habían recibido información previamente; aquellas mujeres que inicialmente no habían aceptado algún método, lo hicieron posteriormente a su inclusión en el programa educativo (11,12).

En un artículo se manifiesta la necesidad de la anticoncepción postaborto cuando ocurren abortos inducidos o en aquellas pacientes con embarazos no deseados (13,14). Por otra parte, se considera que la incidencia del aborto espontáneo es del 15%-20% (15). La aceptación de algún método anticonceptivo en el postaborto teóricamente elevaría el periodo intergenésico y de esta forma contribuiría a disminuir la presentación de este evento.

El objetivo de este trabajo es el determinar las características de las pacientes que aceptan y no aceptan algún método anticonceptivo y las causas de aceptación o rechazo.

## **MATERIAL Y METODOS**

Este trabajo se desarrolló en los servicios de Tococirugía, Recuperación y Planificación Familiar del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" en conjunto con la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil de la Delegación 3 Suroeste del D.F.

En el periodo comprendido del 1º de marzo al 30 de agosto de 1998, mediante la técnica de entrevista directa, se aplicó una encuesta a toda paciente sometida a un legrado uterino instrumental (LUI) por aborto en cualquiera de sus modalidades, aceptantes o no de algún método de planificación familiar en el postaborto inmediato y sin contraindicación médica para el uso de anticonceptivos. Se incluyeron 191 mujeres divididas en dos grupos, el grupo 1 de aceptantes (n=75) y el grupo 2 no aceptantes de algún método anticonceptivo (n=116).

Todos los resultados se expresan en media  $\pm$  desviación estándar (DE). Para comparar los resultados de ambos grupos se empleó la prueba t de Student y chi cuadrada.

## RESULTADOS

Todos los resultados están expresados en media  $\pm$  desviación estándar. La edad de las aceptantes fue de  $26.39 \pm 5.58$  años y de  $26.66 \pm 5.33$  para las no aceptantes (no significativa, N.S.). La edad de la menarca para el grupo 1 fue a los  $12.69 \pm 1.79$  años mientras que para el grupo 2 fue de  $12.75 \pm 1.82$  (N.S.). Las aceptantes iniciaron la vida sexual activa a los  $19.12 \pm 3.10$  mientras las que no adoptaron algún método lo hicieron a los  $19.48 \pm 3.99$  años. La edad de unión del primer grupo se presentó a los  $19.67 \pm 3.62$  años, de estas pacientes 68.00% eran casadas, 20.00% vivían en unión libre al momento del estudio y 12.00% eran solteras. Las no aceptantes se unieron a  $21.15 \pm 4.66$  años y su estado civil fue casadas en 56.89%, unión libre 25.00%, 0.86% viudas y 16.37% continuaban solteras.

La escolaridad de las aceptantes fue primaria en 10.66%, secundaria 56.00%, preparatoria 20.00% y profesional 13.33%. Para las no aceptantes, 0.86% no tuvo educación formal, 14.65% cursaron la primaria, 53.44% la secundaria, el 23.27% preparatoria y 7.75% terminaron la licenciatura. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En las aceptantes, el primer embarazo se presentó a los  $21.13 \pm 4.13$  años, siendo deseado en el 92.00% de los casos. Para las no aceptantes el primer embarazo fue a los  $21.25 \pm 4.37$  años y fue deseado en 90.51% (no se encontraron diferencias significativas). El número de embarazos de las aceptantes fue de  $2.47 \pm 1.22$  y para las no aceptantes de  $2.28 \pm 1.12$ . El número de partos, cesáreas, abortos e hijos vivos se detalla en la tabla 1.

Con respecto a la experiencia anticonceptiva previa, la edad en que las aceptantes utilizaron un método anticonceptivo fue a los  $21.54 \pm 4.17$  años, el 24.00% de las mujeres nunca empleó un método anticonceptivo previamente; para las no aceptantes la edad fue de  $20.64 \pm 3.83$  con 31.03% que nunca empleó algún método. El 57.33% de las aceptantes mujeres usó algún método antes del último embarazo que culminó en aborto; mientras que las no aceptantes lo hicieron en 51.72%. La distribución de los métodos utilizados se detalla en la tabla 2. La experiencia anterior con los métodos anticonceptivos fue buena en 51.17%, regular en 27.90% y mala en 20.93% para

las aceptantes, mientras que las no aceptantes la refirieron como buena 61.66%, regular 20.00% y mala 18.33%.

Antes del último embarazo que culminó en aborto, 57.33% de las aceptantes emplearon algún método, de estas el 48.83% los suspendieron porque deseaban embarazarse, el 34.88% por efectos secundarios o complicaciones, tales como dismenorrea severa, trastornos menstruales, dispareunia e infecciones cervicovaginales. El 11.62% se embarazó al estar utilizando el método anticonceptivo, mientras que el 4.65% los suspendió por vasectomía de la pareja. Para las no aceptantes 51.72% utilizaron algún método, suspendiéndolo el 48.33% por deseo de embarazo, el 25.00% por complicaciones, mientras que el 26.66% se embarazó mientras utilizaba el anticonceptivo, sin embargo al efectuar la comparación de los dos grupos no se encontraron diferencias significativas.

La edad gestacional del último embarazo que culminó en aborto fue de  $10.13 \pm 3.85$  semanas para las aceptantes mientras que las no aceptantes fue de  $10.40 \pm 3.77$  semanas. En 73.33% y 82.75% de los casos el embarazo era deseado para las aceptantes y no aceptantes respectivamente.

De las aceptantes (n=75) solo 45.33% (n=36) recibieron una explicación sobre el método anticonceptivo más adecuado, de estas, consideraron la explicación clara el 75.00% (n=27), mientras. Como clara, se define el que la explicación se haya brindado en lenguaje adecuado y comprensible para la paciente.

Cuando se entrevistó a las no aceptantes sobre las causas de no aceptación, se encontró que en el 26.72% la información que se dio no fue suficiente ni adecuada para despejar las dudas de la paciente, en el 20.68% de los casos no se ofreció método alguno, 12.93% deseaba embarazarse nuevamente, 10.34% contestó que no quería el anticonceptivo sin dar una razón para ello, en 6.03% se le comunicó que había una contraindicación para la utilización del método, 5.17% usaría métodos naturales, 4.31% comentaron que su pareja tiene que decidir por ellas, el 3.44% comentó no tener vida sexual activa actualmente, al 3.44% le dijeron que no se lo dejara poner, 1.72% refirió mala experiencia con métodos previamente, 1.72% por esterilidad, el 1.72% con pareja vasectomizada, 0.86% solicitó el método pero no se le aplicó y 0.86% sin vida sexual actual.

El formato de consentimiento informado se encontró en solo 13.33% de los expedientes de aceptantes revisados. Los métodos aceptados fueron el dispositivo intrauterino en 64.00%, hormonales inyectables 16.00%, los hormonales orales con 13.33%, la oclusión tubaria bilateral en 5.33% y el preservativo en 1.33%. Se obtuvo una cobertura anticonceptiva en este periodo de 39.27%.

## DISCUSION

El programa de planificación familiar se encuentra catalogado como Programa Prioritario no solo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sino en todas las instituciones oficiales y no oficiales del país. En el IMSS, los procedimientos que cada elemento del equipo de salud debe seguir para asegurar la aceptación de un método anticonceptivo tanto en la etapa de intervalo como posparto, transcesárea y postaborto, se encuentra bien definido (8). De la misma forma los lineamientos generales en cuanto a indicaciones, contraindicaciones, modo de uso, efectos secundarios y criterios de selección para la aplicación de métodos anticonceptivos se describen en el Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva (16). De esta forma, la prestación de servicios de planificación familiar dentro de esta institución se encuentran sujetos a una norma vigente para garantizar calidad y eficiencia en el proceso. La normatividad del IMSS, no excluye a la Norma Oficial Mexicana (17), sino que la complementa y la adapta a las características del propio Instituto. En México, al igual que en muchos otros países el aborto es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna. Las mujeres que han tenido un aborto tienen un riesgo mayor que aquellas que nunca han abortado de volver a presentar este evento (18). Después de un aborto, un nuevo embarazo se puede presentar a partir de los diez días de ocurrido el primero, por lo que la inserción de un DIU inmediatamente después del aborto reduce la posibilidad de un embarazo no deseado (19). Algunos autores han demostrado que la aplicación de un DIU en el postaborto tiene menores efectos secundarios y mejores tasas de continuidad que cuando este se aplica en la etapa de intervalo, proponiendo que para prevenir casos de aborto de repetición se aplique un DIU inmediatamente después de haber practicado el LUI, reservando la inserción en la etapa de intervalo a aquellas mujeres en quienes que se espere un sangrado postoperatorio importante, diferiéndose la aplicación hasta su primera menstruación (20). Aunque no fue el objetivo de este trabajo, no se encontraron complicaciones inmediatas por la aplicación de un método anticonceptivo en el postaborto inmediato, lo que concuerda con otro artículo donde se encontró que la inserción de un DIU al finalizar el LUI no se asoció a un incremento en la frecuencia de complicaciones como sangrado, perforaciones e infecciones (21).

La disponibilidad de métodos anticonceptivos y la gama de los mismos permite a la paciente elegir la opción más adecuada de acuerdo a sus expectativas reproductivas y características personales, siempre basados en el concepto de consentimiento informado (22). En este trabajo se encontró que el método de mayor aceptación fue el DIU (64.00%), seguido de los hormonales, tanto inyectables como orales con un 29.33%. La OTB se empleó en solo el 5.33% de las aceptantes.

Las características generales de las pacientes que aceptaron un método anticonceptivo comparadas con aquellas que no lo hicieron fueron similares, lo que indica que la adopción de un método anticonceptivo en el postaborto inmediato depende de otros factores. En la literatura mundial, se le ha dado especial interés a la anticoncepción postaborto inducido, encontrando que los programas educativos pueden retardar el inicio de la vida sexual, incrementar el uso de anticonceptivos y disminuir el número de abortos; de la misma forma, se encontró que la relación entre el empleo de métodos de planificación familiar y el aborto provocado es inversamente proporcional a la eficacia de los mismos (23). En este trabajo se encontró que la no aceptación o rechazo al uso de algún método, depende principalmente de que no se ofrece en forma sistemática el anticonceptivo (20.68%) y que la información que se da en los servicios de labor, expulsión y recuperación no es adecuada ni suficiente (26.72%) para aclarar las dudas y temores que tienen las pacientes. Llama la atención que en las aceptantes solo el 45.33% recibieron información sobre el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo a sus características. Por lo que la información es esencial para la aceptación de un método de planificación familiar (12,13,23)

La información en la literatura mundial relativa a la cobertura anticonceptiva inmediatamente después de un aborto espontáneo es escasa por lo que es necesario continuar la investigación en este campo.

## CONCLUSIONES

La cobertura anticonceptiva postaborto es una forma adecuada para ampliar el período intergenésico corto y prevenir la presentación de nuevos abortos en embarazos posteriores.

Las actividades educativas basadas en consejería y el consentimiento informado son esenciales para que la información dada a las pacientes sea clara y adecuada, para que la elección del método anticonceptivo sea con base a sus expectativas reproductivas con amplio conocimiento del método aplicado.

Los métodos de planificación familiar se deben ofrecer en forma sistemática a toda paciente con diagnóstico de aborto en cualquiera de sus modalidades a su ingreso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rosenfield A, Fathalla MF. Planificación de la familia: introducción y aspectos generales. En: F.I.G.O. Manual de reproducción humana. The Parthenon Publishing Group. New York. 1994. 117-137.
2. Ingelhammar E, Möller A, Svanberg B, Törnborn M, Lilja H. The use of contraceptive methods among women seeking legal abortion. *Contraception* 1994;50:143-151
3. Guzmán-García S, Snow R, Aitken I. Preferences for contraceptive attributes: voices of women in Ciudad Juárez, México. *Int Fam Plan Persp* 1997;23:52-58
4. Warwick DP. Culture and management of family planning programs. *Stud Fam Plan* 1988;19:1-18
5. Fisher AA, Way AA. The demographic and health surveys program. An overview. *Int Fam Plan Perspect* 1988;14:15-19
6. Situación de la planificación familiar en México: indicadores de anticoncepción. Consejo Nacional de Población (CONAPO), México D.F. 1994
7. Arredondo JM, Keller A. Evaluación del componente de promoción en el programa postparto-postaborto. *Sal Pub Mex* 1978;20:401-412
8. Manual de metodología anticonceptiva. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D. F., 1997
9. Trussel J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. *Stud Fam Plann* 1987;18:237-238
10. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *Int Fam Plann Perspect* 1997;23:59-67&72
11. Hardy E, Herud K. Effectiveness of a contraceptive education program for postabortion patients in Chile. *Std Fam Plann.* 1975;6:188-191
12. Brooke R, Mohai H, Laurentia A. Contraception and abortion in Rumania. *Lancet* 1993;341:875-878
13. Sulak P, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescents and older women. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:2042-2048

14. Rubio LB. Anticoncepción. Estado actual. Asociación Médica del Hospital Americano Británico Cowdray. México, 1994
15. Hatasaka HH. Recurrent miscarriage: epidemiologic factors, definitions , and incidence. Clin Obstet Gynecol 1994;37:625-634
16. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Manual para el uso de metodología anticonceptiva. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D. F. 1996
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Mayo 1994, México D. F.
18. Morales del Olmo RA, Vega A, Fuentes G, Perez Palacios G. Anticoncepción postaborto. Ginecol Obstet Mex 1998;66:65-8
19. Lehfeldt H, Immediate postabortio insertion of an IUD. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1984;17:141-7
20. Matrljan I, Randic L. [Advantages and disadvantages of IUD insertion immediately after abortion]. Jugosl Ginekol Opstet 1982;22:43-59
21. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T Postabortal insertion of IUD. Adv Contracept 1986;2:387-392
22. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Guia para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D. F. 1996
23. Bromham DR, Oloto EJ. Trying to prevent abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997;2:81-87

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Distribución de acuerdo al número de embarazos, partos, cesáreas, abortos e hijos vivos

	Aceptantes n* (media ± DE**)	No aceptantes n* (media ± DE**)	p
Embarazos	185 (2.47 ± 1.22)	264 (2.28 ± 1.13)	N.S.§
Partos	68 (0.91 ± 1.21)	74 (0.64 ± 0.86)	N.S.
Cesáreas	23 (0.31 ± 0.57)	40 (0.35 ± 0.63)	N.S.
Abortos	94 (1.25 ± 0.52)	150 (1.29 ± 0.61)	N.S.
Hijos vivos	93 (1.08 ± 0.27)	110 (0.94 ± 0.86)	N.S.

\* Número total de embarazos, partos, cesáreas e hijos vivos

\*\* Desviación estándar

§ No significativo

Tabla 2. Tipo de método anticonceptivo empleado previo al aborto motivo de inclusión al estudio

Método anticonceptivo	Aceptantes n (%)	No aceptantes n (%)
Ninguno	32 (42.67%)	56 (48.28%)
Hormonales orales	5 (6.67%)	12 (10.34%)
Hormonales inyectables	3 (4.00%)	4 (3.44%)
Dispositivo intrauterino	22 (29.33%)	27 (23.28%)
Preservativo	10 (13.33%)	16 (13.79%)
Espermicidas	3 (4.00%)	1 (0.86%)
Total	75 (100.00%)	116 (100.00%)