

PERSISTENCIA DE LA INTERRUPCIÓN INSEGURA DEL EMBARAZO EN LA ERA DE LA DESPENALIZACIÓN EN COLOMBIA: REFLEXIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

PERSISTENCE OF UNSAFE PREGNANCY TERMINATION IN THE ERA OF DECRIMINALIZATION IN COLOMBIA: A CASE-BASED REFLECTION

Espinosa Mejía Luis Alfredo¹, Jaime González Fredy Fernando²,
Riaño López Héctor Luis³.

Recibido: 15 de Enero de 2026.

Aprobado: 15 de Marzo de 2026

RESUMEN

Introducción: En Colombia, a pesar de la Sentencia C-055 de 2022 que despenaliza el aborto hasta la semana 24, persisten barreras de acceso que perpetúan la práctica de abortos inseguros. **Reporte del caso:** Se presenta un caso de una paciente femenina de 33 años, tras acudir a un establecimiento farmacéutico para una IVE, fue sometida a un manejo farmacológico irracional resultando en un aborto séptico por la retención de un cuerpo extraño intrauterino. **Conclusión:** Las barreras persistentes desplazan a las pacientes a prácticas clandestinas elevando la morbimortalidad; es urgente fortalecer la planificación y la educación para eliminar el estigma y asegurar una atención oportuna.

Palabras clave: *Aborto inducido; Aborto séptico; interrupción voluntaria del embarazo; Cuerpos extraños; Mortalidad materna*

ABSTRACT

Introduction: In Colombia, despite Constitutional Sentence C-055 of 2022, which decriminalizes abortion up to the 24th week of gestation, access barriers persist that perpetuate the practice of unsafe abortions. **Case Report:** A case is presented of a 33-year-old female patient who, after seeking a voluntary termination of pregnancy (VTP) at a pharmaceutical establishment, was subjected to irrational pharmacological management. This resulted in a septic abortion by the retention of an intrauterine foreign body. **Conclusion:** Persistent barriers drive patients toward clandestine practices, increasing morbidity and mortality. It is imperative to strengthen family planning and education to eliminate stigma and ensure timely care.

Cómo citar este artículo: Espinosa Mejía LA, González FF, Riaño López HL. Persistencia de la interrupción insegura del embarazo en la era de la despenalización en Colombia: reflexión, a propósito de un caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(3)89:-94. Abril 2026, ISSN 2981-5800



Keywords: Abortion induced; Abortion Septic; Voluntary termination of pregnancy; Foreign Bodies; Maternal Mortality

Introducción:

El aborto inseguro se define según la OMS como “un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un entorno que no cumple con los estándares médicos mínimos, o ambos” (1).

En Colombia, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un derecho fundamental ratificado por la Sentencia C-055 de 2022 (2), la cual establece que la conducta de interrumpir el embarazo de manera segura no debe estar condicionada a causales hasta la semana 24 de gestación, procediendo únicamente con la manifestación de la voluntad de la persona gestante. Posterior a este límite, se mantienen vigentes las tres causales despenalizadas por la Sentencia C-355 de 2006 (3):

- a) Riesgo para la vida o salud (física, mental o social)
- b) Malformación fetal incompatible con la vida
- c) Embarazo producto de violencia sexual o incesto.

Sin embargo, la despenalización legal no se traduce automáticamente en acceso universal. A pesar de los avances normativos, organizaciones humanitarias advierten que acceder a la interrupción segura del embarazo en Colombia sigue siendo muy difícil, especialmente gestantes localizadas en zona rural (4).

Se presenta caso de una paciente femenina de 33 años, tras acudir a un establecimiento farmacéutico para una IVE de embarazo de edad gestacional desconocida, la cual fue sometida a un manejo farmacológico irracional, resultando en un aborto septico por la retención de un cuerpo extraño intrauterino.

Presentación del Caso

Paciente femenina de 33 años, G3P1A2V1, quien refiere encontrarse en proceso de interrupción del embarazo de edad gestacional desconocida. Inicialmente consultó a un centro de atención primaria; sin embargo, ante la falta de una respuesta oportuna y barreras administrativas, acudió a un establecimiento farmacéutico. Allí administraron una inyección intramuscular de oxitocina y propoxifeno, junto con manipulación vaginal para la inserción de una tableta de misoprostol, y otra dosis por vía oral.

Posteriormente, inició con sangrado vaginal moderado con coágulos, acompañado de dolor pélvico tipo cólico, por lo que consultó a un centro de remisión inicial. Durante su valoración, realizaron una ecografía que evidenció un cuerpo extraño en cavidad uterina, motivo por el cual fue derivada a urgencias ginecológicas.

En el servicio de urgencias ginecológicas, paciente refiere persistencia de sangrado vaginal fétido y dolor pélvico incapacitante. Al examen físico se

Cómo citar este artículo: Espinosa Mejía LA, González FF, Riaño López HL. Persistencia de la interrupción insegura del embarazo en la era de la despenalización en Colombia: reflexión, a propósito de un caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(3)89:-94. Abril 2026, ISSN 2981-5800



encontró álgica, afebril, con signos de inestabilidad hemodinámica, con dolor a la palpación profunda en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. En la especuloscopia se evidenció sangrado fétido y se palpó un cuerpo extraño a nivel del orificio cervical externo (OCE). La ecografía transvaginal confirmó un cuerpo extraño lineal de 45mm en cavidad endometrial, con extremo distal a 50mm de la serosa fúndica y sombra acústica posterior, sin líquido libre en fondo de saco de Douglas ni signos de perforación

La paciente fue trasladada a tocófono, donde se visualizó el objeto protruyendo a través del OCE. Se procedió a la extracción manual inmediata con pinza de Bozeman, recuperando una jeringa de insulina plástica sin aguja (**Imagen 1**). Los paraclínicos reportaron hemograma normal y Beta-HCG cualitativa negativa.



Imagen 1. Jeringa de insulina extraída de cavidad uterina.

Se estableció el diagnóstico de aborto séptico, indicándose hospitalización para esquema antibiótico parenteral dual (Clindamicina + Gentamicina). Completó

72 horas de vigilancia con adecuada evolución clínica, resolución del dolor y ausencia de signos de inestabilidad hemodinámica. Se dio egreso con plan antibiótico ambulatorio e inserción de implante subdérmico como método de anticoncepción post-evento obstétrico

Discusión y conclusión

En Colombia, la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un derecho fundamental ratificado por la Sentencia C-055 de 2022 (2). La normativa define la atención de la IVE como un servicio esencial y prioritario que debe garantizarse en un plazo máximo de cinco días a partir de la manifestación de voluntad (3). Sin embargo, el presente caso ilustra que tanto la despenalización como la ley vigente no son garantía de acceso inmediato ni eliminan automáticamente las barreras para acceder a una IVE segura.

El *aborto inseguro* representa un desafío de salud pública debido a que se encuentra como una de las cuatro principales causas de mortalidad materna global (5), aunque su impacto real suele subestimarse debido al subregistro dado por el temor a las repercusiones legales y al juicio social, les impide a las pacientes el reporte oportuno y la obtención de detalles veraces sobre el procedimiento (6,7).

La literatura reciente identifica múltiples determinantes que intensifican la clandestinidad. Estudios sobre la implementación de la IVE en Colombia señalan que el desconocimiento de la normativa y de las rutas de atención, tanto por parte de las usuarias como de los funcionarios de salud, sumado al estigma

Cómo citar este artículo: Espinosa Mejía LA, González FF, Riaño López HL. Persistencia de la interrupción insegura del embarazo en la era de la despenalización en Colombia: reflexión, a propósito de un caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(3)89:-94. Abril 2026, ISSN 2981-5800

por parte de la sociedad actúan como barreras de entrada críticas al sistema (8,9). Adicionalmente, las barreras estructurales, la escasez de profesionales capacitados, especialmente en zonas rurales, la estricta regulación sobre la distribución de medicamentos inductores y la falta de implementación de protocolos en las instituciones de salud, fomentan la automedicación informal sin asegurar garantía ni supervisión clínica (8,10).

Los métodos clandestinos abarcan desde la administración oral o vaginal de fármacos tóxicos y la inserción transcervical de objetos punzantes, hasta maniobras de trauma abdominal externo. Estas prácticas, ejecutadas frecuentemente por personal sin entrenamiento médico, son la causa principal de complicaciones agudas como hemorragia, sepsis y perforación uterina, así como secuelas crónicas que incluyen infertilidad y fístulas vesicovaginales o rectovaginales (5,7).

Respecto al manejo farmacológico de la IVE, los regímenes más estudiados para el aborto médico combinan mifepristona, un antiprogéstano que bloquea los receptores de progesterona y sensibiliza el útero, con prostaglandinas como el misoprostol, las cuales ablandan el cuello uterino e inducen fuertes contracciones para la expulsión (11). Los manejos incoherentes e ineficaces debido al desconocimiento farmacológico exponen a las pacientes no solo a fallos en la interrupción, sino a complicaciones innecesarias y al retraso en la búsqueda de atención médica adecuada, situación que se correlaciona con los hallazgos del caso mencionado.

En conclusión, este caso demuestra que la despenalización legal es una condición necesaria pero insuficiente para garantizar el acceso a procedimientos seguros. La persistencia de complicaciones derivadas de abortos inseguros subraya la urgencia de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva en todos los niveles de atención. Es fundamental optimizar la cobertura de los servicios de planificación familiar y la educación médica continua para mitigar las barreras socioculturales y el estigma, factores que continúan desplazando a las pacientes hacia prácticas inseguras de alto riesgo.

Bibliografía

1. Haddad, L. B., y Nour, N. M. (2009). Unsafe abortion: Unnecessary maternal mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 122–126. PMID: 19609407; PMCID: PMC2709326.
2. Corte Constitucional de Colombia. (21 de febrero de 2022). Sentencia C-055/22 (M. S. Antonio José Lizarazo Ocampo y Alberto Rojas Ríos).
3. Pantoja Castrillón, A. F. (Marzo de 2013). *Análisis de la Sentencia C-355 de 2006*. Boletín Instituto de Estudios Constitucionales, 34.
4. Médicos Sin Fronteras Colombia. (2023). *Aborto en Colombia: las barreras persisten*.
5. Médicos Sin Fronteras Colombia. (17 de abril de 2023). *Las consecuencias del aborto no seguro*.
6. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., &

Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323–e333.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)

7. Gatter, M., & Cleland, K. (2011). Medical Management of Abortion. En M. Paul, E. S. Lichtenberg, B. L. Borgatta, A. S. Grimes, P. G. Stubblefield, & M. D. Creinin (Eds.), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138200/>

8. Brack, C. E., Roa, M., & Gómez, S. D. (2023). Abortion decriminalization in Colombia: A new era for sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 160(S1), 39–45. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14552>

9. Arévalo-Parada, J. C. (2024). La objeción de conciencia en el personal de salud frente a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia: un análisis desde la Sentencia C-055 de 2022 (Tesis de maestría, Universidad del Rosario). Repositorio Institucional Universidad del Rosario.

10. Enright, S., & Gilleen, J. (2023). Decriminalization of abortion: A human rights imperative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 160(S1), 32–38. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14551>

11. Say, L., Kulier, R., Gülmezoglu, M., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD002855.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub4>

¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander. lespinosa4@unab.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-1645-8468>

² Médico general, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander. fjaime@unab.edu.co; <https://orcid.org/0009-0003-2872-5732>

³ Médico general, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander. hriano139@unab.edu.co. [ORCID: 0000-0001-7267-6585](https://orcid.org/0000-0001-7267-6585)