

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A UN AÑO EN PACIENTES POSTABORTO QUE RECHAZARON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN PUEBLA, MÉXICO

**ONE-YEAR FOLLOW-UP RESULTS IN POST-ABORTION
PATIENTS WHO REFUSED FAMILY PLANNING METHODS
AT A SECONDARY HOSPITAL IN PUEBLA, MEXICO**

Paola Vanessa Farrera López

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Jorge Ayón Aguilar

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Diana Bagatella Mier

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Rosa María Andrea Rodríguez Vargas

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Amy Jocelyn Mengual Ku

Universidad de las Americas Puebla, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20466

Resultados del Seguimiento a un Año en Pacientes Postaborto que Rechazaron Método de Planificación Familiar en un Hospital de Segundo Nivel en Puebla, México

Paola Vanessa Farrera López¹
paola_farrera96@yahoo.com.mx
<https://orcid.org/0000-0003-2721-5602>
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Jorge Ayón Aguilar
jorgeayonaguilar@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9704-8032>
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Diana Bagatella Mier
Diana.bagatella.m@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1546-0870>
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Rosa María Andrea Rodríguez Vargas
rossymarv_31@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2903-0193>
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Amy Jocelyn Mengual Ku
dra.amymengualku@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-1058-9434>
Universidad de las Americas Puebla
México

RESUMEN

Introducción: La falta de adopción de métodos de planificación familiar posterior a un aborto constituye un factor de riesgo para nuevas gestaciones no planeadas y sus complicaciones asociadas. **Objetivo:** Determinar los resultados del seguimiento a un año en mujeres postaborto que rechazaron método de planificación familiar (MPF). **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal y unicéntrico, realizado en el Hospital General de Zona No. 20 del IMSS (Puebla, México), entre marzo 2023 y marzo 2024. Se incluyeron mujeres de cualquier edad con diagnóstico de aborto en todas sus variantes que rechazaron MPF. **Resultados:** Se incluyeron 151 pacientes, con edad media de 27 años (± 10). El 83.4% cursó aborto incompleto. El 56.3% rechazó MPF por renuencia personal. Durante el seguimiento, el 27.18% presentó una nueva gestación; de ellas, el 47.68% aceptó posteriormente un MPF en su unidad de medicina familiar. No se documentaron complicaciones postevento obstétrico. **Conclusiones:** Las pacientes postaborto que rechazan anticoncepción mantienen un riesgo elevado de nueva gestación en el primer año, lo cual subraya la necesidad de fortalecer la consejería anticonceptiva inmediata y la adherencia al seguimiento en primer nivel de atención.

Palabras clave: aborto, planificación familiar, anticoncepción postaborto, salud reproductiva

¹ Autor principal
Correspondencia: paola_farrera96@yahoo.com.mx

One-year Follow-up Results in Post-Abortion Patients who Refused Family Planning Methods at a Secondary Hospital in Puebla, Mexico

ABSTRACT

Introduction: The lack of adoption of family planning methods after abortion constitutes a risk factor for recurrent unplanned pregnancies and their associated complications. **Objective:** To determine the one-year follow-up outcomes in post-abortion women who rejected family planning methods (FPM). **Methodology:** Observational, descriptive, prospective, longitudinal, and unicentric study conducted at Hospital General de Zona No. 20, IMSS (Puebla, Mexico), between March 2023 and March 2024. Women of any age diagnosed with abortion in any of its variants who rejected FPM were included. **Results:** A total of 151 patients were enrolled, with a mean age of 27 years (± 10). Incomplete abortion was documented in 83.4%. The most frequent reason for rejecting FPM was personal reluctance (56.3%). During follow-up, 27.18% experienced a new pregnancy, of whom 47.68% subsequently accepted FPM at their family medicine unit. No complications related to the obstetric event were reported. **Conclusions:** Post-abortion women who reject contraception remain at high risk of a new pregnancy within the first year, highlighting the need to strengthen immediate contraceptive counseling and adherence to follow-up at the primary care level.

Keywords: abortion, family planning, post-abortion contraception, reproductive health

Artículo recibido 23 septiembre 2025

Aceptado para publicación: 25 octubre 2025



INTRODUCCIÓN

El aborto, en sus distintas modalidades clínicas, representa una de las principales causas de morbilidad en salud reproductiva a nivel mundial. La **Organización Mundial de la Salud (2018)** estima que aproximadamente uno de cada cinco embarazos confirmados culmina en aborto espontáneo durante el primer trimestre y que tres de cada diez embarazos en su conjunto terminan en un aborto inducido, siendo este último responsable de una elevada proporción de complicaciones cuando se practica en condiciones inseguras. Estas cifras evidencian la magnitud del problema como un reto de salud pública, particularmente en países en vías de desarrollo, donde el acceso limitado a servicios seguros incrementa la morbilidad materna.

La atención postaborto constituye una estrategia fundamental en la reducción de riesgos reproductivos, pues integra no solo el manejo de las complicaciones obstétricas inmediatas, sino también la consejería anticonceptiva orientada a prevenir embarazos subsecuentes no planificados. La literatura internacional ha documentado que la ovulación puede restablecerse tan pronto como tres semanas después de la interrupción del embarazo, lo que expone a las mujeres a un riesgo elevado de gestación temprana en ausencia de planificación familiar (Flores-Celis et al., 2022; Organización Mundial de la Salud, 2005). No obstante, la aceptación de un método anticonceptivo posterior a un aborto varía ampliamente según factores socioculturales, acceso a servicios de salud, percepción de los efectos secundarios y decisiones compartidas con la pareja (Keefe-Oates et al., 2019; Nguyen et al., 2007).

En el contexto mexicano, los **Lineamientos Técnicos para la Atención del Aborto Seguro** y el **Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020–2024** destacan la necesidad de ofrecer consejería y acceso universal a métodos anticonceptivos seguros e inmediatos en la etapa postaborto (Flores-Celis et al., 2022). Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, persisten barreras para su adopción, lo cual se traduce en un riesgo sostenido de nuevas gestaciones no planeadas y, en consecuencia, de recurrencia de abortos, con las repercusiones físicas, emocionales y socioeconómicas asociadas (Cleland, 2020; Rocca et al., 2021).

Si bien diversos estudios han caracterizado los factores de aceptación anticonceptiva en distintas regiones, existe escasa evidencia local que describa el desenlace clínico y reproductivo de mujeres que, posterior a un aborto, rechazan activamente un método de planificación familiar. La evaluación de este



grupo resulta crucial para dimensionar el impacto de la no anticoncepción sobre la reincidencia de embarazo y para fundamentar intervenciones de salud pública orientadas a la prevención secundaria.

Por tanto, el objetivo del estudio es determinar los resultados del seguimiento a un año en mujeres postaborto que rechazaron método de planificación familiar en un hospital de segundo nivel en Puebla, México.

METODOLOGÍA

Se diseñó un **estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal**, realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Puebla, México, durante el periodo comprendido de marzo de 2023 a marzo de 2024.

Población de estudio

Se incluyeron mujeres de cualquier edad con diagnóstico de aborto en cualquiera de sus variantes clínicas (inevitable, diferido, incompleto o séptico), que rechazaron la utilización de un método de planificación familiar (MPF) al egreso hospitalario.

Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino con diagnóstico de aborto confirmado.
- Rechazo documentado de MPF al alta hospitalaria.
- Firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que aceptaron algún MPF al egreso.

Criterios de eliminación

- Solicitud de egreso voluntario.
- Expedientes con información incompleta.

Tamaño de muestra

El cálculo se realizó considerando una población de 684 mujeres con antecedente de aborto sin aceptación de MPF reportada en la literatura, con prevalencia estimada de recurrencia del 10%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Se determinó un tamaño mínimo de muestra de 93 pacientes. Finalmente, se incluyeron **151 pacientes consecutivas** que cumplieron los criterios establecidos.

Variables y mediciones

Las variables analizadas incluyeron:

- **Sociodemográficas:** edad, ocupación, escolaridad.
- **Clínicas:** tipo de aborto, procedimiento de evacuación uterina, complicaciones postaborto.
- **Reproductivas:** motivo de rechazo del MPF, aceptación posterior de anticoncepción en seguimiento, ocurrencia de nueva gestación durante el año posterior al evento obstétrico.

Procedimiento

Todas las pacientes fueron manejadas con evacuación uterina quirúrgica mediante legrado uterino instrumentado o aspiración manual endouterina (AMEU). Se otorgó consejería anticonceptiva inmediata. Aquellas que rechazaron la anticoncepción fueron citadas a seguimiento durante un año en consulta externa y en su unidad de medicina familiar.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados en **SPSS versión 25**. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión (media $\pm$ desviación estándar o mediana y rango intercuartílico según distribución). Las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité local de investigación y ética en salud del IMSS. Se garantizó confidencialidad de la información y apego a la Declaración de Helsinki. Todas las pacientes firmaron consentimiento informado previo a su inclusión.



RESULTADOS

Se incluyeron **151 pacientes** con diagnóstico de aborto en cualquiera de sus variantes que rechazaron un método de planificación familiar (MPF) al egreso hospitalario. La **edad media** fue de 27 años (± 10), con un rango de 15 a 44 años. El 60.9% de las participantes se encontraban laboralmente activas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

Método de evacuación	% (n)		
AMEU	82.8% (125)		
Legrado uterino	17.2% (26)		

Variable	Media $\pm$ DE Rango % (n)		
Edad (años)	27 $\pm$ 10	15–44	—
Ocupación activa	—	—	60.9% (92)
Escolaridad $\geq$ secundaria	—	—	58.3% (88)

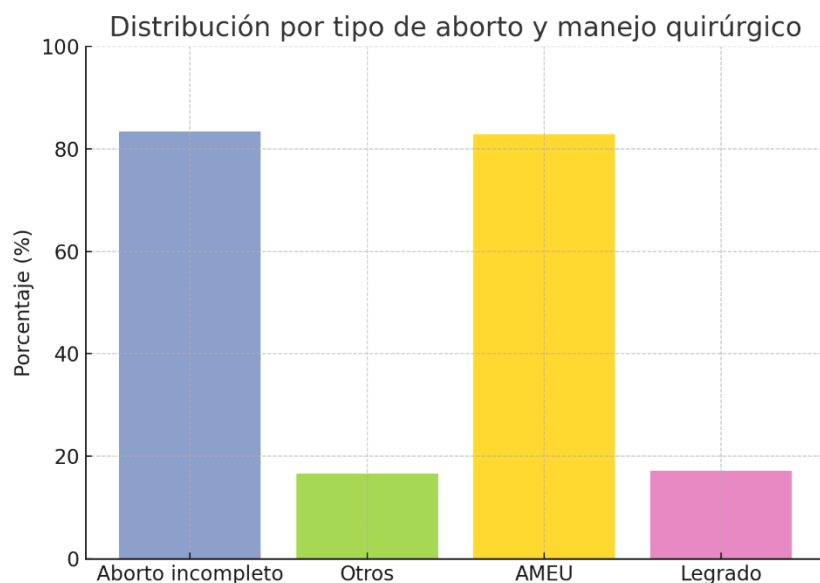
Características clínicas

El **aborto incompleto** fue la presentación más frecuente (83.4%), seguido por aborto diferido, inevitable y séptico en menor proporción. Todas las pacientes recibieron manejo quirúrgico: **aspiración manual endouterina (AMEU)** en el 82.8% y **legrado uterino instrumentado** en el 17.2%.

Tabla 4-5. Tipo de aborto y manejo quirúrgico

Tipo de aborto	% (n)
Aborto incompleto	83.4% (126)
Otros (diferido, inevitable, séptico)	16.6% (25)

Grafica 1. Distribución por tipo de aborto y manejo quirurgico



Motivos de rechazo del MPF

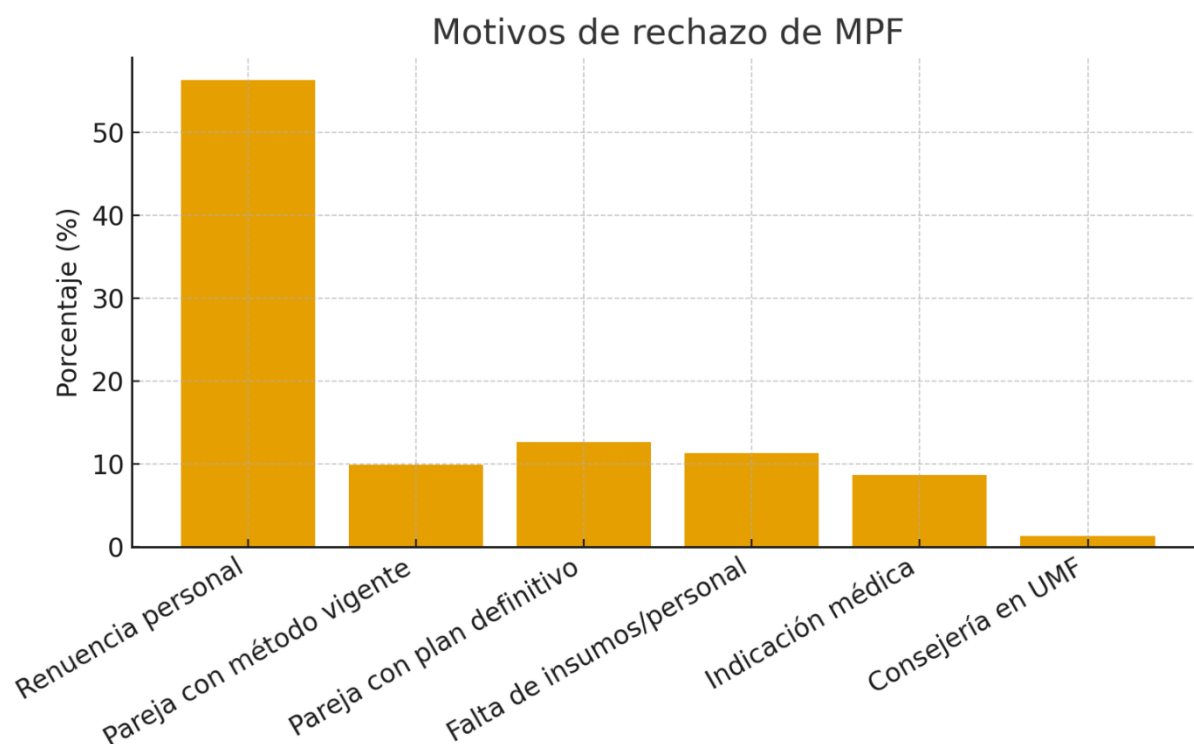
Las principales razones reportadas fueron:

- Renuencia personal al método: 56.3%.
- Pareja con método anticonceptivo vigente: 9.9%.
- Pareja próxima a realizarse anticoncepción definitiva: 12.6%.
- Falta de insumos o personal para su colocación: 11.3%.
- Contraindicación médica: 8.6%.
- Preferencia de consejería en su unidad de medicina familiar: 1.3%.

Tabla 2. Motivos de rechazo de método de planificación familiar

Motivo de rechazo	% (n)
Renuencia personal	56.3% (85)
Pareja con método vigente	9.9% (15)
Pareja con plan de método definitivo	12.6% (19)
Falta de insumos o personal	11.3% (17)
Indicación médica	8.6% (13)
Preferencia de consejería en UMF	1.3% (2)

Garficio 2. Motivos de rechazo de Método de Planificación Familiar



Seguimiento reproductivo

Durante el año de seguimiento:

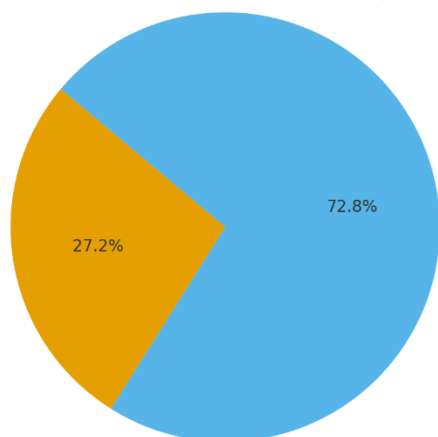
- **27.18% (41 pacientes)** presentó una nueva gestación.
- **72.82% (110 pacientes)** no se embarazó.
 - De este grupo, el **47.68%** aceptó posteriormente un MPF en su unidad de medicina familiar.
 - El **52.32%** continuó rechazando anticoncepción.

Tabla 3. Evolución reproductiva durante el seguimiento (1 año)

Resultado	% (n)
Nueva gestación	27.18% (41)
Sin nueva gestación	72.82% (110)
—Aceptaron MPF en UMF posterior	47.68% (52)
—Continuaron rechazo de MPF	52.32% (58)

Gráfico 3. Evolucion Reproductiva durante el seguimiento. Representando el color naranja “nueva gestación” y color azul “Sin nueva Gestación”.

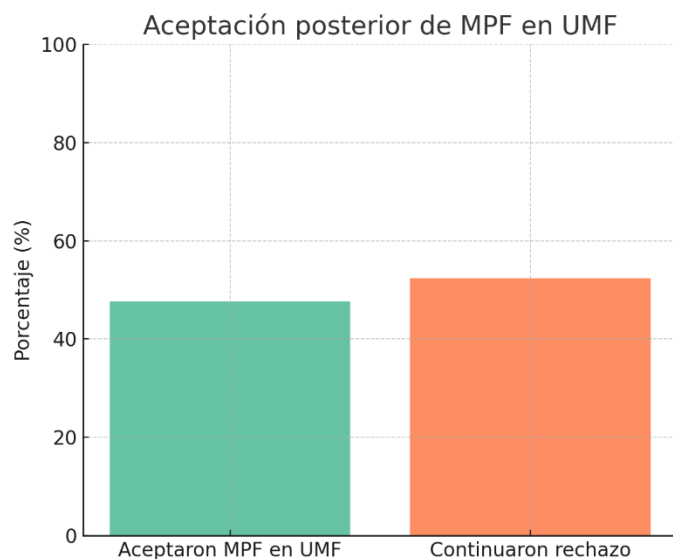
Evolución reproductiva durante el seguimiento



Complicaciones

No se documentaron complicaciones graves posteriores al evento obstétrico ni durante el seguimiento.

Gráfico 4. Aceptacion posterior de MPF en UMF



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que las mujeres que rechazan la anticoncepción inmediata postaborto mantienen un riesgo significativo de presentar una nueva gestación en el primer año de seguimiento, con una incidencia de **27.18%**, lo que corresponde a aproximadamente una de cada cuatro pacientes. Esta cifra, aunque menor al 85% reportado por la **Organización Mundial de la Salud (2018)** respecto a mujeres que suspenden anticonceptivos en el primer año, confirma la vulnerabilidad reproductiva de esta población y subraya la necesidad de intervenciones inmediatas y efectivas en el primer nivel de atención.

En cuanto a los motivos de rechazo del MPF, la **renuencia personal** representó más de la mitad de los casos (56.3%). Este hallazgo coincide con lo descrito por **Nguyen et al. (2007)** en Vietnam, quienes identificaron que, pese a que el 84% de las mujeres manifestaba intención de usar anticonceptivos tras un aborto, solo la mitad inició efectivamente un método en la visita de seguimiento. Dicho fenómeno sugiere que la consejería inicial, aunque indispensable, no es suficiente por sí misma si no se acompaña de estrategias de adherencia y seguimiento reforzado.

El papel de la **pareja masculina** como determinante en la decisión reproductiva resultó evidente en un 22.5% de los casos, ya sea por contar con un método anticonceptivo vigente o por planear un procedimiento definitivo. Estudios en África subsahariana han documentado que los atributos y decisiones de la pareja influyen de manera directa en la elección anticonceptiva de las mujeres (Bizuneh & Azeze, 2021). Este hallazgo reafirma la necesidad de programas de consejería dirigidos no solo a la paciente, sino también a su pareja, a fin de promover decisiones compartidas basadas en evidencia y corresponsabilidad reproductiva.

Por otra parte, la **falta de insumos o personal capacitado** para la colocación de métodos anticonceptivos en el contexto hospitalario se identificó en un 11.3% de los casos, lo que pone de manifiesto deficiencias estructurales que perpetúan la brecha entre la recomendación normativa y la práctica clínica. En contraste, estudios en Honduras han reportado una mayor aceptación anticonceptiva cuando los servicios garantizan disponibilidad inmediata y consejería estructurada (Castro & Paz, 2021). La comparación con experiencias latinoamericanas es reveladora: en un estudio multicéntrico en Perú, seis de cada diez mujeres que cursaron aborto no utilizaban anticonceptivos previos al evento, y la



aceptación posterior fue baja (Reyes-Arteaga & Alarcón-Gutiérrez, 2021), en concordancia con lo observado en nuestra cohorte. Asimismo, investigaciones en Colombia reportan prevalencias de anticoncepción cercanas al 78% (Espitia de la Hoz, 2020), lo que representa un contraste con nuestra población, donde menos de la mitad aceptó posteriormente un MPF. Esta diferencia pone de relieve la influencia de factores socioculturales y de acceso en la dinámica reproductiva de cada región.

En nuestro estudio, la ausencia de complicaciones clínicas posteriores al evento obstétrico podría atribuirse a la atención institucional protocolizada y al uso predominante de la aspiración manual endouterina, técnica avalada por organismos internacionales como segura y efectiva (Valverde-Espinoza & Barja-Ore, 2019). Sin embargo, la reincidencia de gestaciones no planeadas constituye en sí misma una complicación de gran relevancia, al exponer nuevamente a las pacientes a la posibilidad de abortos recurrentes, riesgos obstétricos y repercusiones psicosociales.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de la **consejería anticonceptiva inmediata, el fortalecimiento de la disponibilidad de métodos en todos los niveles de atención y la inclusión de la pareja en la toma de decisiones**. La implementación de estrategias integrales orientadas a la prevención secundaria es clave para reducir la recurrencia de abortos y sus consecuencias, especialmente en poblaciones de alto riesgo como la nuestra.

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que las mujeres que rechazan un método de planificación familiar inmediatamente posterior a un aborto mantienen un riesgo considerable de presentar una nueva gestación en el primer año de seguimiento, con una incidencia de uno de cada cuatro casos. Este hallazgo refuerza la necesidad de considerar la no aceptación anticonceptiva como un factor pronóstico de recurrencia de embarazo no planeado y, en consecuencia, de sus potenciales complicaciones obstétricas y sociales.

La renuencia personal fue el motivo predominante para rechazar anticoncepción, lo cual subraya la relevancia de fortalecer las estrategias de consejería inmediata, adaptadas a las particularidades socioculturales de cada paciente. Asimismo, la influencia de la pareja masculina y las limitaciones institucionales en la disponibilidad de insumos revelan la multidimensionalidad del problema y la necesidad de abordajes integrales que incluyan tanto la perspectiva individual como la de pareja y el



fortalecimiento del sistema de salud.

La ausencia de complicaciones clínicas significativas posteriores al evento obstétrico en esta cohorte puede atribuirse a la aplicación protocolizada de técnicas seguras como la aspiración manual endouterina. Sin embargo, la reincidencia de embarazos no planificados debe considerarse una complicación reproductiva mayor, con implicaciones en la salud física, mental y social de las mujeres afectadas.

En este contexto, resulta imperativo que las instituciones de salud refuercen la consejería postaborto, aseguren la disponibilidad inmediata de métodos anticonceptivos y promuevan la corresponsabilidad de la pareja en la toma de decisiones reproductivas. El impacto de estas intervenciones trasciende la esfera individual y se refleja en una mejoría en los indicadores de salud pública, reducción de embarazos no deseados, y en el empoderamiento de las mujeres en el ejercicio de sus derechos reproductivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bahamondes, L., Villarroel, C., & Frias-Guzmán, N. (2018). The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: Current landscape and recommendations. *Human Reproduction Open*, 2018(1), hox030. <https://doi.org/10.1093/hropen/hox030>
2. Bizuneh, A. D., & Azeze, G. G. (2021). Uso de la planificación familiar post-aborto, preferencia de método y sus factores determinantes en África Oriental: Una revisión sistemática y metaanálisis. *Systematic Reviews*, 10(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01731-4>
3. Bustillo-Urbina, R., & González-Castro, M. (2021). Métodos anticonceptivos en adolescentes postaborto en Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 89(2), 96–102. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89i2.12526>
4. Castro, R., & Paz, J. (2021). Métodos anticonceptivos elegidos por mujeres después de aborto en un hospital público de Honduras. *Revista Médica Hondureña*, 89(2), 96–102. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89i2.12526>
5. Cleland, J. (2020). The complex relationship between contraception and abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.007>
6. Espitia de la Hoz, F. J. (2020). Métodos anticonceptivos: Tasa de prevalencia y caracterización



- en mujeres del Eje Cafetero, Colombia, 2016-2019. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 9(3), 10–17. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020200>
7. Flores-Celis, K., Collado-Peña, S., González-Barreda, M., et al. (2022). Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México. *Secretaría de Salud*. <https://bit.ly/LTMACNEGSR>
 8. Guevara-Ríos, E., Carranza-Asmat, C., & Meza-Santivañez, L. (2021). Caracterización epidemiológica, anticoncepción y bienestar psicológico en mujeres a dos años post aborto terapéutico. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(2), 9–16. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021100>
 9. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2020). Acceso al aborto y seguridad con COVID-19. <https://www.figo.org/es/acceso-al-aborto-y-seguridad-con-covid-19>
 10. Keefe-Oates, B., Makleff, S., Sá, E., et al. (2019). Experiences with abortion counselling in Mexico City and Colombia: Addressing women's fears and concerns. *Culture, Health & Sexuality*, 21(7), 774–788. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1604995>
 11. Morgan-Ortiz, F., Muñoz-Acosta, J., Valdez-Quevedo, R., et al. (2010). Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(1), 46–52.
 12. Nguyen, M. H., Gammeltoft, T., & Rasch, V. (2007). Situation analysis of quality of abortion care in the main maternity hospital in Hai Phòng, Viet Nam. *Reproductive Health Matters*, 15(29), 172–182. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)29283-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)29283-3)
 13. Organización Mundial de la Salud. (2005). Informe de una consulta técnica de la OMS sobre el espaciamiento de los nacimientos: Ginebra (Suiza), 13 a 15 de junio de 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855>
 14. Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención del aborto peligroso. Ginebra: OMS.



15. Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Social Science & Medicine*, 269, 113567.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113567>
16. Reyes-Arteaga, P., & Alarcón-Gutiérrez, J. (2021). Factores asociados a anticoncepción en mujeres post legrado por aborto incompleto: Estudio multicéntrico. *Universidad Privada Antenor Orrego, Perú*.
17. Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.
<https://bit.ly/LTMACNEGSR>
18. Valverde-Espinoza, N., & Barja-Ore, J. (2019). Método anticonceptivo de elección en el postaborto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(12), 814–819.
<https://doi.org/10.24245/gom.v87i12.3436>
19. World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
20. Yegon, E., Lusiola, G., & Baynes, C. (2020). Post-abortion fertility desires, contraceptive uptake and unmet need for family planning: Voices of postabortion care clients in Tanzania. *Journal of Biosocial Science*, 52(6), 817–834. <https://doi.org/10.1017/S0021932020000607>

