

Anticoncepción posevento obstétrico

Dra. Luisa Fernanda Muñoz Fernández

Ginecóloga y Obstetra de la Universidad de Antioquia

Docente del Departamento de Ginecología
y Obstetricia de la Universidad de Antioquia

Introducción

Situación en Colombia

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS- es un estudio poblacional que se realiza cada cinco años desde 1990 con el objetivo de caracterizar la población, monitorizar metas y hacer seguimiento al cumplimiento de los objetivos propuestos enmarcados, entre otros, en los Objetivos de desarrollo sostenible. La última publicación de este documento corresponde al año 2015 y permitió evaluar los cambios demográficos de los colombianos en los años comprendidos entre 2010-2015.

La ENDS ha permitido analizar en el tiempo el comportamiento de las familias respecto al número de embarazos, hijos, abortos y el acceso a los métodos anticonceptivos; en el último reporte se destacó que ha disminuido drásticamente en el país el nivel de fecundidad de 6.7 hijos/mujer en 1967 a 2 hijos/mujer en el año 2015. (1) Este dato corresponde a los cambios de configuración de las familias, el rol de la mujer en la sociedad y, con seguridad, al aumento de disponibilidad, conocimiento y acceso de la sociedad a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, el análisis detallado de esta variable permite observar que “la fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas y en los quintiles más bajos de riqueza y en los de menor nivel de educación” (1) e, incluso, hay

variaciones importantes según la región del país que se estudie porque es preciso tener en cuenta la gran disparidad que hay en nuestro territorio.

De los nacimientos y embarazos evaluados en el momento de la encuesta el 49.5% está representado por hijos deseados, el 29.2% hubiera deseado esta gestación para un tiempo después y el 21.3% refirió francamente que era una gestación no deseada. Estos datos demuestran la necesidad que tienen las mujeres en el conocimiento de métodos más efectivos y el acceso a ellos; de hecho, en el país el uso de métodos altamente efectivos y reversibles como los dispositivos intrauterinos e implantes subdérmicos es menor al 10%, aunque viene con una ligera tendencia en aumento desde 2010.

Periodo intergenésico

En vista de que las recomendaciones sobre el tiempo ideal entre un embarazo y otro variaban ampliamente, según las Guías disponibles; la Organización Mundial de la Salud OMS, de la mano de United Nations Children’s Fund Unicef y United States Agency for International Development (Usaid), realizó una revisión de la literatura disponible en el tema en Ginebra 2005. Existía gran variabilidad en la terminología por lo que se acordó que “Intervalo entre parto y embarazo” (birth-to-pregnancy interval BTP) era el término estandarizado para presentar las recomendaciones,

que sugieren, ante todo, evaluarse de acuerdo con la edad de las parejas, aspiraciones de fertilidad, circunstancias económicas y preferencias personales. En términos generales, el mayor grupo de riesgo para prematuridad, muerte fetal y bajo peso al nacer fue para los intervalos menores a 18 meses; sin embargo, luego de analizar todas las variables se acordó designar 24 meses como el tiempo ideal. También sugieren, en caso de ser necesario, evaluar cada riesgo de manera individual, lo que puede hacerse a través de la revisión de la Guía o los meta-análisis.

Satisfacer las necesidades de las mujeres en cuanto a planificación familiar y acceso a los métodos anticonceptivos es todavía una tarea por cumplir por parte del personal de salud.

En este contexto, se hace necesario que todas las mujeres reciban consejería anticonceptiva en el momento que lo deseen y requieran y, con mayor razón, las que llegan a los servicios de salud posterior a cualquier evento obstétrico: parto luego de un embarazo, aborto o embarazo ectópico.

Anticoncepción reversible de larga acción

Los mayores avances en anticoncepción en la última década, más que el desarrollo de dispositivos o medicamentos nuevos, consiste, entre otras, la evidencia aportada por el estudio Choice, un proyecto norteamericano que analizó el comportamiento en uso de métodos anticonceptivos de mujeres de 15-49 años, luego de recibir consejería anticonceptiva y eliminar las barreras económicas puesto que administraban los métodos anticonceptivos sin costo. Los resultados fueron contundentes: la mayoría eligió **métodos reversibles de larga duración Larcs** (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos) a pesar de que su uso en ese medio era menor al 10%, lo que demostraba que el desconocimiento de las pacientes sobre la efectividad de los métodos y su uso, además de las limitaciones de acceso, son determinantes en la elección de anticonceptivos. Además, en el estudio Choice, lograron demostrar que los métodos Larcs son 20 veces más efectivos que las píldoras e inyectables. (2) De igual manera, la Organización Mundial

🌸 **Gráfica 1.** Recomendaciones sobre Intervalo entre parto-embarazo OMS (2)



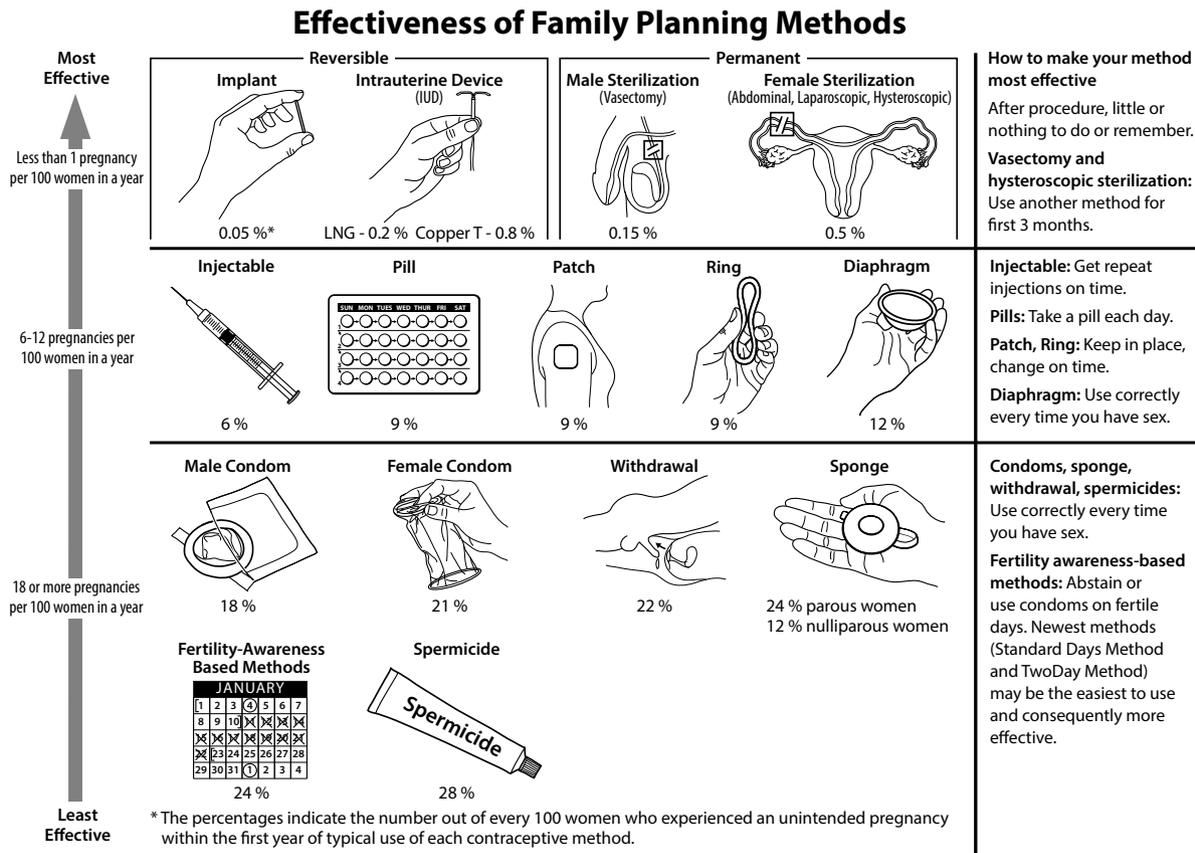
de la Salud y el CDC, Centers for Disease Control and Prevention, han promovido, en sus manuales para proveedores, los implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos tal como puede observarse en la Gráfica 2: Efectividad de los métodos de planificación.

Anticoncepción posparto

Fisiología de la reproducción en el posparto

Posterior al parto y alumbramiento, los niveles de gonadotropina coriónica humana BHCG descienden y, finalmente, desaparecen alrededor de dos a tres semanas posparto.

Gráfica 2. Efectividad de los métodos de planificación.



CS 242797

CONDOMS SHOULD ALWAYS BE USED TO REDUCE THE RISK OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS.

Other Methods of Contraception

Lactational Amenorrhea Method: LAM is a highly effective, temporary method of contraception.

Emergency Contraception: Emergency contraceptive pills or a copper IUD after unprotected intercourse substantially reduces risk of pregnancy.

Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD; Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.



U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

La primera sospecha diagnóstica, en caso de un aumento de los niveles de BHCG, debe ser la enfermedad trofoblástica gestacional. (3) Durante este mismo tiempo los niveles de gonadotropinas se encuentran bajas y el retorno a los ciclos ovulatorios y a la menstruación están directamente relacionados con la lactancia materna por el efecto supresor que tiene sobre los pulsos de liberación de la hormona liberadora de gonadotropinas GnRH.

En las mujeres que no lactan, el tiempo medio para ovular luego del parto se encuentra entre 45-94 días; sin embargo, hay reportes de ciclos ovulatorios tan tempranos como 25 días. Es importante recordar que hasta el 70% de las primeras menstruaciones eran precedidas por ciclos ovulatorios por lo que, si la mujer se encontraba confiando en la amenorrea como método de planificación, el riesgo de una gestación posterior estaría presente.

Las mujeres que lactan presentan, usualmente, un retraso en el inicio de los ciclos ovulatorios por la supresión endocrina modulada por la prolactina. Las características de la lactancia materna inciden también en el grado de supresión del neuro-eje; es por esto que los métodos anticonceptivos, basados en la lactancia materna, requieren que las mujeres lleven menos de seis meses posparto, estar lactando exclusivamente (sin administrar agua al bebé y sin intervalos mayores de cuatro horas entre cada toma) y estar en amenorrea. Si alguna de estas condiciones no se cumple totalmente, el riesgo de reiniciar ciclos ovulatorios aumenta y, por tanto, se aconseja usar un método alterno de planificación tan pronto como cuatro semanas. (4) Algunas Guías, como The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare FSHR, avalada por el Royal College of Obstetricians & Gynecologist RCOG de 2017, sugieren iniciar la anticoncepción antes de 21 días posparto, o de manera inmediata cuando quiera que sea deseada y médicamente elegible. (5)

¿Cuándo se debe informar a las mujeres sobre anticoncepción en el posparto?

Actualmente, tanto las Guías norteamericanas como las europeas, coinciden en recomendar que la discusión sobre el plan reproductivo de una mujer y su familia se inicie desde el embarazo mismo en las visitas prenatales por cuanto les permite realizar un análisis de cada una de las opciones propuestas, discutir las con sus familias, en caso de ser necesario, y evitar la toma de decisiones apresuradas; (4) especialmente, en el caso de los métodos que pueden administrarse en el posparto inmediato como dispositivos intrauterinos o implantes subdérmicos. Si estas alternativas no se han discutido previamente con la familia es poco probable que sean una elección y, mucho más, que su inicio sea previo al alta hospitalaria.

En Colombia, la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, sugiere que **en las visitas prenatales antes o a la semana 36 se discuta sobre planificación familiar** y autocuidado posnatal. (6) Esta estrategia debe ser conocida por todo el personal de salud involucrado en el cuidado materno/perinatal; médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Entender que la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos altamente efectivos son una estrategia importante en la prevención de la morbi-mortalidad materna permite comprender el interés de las diferentes agremiaciones médicas en sugerir que, incluso si el acceso de una mujer a un centro de salud es para la vacunación o revisión médica del recién nacido, se deba indagar sobre el uso de métodos anticonceptivos, dar consejería y, en el mejor de los casos, suministrar el método elegido. (4)

¿Cuándo iniciar un método anticonceptivo en el posparto?

Algunas parejas reinician sus relaciones sexuales antes de las seis semanas posparto y requieren consejería en anti-

concepción para decidir si desean un método anticonceptivo. Si una mujer inicia algún método antes de las cuatro semanas posparto, no se considera que haya necesidad de descartar un embarazo. (4)

En los últimos años se ha promovido la **anticoncepción en el posparto inmediato** porque se han identificado múltiples barreras que limitan a las mujeres a retornar a los servicios de salud. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, ACOG, reporta que cerca del 40% de las mujeres no atiende a la cita de control posnatal cuando se programa entre cuatro a seis semanas luego del evento y esta cifra puede ser mayor en las poblaciones de recursos limitados o residencia lejana a los centros de salud. Esta situación deja a la población sin acceso a consejería, formulación y administración de métodos anticonceptivos. (7)

Para comprender el momento y las condiciones requeridas para que una mujer inicie un método anticonceptivo en el posparto e, incluso previo al alta hospitalaria, es oportuno conocer los criterios médicos de elegibilidad CME, que es una clasificación del 1 al 4 basada en la seguridad del uso de un método anticonceptivo específico en cada circuns-

tancia. Es una Guía para que el personal de salud evalúe la pertinencia de uso de cada método a la vez que analiza otros factores como costo/efectividad y eficacia antes de sugerir a las pacientes una u otra opción. (8)

¿Cuáles métodos son seguros en el posparto?

Los criterios médicos de elegibilidad presentan, de manera organizada, el resumen de las recomendaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos en el posparto con o sin lactancia materna. Existen múltiples versiones, pero la más conocida, que pertenece a la Organización Mundial de la Salud, es “*Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*”, revisada en 2015; sin embargo, otras agremiaciones han adaptado también esta clasificación con algunas modificaciones para sus poblaciones; en el Reino Unido: “*UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC)*”, y para los Estados Unidos: “*U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*”. Las últimas corresponden al año 2016. Los temas de anticoncepción en el posparto y durante la lactancia materna presentan diferencias sutiles. En la Tabla 1, adaptada de la Guía del Reino Unido, se re-

🌸 **Gráfica 3.** Clasificación de los CME para el uso de anticonceptivos (9)



Fuente: Creación de autor.

sumen, de manera fácil de visualizar, los CME para cada condición y, en los casos en que exista una diferencia entre la Guía europea y la OMS, se presentará como dos números europea/OMS.

Dispositivos intrauterinos

Tanto los dispositivos intrauterinos de cobre como los de liberación de Levonorgestrel **pueden insertarse desde el posparto inmediato** luego de la expulsión de la placenta hasta las 48 horas siguientes. Después de este tiempo se recomienda esperar cuatro semanas posparto en vista de la mayor tasa de expulsión y la evidencia limitada. Los datos para los dispositivos intrauterinos de LNG 13.5mg (Jaydess®) son

extrapolados de los estudios de LNG52mg (Mirena®) pero se consideran igualmente seguros en el posparto inmediato. (5) En este caso se resalta la importancia de haber discutido con la paciente durante el control prenatal la inserción del dispositivo luego del alumbramiento, para tener coordinados los dispositivos e insumos y el personal entrenado.

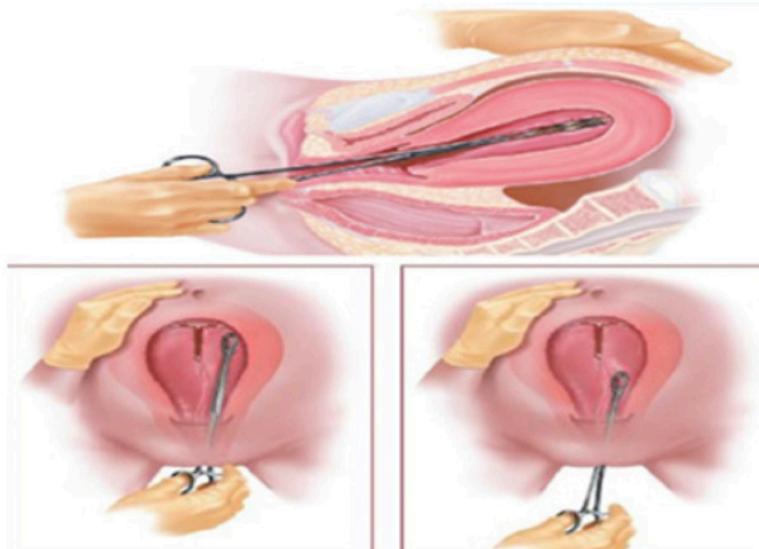
La técnica de inserción de un dispositivo intrauterino durante el posparto inmediato requiere entrenamiento especial, pues, por el tamaño del útero, requiere algunas variaciones a la técnica convencional, además de que se recomienda dejar los hilos más largos con el objetivo de visualizarlos y recortarlos en la visita de seguimiento, una vez el útero haya involucionado. Gráfica 4.

Tabla 1. Resumen de los CME de la Guía Reino Unido Ukmec (5)

| Condición clínica | DIU T-cu | LNG-DIU | IMP | AMP | POP | AOC | |
|---|-------------|---------|---------------------|-----|-----|-----|--|
| Posparto (mujer lactando) | | | | | | | |
| a) 0 a <6 semanas | Ver abajo ↓ | | 1/2 | 2/3 | 1/2 | 4 | |
| b) ≥ 6 semanas a < 6 meses | | | 1 | 1 | 1 | 2/3 | |
| c) ≥ 6 meses | | | 1 | 1 | 1 | 1/2 | |
| Posparto (mujeres no lactando) | | | | | | | |
| a) 0 a < 3 semanas | Ver abajo ↓ | | | | | | |
| (i) con otros factores de riesgo para ETEV* | | | 1 | 2 | 1 | 4 | |
| (ii) sin otros factores de riesgo | | | 1 | 2 | 1 | 3 | |
| b) 3 a <6 semanas | | | | | | | |
| (i) con otros factores de riesgo para ETEV* | | | 1 | 2 | 1 | 3 | |
| (ii) sin otros factores de riesgo | | | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| c) ≥ 6 semanas | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Posparto (lactando o sin lactar, incluidos los poscesárea) | | | | | | | |
| a) 0 a <48 horas | 1 | 1/2 | Ya descritos arriba | | | | |
| b) 48 hrs a <4 semanas | 3 | 3 | | | | | |
| c) ≥ 4 semanas | 1 | 1 | | | | | |
| d) Sepsis puerperal | 4 | 4 | | | | | |

ETEV: Enfermedad trombo embólica venosa. DIU T-cu: Dispositivo intrauterino de cobre. LNG-DIU: Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel. IMP: Implantes subdérmicos (levonorgestrel/etonogestrel) AMP: Acetato de medroxiprogesterona. POP: Píldoras de solo Levonorgestrel. AOC: Anticoncepción hormonal combinada.

🌀 **Gráfica 4.** Técnica de inserción del dispositivo intrauterino posparto



Tomado de: Anticoncepción pos evento obstétrico. Dra. Carolina Álvarez. Universidad de Antioquia.

Implantes subdérmicos

Las recomendaciones sobre implantes subdérmicos abarcan tanto los liberadores de Levonorgestrel (Jadelle®) como Etonogestrel (Implanon®) y **su uso está permitido desde el posparto inmediato**, de ahí la necesidad de tener personal entrenado para este fin y los vínculos con aseguradoras para que permitan su uso hospitalario. Como se puede observar en la Tabla 1, existe variación entre el concepto europeo/OMS (1/2); sin embargo, ambas ratifican la posibilidad de uso en el posparto inmediato pero es preciso informar a la paciente para desmitificar acerca de la alteración en la cantidad de la leche materna, cambios en el peso materno o afectación de la reproducción. Todo ello está sustentado en el desconocimiento de las mujeres sobre este método que es considerado, en términos de efectividad, el mejor para prevenir embarazos no deseados. (Tasa de falla de 0.05%).

La técnica de inserción de estos implantes no se modifica por la condición puerperal de la paciente.

Acetato de medroxiprogesterona

El uso de esta progestina intramuscular en el posparto es tal vez uno de los temas que más diferencias presenta en las ya mencionadas Guías. La OMS califica el uso de este medicamento durante las primeras seis semanas como categoría 3 y el sustento para esta recomendación se basa en el riesgo teórico sobre la exposición de los recién nacidos a las hormonas esteroideas a través de la leche materna, a pesar de que existen estudios que demuestran que la AMP no modifica el desarrollo de la lactancia materna y que no hay efectos perjudiciales en la salud de los bebés menores de seis semanas a largo plazo. La OMS considera que el diseño de estos estudios es inadecuado para determinar riesgos graves. A pesar de esta aclaración, reconoce

que: “En muchos lugares la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad son altos, y el acceso a los servicios es limitado. En estos lugares, AMP puede ser uno de los pocos métodos ampliamente disponibles y accesibles para las mujeres que están amamantando inmediatamente después del parto”. (10) Por otro lado, las Guías norteamericanas y europeas coinciden en que **las ventajas del inicio temprano de la anticoncepción con AMP tiene más peso que los riesgos teóricos** y, por eso, lo clasifican en categoría 2 y permiten su uso, incluso desde antes de que las mujeres sean dadas de alta luego de la admisión hospitalaria para la atención del parto.

Anticoncepción hormonal combinada

El uso de métodos anticonceptivos que contienen estrógenos está contraindicado en las primeras seis semanas posparto y en esto coinciden la OMS y demás Guías internacionales por cuanto la clasifican en la categoría 4.

Complicaciones durante la gestación

Es importante recordar que los criterios expuestos aplican en mujeres sanas luego de embarazos no complicados; en caso de que exista alguna comorbilidad preexistente como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus pregestacional o enfermedades reumatológicas, deben tenerse en cuenta los CME para cada una de estas condiciones; en términos generales, estas comorbilidades modificarán el

tipo de método que pueda usarse pero no modificarán la posibilidad o no de iniciar su uso en el posparto inmediato. La Guía europea incluye recomendaciones sobre planificación familiar en mujeres que desarrollaron complicaciones durante la gestación y se muestran a continuación en la adaptación. Tabla 2.

Anticoncepción adicional y emergencia

Las mujeres que inician métodos hormonales hasta 21 días luego del parto no requieren métodos adicionales de respaldo o uso de preservativo o abstinencia. En caso de que el inicio de la anticoncepción hormonal se dé luego de 21 días del evento, se sugiere tomar precauciones adicionales por siete días para los dispositivos intrauterinos de Levonorgestrel, implantes subdérmicos y Acetato de medroxiprogesterona; con el uso de píldoras de solo Levonorgestrel se recomiendan únicamente dos días de precauciones adicionales. (5)

Las mujeres que no han iniciado ningún método anticonceptivo luego de las tres semanas posteriores al parto y han tenido relaciones sexuales de riesgo, pueden utilizar cualquier tipo de anticoncepción de emergencia como Dispositivo intrauterino, Levonorgestrel o Ulipristal.

El dispositivo intrauterino de cobre es el método de emergencia más efectivo y, además, puede continuar siendo usado como método anticonceptivo. En vista de que la

🌸 **Tabla 2.** Resumen CME Reino Unido, para mujeres con gestaciones complicadas. (5)

| Condición | DIU T-cu | LNG-DIU | IMP | AMP | POP | AOC |
|--|----------|---------|-----|-----|-----|-----|
| Historia de elevación de la presión arterial durante el embarazo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Historia de colestasis relacionada con la gestación | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Diabetes (Historia de enfermedad gestacional) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

DIU T-cu: Dispositivo intrauterino de cobre. LNG-DIU: Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel. IMP: Implantes subdérmicos (levonorgestrel/etonogestrel) AMP: Acetato de medroxiprogesterona. POP: Píldoras de solo Levonorgestrel. AOC: Anticoncepción hormonal combinada.

inserción entre las 48 horas y cuatro semanas posparto tiene mayor tasa de expulsión comparado con la inserción posplacentaria o luego de las cuatro semanas, debe advertirse a la paciente de la necesidad de realizar controles que permitan verificar su adecuada ubicación y la posibilidad de continuar usándolo, si así lo quisiera la mujer.

El uso de Levonorgestrel y Acetato de Ulipristal está permitido tanto en mujeres que se encuentran lactando como en aquellas que no lo hacen, ambos son categoría 1. La continuidad de la lactancia con el uso de Levonorgestrel no se ve afectada pues hay evidencia de que no hay efectos adversos en los niños; con el Ulipristal, por el contrario, por la falta de evidencia, el prospecto del medicamento sugiere suspender la lactancia por siete días y extraer la leche y desecharla.

Anticoncepción posaborto

Fisiología de la reproducción luego de un aborto

Luego de un aborto, espontáneo o inducido, una mujer puede retomar ciclos ovulatorios tan pronto como 21 a 29 días. Se estima que **luego de un mes de un aborto de primer trimestre, cerca del 90% de las mujeres ha tenido un ciclo ovulatorio** e, incluso, luego de abortos médicos, se han reportado ovulaciones ocho días después. (5) Teniendo en cuenta que un gran porcentaje de mujeres ha retomado su actividad sexual luego de unas semanas posterior a este evento obstétrico, la necesidad de ofrecer consejería en anticoncepción y el uso inmediato de los métodos anticonceptivos se convierte en una herramienta que busca prevenir nuevos embarazos no deseados o mantener el periodo intergenésico deseado.

¿Cuándo se debe informar a las mujeres sobre anticoncepción en el posaborto?

En el caso de las mujeres que acceden a los servicios de salud para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo,

la consejería anticonceptiva debe ofrecerse desde el mismo instante en que se discuten las diferentes opciones y métodos para realizar esta terminación —médico o quirúrgico— tal como lo establece la OMS en su Guía de manejo para el aborto seguro, publicada en 2012 y en la adaptación para Colombia del Ministerio de Salud: Prevención del aborto inseguro en Colombia. Es preciso recordar que también puede realizarse luego del procedimiento porque lo más importante es que toda mujer a la que se le realice una interrupción voluntaria del embarazo, como parte integral de su atención, debe haber recibido consejería e, idealmente, iniciado un método anticonceptivo. (11)

En el caso de los abortos espontáneos o embarazos no viables las mujeres deben recibir consejería anticonceptiva, sea el caso de que no deseen un nuevo embarazo o si lo desean, postergarlo durante un tiempo. Al igual que las mujeres que consultan para interrupción voluntaria de los embarazos, es ideal que tengan acceso a todos los métodos anticonceptivos y que, si es su deseo, inicien antes del alta hospitalaria por cuanto existe evidencia de que el inicio en estas circunstancias aumenta la posibilidad de uso a largo plazo; algunos estudios han demostrado que cerca de la mitad de las mujeres que fueron programadas para la inserción de un dispositivo intrauterino 2-3 semanas luego de un aborto médico o quirúrgico, no regresó a la cita para anticoncepción. (5)

Como parte de la consejería anticonceptiva, la norma técnica en anticoncepción enfatiza en que las mujeres en situación de aborto pueden corresponder también a poblaciones vulnerables, por lo que la consejería anticonceptiva debe estar fundamentada en la comunicación de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la información, libertad, privacidad, igualdad y justicia sanitaria. (11)

¿Cuáles métodos son seguros en el posaborto?

En términos generales, de acuerdo con los criterios de elegibilidad, **todos los métodos anticonceptivos son segu-**

ros de usar luego de un aborto no complicado en una mujer sana. Deben tenerse consideraciones especiales en las mujeres con comorbilidades o condiciones especiales, como se ha descrito en el apartado de anticoncepción posparto y en los casos de abortos complicados con sepsis. Está contraindicado el uso de dispositivos intrauterinos hasta que no haya resolución completa del evento y su respectivo seguimiento.

En la Tabla 3 se resumen las recomendaciones sobre criterios de elegibilidad para los métodos anticonceptivos luego de un aborto (incluye abortos espontáneos e inducidos) en una adaptación de las Guías europeas. Es menester resaltar que no hay diferencias entre una y otra Guía. La Guía de la OMS para el aborto seguro sugiere la confirmación de que el aborto ha sido completo previo a la inserción de los dispositivos intrauterinos o métodos quirúrgicos para anticoncepción.

Deben tenerse algunas consideraciones especiales para varios métodos anticonceptivos. Los dispositivos intrauterinos pueden iniciarse inmediatamente luego de un aborto quirúrgico; sin embargo, luego de un aborto médico, se recomienda después de la confirmación de expulsión del producto. Recientes estudios han mostrado que el uso de AMP, inmediatamente luego de un aborto médico con mifepristona, previo a la confirmación de expulsión, pudiera ligeramente aumentar el número de embarazos que continúan. Si bien esto es un evento infrecuente en los abortos con mifepristona, se recomienda informar a las mujeres

que, en caso de ausencia de sangrado, no debe atribuirse al método anticonceptivo sin antes descartar un embarazo que continúa.

Los clínicos que atienden mujeres en situación de aborto deben estar al tanto de que las que eligen métodos Larcs inmediatamente luego de un aborto tienen un riesgo significativamente menor de tener un aborto en los dos años siguientes, comparado con las mujeres que eligen métodos de corta acción o salen sin un método instaurado. (5)

Anticoncepción de emergencia y anticoncepción adicional

Las mujeres que inician algún método anticonceptivo antes de cinco días del aborto, médico o quirúrgico, no requieren uso de métodos de barrera o abstinencia.

Aquellas mujeres que iniciaron el método posterior a cinco días, deben usar métodos de barrera o abstinencia según el método elegido y, en concordancia con las recomendaciones previamente expuestas en el apartado de anticoncepción posparto, así: siete días de precauciones adicionales para quienes hayan elegido DIU-LNG, implantes subdérmicos o anticonceptivos hormonales combinados y dos días para las usuarias de píldoras de solo Levonorgestrel. Las usuarias de Dispositivo intrauterino no requieren precauciones adicionales. (5)

Tabla 3. Criterios médicos de elegibilidad para mujeres en situación de aborto. (5)

| Condición | DIU T-cu | LNG-DIU | IMP | AMP | POP | AOC |
|------------------------|----------|---------|-----|-----|-----|-----|
| a) Primer trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) Segundo trimestre | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| c) Pos aborto séptico. | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |

DIU T-cu: Dispositivo intrauterino de cobre. LNG-DIU: Dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel. IMP: Implantes subdérmicos (levonorgestrel/etonogestrel) AMP: Acetato de medroxiprogesterona. POP: Píldoras de solo Levonorgestrel. AOC: Anticoncepción hormonal combinada.

Anticoncepción luego de embarazo ectópico

Luego de un mes del manejo médico o quirúrgico de un embarazo ectópico es posible retomar la fertilidad e, incluso, hay reportes de menor tiempo para ciclos ovulatorios. Todas las mujeres luego de un embarazo ectópico deben recibir consejería anticonceptiva, sea el caso que no deseen más embarazos o que deseen ampliar el intervalo de tiempo entre este evento y un embarazo posterior. Se recomiendan seis meses de espera para un nuevo embarazo con el objetivo de mejorar los desenlaces.

Debe tenerse especial consideración para las mujeres que dentro del manejo del embarazo ectópico recibieron metotrexate, pues, son ampliamente reconocidos los efectos teratogénicos del medicamento. Por ello, se sugiere que debe evitarse una nueva gestación en un periodo de tres meses y, en caso de presentarse un nuevo embarazo, la pareja debe recibir asesoría sobre la continuación del mismo con tamización para malformaciones o la terminación electiva de la gestación. (5)

¿Cuáles métodos son seguros luego de un embarazo ectópico?

Los criterios de elegibilidad en esta circunstancia son extrapolados de los CME para condición de aborto. Ver Tabla 3. De igual manera, se consideran cinco días como el tiempo ideal para inicio de algún método anticonceptivo sin la necesidad de usar precauciones adicionales; posterior a este tiempo, en cualquier relación de riesgo, debe considerarse la anticoncepción de emergencia y las precauciones adicionales para el uso de métodos luego de cinco días del uso de metotrexate o del procedimiento quirúrgico, como se planteó anteriormente.

Conclusiones

Son múltiples las acciones que pueden ser tomadas para favorecer la anticoncepción luego de un evento obstétrico y asegurar que los planes y deseos reproductivos de una mujer sean cumplidos. Durante los controles prenatales se sugiere dar información verbal y escrita sobre planificación familiar para que la mujer y su familia puedan discutirla y tomar decisiones que permitan, en caso de desear dispositivos intrauterinos, tener la disponibilidad de inserción luego de expulsión de la placenta o que, en caso de que el embarazo culmine en cesárea, se haya discutido previamente la posibilidad de realizar métodos quirúrgicos de anticoncepción. En las revisiones posparto, previo al alta hospitalaria y en consulta externa, debe indagarse y ofrecer nuevamente información para asegurar que las pacientes tomen decisiones debidamente informadas. De igual manera, las mujeres en situación de aborto o embarazos ectópicos deben recibir información basada en eficacia y pertinencia de los métodos según sea su caso individual y el inicio inmediato favorece la continuidad en el tiempo del método y disminuye la tasa de embarazos no deseados.

Es muy importante recordar que en las actuales condiciones de nuestro sistema de salud, el acceso a las instituciones hospitalarias y servicios de salud de estas mujeres tal vez sea el único contacto con personal capacitado y entrenado en anticoncepción; es por esto que debemos trabajar cada día para asegurar que la consejería y el inicio de los métodos anticonceptivos se dé en el marco de la misma atención y no en citas o controles posteriores en los que sobra evidencia para demostrar el ausentismo y la falta de disponibilidad y acceso por trámites administrativos o situaciones socio-económicas propias de muchas de nuestras pacientes.

Situación actual en nuestro medio

En la ciudad de Medellín son muy pocas las instituciones de segundo o tercer nivel de atención que tienen dentro de

sus servicios obstétricos integrados los servicios de planificación familiar y atienden la población más vulnerable, las interrupciones voluntarias del embarazo y los embarazos de riesgo y mujeres con antecedentes médicos importantes. La mayoría de las mujeres en el posparto y posaborto son dadas de alta sin haber recibido consejería o acceso al uso de métodos efectivos de anticoncepción Larcs, a pesar de que existe evidencia científica que ha demostrado que, cuando las mujeres en el posevento obstétrico reciben un método anticonceptivo antes del alta hospitalaria, son más propensas a iniciar el uso de un método eficaz y continuarlo.

El estudio Comse - Maternidad segura como resultado del uso de métodos de anticoncepción de alta adherencia y efectividad en el posparto inmediato- es un estudio realizado con el aval de Colciencias, que fue multicéntrico en tres grandes centros hospitalarios del país: Hospital General de Medellín, Metrosalud y la Clínica Rafael Calvo en Cartagena, instituciones que atienden más de 4.000 partos al año cada una. El objetivo de este estudio era comparar la proporción de mujeres que son dadas de alta luego del parto con métodos Larcs luego de haber recibido consejería en el

modelo de atención tradicional o en el propuesto para este estudio. Se capacitó al personal médico y de enfermería de las instituciones en la inserción de implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, además de que se dispuso de personal entrenado en consejería anticonceptiva. Las mujeres tuvieron la oportunidad de elegir el método de su preferencia de todos los incluidos en el plan de salud y su aplicación previo al alta. Antes de la intervención, el 1% de las mujeres salía con un método Larcs instaurado. Posteriormente, el 42% podía partir a su hogar con el inicio de un método altamente efectivo.

Con este estudio se pudo demostrar que con las medidas necesarias las mujeres pueden recibir consejería anticonceptiva y salir con el método instaurado si las políticas administrativas y las convicciones del personal de salud se unen para este fin. Debe ser un propósito que las instituciones de salud pacten con las aseguradoras la disponibilidad y autorización de los métodos para que la atención obstétrica sea cada vez más integral e incluyente, en coherencia con las necesidades en salud sexual y reproductiva de nuestra población. ■



Referencias bibliográficas

1. Sardán MG, Ochoa LH, Guerra WC, Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015, Tomo 1.
2. World Health Organisation. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. World Heal Organ [Internet]. 2007; Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf
3. Berens P. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. 2018;1–42.
4. Practice B, No P. Best practice in postpartum family planning. Int J Sci Study. 2015;1(5):2–4.
5. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Guideline Contraception After Pregnancy. 2017;(January):1–18.
6. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud C. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013. 84 p.
7. Care OP. Committee Opinion No. 666: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2016;127(6):e187–92.
8. Zuleta, J. Nuevas guías en anticoncepción. U. de Antioquia. Memorias Ginecología y Obstetricia. 2017; 120-124.
9. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015. Resumen ejecutivo. 2015;1–14.
10. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. OMS [Internet]. 2009;133. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud. 2014;1–114.