

Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico (AIPE)

NOTA TÉCNICA 5/2017

Cifras y hechos

En todo el mundo, más de 9 de cada 10 mujeres quieren evitar el embarazo los primeros 2 años después de haber tenido un parto, pero 1 de cada 7 no está usando ningún método anticonceptivo.¹

Los intervalos muy cortos entre un nacimiento y un nuevo embarazo, esto es, un período intergenésico menor de 12 meses, aumentan el riesgo de parto prematuro, de bajo peso al nacer y de niños pequeños para la edad gestacional. También se describe un riesgo aumentado de diabetes gestacional e hipertensión en el embarazo. El riesgo de mortalidad infantil es más alto con períodos intergenésicos cortos.

En la Provincia de Buenos Aires, 6 de cada 10 mujeres no planificaron el embarazo de su último hijo/a, a pesar de que casi 10 de cada 10 reciben consejería posparto y 9 de cada 10 recibieron un método anticonceptivo en el posparto inmediato.²

¿Qué es la AIPE?

La anticoncepción inmediata pos evento obstétrico (AIPE) es el acceso de la mujer a

un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico –puerperio o posaborto-, ya sea parto vaginal, cesárea o aborto antes del alta hospitalaria (48hs), que le permita posponer o no tener otro embarazo.

En el caso del aborto, el inicio inmediato significa el día mismo del procedimiento quirúrgico o el día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto con medicamentos.³

El momento en que retorna la fertilidad después de un evento obstétrico y se recupera la capacidad de embarazarse es variable e impredecible. Las mujeres que amamantan tienen amenorrea posparto (falta de menstruación) por diferentes períodos de tiempo dependiendo de sus prácticas de lactancia. Pero la ovulación, y por lo tanto el embarazo, puede ocurrir antes de que la menstruación se reanude.⁴ Luego de un aborto, la ovulación puede ocurrir entre 10 a 14 días después y el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas posteriores al aborto.

¹ RCOG. Best practice in postpartum family planning Best Practice Paper No. 1 June 2015.

² Procesamiento propio SIP-G, 2014 y 2015 y Encuesta Nacional Salud Reproductiva, 2013

³ OMS. Manual de práctica clínica para un aborto seguro.2014

⁴ ACOG. Committee opinion. Immediate postpartum long acting reversible contraception. Number 670. August 2016.

¿Por qué es importante la AIPE?

Mientras que la anticoncepción es importante en toda la vida sexual y reproductiva de una mujer, prevenir embarazos no planificados y lograr intervalos intergenésicos cortos, durante los primeros 12 meses después del parto, evita consecuencias negativas para la salud de la mujer y sus hijos.

Existen diferentes momentos en los que se puede asegurar que las mujeres accedan a información y puedan elegir un método anticonceptivo para usar en el posparto: durante la atención prenatal, el parto, los controles postparto o posaborto o la vacunación de su hijo. Sin embargo, lo ideal es que el método elegido sea iniciado antes de que la mujer sea dada de alta del centro de salud. Este contacto de la mujer con el servicio de salud en el momento del parto o de un aborto puede ser una oportunidad única de ofrecer un método anticonceptivo, más aún si se tiene en cuenta la proporción de mujeres que reciben atención obstétrica sin haber tenido consultas previas o mujeres que no volverán al servicio de salud luego de un evento obstétrico.

Antes del alta del servicio de salud muchas mujeres se encuentran motivadas para comenzar a utilizar un método anticonceptivo eficaz. Por ello, deben recibir información sobre todos los métodos disponibles y su efectividad y, si lo desean, también deben recibir el método de su elección.⁵ Si el método elegido no estuviera disponible, la mujer debería ser referida a un servicio donde puedan brindárselo.

⁵ RCOG. Best practice in comprehensive abortion care Best Practice Paper No. 2. June 2015.

Para una protección anticonceptiva efectiva, es clave implementar estrategias para promover la continuidad de la anticoncepción o para cambiar el método cuando las condiciones de la mujer se modifiquen o cuando ella desee hacerlo.

¿Qué hacer si se perdió la oportunidad de iniciar la anticoncepción en el puerperio o posaborto inmediato?

Para comenzar la anticoncepción en las consultas posteriores al puerperio o posaborto inmediato, es necesario estar razonablemente segura/o que la mujer no está embarazada.

Si no se dispone de pruebas de embarazo, la OMS considera que es baja la probabilidad de embarazo en una mujer que no evidencia signos o síntomas de embarazo y además reúne uno de los siguientes criterios⁶:

- Dentro de los 7 días del inicio de la menstruación normal.
- No ha tenido relaciones sexuales desde el inicio de la última menstruación normal.
- Ha utilizado correctamente y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Se encuentra dentro de las 4 semanas posparto (para mujeres no lactantes).
- Lactancia materna exclusiva o al menos 85% de los alimentos son leche materna o que se encuentra en amenorrea hasta 6 meses después del parto.
- Se encuentra dentro de los 7 días posaborto.

⁶ OMS 2016. Selected practice recommendations for contraceptive use – 3rd ed.

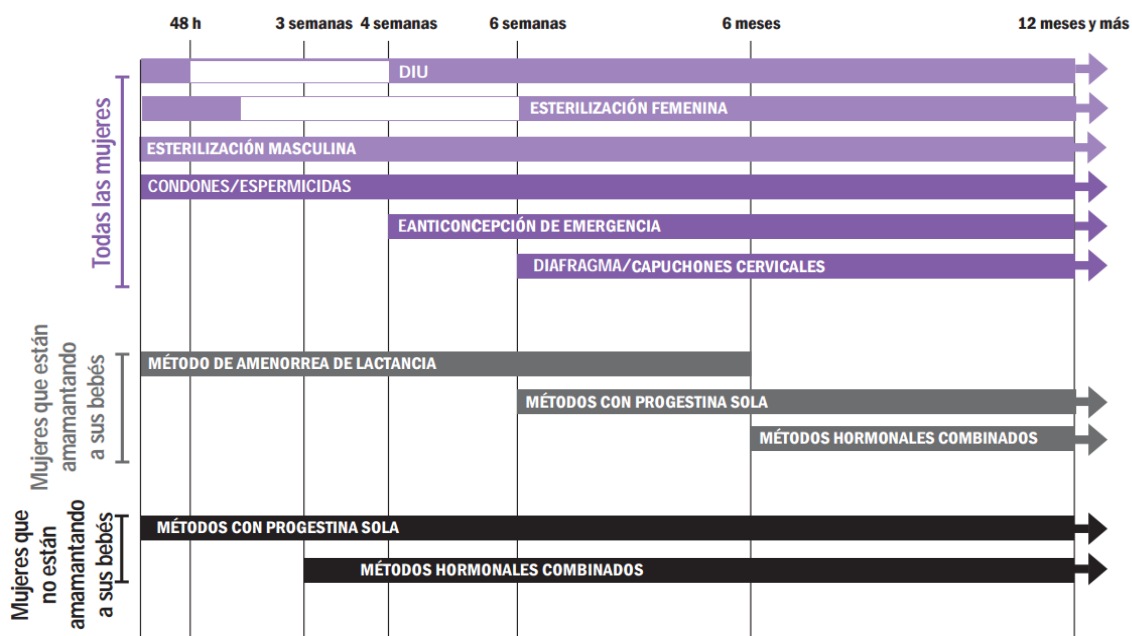


Figura 1. Opciones de métodos anticonceptivos posparto (momento de inicio del método y consideraciones por la lactancia). OMS 2014.

¿Cuál es la efectividad de los métodos anticonceptivos disponibles?

- Métodos más efectivos (tasa de falla menor a 1 en 1000)
 - Dispositivos intrauterinos (de cobre y hormonales)
 - Implante subdérmico
 - Métodos definitivos: ligadura tubaria, vasectomía
- Métodos efectivos (tasa de falla de 3 en 100)
 - Anticoncepción con progestágeno solo: oral o inyectable
 - Método de amenorrea de lactancia (MELA)
 - Anticonceptivos combinados: orales, parches, anillos vaginales.

- Métodos menos efectivos (tasa de falla de 12 en 100)
 - Preservativos
- Los métodos al menos efectivos: Tasa de falla de 18 en 100 o mayor
 - Coito interrumpido
 - Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
 - Anticoncepción de emergencia

Dentro de los métodos más efectivos se encuentran los dispositivos intrauterinos (de cobre y hormonal) y el implante subdérmico que son métodos anticonceptivos de larga duración (MALD) y deben ofrecerse siempre como una opción para el posparto y posaborto. (Ver nota técnica 2/2017)

¿Qué métodos anticonceptivos pueden utilizarse luego de un parto? ¿Cuál es el momento indicado para el inicio de cada método?

Para valorar la seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos luego de que una mujer ha tenido un parto o una cesárea se debe tener en cuenta:

- Preferencias y posibilidades de la mujer que permitan sostener la adherencia.
- Tiempo transcurrido desde el parto, ya que cada método tiene una indicación para su inicio (Figura 1⁷).
- Si está amamantando o no (Tabla 2 y 3⁸).
- Si comenzó a menstruar.
- Si tiene alguna condición médica que pueda condicionar la elección del método. Será evaluada según criterios de elegibilidad de la OMS.

Para el uso de la anticoncepción posparto, las recomendaciones de OMS son las siguientes⁷:

- Método de amenorrea de lactancia (MELA): se puede usar de manera segura inmediatamente después del parto y durante un período posparto de hasta 6 meses en mujeres que practican la lactancia exclusiva. La mujer debería pasar a otro método anticonceptivo cuando el bebé cumpla los 6 meses o

antes si no se cumplen los criterios para el MELA.⁹

- El dispositivo intrauterino (de cobre-DIU CU- u hormonal-DIU LNG-): puede colocarse inmediatamente o hasta 48 horas después del parto o en cualquier momento luego de 4 semanas posparto (Tabla1).

Una revisión sistemática mostró una mayor tasa de expulsión del DIU con la inserción inmediata comparada con la colocación estándar. A pesar de esto, el beneficio de una protección anticonceptiva altamente eficaz inmediatamente después del parto puede compensar la desventaja de un mayor riesgo de expulsión. El seguimiento clínico es importante para detectar la expulsión temprana, al igual que proporcionar información a las mujeres para que reconozcan los signos y síntomas de la expulsión.¹⁰

Tabla 1. Criterios de elegibilidad de la OMS para DIU posparto.

| | DIU CU | DIU LNG |
|---|--------|---------|
| Menos de 48hs, incluyendo colocación inmediatamente después de la salida de la placenta | | |
| Amamantando | 1 | 2 |
| Sin amamantar | 1 | 1 |
| Más de 48hs y hasta 4 semanas | 3 | 3 |
| Más de 4 semanas | 1 | 1 |
| Infección puerperal | 4 | 4 |

⁷ OMS. Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. 2014.

⁸ OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1

⁹ MELA requiere lactancia exclusiva o casi exclusiva (3/4 partes de los alimentos) antes de los 6 meses y ausencia de menstruaciones.

¹⁰ Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, StuartG, VanVliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. CochraneDatabaseof SystematicReviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

- Ligadura tubaria: puede realizarse inmediatamente o hasta 4 días después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 6 semanas tras el parto.
- Las mujeres que no amamantan, además del DIU CU, DIU LNG y la ligadura tubaria, pueden iniciar métodos que contengan solo progestágeno inmediatamente después del parto. Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse a partir de las 3 semanas después del parto.

Tabla 2. Criterios de elegibilidad de la OMS para el posparto en mujeres que no amamantan.

| | Implante | AMPD | PPS | AHC |
|-------------------------|----------|------|-----|-----|
| Menos 21 días posparto | 1 | 1 | 1 | 4 |
| 21 a 42 días posparto | | | | |
| Con otros FR para TEV | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Sin otros FR para TEV | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Más de 42 días posparto | 1 | 1 | 1 | 1 |

- Las mujeres que amamantan pueden comenzar a usar todos los métodos de progesterona sola –inyecciones (AMPD), implantes y pastillas (PPS)- en la sexta semana después del parto, según los CME de la OMS. Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) no se pueden comenzar a usar hasta transcurridos 6 meses después del parto.

Tabla 3. Criterios de elegibilidad de la OMS para el período de lactancia.

| | Implante | AMPD | PPS | AHC |
|------------------------|----------|------|-----|-----|
| Menos 21 días posparto | 2 | 2 | 2 | 4 |
| 21 a 30 días posparto | | | | |
| Con otros FR para TEV | 2 | 2 | 2 | 3 |

| | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|
| Sin otros FR para TEV | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 30 a 42 días posparto | | | | |
| Con otros FR para TEV | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Sin otros FR para TEV | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Más de 42 días posparto | 1 | 1 | 1 | 2 |

- Todas las mujeres, ya sea que amamanten o no a sus hijos, pueden iniciar el uso de preservativo inmediatamente después del parto, los métodos de anticoncepción de emergencia después de cuatro semanas y el diafragma después de seis semanas.

¿Qué métodos anticonceptivos pueden utilizarse luego de un aborto?

Pueden utilizarse todos los métodos anticonceptivos que se encuentran dentro de las categorías 1 y 2 de los criterios de elegibilidad de la OMS, excepto que la mujer haya tenido un aborto séptico. En este caso, está contraindicada la colocación inmediata de un dispositivo intrauterino de cobre u hormonal (categoría 4 de la OMS).

Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico, de primer o segundo trimestre, excepto aquellos basados en el conocimiento de la fertilidad que deben comenzarse luego de la primera menstruación posterior al aborto.

El DIU se puede colocar inmediatamente después de un aborto. La inserción temprana es segura y la tasa de expulsión es baja. La mayoría de las complicaciones del aborto que pueden retrasar la inserción del DIU se producen tempranamente y son detectables. Se puede colocar un DIU luego de un aborto

con medicamentos que se considera completo.¹¹

Las mujeres que eligen un MALD en el momento del aborto tienen un riesgo significativamente menor de otro aborto, en comparación con las mujeres que eligen otros métodos.¹²

La ligadura tubaria se puede realizar inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. Se debe postergar el procedimiento si la mujer tuvo una infección, hemorragia severa, traumatismos o hematómetra (sangre dentro del útero) aguda.

Comentarios finales

El contacto de una mujer embarazada -sea para realizar los controles o el parto- o ante una situación de aborto con el sistema de salud es una oportunidad privilegiada para realizar intervenciones que contribuyan a la prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Un elemento importante es garantizar la consejería en salud sexual y reproductiva, y asegurar tanto el acceso a un método anticonceptivo seguro y eficaz en caso de que la mujer lo desee, como la continuidad del mismo.

¹¹ Contraception. 2016 Nov 9. pii: S0010-7824(16)30479-6. Intrauterine contraception after medical abortion: factors affecting success of early insertion. Pohjoranta E, Suhonen S, Mentula M and Heikinheimo O

¹² Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components Douglas Huber,^a Carolyn Curtis,^b Laili Irani,^c Sara Pappa,^d Lauren Arrington Global Health: Science and Practice 2016 | Volume 4 | Number 3