

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA.



EL CONSEJO ANTICONCEPTIVO Y EL USO DE CONTRACEPCIÓN EN EL POSPARTO. REVISIÓN NARRATIVA.

Autora: Silvia Bellido Valenzuela.

Tutora: Belén Cabello Tarrés.

Curso: 2018/2019.

Imagen portada: Wallerstedt KN. Birth Control Babes [Internet]. 2018. [Consultado el 3 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://kelseynicoledesigns.com/illustration/>

ÍNDICE.

Resumen y Abstract.....	1
1. Introducción.....	3
2. Metodología.....	14
3. Resultados.....	19
3.1 Efectividad del consejo anticonceptivo en el parto vs posparto.....	19
3.2 Métodos anticonceptivos más usados en el periodo posparto y papel de los anticonceptivos reversibles de larga duración.....	25
3.3 Factores que influyen en la adopción de anticoncepción en el posparto.....	31
4. Discusión.....	36
5. Conclusiones.....	42
6. Agradecimientos.....	44
7. Bibliografía.....	45
8. Anexos.....	52

RESUMEN.

Objetivo: conocer si la provisión de consejo anticonceptivo durante el embarazo o el puerperio, influye o no en el uso de contracepción los doce primeros meses posparto.

Metodología: se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden y la Biblioteca Virtual en Salud. Se empleó lenguaje libre y controlado, y los términos se combinaron empleando los operadores booleanos “AND” y “OR”. Los resultados se limitaron a las publicaciones realizadas entre 2012 y 2019, en inglés, español, portugués o francés. Para la selección de los artículos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: se seleccionaron 18 artículos a partir de los cuales se desarrollaron 3 unidades de análisis: efectividad del consejo anticonceptivo en el periodo preparto vs posparto; métodos anticonceptivos más usados en el posparto y papel de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs); y factores que influyen en el uso de anticoncepción en el posparto.

Conclusiones: el consejo anticonceptivo se ha relacionado con un incremento del uso de contracepción en el posparto. Pese a esto, el consejo no se proporciona de manera universal y existen necesidades en materia de planificación familiar no cubiertas. Se debe integrar la planificación familiar posparto a lo largo de todo el proceso de cuidados, y mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos. Se requieren más investigaciones que estudien el papel de la enfermería en la provisión del consejo, la implementación de las nuevas tecnologías, y la influencia de los factores sociales, económicos y sociales en la adopción de contracepción posparto.

Palabras clave: anticoncepción, posparto, planificación familiar, consejo anticonceptivo, cuidados prenatales, enfermería.

ABSTRACT.

Aim: to know if pre or post-natal contraceptive counseling affects contraceptive uptake within the twelve months following birth.

Methodology: a bibliographic search was conducted in the following databases: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden and Biblioteca Virtual en Salud. Free and controlled terms were used and combined using “AND” and “OR” boolean operators. The results were limited to the publications made from 2012 to 2019, in English, Spanish, Portuguese and French. In order to select the articles inclusion and exclusion criteria were applied.

Results: 18 studies were selected. Three units of analysis were established: efficacy of pre vs. postpartum contraceptive counseling; contraceptive methods used during the postpartum period and role of long acting reversible contraceptives (LARCs); and factors influencing postpartum contraceptive uptake.

Conclusions: contraceptive counseling has been related with an increase in postpartum contraceptive uptake. However, counseling is not universal and there are several unmet needs in family planning. Contraceptive counseling must be provided during pre and postnatal care and birth control methods need to be more accessible for women. Further investigations need to be done concerning nurses’ role in postpartum family planning, the role of new technologies and social, economic and cultural factors influencing contraceptive uptake in the postpartum period.

Key words: contraception, postpartum period, family planning, contraceptive counseling, prenatal care, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Según esta definición, la salud reproductiva implica el mantenimiento de una vida sexual exenta de riesgos y satisfactoria, así como la libertad para decidir si concebir o no, y cuándo hacerlo. (1)

La decisión de tener hijos es entendida como una de las más íntimas y personales que las personas realizan a lo largo de su vida, por lo que debe ser protegida a través de derechos fundamentales: los derechos sexuales, que han sido reconocidos como derechos humanos. El término de derechos sexuales, en el marco de las Naciones Unidas y la OMS, surge por primera vez en los años 70. Posteriormente, en 1994, quedarían recogidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, aprobado por 179 países. (2)

Dichos derechos reconocen la libertad de los individuos para elegir el número de hijos que desean tener, cuándo desean tenerlos y el espaciamiento entre embarazos. Este aspecto implica el derecho de hombres y mujeres al acceso a los servicios sanitarios de salud reproductiva, planificación familiar y a los métodos anticonceptivos disponibles. Los estados miembros deben garantizar el cumplimiento de estos derechos. En el caso de España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (3) “aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral”.

En este marco, se entiende el acceso a los servicios de planificación familiar (PF) y a los diferentes métodos anticonceptivos, como un derecho fundamental de los individuos para el mantenimiento de su salud reproductiva.

La PF, es definida por la OMS como:

“prácticas que ayudan a las mujeres y a sus parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a la edad de la mujer y el hombre y determinar el número de hijos o hijas que constituirá la familia”. Aunque no es la única, una de las actividades a desarrollar dentro de la PF es, por tanto, la promoción de la

anticoncepción, entendida como el conjunto de métodos que se utilizan para evitar un embarazo. (4)

Los embarazos no deseados desembocan en interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), abortos no seguros o nacimientos. Los abortos que llevan a cabo en condiciones poco o nada seguras suponen un riesgo para salud de la mujer: miles de mujeres mueren al año o quedan con secuelas de por vida. Por su parte, los nacimientos no planeados se han relacionado con una menor incidencia y duración de la lactancia materna, un deterioro en la salud mental de la mujer, peor salud física y mental del niño, y problemas en la relación madre-hijo. En definitiva, los embarazos no deseados suponen un riesgo para la salud de las mujeres y de sus familias (5).

El acceso a métodos anticonceptivos permite la prevención de este tipo de embarazos, y disminuye la morbilidad materna e infantil. Además, mejora la satisfacción sexual de los individuos ya que aumenta su control sobre su sexualidad y su salud reproductiva (2).

Los métodos anticonceptivos disponibles actualmente son (4,6):

- **Métodos naturales.** Son aquellos que usan los cambios fisiológicos observables que se producen durante el ciclo menstrual para identificar los días fértiles y los infértiles. Se basan principalmente en la observación de cambios en el flujo, la temperatura basal y cambios cervicales, y de la duración de los ciclos. Durante los días fértiles existe más riesgo de concepción y se deben evitar las relaciones coitales, o emplear un método de barrera complementario. Algunos de los métodos naturales son el Ogino-Knaus, de la temperatura basal, el método Billings y el método sintotérmico.
- **Métodos de barrera.** Este tipo de métodos actúan evitando la unión de los gametos estableciendo entre ellos una barrera de tipo física, química o mixta (física y química). Entre los métodos de barrera físicos se encuentran el preservativo femenino y masculino (los únicos métodos anticonceptivos que protegen frente a ITS/VIH), el diafragma, el capuchón cervical y la esponja cervical. Los espermicidas son métodos de barrera químicos. Algunas sustancias espermicidas tienen acción bactericida y viricida, por lo que teóricamente

proporcionarían cierto grado de protección frente a ITS/VIH. No obstante, los únicos métodos recomendados para la prevención de estas enfermedades son los preservativos.

- **Métodos hormonales.** Se basan en el aporte de hormonas ováricas de manera exógena. Su mecanismo de acción es múltiple: producen anovulación, inhiben la secreción de FSH y LH, alteran la producción de moco cervical y disminuyen el grosor del endometrio.

Los métodos hormonales se dividen en dos grandes grupos: los combinados (aquellos cuya composición incluyen estrógenos y progestágenos), y los gestágenos (aquellos cuya composición solo incluye progestágenos).

Entre los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) se encuentra los anticonceptivos hormonales orales (AHO), las inyecciones intramusculares, los parches transdérmicos y el anillo vaginal.

Entre los anticonceptivos compuestos únicamente por progestágenos se encuentra la minipíldora (un tipo de AHO), la anticoncepción intramuscular, el implante subdérmico (un método reversible de larga duración) y el DIU de progestágeno (explicado en el siguiente apartado).

- **Dispositivo intrauterino (DIU).** El DIU es un tipo de método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés). En la actualidad los dispositivos intrauterinos más empleados son el DIU de cobre (DIU-Cu) y el DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).

El primero de ellos tiene acción espermicida e inflamatoria del endometrio. Su eficacia es mayor y más duradera cuanto mayor es la carga de cobre (7).

El DIU-LNG produce efectos similares a los anticonceptivos hormonales compuestos de gestágenos: inhibe la ovulación, espesa el moco cervical e impide la proliferación del endometrio (8).

- **Métodos irreversibles o quirúrgicos.** Se diferencian de todos los métodos vistos anteriormente en que no son reversibles, es decir, provocan una pérdida de la fertilidad permanente.

La esterilización masculina o vasectomía se basa en el bloqueo de los conductos deferentes, de esta forma el líquido seminal eyaculado no contiene

espermatozoides. Se deben esperar aproximadamente 3 meses para lograr este efecto.

En la esterilización femenina o ligadura tubárica se ocluyen las trompas de Falopio. El efecto anticonceptivo es inmediato tras la intervención.

- **Anticoncepción postcoital o de emergencia.** Se emplea en aquellos casos en los que se desea evitar un embarazo tras un coito no protegido o fallo del método empleado. Su efecto es preconcepcional, no abortivo, y disminuye tras las primeras 24 horas postcoito. Aunque algunos métodos pueden emplearse hasta las 72 h o cinco días tras el coito.

Los métodos disponibles son las píldoras anticonceptivas de urgencia y el DIU-Cu. Las píldoras evitan el embarazo retrasando la ovulación, mientras que el DIU-Cu tiene efecto espermicida y antiimplantatorio.

Las píldoras anticonceptivas de urgencia pueden estar compuestas de acetato de ulipistral (AU), levonogestrel (LNG), o ser combinadas (AOC). Se recomienda que se tomen lo antes posible dentro de las 120 horas poscoitales. El DIU-Cu es el método de AU más eficaz, puede implantarse hasta los 5 días posteriores a la relación sexual. (9)

Los métodos anticonceptivos también pueden clasificarse según su eficacia, entendida como la capacidad del método para evitar el embarazo. La eficacia de los anticonceptivos se expresa a través del Índice de Pearl. Éste indica el número de embarazos que tendrían 100 mujeres si usasen uno de los métodos durante un año. Se suele distinguir entre la eficacia teórica y la eficacia real. La primera de ellas hace referencia al número de embarazos si el método se usa en condiciones ideales, y la segunda cuando se emplea en condiciones reales (4).

Para evitar los embarazos no deseados, además de garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, resulta importante que la mujer disponga del método que más se adecúe a su estilo de vida. Las mujeres que emplean métodos anticonceptivos que no se adaptan a sus preferencias y necesidades, suelen presentar una menor adherencia que aquellas que usan métodos acordes a sus intereses. Esto se traduce en un mayor riesgo de embarazos no deseados y de contraer infecciones de transmisión sexual.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), define el asesoramiento anticonceptivo como una práctica sanitaria que permite a la mujer decidir qué método anticonceptivo se adapta mejor a sus necesidades y a sus preferencias, basándose en información objetiva proporcionada por profesionales sanitarios. La provisión del consejo anticonceptivo cobra especial importancia en situaciones especiales como el posparto (10).

El posparto o puerperio se entiende como el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta el retorno de las funciones fisiológicas que han variado durante el embarazo, a sus niveles pregestacionales. Este periodo comienza tras el parto, aunque existe una falta de consenso con respecto a su duración. Tradicionalmente, se ha considerado que el puerperio dura entre 6 a 8 semanas: el tiempo que tardan la mayor parte de los sistemas en recuperar su estado pre-embarazo. No obstante, no todos los sistemas recuperan sus funciones normales en este tiempo, por lo que algunos autores consideran que el posparto se extiende hasta los 12 meses tras haber dado a luz, lo que se ha denominado posparto tardío (11,12).

La OMS (13) define el periodo intergenésico como el intervalo entre la fecha del último evento obstétrico (aborto, parto vaginal o cesárea), y el inicio del siguiente embarazo. La duración del periodo intergenésico está relacionada con la salud materno-infantil y la incidencia de eventos adversos.

La OMS establece que el intervalo mínimo entre un nacimiento vivo (ya sea parto vaginal o cesárea), y el siguiente embarazo debe ser de 24 meses para disminuir el riesgo de complicaciones. Aunque existe falta de consenso, la mayor parte de los expertos coincide en que el periodo intergenésico tras un nacimiento vivo no debe ser menor de 18 meses. En el caso de los abortos (espontáneos o inducidos) la recomendación es de esperar al menos seis meses hasta el próximo embarazo (13,14).

Intervalos intergenésicos largos, entendidos estos como aquellos superiores a 59 meses, también han sido relacionados con un aumento de los efectos adversos materno-infantiles. Las complicaciones definidas son similares tanto en los periodos intergenésicos cortos, como en los largos (13,14). Sin embargo, dado el objetivo de esta revisión, se explicarán aquellos relacionados con un periodo intergenésico inferior a 24 meses.

Los resultados adversos derivados de un periodo intergenésico corto (PIC) tras un nacimiento vivo se pueden dividir en resultados maternos, perinatales, neonatales y posnatales (13).

- **Resultados maternos:** intervalos intergenésicos muy cortos (<6 meses) se han asociado con ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal. Algunos estudios sostienen que en mujeres con cesárea previa y un periodo intergenésico inferior a 24 meses que se someten a un parto vaginal, existe más riesgo de ruptura uterina (13-15). No obstante, otras investigaciones refutan este dato, por lo que se requieren más estudios (14). Algunos estudios también señalan que periodos intergenésicos cortos (<12 meses) podrían aumentar el riesgo de muerte materna (13,15).

- **Resultados perinatales:** periodos intergenésicos inferiores a seis meses se han relacionado con un aumento del riesgo de aborto y de muerte fetal (13). Para intervalos tan cortos se ha señalado que el riesgo de bajo peso neonatal aumenta en un 60% y un 25% el riesgo de feto pequeño para la edad gestacional (14). Dos estudios llevados a cabo en California y Yemen (16,17), respectivamente, investigaron la relación existente entre un periodo intergenésico corto y la incidencia de parto pretérmino (antes de las 37 semanas de edad gestacional). En ambas investigaciones se llegó a la conclusión de que un espaciamiento inferior a 12 meses entre el parto y la concepción, aumentaba el riesgo de parto pretérmino en el siguiente embarazo.
Periodos intergenésicos cortos también se asocian a una mayor incidencia de malformaciones congénitas, como cardiopatías, defectos del tubo neural y anomalías cromosómicas (14,18).

- **Resultados neonatales y posnatales:** algunas investigaciones señalan que existe un aumento de riesgo de muerte neonatal (antes de los 28 días de vida) cuando el intervalo intergenésico es inferior a 18 meses (13,18). Se establece que el riesgo mínimo de muerte neonatal está en periodos por debajo de los 27 meses (13).
También se ha asociado un PIC con un incremento de la mortalidad infantil (muerte de un niño en el primer año de vida) (13,15). Un estudio llevado a cabo

en Ohio (15), comprobó que intervalos intergenésicos inferiores a 12 meses se asociaban a un aumento significativo de la muerte infantil, especialmente en intervalos muy cortos (<6 meses).

Existen diferentes teorías que tratan de explicar el porqué de la relación entre PIC y la aparición de efectos adversos. Una de las más extendidas es la hipótesis de la depleción materna (14, 15, 17,18). Según esta teoría, las madres con un espaciamiento corto tienen un lapso de tiempo insuficiente para recuperar las reservas nutricionales necesarias para formar a un nuevo feto. La teoría se centra principalmente en la deficiencia de folato.

No obstante, estudios llevados a cabo en países donde la malnutrición no es frecuente, y son habituales los suplementos de ácido fólico en las mujeres embarazadas, ponen en entredicho esta teoría (16,19). Los resultados de los estudios demostraban la aparición de efectos adversos neonatales pese al buen estado nutricional de las madres. La hipótesis de la depleción materna, por tanto, cobra especial importancia en aquellas mujeres con una dieta inadecuada y un mal estado nutricional (17). Otros mecanismos propuestos (14, 17,18) son la presencia de marcadores de respuesta inflamatoria sistémica, anemia materna, desajuste hormonal o estrés posparto.

El PIC no es el único factor de riesgo de eventos obstétricos adversos. Se han descrito otros factores como el nivel socioeconómico, la etnia, los estilos de vida, la edad materna, la multiparidad o el tabaquismo (14,15).

No obstante, se debe tener en cuenta que la duración del periodo intergenésico es un factor de riesgo modificable. Explicar a las mujeres las complicaciones asociadas al PIC y la importancia del espaciamiento entre embarazos, así como promocionar el uso de anticonceptivos en el posparto, podría disminuir la incidencia de este tipo de embarazos y por consiguiente de los efectos adversos asociados a estos (15,16).

La planificación familiar posparto (PFPP) contribuye a evitar embarazos no deseados y periodos intergenésicos cortos. Tiene como objetivo “ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más”. En general, las mujeres púerperas están insatisfechas con los servicios de planificación familiar que reciben. Los controles prenatales durante el embarazo, el puerperio hospitalario o la atención postnatal a púerperas y lactantes, son los diferentes

puntos de contacto entre las mujeres y el sistema sanitario que la OMS recomienda aprovechar para la integración de la PFPP (20).

La *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*, del Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad (21), establece una serie de recomendaciones relacionadas con las visitas durante el embarazo y el puerperio. El número de visitas prenatales recomendadas son entre 6 a 9, mientras que el mínimo de consultas que se recomiendan antes de los 40 días posparto son 2. Además, también propone asesorar a las puérperas sobre los métodos anticonceptivos disponibles antes del alta hospitalaria, y en las visitas posteriores.

En la PFPP se debe tener en cuenta los métodos anticonceptivos que se pueden emplear después del parto y durante la lactancia:

- **Métodos naturales.** No se recomienda el empleo de este tipo de métodos hasta que la mujer haya tenido cuatro ciclos menstruales tras el parto, habiendo sido el más reciente de entre 26 a 32 días. Hasta entonces, se debe ofrecer un método anticonceptivo alternativo (22).

La lactancia materna puede ser empleada como anticonceptivo natural, es el denominado método de amenorrea de la lactancia (MELA). Sin embargo, para poder ser empleada como un método anticonceptivo, la lactancia debe cumplir una serie de requisitos, los denominados criterios de Bellagio. A saber: a) proporcionar lactancia materna exclusiva (cada 4 horas durante el día y cada 6 por la noche); b) amenorrea desde el parto; c) hasta los 6 meses posparto.

El MELA se basa en el mecanismo fisiológico por el cual la prolactina inhibe la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y, por lo tanto, la ovulación. La producción de prolactina es dependiente de la succión del pezón: a mayor succión, mayor producción. A los 6 meses tras el parto se incorpora la alimentación complementaria del lactante, lo que conlleva una disminución de los episodios de succión, y una disminución en la producción de prolactina.

Este método tiene una efectividad del 98% cuando se cumplen todos los criterios. Por su parte, el riesgo de embarazo durante la lactancia es de entre el 3-10% (4, 23,24).

- **Métodos de barrera.** Todas las mujeres, amamanten o no, pueden emplear preservativos y métodos químicos inmediatamente tras el parto. En el caso del diafragma, el capuchón y la esponja cervical, las recomendaciones indican esperar hasta las seis semanas posparto para su uso. Hasta este momento no se produce la involución de los órganos pélvicos a su estado pregestacional (20,22).

- **Métodos hormonales.**
 - **Anticonceptivos hormonales combinados** (AHO, intramusculares, parche transdérmico y anillo vaginal): los estudios sugieren que los estrógenos alteran la producción de leche por el efecto inhibitorio que tienen sobre la prolactina (la hormona que estimula la secreción de leche en la mama) (25). Por esta razón, el uso de AHC no está recomendado en aquellas mujeres que dan lactancia materna, hasta los seis meses posparto.

Las mujeres que no están amamantando, pueden emplear AHC a partir de los 21 días posparto, o de los 42 días posparto en el caso de que presenten algún factor de riesgo de trombo embolismo venoso.
 - **Anticonceptivos de progestágenos solo:** las mujeres que están amamantando pueden usar la minipíldora y el implante subdérmico inmediatamente tras el parto, y los inyectables intramusculares a partir de las seis semanas posparto. Las mujeres que no amamantan pueden emplear cualquier tipo de anticonceptivo de progestágeno desde el parto (26,27).

- **DIU.** Los dispositivos intrauterinos, ya sean de cobre o de levonorgestrel, pueden implantarse inmediatamente tras el alumbramiento y hasta las 48 horas posparto. A partir de estas 48 horas no se recomienda la implantación de un DIU hasta las cuatro semanas posparto. Las recomendaciones se aplican tanto a las mujeres que están con lactancia materna como a las que no. Los dispositivos intrauterinos están contraindicados en los casos de sepsis puerperal (26,27).

- **Métodos irreversibles o quirúrgicos.** La ligadura de trompas puede llevarse a cabo inmediatamente y hasta los 4 días posparto, o una vez transcurridas seis semanas posparto (20).

- **Anticoncepción postcoital o de urgencia.** Las mujeres, amamanten o no, pueden emplear la anticoncepción de emergencia a partir de las 4 semanas posparto (20,21).

El momento en el se debe iniciar el uso de anticonceptivos varía en función de diferentes factores. Durante los primeros 21 días posparto no es necesario el uso de contracepción (21).

Durante el puerperio, las fluctuaciones hormonales influyen en el retorno de los ciclos menstruales, y el reinicio de la ovulación varía en función de si la mujer proporciona lactancia materna o no. Las mujeres que no amamantan ovulan por primera vez entre los 45 y los 94 días tras el parto, y entre los 45 y los 64 días posparto tienen la primera menstruación. Se debe tener en cuenta que aproximadamente el 71% de las menstruaciones están precedidas por ovulación. Se recomienda que en mujeres que no vayan a amamantar, la anticoncepción se inicie a las 3 semanas tras el parto (21,24).

En mujeres con lactancia materna exclusiva, debido a los mecanismos hormonales, las probabilidades de ovular antes de los seis meses posparto es inferior al 20%, aproximadamente. Como se ha señalado anteriormente, el inicio de la alimentación complementaria supone una disminución de los niveles de prolactina, que inhiben la ovulación. Se calcula que a las 6 semanas tras iniciar la alimentación complementaria se produce la primera ovulación. En mujeres que proporcionen lactancia materna y artificial, la lactancia materna no está recomendada como anticonceptivo, por lo que deberán adoptar otro método (21,24).

Por otra parte, las recomendaciones establecen esperar hasta las 4 o 6 semanas posparto para el reinicio de las RSC, para permitir el cese de los loquios y la cicatrización de las heridas quirúrgicas y los desgarros perineales (28).

Sin embargo, según las investigaciones, muchas parejas inician las RSC antes de las 6 semanas tras el parto, y la mayoría antes de los 3 meses (24). En un estudio reciente, llevado a cabo en Cataluña (29), se comprobó que el 32,9% de las mujeres habían reiniciado el coito durante la cuarentena. Estos datos son similares a los recogidos en un estudio en Nigeria, donde el 27,6% de las mujeres habían mantenido RSC a las 6 semanas posparto (30).

A los 3 meses posparto alrededor del 60% de las parejas reinician las RSC, y esta cifra se eleva a más del 70% a los seis meses (30,31).

La anticoncepción durante el posparto es, por tanto, no solo un derecho humano, sino la mejor estrategia disponible para evitar embarazos no deseados, periodos intergenésicos cortos y los efectos adversos asociados a estos.

Los diferentes puntos de contacto entre la mujer y el sistema sanitario, a lo largo del embarazo y el puerperio, representan oportunidades para brindar información a las embarazadas sobre sus opciones anticonceptivas en el posparto.

Por estos motivos, y por todo lo anteriormente expuesto, se propone una revisión narrativa con el objetivo de conocer si la provisión de consejo anticonceptivo durante el embarazo o el puerperio, influye o no en el uso de contracepción los doce primeros meses posparto.

2. METODOLOGÍA.

Para la elaboración de la revisión narrativa, se han realizado búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library, Cuiden y Biblioteca Virtual en Salud.

En la construcción de las estrategias de búsqueda se han empleado tesauros como el MeSH en Pubmed, Descriptores en Cinahl y palabras clave en Cuiden. También se ha utilizado lenguaje libre para ampliar los resultados obtenidos cuando estos no eran satisfactorios. En la Tabla 1 se recogen los tesauros y el lenguaje libre empleados. Los términos se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Tabla 1. Tesauros y lenguaje libre.

MeSH.	postpartum period, contraception, counseling, nursing, prenatal care, postnatal care
Descriptores Cinahl.	postnatal period, contraception, counseling, nurses, prenatal care, postnatal care.
Palabras clave.	contracepción, postparto, planificación familiar
Lenguaje libre.	contraceptive counseling o consejo anticonceptivo; contraceptive use o uso anticonceptivo; postpartum o postparto; postpartum contraception o anticoncepción postparto.

Fuente. Elaboración propia.

Se limitaron las búsquedas a la literatura disponible entre los años 2012 a 2019, en español inglés, portugués o francés.

Para la selección de los documentos se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión.**
 - Artículos que relacionen el consejo anticonceptivo prenatal con el uso de cualquier método anticonceptivo en el posparto.
 - Estudios que relacionen el consejo anticonceptivo posnatal de cualquier método anticonceptivo en el posparto
 - Investigaciones que incluyan a mujeres sanas de cualquier rango etáreo.
 - Artículos que incluyan a mujeres sanas de cualquier paridad.

- Documentos que incluyan diferentes ámbitos geográficos o culturales
- **Criterios de exclusión.**
 - Artículos que no traten sobre la relación entre el consejo anticonceptivo y el uso de métodos anticonceptivos en el posparto.
 - Estudios que solo incluyan a mujeres con problemas de salud concomitantes.
 - Protocolos de revisión o proyectos de investigación sin implementar.
 - Literatura gris.

Se obtuvieron un total de 143 resultados (excluyendo aquellos artículos repetidos). Tras la lectura del título y el resumen fueron seleccionados un total de 30 documentos. Posteriormente, se procedió a realizar una lectura en profundidad de los artículos y, tras la aplicación los criterios de inclusión y exclusión, se eligieron 18 artículos cuyo contenido era acorde con el objetivo de la presente revisión.

En la Tabla 2 se recoge el proceso de búsqueda en las diferentes bases de datos.

Tabla 2. Bases de datos, estrategias de búsqueda y resultados.

Base de datos	Limitadores	Secuencia de búsqueda	Resultados	Artículos seleccionados
PUBMED	2012-2019 Idioma: español, inglés, francés o portugués.	(((((("postnatal care"[MeSH Terms]) OR "prenatal care"[MeSH Terms])) AND "counseling"[MeSH Terms]) AND "contraception"[MeSH Terms]) AND "postpartum period"[MeSH Terms]	15	5
		((contraceptive counseling [Title/Abstract]) AND contraceptive use[Title/Abstract]) AND postpartum [Title/Abstract]	27 (3 repetidos)	2

		((“counseling” [MeSH Terms]) AND “contraception” [MeSH Terms]) AND “postpartum period” [MeSH Terms]	36 (16 repetidos)	3
		(postpartum contraception [Title/Abstract]) AND contraceptive counseling [Title/Abstract]	27 (10 repetidos)	1
		((("postpartum period"[MeSH Terms]) AND "contraception"[MeSH Terms]) AND "counseling"[MeSH Terms]) AND "nursing"[MeSH Terms]	0	0
CINAHL	2012-2019	((((MH "prenatal care") OR MH "postnatal care") AND MH "counseling") AND MH "contraception") AND MH "postnatal period"	9 (7 repetidos)	0
		(TI contraceptive counseling OR AB contraceptive counseling) AND (TI contraceptive use OR AB contraceptive use) AND (TI postpartum OR AB postpartum)	24 (14 repetidos)	2
		((MH "Counseling") AND MH "Contraception") AND MH "Postnatal Period"	25 (17 repetidos)	1
		(TI postpartum contraception OR AB postpartum contraception) AND (TI contraceptive counseling OR AB contraceptive counseling)	24 (18 repetidos)	0

		(MH "Postnatal Period") AND (MH "Contraception") AND (MH "Counseling") AND (MH "Nurses")	0	0
COCHRANE LIBRARY	2012-2019	("contraceptive counseling"): ti, ab, kw AND ("contraceptive use"): ti, ab, kw AND ("postpartum"): ti, ab, kw	9 (6 repetidos)	1
		("postpartum contraception"):ti,ab,kw AND ("contraceptive counseling"):ti,ab,kw	18 (10 repetidos)	2
CUIDEN	2012-2019	[cla="Contracepción"] AND [cla="Postparto"]	0	0
		([cla=Planificación familiar])AND ([cla=Postparto])	1	0
		(([res=Consejo])AND ([res=anticoncepción])) AND ([res=Postparto])	0	0
		([cla=Puerperio])AND (([cla=Contracepción]) OR ([cla=Planificación familiar]))	0	0
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD.	2012, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 Idioma: inglés,	(tw:(anticoncepción postparto)) AND (tw:(uso anticonceptivos))	22 (4 repetidos)	0

	español, francés.			
	2015, 2016, 2017, 2018 Idioma: inglés-	(tw:(consejo anticonceptivo)) AND (tw:(postparto))	5 (5 repetidos)	0
	2012, 2015, 2016, 2018 Idioma: inglés, español, portugués.	(tw:(uso anticonceptivo)) AND (tw:(postparto))	15 (8 repetidos)	1

Fuente: elaboración propia.

3. RESULTADOS.

Finalmente, se seleccionaron 18 artículos para la elaboración de la revisión narrativa. En función de su tipología se distinguen: tres revisiones bibliográficas, siete estudios controlados aleatorizados, siete estudios observacionales analíticos y un estudio de cohortes retrospectivo. La totalidad de los artículos seleccionados están en lengua inglesa.

Las principales características de dichos artículos se recogen en la Tabla 3, Anexo 1.

En función del contenido de los estudios, se establecieron tres unidades de análisis, que se desarrollarán a continuación:

- Efectividad del consejo anticonceptivo en el parto vs posparto.
- Métodos anticonceptivos más usados en el periodo posparto y papel de los anticonceptivos reversibles de larga duración.
- Factores que influyen en la adopción de anticoncepción en el posparto.

3.1 Efectividad del consejo anticonceptivo en el parto vs posparto.

Aunque la OMS recomienda la integración de la PFPP a lo largo de todo el continuo de cuidados durante el embarazo y el posparto (20), existen diferentes puntos de vista sobre las ventajas e inconvenientes de proporcionar el consejo anticonceptivo durante el embarazo o en el periodo posparto.

Las visitas parto ofrecen una oportunidad para entablar una relación de confianza con la mujer, abordar conjuntamente las opciones anticonceptivas disponibles y elegir las que más se adaptan a ella (32, 33). Además, la tasa de asistencia a las visitas durante el embarazo suele ser, en términos generales, mayor que la de las visitas posparto. Durante el puerperio, las mujeres refieren tener menos tiempo para ellas mismas, por lo que algunas no acuden a sus visitas puerperales (34, 35,36).

La estancia hospitalaria tras el parto también puede ser aprovechada para discutir con la mujer los métodos anticonceptivos disponibles. No obstante, Zapata et al., y Glasier et al., nombrado por Adanikin et al., y Wilson et al. (9), señalan que durante el puerperio inmediato la mujer está inmersa en los cuidados del recién nacido y en su propia recuperación, y el reinicio de las relaciones sexuales y la anticoncepción no se encuentran entre sus preocupaciones (32, 37,38).

Por el contrario, Torres et al. (39), defienden que durante la estancia hospitalaria la percepción de la mujer sobre el riesgo de otro embarazo y sus consecuencias podría ser mayor, lo que incrementaría su adopción de prácticas anticonceptivas. Además, el consejo durante este periodo puede fomentar la inserción de métodos reversibles de larga duración (DIU o implante subdérmico).

La visita puerperal, que en la mayor parte de los países se lleva a cabo a las 6 semanas tras el parto, así como las revisiones del lactante, también son puntos de contacto con la madre que pueden ser empleados para la promoción de la contracepción (36).

Dada esta disparidad, se han desarrollado estudios para determinar en qué momento la provisión del consejo anticonceptivo tiene más impacto sobre el uso posterior de contracepción en el posparto.

Hernández et al. (40), analizaron los datos correspondientes al Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) y los certificados de nacimiento entre 2004 y 2005, en el estado de Florida (Estados Unidos (EEUU)). El PRAMS es una encuesta que se lleva a cabo en EEUU anualmente para recabar datos sobre el estado físico, mental, económico y social de las nuevas madres y los recién nacidos. Además, proporciona información sobre las experiencias y actitudes de las mujeres antes, durante y después del parto. En el momento de la encuesta, las mujeres se encontraban entre los 2-9 meses posparto. El objetivo de este estudio era comprobar si existía relación entre el consejo anticonceptivo prenatal y la adopción de anticoncepción en el periodo posparto. Según los datos analizados, el 98% de las mujeres que habían sido encuestadas y cumplían los requisitos de inclusión, habían recibido información sobre el uso de anticonceptivos en el posparto. Se comprobó, que aquellas mujeres que habían recibido consejo durante el embarazo, tenían el doble de probabilidades de emplear anticoncepción entre los 2 a 9 meses posparto.

Otros dos estudios desarrollados en el contexto estadounidense, emplearon datos del PRAMS para determinar la relación existente entre el consejo anticonceptivo y la adopción de contracepción en el posparto. El primero de ellos, desarrollado por Wilson et al. (38), analizó la relación entre el consejo preparto, y las visitas posparto con el uso de anticonceptivos en una muestra de adolescentes (15-19 años) de siete estados, la mayor parte de ellas entre los 3 o 4 meses posparto. Los resultados del estudio fueron muy similares a los del realizado en Florida: se encontró una relación significativa entre

haber recibido consejo en el embarazo, y el empleo de contracepción. También se halló asociación entre la asistencia a visitas puerperales y una mayor tasa de uso de anticonceptivos, aunque no existe constancia del contenido de estas visitas y si se proporcionó consejo.

Por su parte, Zapata et al. (37), comprobaron la relación entre el uso de contracepción y el consejo pre y posparto. Según los resultados obtenidos, la provisión de consejo en cualquier periodo estaba relacionada con un incremento en el uso de contracepción en el posparto. Además, concluyeron que la asociación entre consejo y uso era mayor cuando el consejo anticonceptivo se daba en ambos periodos, es decir, durante el embarazo y en el posparto. De tal forma que, mujeres que había recibido el consejo tanto antes como después del parto, mostraban una mayor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.

En el Hospital Universitario Obafemi Awolowo, en Nigeria, Adanikin et al. (32), desarrollaron un estudio para comprobar cómo varias sesiones preparto sobre consejo anticonceptivo, influían en la adopción de anticoncepción en el puerperio. Dividieron a las mujeres seleccionadas en dos grupos: el “grupo preparto” y el “grupo posparto”. Las mujeres pertenecientes al primero de los grupos, recibieron tres sesiones individuales sobre consejo anticonceptivo en el tercer trimestre de embarazo. Las participantes del grupo posparto, únicamente recibieron consejo durante la visita puerperal a las seis semanas posparto. A los seis meses tras el parto, las mujeres de ambos grupos fueron interrogadas sobre su uso de métodos anticonceptivos. Tras recibir el consejo anticonceptivo, un 70,3% y un 67,7% de las participantes del grupo pre y posparto, respectivamente, refirieron tener la intención de usar anticoncepción después del parto. A los 6 meses posparto, un 77,2% de las mujeres aconsejadas durante el embarazo y un 67,7% de las aconsejadas en el posparto estaban empleando algún método. Es decir, las sesiones de consejo preparto incrementaron significativamente el uso de anticoncepción a los 6 meses posparto.

Los resultados de estos estudios contrastan con los de otras investigaciones en las que el consejo en el preparto no se relacionó con un aumento significativo en el uso de anticoncepción. En Uganda, Ayiasi et al. (41) condujeron un estudio para investigar esta asociación. Dividieron los 16 centros sanitarios participantes en dos grupos: el grupo intervención y el control. Las mujeres que acudieron a los centros intervención

recibieron recomendaciones sobre anticoncepción, incidiendo en el uso de la lactancia materna exclusiva como método para retrasar el embarazo. Las mujeres de los centros control recibieron los servicios estándar de educación prenatal grupal, que abordaban temas de salud materna y neonatal. A los 12 meses posparto solo el 28,2% de las mujeres en el grupo control y el 31.6% en el grupo intervención estaban usando anticonceptivos modernos. La diferencia no se halló estadísticamente significativa. La única diferencia significativa se encontró en el uso de la lactancia exclusiva como método anticonceptivo, siendo hasta 16 veces mayor su uso en el grupo intervención que en el control.

Keogh et al. (35) obtuvieron resultados similares en Tanzania. Su intervención consistió en la implementación de un consejo anticonceptivo estandarizado de diez minutos de duración en la visita prenatal para el cribado del VIH. Compararon el uso de anticoncepción y la intención de uso entre este grupo de mujeres y otro que solo recibió la atención rutinaria (cribado e información sobre el VIH). Las mujeres se encontraban entre los 6-15 meses posparto en el momento de la entrevista de seguimiento. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que la intervención no había influido en la adopción de contracepción después del parto, si bien, sí se halló una relación significativa entre la intervención y la intención de uso de anticonceptivos: las mujeres aconsejadas mostraban mayor intención en implementar estos métodos en el posparto que aquellas que habían recibido la atención rutinaria.

Rajan et al. (33), de la Universidad de Carolina del Norte, analizaron los datos correspondientes a una encuesta realizada a mujeres de seis ciudades de India que dieron a luz entre 2011 y 2014. Estudiaron el uso de anticoncepción a los 12 meses posparto y su relación con el consejo anticonceptivo durante el pre y el posparto. Según sus hallazgos, la provisión de planificación familiar durante el tercer trimestre de embarazo no se relacionaba con la utilización de contracepción posteriormente. Las autoras señalan que la muestra de mujeres que recibieron atención preparto fue muy pequeña, lo que podría haber limitado la capacidad para establecer una asociación significativa. Por el contrario, la provisión del consejo en el posparto, ya fuese durante el puerperio hospitalario, o a las 6 semanas del parto, sí se relacionó significativamente con el uso de anticoncepción. Siendo la provisión de consejo durante la estancia hospitalaria, la que presentó mayor asociación estadística.

En su revisión, Cleland et al. (36), analizaron estudios que incluían intervenciones de planificación familiar, así como su impacto en la anticoncepción posparto. Dividieron las intervenciones en función de si se habían llevado a cabo durante el parto y/o posparto o durante las revisiones del lactante. En relación con el consejo anteparto, los autores concluyeron que intervenciones cortas y únicas de consejo anticonceptivo no tuvieron efecto, sin embargo, sesiones múltiples durante el embarazo se relacionaron con un incremento del uso de contracepción. El consejo durante el puerperio hospitalario y durante el pre y el posparto, se relacionaron significativamente, en la mayor parte de los estudios, con el empleo de métodos anticonceptivos. La evidencia sobre la provisión de consejo durante las visitas para la revisión del lactante es todavía escasa, pero prometedora, ya que tuvo un impacto positivo.

Cleland et al. (36), proponen que la mejor estrategia para aumentar el uso de anticoncepción posparto, es integrar la PF a lo largo del embarazo y el posparto. Makins et al. (42), de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), investigaron que factores influían en la aceptación de la inserción posparto de un DIU en cuatro países. El único factor constante que aumentó el uso de estos dispositivos en los diferentes países, fue haber recibido varias sesiones de consejo anticonceptivo.

Investigadores de la Universidad de Utah y de la Universidad de Washington (39), implementaron una intervención en el University of Utah Hospital. La intervención en cuestión consistió en la provisión de consejo anticonceptivo protocolizado antes del alta hospitalaria. A los tres meses se comparó el uso de anticonceptivos (principalmente de LARCs) en las mujeres que habían recibido este consejo, con el de aquellas que habían recibido cuidado estándar. El cuidado puerperal estándar que se proporcionaba en el hospital variaba según el profesional y, por lo general, incluía consejo sobre cuidados en el posparto. Los autores del estudio, tras el análisis de los datos, concluyeron que el consejo proporcionado había aumentado el uso de LARCs a los 3 meses posparto.

Khalaf et al. (43), diseñaron una intervención similar en dos hospitales egipcios. Dividieron aleatoriamente la muestra en dos grupos: uno de ellos recibió planificación familiar durante su estancia hospitalaria, y el otro de ellos no. Al comparar la tasa de uso de contracepción a los 3 y 6 meses se comprobó que estas eran similares en ambos grupos, a excepción del porcentaje de uso del MELA y del DIU, que eran significativamente mayores en el grupo control y grupo intervención, respectivamente.

Se observó, no obstante, que el consejo influyó positivamente en el uso correcto de los anticonceptivos. De esta forma, el porcentaje de mujeres que usaban de forma correcta los métodos era mayor en el grupo intervención, en comparación con el grupo control.

López et al. (44), analizaron 6 estudios en los que se investigaba la asociación entre el consejo contraceptivo y el uso de contracepción en el posparto. Concluyeron que las intervenciones de los estudios se asociaron a una mayor adopción de anticoncepción, aunque la calidad de la evidencia revisada era baja.

En Italia, Lauria et al. (45), interrogaron a una muestra de mujeres italianas e inmigrantes a los 3 meses posparto para conocer sus prácticas anticonceptivas, y si éstas se relacionaban con el consejo anticonceptivo. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que, efectivamente, aquellas mujeres que habían recibido consejo anticonceptivo en algún punto del continuo de cuidados, empleaban más métodos anticonceptivos, y estos eran más efectivos. Sin embargo, el cuestionario empleado para la recolección de los datos, no permitía recoger información sobre el momento en el que se proporcionaba el consejo.

Por su parte, la investigación de Morhe et al. (46), en Ghana, proporcionó resultados totalmente contrarios. Se consultó a las mujeres entre 6-24 meses posparto, sobre sus prácticas anticonceptivas. Un 89,5% de ellas refirió haber recibido consejo contraceptivo en algún momento del embarazo y/o el posparto (la mayoría durante la estancia hospitalaria). Sin embargo, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre este consejo y el posterior uso de métodos anticonceptivos. Los autores señalan que los resultados pueden no ser representativos debido al pequeño tamaño muestral (n=200).

En uno de los estudios que incluyó Nelson (34) en su revisión narrativa, se consultó a las mujeres cuál creían que era la mejor estrategia para aprender sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el posparto. Las participantes, recomendaron varias sesiones de consejo a lo largo del embarazo, reforzadas durante el posparto.

3.2 Métodos anticonceptivos más usados en el periodo posparto y papel de los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC).

En la mayor parte de los estudios analizados, los investigadores recogieron datos sobre qué tipo de métodos anticonceptivos eran los más usados por las mujeres durante el posparto. En términos generales, los autores de las investigaciones dividieron los métodos disponibles según su efectividad; no obstante, emplearon diferentes criterios para la clasificación.

En los estudios de Nigeria (32), India (33) y Uganda (41), los métodos se dividieron en “métodos modernos” y “métodos tradicionales”. Adanikin et al. (32) identifican como “métodos modernos” los preservativos masculino y femenino, el diafragma cervical, los AHO, los LARCs y la esterilización masculina y femenina. Los “métodos tradicionales” incluyen el MELA, los métodos naturales basados en el calendario y el coitus interruptus o marcha atrás. La clasificación de estos autores y la de Rajan et al. (33) es bastante similar. Sin embargo, estos últimos catalogaron el MELA como un método hormonal. Ayiasi et al. (41), no especifican qué métodos incluyen en cada categoría.

Hernández et al. (40), utilizan para su clasificación los criterios establecidos por la Food and Drug Administration (FDA). De esta forma, los métodos efectivos son aquellos que tienen una eficacia mínima del 80%. Dichos métodos incluyen: la esterilización femenina y masculina, el DIU, los anticonceptivos inyectables, el parche transdérmico, el anillo vaginal, la píldora, el preservativo y el diafragma pélvico.

Por su parte, Zapata et al. (37), consideraron que un método era efectivo si, según la evidencia publicada, la tasa de embarazo no deseado era menor de un 10%/año con su uso típico. Su clasificación se asemeja a la de Hernández et al. (40). Los métodos eran clasificados como menos efectivos si su tasa de embarazo no deseado era superior al 10%/año. Dentro de los métodos menos efectivos incluyeron los métodos de barrera (físicos y químicos) y los métodos naturales.

Para su estudio en Italia, Lauria et al. (45) tomaron como métodos efectivos la píldora anticonceptiva, los métodos de barrera, el DIU, la esterilización y el MELA. Y Wilson et al. (38), aunque no hablan de efectividad, clasifican los métodos anticonceptivos en tres categorías: a) preservativos, marcha atrás y otros, b) píldoras, c) inyectables, parche y anillo vaginal, d) DIU, implante subdérmico o esterilización.

Lauria et al. (45), pusieron de manifiesto en su investigación que aquellas mujeres que habían recibido consejo anticonceptivo empleaban métodos más eficaces en comparación con las que no lo habían recibido. En su muestra, los anticonceptivos más usados a los 3 meses posparto fueron los métodos barrera, seguidos de los hormonales y el MELA.

En la mayoría de los estudios revisados por López et al. (44), también se encontró que el consejo anticonceptivo había influido en la adopción de contraceptivos más efectivos en el posparto, como la píldora o el DIU.

Keogh et al (35), Zapata et al. (37), Wilson et al. (38) y Hernández et al. (40), hallaron en sus respectivos estudios que los métodos más utilizados por las mujeres en el posparto fueron los métodos hormonales (píldora, inyectables) y los preservativos masculinos. Zapata et al. (37) concluyeron con su estudio en EEUU, que el consejo anticonceptivo había influido positivamente en la adopción de métodos más eficaces en el posparto. Las mujeres que habían recibido información contraceptiva, tenían más probabilidades de emplear métodos hormonales y LARCs. De manera similar, Wilson et al. (38), que centraron su investigación en población adolescente, comprobaron que las mujeres que habían recibido consejo anticonceptivo tenían una mayor probabilidad de utilizar la píldora anticonceptiva en el posparto, en comparación con las que no.

En Tanzania, Keogh et al (35), estudiaron los patrones de uso de los anticonceptivos durante el seguimiento de las mujeres. La tasa de uso de condones alcanzaba su pico a los 4 meses posparto, y a partir de iba disminuyendo. El 18% de las mujeres que refirieron utilizar los preservativos femeninos, cambiaron a los métodos hormonales en algún momento del seguimiento posparto. La mayor parte de las participantes, empezaron a usar los métodos hormonales a los 6 meses posparto. También descubrieron que era más probable que las mujeres dejaran de usar los condones que los métodos hormonales.

Rajan et al. (33), también encontraron asociación entre haber recibido consejo y usar métodos efectivos. A los 12 meses posparto un 46% de las mujeres empleaban anticonceptivos modernos, siendo el más frecuente el preservativo masculino, seguido de la ligadura tubárica y el DIU. Además, descubrieron que las mujeres que habían sido aconsejadas durante su ingreso hospitalario tenían más probabilidades de elegir la

esterilización femenina sobre el uso de DIU, condones o métodos hormonales; así como de elegir el DIU antes que los métodos hormonales o los preservativos.

Según el estudio de Khalaf et al. (43), de la Universidad de Assiut (Egipto), los anticonceptivos más usados a los 6 meses por las mujeres que habían recibido consejo eran la minipíldora, el DIU y el implante subdérmico. Por su parte, las mujeres que no habían recibido planificación familiar empleaban el MELA, la minipíldora y el DIU como principales métodos. Los investigadores encontraron una relación significativa entre el consejo anticonceptivo y el uso de LARCs. Además, las mujeres del grupo intervención utilizaron en menor proporción el MELA, ya que preferían métodos con una menor tasa de fallo.

A los seis meses posparto, Adanikin et al. (32) compararon el uso de anticonceptivos entre dos grupos que habían recibido consejo anticonceptivo pre y posparto, respectivamente. Sus hallazgos pusieron de manifiesto que las mujeres del primer grupo empleaban más métodos modernos, y menos métodos tradicionales que el grupo posparto. Los métodos más usados en el grupo prenatal fueron los preservativos, seguidos del MELA; mientras que en el grupo posnatal el MELA fue el anticonceptivo más utilizado, seguido de los condones. En ambos casos, el DIU ocupaba el tercer lugar en el ranking. Los investigadores proponen que la alta tasa de uso de preservativos (48,9% en total), puede deberse a que son una opción económica y accesible.

El método más utilizado por las mujeres del estudio de Morhe et al. (46), en Ghana, fue el método basado en el calendario. Los autores señalan este como un resultado preocupante, ya que este método depende de los ciclos menstruales, que pueden ser irregulares durante los primeros meses posparto, especialmente si la mujer amamanta. Los siguientes métodos más empleados fueron los anticonceptivos inyectables y la píldora contraceptiva. Aunque en la investigación no se encontró una asociación significativa entre el consejo anticonceptivo y el uso de métodos en el posparto, se halló que todas las mujeres que eligieron los inyectables, LARCs o la esterilización femenina como métodos anticonceptivos, habían recibido consejo anticonceptivo.

Los resultados del estudio de Ayiasi et al. (41), en Uganda pusieron de manifiesto que, a los 12 meses posparto, la mayor parte de las mujeres empleaban métodos anticonceptivos clasificados como tradicionales. Únicamente un 31.6% de las mujeres en el grupo intervención (que recibieron planificación familiar preparto), y un 28.2% del

grupo control (que recibieron cuidados rutinarios), refirieron utilizar métodos anticonceptivos modernos. La diferencia no se halló estadísticamente significativa. Al estudiar el uso de cada método anticonceptivo por separado, únicamente se halló diferencia en la utilización del MELA, que fue mayor en el grupo intervención. Ayiasi et al., proponen que esto se debe a que el consejo recibido puso énfasis en el uso de la lactancia materna exclusiva.

Torres et al. (39) investigaron si el consejo anticonceptivo incrementaría el uso de LARCs en mujeres con un parto pretérmino reciente. Los métodos reversibles de larga duración han sido identificados como uno de los métodos más adecuados para evitar embarazos no deseados y alcanzar un intervalo intergenésico adecuado. Los LARCs tienen una tasa de fallo menor al 1%, son seguros y pueden emplearse durante el periodo posparto (39,47).

Este tipo de métodos tienen especial relevancia en pacientes de riesgo, como las adolescentes o mujeres que han tenido un parto pretérmino. Las mujeres que tienen un hijo durante la adolescencia tienen más riesgo de abandonar la educación secundaria y de tener dificultades económicas durante su vida adulta, y sus hijos suelen presentar más problemas de comportamiento y dificultades en la escuela. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, así como el Colegio de Pediatras, recomiendan los LARCs como los métodos de elección para las madres adolescentes, debido a su alta eficacia. Se calcula que entre un 10 a un 14 por ciento de las madres adolescentes tendrán un nuevo embarazo en el primer año posparto, con los riesgos para salud materno-infantil que esto implica (39, 47, 48).

Por su parte, las mujeres que han experimentado un parto prematuro, tienen más riesgo de volver a tener otro, por lo que resulta primordial respetar el periodo intergenésico mínimo para no incrementar este riesgo. Torres et al., concluyeron que el consejo anticonceptivo sí incrementaba el uso de LARCs en mujeres que habían tenido un parto pretérmino, a los 3 meses posparto (39).

Algunos investigadores desarrollaron intervenciones específicas para aumentar el uso de LARCs durante el periodo posparto. Es el caso de Staley et al. (47) de la Universidad de North Carolina, que introdujeron un vídeo durante las visitas prenatales y comprobaron su impacto en la adopción de LARCs durante el posparto. Dividieron su muestra en dos grupos: uno de ellos recibió solo los cuidados prenatales estándar, que incluyen consejo

anticonceptivo, pero cuya duración y contenido dependen del proveedor; el otro grupo también recibió el cuidado estándar pero, además, vio el vídeo. Éste incluía información sobre los métodos anticonceptivos que las mujeres podían usar durante el posparto, centrándose en los anticonceptivos reversibles de larga duración. Al comparar el uso de estos métodos a las 12 semanas posparto, se observó que no existía una diferencia significativa entre los grupos. Sin embargo, el uso general de LARCs había aumentado: de un 6% antes de la intervención, a un 34% tras la intervención. Los autores señalan que este incremento tan notable pudo deberse a que se ofreció acceso gratuito a estos métodos a las participantes del estudio. Pese a que la intervención no tuvo una repercusión significativa, tuvo una muy buena acogida por parte de las mujeres. La mayoría de ellas refirió preferir recibir el consejo anticonceptivo a través del vídeo y de un profesional sanitario, que solo de una de las dos formas. A más del 90% de las mujeres les gustó el vídeo, y se lo recomendarían a una amiga. Y el 88.1% había aprendido sobre métodos que no conocía.

Tomlin et al. (48) centraron su estudio en población adolescente. Su objetivo era comprobar cómo la entrevista motivacional influía en la adopción de LARCs entre las adolescentes en el periodo posparto. La entrevista motivacional es una técnica centrada en el paciente que le ayuda a identificar e implementar cambios en su comportamiento. Pocos estudios han comprobado su utilidad en materia de anticoncepción, pero ha demostrado ser efectiva en otros comportamientos de riesgo. Desarrollaron su investigación en Arizona, donde se localiza la New Hope Teen Pregnancy Clinic (NHTC). Esta clínica proporciona cuidados prenatales centrados en las adolescentes. Las mujeres que acudieron a esta clínica fueron las que recibieron la intervención basada en la entrevista motivacional. Compararon el uso de LARCs a las 13 semanas posparto de este grupo, con el de otro grupo de adolescentes que habían recibido cuidados prenatales estándar en otras clínicas. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre las mujeres que habían recibido la intervención y las que no, siendo el uso de LARCs mayor entre las primeras. El DIU fue más empleado que el implante subdérmico.

Los autores (48) concluyeron que esta técnica era una buena estrategia para proporcionar consejo anticonceptivo, ya que había demostrado incrementar significativamente la adopción de LARCs en el posparto. Disminuyendo, por tanto, el riesgo de un nuevo embarazo y las consecuencias asociadas al mismo.

En Philadelphia (EEUU), Frarey et al. (49) también estudiaron el uso de contracepción posparto en adolescentes, centrándose en el empleo de LARCs. Dividieron su muestra aleatoriamente en dos grupos: un grupo intervención y un grupo control. Las adolescentes del grupo control recibieron el consejo contraceptivo rutinario durante su estancia hospitalaria. Por su parte, el grupo intervención además de este consejo, recibieron un consejo anticonceptivo estandarizado, diseñado específicamente para el estudio, antes del alta hospitalaria. Los investigadores contactaron con las participantes a los 3, 6, 9 y 12 meses para comprobar sus prácticas anticonceptivas, y la posibilidad de un nuevo embarazo.

No se encontraron diferencias significativas en el uso de contracepción (incluyendo los LARCs) entre los dos grupos a los 6 y 12 meses. Tampoco se halló diferencia en la tasa de embarazos. El consejo anticonceptivo, con énfasis en los LARCs se proporciona de manera rutinaria durante el pre y el posparto en el contexto donde se desarrolló la investigación. Frarey et al. (49), proponen que esta puede haber sido la causa de que su intervención no haya tenido el efecto esperado. Los investigadores hallaron una diferencia importante entre el uso de los implantes subdérmicos y los DIUs: treinta mujeres emplearon el primer método a lo largo del estudio, y únicamente 4 de las 27 que tenían la intención de hacerlo, utilizaron el DIU. En el momento del estudio estaba disponible la inserción gratuita del implante antes del alta hospitalaria, pero no la del dispositivo intrauterino. Los autores proponen que esta pudo ser una barrera para que las adolescentes accedieran a su anticonceptivo deseado.

Makins et al. (42) investigaron qué factores influían en la adopción de DIUs en el posparto en India, Sri Lanka, Nepal y Tanzania. Todos estos eran países en los que los dispositivos intrauterinos no eran muy populares, con una tasa de uso de ente 0.9-1.5. Su estudio formaba parte de una iniciativa mayor del FIGO para aumentar la inserción de DIUs en el posparto. En general, las tasas de uso de DIUs en el posparto aumentaron notablemente, siendo la provisión de varias sesiones de consejo anticonceptivo, el único factor consistente que influyó en los resultados.

3.3 Factores que influyen en el uso de anticonceptivos en el posparto.

En algunos de los artículos, los autores investigaron también cómo otros factores relacionados con el contexto en el que vivía la embarazada, influían en el uso de contraceptivos en el periodo posparto.

Uno de los factores más nombrado en los estudios fue el uso de anticonceptivos antes del embarazo. Keogh et al. (35), Wilson et al. (38), Hernández et al. (40) y Morhe et al. (46), hallaron en sus respectivos trabajos que las mujeres que habían usado algún método antes de la concepción, tenían una mayor tasa de uso de anticonceptivos tras el parto, que aquellas que no los habían empleado. Morhe et al. (46), también relacionaron este factor con un mayor uso de LARCs y métodos irreversibles.

Wilson et al. (38) y Hernández et al. (40), señalan que, reforzar el consejo contraceptivo y seguir más estrechamente a las mujeres que no emplearon anticoncepción antes del embarazo, podría ser una buena estrategia para garantizar su uso en el posparto.

El estado civil también se asoció con la adopción de contracepción. En Florida (40) y Ghana (46) se encontró que existía un mayor porcentaje de uso de anticonceptivos en el posparto entre las mujeres que estaban casadas.

Sin embargo, en Italia, Lauria et al. (45), obtuvieron los resultados contrarios: la adopción de contracepción era superior en las mujeres que no estaban casadas. En este mismo estudio, se encontró que la paridad también era un factor influyente, aunque los resultados fueron dispares. La muestra de Lauria et al. (45), incluía a mujeres italianas e inmigrantes, y, al comprobar el efecto de la paridad sobre el uso de contracepción posparto, éste fue diferente. Las italianas multíparas empleaban más los métodos que las primíparas; mientras que en las mujeres inmigrantes, las primíparas presentaban mayores tasas de adopción de anticoncepción que sus homólogas multíparas.

En Tanzania, Keogh et al. (35) hallaron que las mujeres con cuatro o más hijos empleaban menos los métodos anticonceptivos en el posparto, y propusieron que esto podría ser un resultado del deseo de las madres de tener familias extensas. Parte de la investigación de Makins et al. (42), también se desarrolló en Tanzania. Estos autores asociaron la paridad a la inserción de DIUs en el posparto: según los resultados obtenidos, a más paridad, más probabilidad de iniciar el uso del DIU en el posparto. Por

el contrario, al analizar los datos de India y Sri Lanka comprobaron que a mayor paridad, menor era la tasa de inserción del DIU.

La paridad no fue el único factor que asociaron a la aceptación del DIU en el posparto. Makins et al. (42), también hallaron una relación significativa entre la edad de la madre y la inserción de DIUs. En Sri Lanka, Tanzania y Nepal a más edad de la mujer, más probabilidad existían de ésta emplearse el DIU en el posparto. Por el contrario, en India, los datos recogidos mostraban que a mayor edad de la madre, menor probabilidad de inserción del dispositivo había. En este país, los únicos anticonceptivos de larga duración disponibles son el DIU o la ligadura tubárica. Los autores proponen que, debido a su reversibilidad, el DIU es una opción más atractiva para las mujeres jóvenes que tienen intención de volver a concebir, mientras que las mujeres con más edad que no quieren tener más hijos, suelen optar por la esterilización. Lauria et al. (45), obtuvieron resultados similares en Italia: a más edad de la mujer, menor probabilidad de usar anticonceptivos eficaces.

Wilson et al. (38), que investigaron el uso de contracepción posparto en una muestra de adolescentes estadounidenses, encontraron que la edad influía significativamente en el tipo de anticonceptivo empleado. Se observó que las adolescentes entre los 15 y 17 años de edad, usaban menos condones que las adolescentes entre los 18 y 19, pero más anticonceptivos hormonales (inyectables, anillo vaginal y parche transdérmico). Los autores también relacionaron el tiempo desde el parto al uso de contracepción: el porcentaje de adolescentes que refirieron usar algún método anticonceptivo disminuyó progresivamente a lo largo de los meses.

Otro de los factores que se encontró relacionado con el uso de contraceptivos en el posparto fue el reinicio de las menstruaciones. En Tanzania (35), a los 10 meses posparto, la principal razón por la que las mujeres refirieron no usar anticoncepción fue que continuaban amenorreicas desde el parto. Únicamente un 46% de las mujeres entrevistadas reconocía el riesgo de quedarse embarazada aún estando amenorreica, si no empleaba ningún método anticonceptivo.

En su revisión, Cleland et al. (36), también señalan que muchas de las mujeres de países en desarrollo esperan hasta el retorno de la menstruación para comenzar el uso de anticonceptivos. Según un estudio recogido en su investigación, este comportamiento se debe a que, aunque las mujeres conocen que existe un pequeño riesgo de concebir a

pesar de la amenorrea, prefieren asumir este riesgo. Proponen que la proliferación de las interrupciones del embarazo (ya sea legal o ilegalmente) puede influir en estos comportamientos.

La segunda razón más frecuente por la que las mujeres del estudio de Keogh et al. (35) refieren no usar anticoncepción a los 10 meses tras el parto, es por negación o desaprobación por parte de su pareja: el 16% de las mujeres que no empleaban ningún método dieron esta razón. En EEUU, Zapata et al. (37), hallaron que el 17% de las mujeres que no usaban anticoncepción en el posparto, no lo hacían porque su marido o pareja no quería utilizar ninguno. Cleland et al. (36), proponen que incluir a la pareja en el consejo contraceptivo podría influir positivamente en este factor.

Makins et al. (42), investigaron si el tipo de profesional que proporcionaba el consejo anticonceptivo influía en el uso de contracepción en el posparto. En función del país de estudio, el consejo era dado por diferentes figuras: en Sri Lanka y Tanzania, el consejo era proporcionado solo por profesional sanitario (médicos, enfermeras, matronas). En el primero de los dos países, se halló que existía una menor probabilidad de aceptar la inserción posparto de un DIU, si el consejo lo daba una enfermera. En Tanzania, se halló una asociación clara entre la provisión del consejo por un médico y el uso de DIU posparto. En India y Nepal, además de los profesionales sanitarios, también existían consejeros entrenados en materia de planificación familiar, que proporcionaban consejo anticonceptivo. En India, este tipo de consejeros son una figura habitual en el sistema sanitario. No solo aconsejan sobre anticoncepción, sino que también tienen conocimientos sobre otros aspectos de salud reproductiva e infantil. Aquellas mujeres que recibieron consejo anticonceptivo procedente de esta figura, tenían más probabilidades de emplear un DIU en el posparto. Por su parte, en Nepal, los consejeros se implantaron específicamente para el estudio, y no tuvieron una buena aceptación. Las mujeres confiaban más en los profesionales sanitarios, especialmente los médicos. Aquellas que recibieron el consejo por parte de una enfermera o una matrona, presentaron una menor probabilidad de emplear un DIU en el posparto. Las matronas y enfermeras refirieron no sentirse motivadas para la provisión de consejo anticonceptivo, principalmente por la falta de tiempo que tenían debido a la sobrecarga de trabajo.

Torres et al. (39), al analizar los factores que influían en el uso de LARCs a los 3 meses posparto, en mujeres que habían experimentado un parto pretérmino, encontraron que el

principal predictor de este uso era el tenerlo planificado durante el embarazo. Es decir, las mujeres que elaboran un plan contraceptivo para el posparto, tienen incrementadas las probabilidades de usar anticoncepción durante este periodo.

Por su parte, Hernández et al. (40) hallaron en su muestra de mujeres en Florida, que aquellas que no habían sufrido estrés antes o durante el embarazo tenían el doble de probabilidades de utilizar un método anticonceptivo durante el posparto que aquellas que sí lo habían sufrido. Para conceptualizar el estrés emplearon 13 preguntas incluidas en el PRAMS, relacionadas con la aparición de eventos estresantes en los 12 meses anteriores al parto. Las dividieron en cuatro categorías: emocionales, traumáticas, relacionadas con la pareja y financieros, y se consideró que la mujer había sufrido estrés si contestaba afirmativamente a alguna de las cuatro categorías, ya que todas influían en el uso de contracepción posparto. También relacionaron el nivel educativo con el impacto del consejo contraceptivo y, por consiguiente, con el uso de contracepción. Las mujeres con un nivel de estudios inferior a la educación secundaria que recibieron consejo, tenían hasta tres veces más probabilidades de emplear anticoncepción en el posparto, en comparación con sus homólogas que no lo habían recibido. Keogh et al. (35), encontraron una relación significativa entre tener niveles de estudios superiores y emplear métodos anticonceptivos en el posparto.

Lauria et al. (45), compararon el uso de contraceptivos en función del país de origen de la mujer. Los resultados pusieron de manifiesto que las mujeres procedentes de países del este de Europa, empleaban menos anticonceptivos y menos anticonceptivos efectivos que las mujeres italianas, asiáticas, africanas o latinoamericanas. También observaron que el tipo de anticonceptivos que empleaban variaba en función de su procedencia, y relacionaron estos patrones con la tradición anticonceptiva de su país de origen.

En Estados Unidos, Zapata et al. (37), encontraron que el tipo de seguro médico de la mujer influía en el porcentaje de mujeres que usaban anticonceptivos efectivos en el posparto. Las mujeres que no tenían seguro médico, o se beneficiaban del Medicaid (el seguro de salud ofrecido por el gobierno), utilizaban más métodos efectivos que las que tenían un seguro médico privado. Los investigadores propusieron que las mujeres que no contasen con un seguro privado, son las que más se beneficiarían de las acciones preventivas, debido a su limitado acceso al servicio sanitario.

La baja renta familiar, el deseo de quedarse embarazada, o la negativa de la mujer a emplear métodos anticonceptivos fueron otros de los factores que influyeron negativamente en la adopción de contracepción posparto (37,40).

4. DISCUSIÓN.

En la mayor parte de los artículos revisados, la provisión de consejo anticonceptivo se relacionó con un incremento del uso de contracepción en el periodo posparto. De esta forma, la planificación familiar y el consejo, han sido considerados como estrategias efectivas para disminuir la tasa de embarazos no deseados y de períodos intergenésicos cortos, así como la de los efectos sobre la morbilidad materna e infantil que estos tienen.

Pese a esto, se ha observado que la provisión de consejo contraceptivo no es universal ni se proporciona de manera rutinaria. Siguen existiendo necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar posparto: muchas mujeres que no desean concebir tras su último parto no emplean ningún tipo de método anticonceptivo y se encuentran en riesgo de tener un embarazo no deseado, siendo este porcentaje mayor en países en desarrollo, que en los países desarrollados.

En los estudios de Keogh et al. (35), Ayiasi et al. (41) y Morhe et al. (46), el consejo anticonceptivo no se relacionó con un aumento del uso de contraceptivos en el posparto. Llama la atención que todas estas investigaciones se llevaron a cabo en países subsaharianos: Tanzania, Uganda y Ghana, respectivamente. Pese a que el porcentaje de mujeres que refirieron recibir consejo en algún momento del embarazo o el posparto, oscilaba entre el 60% y 80% aproximadamente, la tasa de uso de anticoncepción fue de entre el 30% al 50%. Además, la mitad de las mujeres que no estaban usando contracepción en el momento del estudio, refirieron querer utilizar algún método para retrasar el próximo embarazo.

Entre las razones que los autores propusieron para explicar la poca efectividad de las intervenciones y el bajo uso de contracepción en el posparto, se encuentran: la dificultad de acceso a algunos métodos anticonceptivos efectivos como la píldora o los preservativos, el temor de las mujeres a los efectos secundarios de los métodos, una baja calidad del consejo anticonceptivo, o poco entrenamiento de los profesionales que lo daban.

Por lo tanto, entrenar a los profesionales para la provisión de un consejo anticonceptivo de calidad, que elimine las falsas creencias de las mujeres con respecto a los métodos anticonceptivos, así como facilitar el acceso a los contraceptivos, podrían ser las

estrategias a seguir en estos países para mejorar la adherencia a los métodos anticonceptivos en el posparto y cubrir sus necesidades en materia de planificación familiar.

Aunque las necesidades en planificación familiar se han observado más acusadas en este tipo de países, tampoco se pueden olvidar ni, por lo tanto, dejar de atender, las diferentes necesidades de las mujeres o parejas, en general relacionadas con grupos menos favorecidos, con dificultades de acceso o déficit de conocimientos en materia anticonceptiva, en los países considerados ricos o desarrollados.

Algunos autores han señalado que el parto representa una oportunidad inmejorable para la provisión de planificación familiar: la asistencia a las visitas sanitarias durante el embarazo es mayor que a las visitas puerperales, y proporciona a la mujer tiempo suficiente para reflexionar sobre sus opciones anticonceptivas (32, 33, 36, 37, 38). Sin embargo, existe controversia con respecto a la efectividad del consejo contraceptivo durante el parto. Por ejemplo, Adanikin et al. (32), concluyeron que la provisión del consejo durante el parto había tenido más efecto que en el posparto, mientras que Rajan et al. (33) obtuvieron los resultados contrarios, siendo el consejo posparto más efectivo. Keogh et al. (35) y Ayiasi et al. (41), tampoco encontraron asociación entre el consejo parto y la adopción de contracepción posterior. No obstante estos estudios presentaron limitaciones como un pequeño tamaño muestral, dificultad de acceso a métodos anticonceptivos efectivos o poco entrenamiento del personal que proporcionaba el consejo. Dichas limitaciones podrían haber afectado a los resultados obtenidos.

Aquellos estudios que investigaron la efectividad del consejo tras el parto obtuvieron en general resultados positivos, especialmente cuando el consejo anticonceptivo se proporcionó durante la estancia hospitalaria (33, 36, 39, 43). El consejo anticonceptivo durante la visita puerperal también se asoció a un aumento del uso de anticonceptivos en el postparto, aunque se hallaron pocos artículos que investigasen su efectividad.

Varios autores (32, 36, 37, 42, 45), basándose en los resultados obtenidos en sus respectivos estudios, recomendaron que la mejor estrategia era proporcionar el consejo en diferentes puntos del continuo de cuidados. Por ejemplo, Zapata et al. (37) hallaron que la mayor asociación entre el consejo y el uso de contracepción, se daba cuando éste se proporcionaba tanto en el periodo parto, como en el posparto. Y Adanikin et al.

(32) y Makins et al. (42), encontraron que varias sesiones de planificación familiar tenían más efecto que una única sesión.

Teniendo en cuenta los resultados analizados, se considera que se deben aprovechar todos los puntos de contacto entre el profesional y la mujer, a lo largo del embarazo y el posparto, para proporcionar información sobre anticoncepción.

En aquellos estudios que incluían el contenido y la forma del consejo anticonceptivo, se observó que este solía proporcionarse de forma individual, mediante una interacción directa proveedor-paciente. La duración del contacto no fue inferior a 20 minutos en la mayor parte de las investigaciones. El contenido podía ser estructurado o no, dependiendo del estudio, y solía incluir información sobre los métodos anticonceptivos disponibles en el posparto (efectivos y menos efectivos, muchas veces enfatizando el uso de LARCs), sus ventajas e inconvenientes, el retorno de la fertilidad y el riesgo de embarazo tras el parto. No se observó una diferencia notable en la efectividad del consejo en función de si este era estructurado o no.

El proveedor del consejo anticonceptivo fue variable en función del artículo, pudiendo ser un profesional sanitario (médico, enfermera, matrona) u otra figura entrenada específicamente para la provisión de planificación familiar. Por ejemplo, en India (33, 42) o Uganda (41), es habitual la figura del Community health worker (CHW). Estos profesionales son entrenados para proporcionar servicios de salud básicos a la comunidad. En este caso proporcionaron servicios de planificación familiar a las mujeres durante el embarazo o en el periodo posparto.

Makins et al. (42), fueron los únicos autores que investigaron si el tipo de profesional que proporcionaba el consejo, influía en su efectividad y por ende, en el uso de anticonceptivos en el posparto. Los resultados fueron dispares en función del país de estudio, pero en términos generales, la provisión del consejo por parte de un médico tuvo más efectividad que el consejo procedente de una enfermera o matrona.

Sin embargo, este único trabajo no es suficiente para establecer conclusiones claras con respecto a la efectividad del consejo en función del profesional que lo dé, por lo que se requieren estudios que exploren este ámbito.

Staley et al. (47) y Tomlin et al. (48), implementaron estrategias diferentes para la provisión de consejo anticonceptivo. Estos últimos, comprobaron la eficacia de la

entrevista motivacional en la adopción de LARCs en el posparto en población adolescente, obteniendo resultados positivos.

Estos resultados proponen que la entrevista motivacional puede ser una técnica efectiva para la provisión de consejo anticonceptivo, en especial en poblaciones de riesgo, como son las adolescentes. Sería recomendable investigar la efectividad de diferentes técnicas de motivación, en especial en la población más vulnerable.

Nelson (34), incluyó en su revisión un estudio que había incorporado las redes sociales en la provisión del consejo anticonceptivo. Se comparó el efecto de la educación con folletos y de la educación a través de Facebook. Aunque su muestra no incluyó a mujeres embarazadas, se comprobó que aquellas mujeres que habían recibido información anticonceptiva a través de Facebook, presentaban unas mayores tasas de conocimiento contraceptivo, y de satisfacción. Stanley et al (47), también emplearon herramientas multimedia para integrar el consejo anticonceptivo en las visitas prenatales.

El integrar las nuevas tecnologías, los medios audiovisuales y las redes sociales en la planificación familiar, parece ser una buena estrategia para incrementar el uso de anticoncepción en una sociedad cada vez más tecnológica. Los estudios nombrados anteriormente, sugieren que las pacientes reciben de forma positiva estas estrategias, si bien, siguen dando mucha importancia a la interacción personal con el profesional, y prefieren que sean usadas como un complemento a ésta y no como un sustituto.

Las investigaciones pusieron de manifiesto que el consejo anticonceptivo no solo influía en el uso o no de métodos contraceptivos en el posparto, sino que también repercutía sobre el tipo de anticonceptivos que las mujeres adoptaban. De esta forma, las mujeres que habían recibido consejo anticonceptivo empleaban métodos más efectivos que las mujeres que no lo habían recibido, que solían usar métodos menos efectivos. En general, los métodos considerados más efectivos por los autores fueron los métodos permanentes, los LARCs y los métodos hormonales. Mientras que entre los menos efectivos se incluyeron los métodos naturales y el coitus interruptus. Existe controversia con respecto a la categoría a la que corresponderían los métodos de barrera (especialmente los preservativos) y el MELA.

En la mayor parte de los estudios los métodos más empleados en el posparto fueron los preservativos masculinos, y los métodos hormonales (orales e inyectables). En términos generales, la tasa de uso de métodos naturales como los métodos basados en el calendario y de la marcha atrás, fueron mayores en países en desarrollo.

La tasa de uso de MELA no difirió de forma destacada entre los estudios. En países desarrollados, donde los recursos y la disponibilidad de métodos anticonceptivos suele ser mayor, sería recomendable promocionar el uso de otros contraceptivos más efectivos. Sin embargo, el MELA puede ser una buena opción para mujeres que prefieran usar métodos naturales, o en aquellos países donde exista una dificultad de acceso a otro tipo de métodos; siempre y cuando se eduque a las mujeres, se incida en las condiciones que se deben cumplir para que la lactancia pueda ser empleada como un método anticonceptivo y se garanticen otras alternativas contraceptivas a partir de los seis meses posparto.

Intervenciones como las de Torres et al. (39), Tomlin et al. (48) o Frarey et al. (49), enfocadas a incrementar el uso de LARCs, obtuvieron resultados positivos. Otros estudios también relacionaron significativamente el consejo anticonceptivo con un incremento del uso de estos métodos en el posparto.

Debido a su efectividad y sus características, los LARCs representan una muy buena opción anticonceptiva durante el posparto, especialmente para mujeres que desean volver a concebir pero desean espaciar los embarazos o en adolescentes o mujeres que han tenido un parto pretérmino.

Aunque el consejo anticonceptivo se asocia al uso de anticonceptivos en el periodo posparto, los artículos analizados ponen de manifiesto que existen factores de tipo social, cultural o económico que también influyen en esta adopción de contracepción. Sin embargo, se ha observado que dichos factores son muy variables en función del estudio.

Uno de los factores que se advirtió más constante, fue el haber empleado algún método anticonceptivo antes de la concepción, el cual se asoció a la adopción de contracepción tras el parto. La paridad, el estado civil o la edad fueron otros de los factores más repetidos en las investigaciones, pero su asociación con el uso de contracepción fue diferente según el lugar de estudio.

Estos resultados sugieren que los factores, así como su relación con la adopción de métodos en el posparto, varían en función del contexto en el que vive la mujer. El conocer dichos factores permitiría identificar a aquellas mujeres que presentasen mayor riesgo de no usar anticoncepción en el posparto, lo que daría la oportunidad de seguir más exhaustivamente a estas madres para garantizar su adherencia a algún método. Por lo tanto, se deben desarrollar investigaciones que estudien los posibles factores que influyen en la adopción de contracepción en el posparto, en diferentes contextos.

Aunque en ninguno de los estudios se relacionó directamente, se ha observado que la accesibilidad y el costo económico de los métodos anticonceptivos también influyeron en su posterior uso durante el posparto. Como ya se ha señalado anteriormente, Ayiasi et al. (41), apuntaron que una posible explicación de la baja tasa de uso de contraceptivos modernos tras el parto podría haber sido la falta de suministros de dichos métodos.

Por otra parte, según Frarey et al. (49), una de las razones por las que las adolescentes podrían haber elegido el implante subdérmico antes que el DIU, fue que el primero de los métodos se ofrecía de forma gratuita antes del alta hospitalaria, mientras que la inserción del DIU no estaba disponible hasta las 6 semanas posparto, y los gastos no estaban cubiertos. Staley et al. (47), también propusieron que el acceso gratuito a los LARCs podría haber influido en el aumento de su tasa de uso. Y en India, Rajan et al. (33), señalaron que el incremento de uso de los métodos hormonales y los preservativos masculinos podría haberse visto positivamente influido por el hecho de que los CHW proveen a las madres con suministros de condones y píldoras anticonceptivas.

Teniendo en cuenta estos resultados sería recomendable investigar cómo la financiación de los métodos anticonceptivos y la mejora de su accesibilidad, influyen en su adopción en el período posparto.

5. CONCLUSIONES.

Según la bibliografía consultada, se puede afirmar que el consejo anticonceptivo es una buena herramienta para aumentar el uso de contracepción durante el periodo posparto. Éste debe ser considerado como un proceso, en el que el profesional proporcionará a la mujer la información necesaria para que ésta seleccione el método anticonceptivo que más se adapte a sus necesidades y a las de su pareja.

La PFPP, sin embargo, dista de ser universal, por lo que se deben implementar intervenciones que la integren a lo largo del continuo de cuidados proporcionados a lo largo del embarazo y el posparto, y facilitar el acceso de las mujeres a su método deseado.

En nuestro contexto, los profesionales de enfermería y las matronas son figuras en contacto directo con las mujeres y presentes a lo largo del proceso reproductivo, tanto en las consultas de atención primaria, como en las unidades de hospitalización; y ostentan por lo tanto, un lugar privilegiado para la proporción de planificación familiar a las madres. Sin embargo, se ha observado en los trabajos revisados, que el papel de estos profesionales en la provisión de PFPP está poco estudiado. El entrenamiento del personal en la provisión del consejo, podría ser una buena estrategia para garantizar su implementación. Se requieren, por lo tanto, estudios que investiguen el papel de enfermeras y matronas en la provisión del consejo anticonceptivo, tanto en atención primaria como hospitalizada.

Como se ha señalado anteriormente, futuras investigaciones deben incluir el papel de las nuevas tecnologías como recurso de apoyo para la provisión de consejo anticonceptivo, así como la implementación de técnicas de motivación, que pueden resultar especialmente beneficiosas en población adolescente. También se deben diseñar estudios que investiguen la influencia de factores sociales, económicos y culturales en el uso de contracepción en el posparto. La elaboración de estudios cualitativos podría ser especialmente interesante para conocer además, las actitudes de las mujeres con respecto a la adopción de anticoncepción tras el parto y su percepción acerca de la calidad del consejo anticonceptivo recibido.

En relación con las limitaciones de la presente revisión, aunque el periodo intergenésico recomendado por la OMS es de 24 meses, únicamente se ha estudiado cómo el consejo

anticonceptivo influye en el uso de anticoncepción en los primeros 12 meses tras el parto. Sería recomendable estudiar, en futuros trabajos, la continuidad del uso de contraceptivos hasta los 24 meses posparto.

6. AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, quiero agradecerle a Belén Cabello todo el apoyo y la tranquilidad que me ha dado a lo largo de este proceso. Muchas gracias por hacer que este trabajo no fuese una fuente de estrés, sino de aprendizaje y crecimiento.

Muchas gracias también al personal de la Biblioteca de Medicina de la UAM, por su disposición, y en especial a Candelas, por su ayuda con la elaboración de la bibliografía.

Gracias también a mis amigos y compañeros que me han acompañado a lo largo de la carrera, de este y de otros muchos trabajos.

Gracias a mis padres, mi hermana, Carlos y Hugo, por la paciencia, el cariño y el apoyo que me han dado siempre.

Por último, gracias a mi novio por creer siempre en mí y no dejar que me rinda.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York.: Naciones Unidas; 1995. 188 p.
2. Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014. 26 p.
3. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado; nº. 55, de 4 mar 2010.
4. Pilo GP, Serrano PM. Métodos anticonceptivos I. En: Ortega RMM, Perea EG, coordinadoras. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 125-148.
5. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. Stud Fam Plann. 2014 Sep; 45(3): 301-314.
6. Diana MPA, Serrano PM. Métodos anticonceptivos II. En: Ortega RMM, Perea EG, coordinadoras. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 150-163.
7. Benavides MM, Bonal ZN, Baena RL. Protocolos SEGO/SEC: Anticoncepción intrauterina. Madrid: SEGO/SEC. c2011. 23 p.
8. Moreno MQ. Protocolos SEGO/SEC: Anticoncepción solo gestágenos. Madrid: SEGO/SEC. c2012. 16 p.
9. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS. Anticoncepción de urgencia; 2 feb 2018 [citado 28 mar 2019]; [alrededor de 6

pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/emergency-contraception>

10. Costillas-Caño P, Cristóbal-García I, Falguera-Puig G, Jurado-López AR, Lobo-Abascal P, Obiol-Saiz AM et al. Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica*. 2018; 5:1-10.
11. Berens P. Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care. Up to date [Internet]. 2018 [consultado el 3 abr 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-physiology-complications-and-maternal-care>
12. Ross JA, Winfrey WL. Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Postpartum Period. *International Family Planning Perspectives*. 2001; 27(1): 20-27.
13. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. 37 p.
14. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Ruiz RP. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018 Feb; 83(1):52–61.
15. McKinney D, House M, Chen A, Muglia L, DeFranco E. The influence of interpregnancy interval on infant mortality. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Mar; 216(3):316.e1-316.e9.
16. Shachar BZ, Mayo JA, Lyell DJ, Baer RJ, Jelliffe-Pawlowski LL, Stevenson DK et al. Interpregnancy interval after live birth or pregnancy termination and estimated risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2016 Nov; 123(12):2009-2017.

17. Bukair A, Al-Saqladi AW, Al-Sadeeq A. Interpregnancy interval and the risk of preterm birth: a case study of infants born at Al-sadaqa general teaching hospital, Aden, Yemen. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016 Apr;5(4):1181-1186.
18. Chen I, Jhangri GS, Lacasse M, Kumar M, Chandra S. Relationship Between Interpregnancy Interval and Adverse Perinatal and Neonatal Outcomes in Northern Alberta. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Jul;37(7):598-605.
19. Chen B, Carrion P, Grewal R, Inglis A, Hippman C, Morris E et al. Short interpregnancy intervals, maternal folate levels, and infants born small for gestational age: a preliminary study in a Canadian supplement-using population. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2017 Oct;42(10):1092-1096.
20. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 46 p.
21. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf (último acceso 21 marzo 2019).
22. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012. 11 p.
23. Buitrón-García-Figueroa R, Malanco-Hernández LM, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. *Conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82:389-393.
24. Speroff L, Mishell DR Jr. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception.* 2008 Aug; 78(2): 90-98.

25. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(3):1-57.
26. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. 69 p.
27. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos Quinta edición: Resumen ejecutivo. 2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. 13 p.
28. Iliyasu Z, Galadanci HS, Danlami KM, Salihu HM, Aliyu MH. Correlates of Postpartum Sexual Activity and Contraceptive Use in Kano, Northern Nigeria. *Afr J Reprod health*. 2018 Mar; 22(1): 103-112.
29. Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G. La anticoncepción durante la cuarentena: situación actual y colectivos más vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo. *Matronas Prof*. 2018; 19(3):96-103.
30. Adanikin AI, Awoleke JO, Adeyolu A, Alao O, Adanikin PO. Resumption of intercourse after childbirth in southwest Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health care*. 2015; 20(4):241-248.
31. Borda MR, Winfrey W, McKaig C. Return to Sexual Activity and Modern Family Planning Use in the Extended Postpartum Period: An Analysis of Findings from Seventeen Countries. *Afr J Reprod Health*. 2010 Dec; 14(4):72-9.
32. Adanikin AI, Onwudiegwu U, Loto OM. Influence of multiple antenatal counselling sessions on modern contraceptive uptake in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013 Oct; 18(5): 381-387.

33. Rajan S, Speizer IS, Calhoun LM, Nanda P. Counseling during Maternal and Infant Health Visits and Postpartum Contraceptive use in Uttar Pradesh, India. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2016 Dec; 42(4): 167-178.
34. Nelson AL. Prenatal contraceptive counseling and method provision after childbirth. *Open Access J Contraceptive*. 2015; 6: 53-63.
35. Keogh SC, Urassa M, Kumogola Y, Kalongoji S, Kimaro D, Zaba B. Postpartum Contraception in Northern Tanzania: Patterns of Use, Relationship to Antenatal Intentions, and Impact of Antenatal Counseling. *Stud Fam Plann*. 2015 Dec; 46(4): 405-422.
36. Cleland J, Shah IH, Daniele M. Interventions to Improve Postpartum Family Planning in Low- and Middle-Income Countries: Program Implications and Research Priorities. *Stud Fam Plann*. 2015 Dec; 46(4): 423-441.
37. Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Feb; 2012(2): 171.e1-e8.
38. Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. Postpartum contraceptive use among adolescent mothers in seven states. *J Adolesc Health*. 2013 Mar; 52(3): 278-83.
39. Torres LN, Turok DK, Clark EAS, Sanders JN, Godfrey EM. Increasing IUD and implant use among those at risk of a subsequent preterm birth: a randomized controlled trial of postpartum contraceptive counseling. 2018 Sept-Oct; 28 (5): 393-400

40. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J.* 2012 Feb; 16(2): 426-429.
41. Ayiasi RM, Muhumuza C, Bukenya J, Orach CG. The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. *Pan Afr Med J.* 2015 Jun; 21: 138.
42. Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Thapa K, Perera G et al. Factors influencing the likelihood of acceptance of postpartum intrauterine devices across four countries: India, Nepal, Sri Lanka, and Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Sep; 143(1): 13-19.
43. Khalaf M, Abd El-kader SS, Abbas AM, Mohamed HS, Kamel HS. Influence of immediate postpartum contraception counseling on the rate of unintended pregnancy in primigravida: a randomized controlled study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018 Nov; 7(11): 4736-4741.
44. López LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov; (11): CD011298.
45. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. *Ann Ist Super Sanita.* 2014; 50(1):54-61.

46. Morhe ESK, Ankobea F, Asubonteng GO, Opoku B, Turpin CA, Dalton VK. Postpartum contraceptive choices among women attending a well-baby clinic in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 Aug; 138(2): 219-224.
47. Staley SA, Charm SS, Slough LB, Zerden ML, Morse JE. Prenatal contraceptive counseling by video. *South Med J.* 2019 Jan; 112(1): 8-13.
48. Tomlin K, Bambulas T, Sutton M, Pazdernik V, Coonrod DV. Motivational Interviewing to Promote Long-Acting Reversible Contraception in Postpartum Teenagers. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017 Jun; 30(3): 383-388.
49. Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA. Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Feb; 299(2):361-369.

8. ANEXOS.

ANEXO 1.

Tabla 3. Características de los artículos incluidos en la revisión narrativa.

Autores/año.	Objetivo.	Diseño.	Población.	Metodología.	Hallazgos.
<p>Adanikin AI, Onwudiegwu U, Loto OM</p> <p>2013</p>	<p>Determinar la influencia de múltiples sesiones de consejo anticonceptivo preparto en el uso de anticonceptivos posparto.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado.</p>	<p>216 mujeres con una edad gestacional de 28 a 37 semanas entre junio y agosto de 2011 que atendieron el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Obafemi Awolowo University Teaching Hospital Complex (Nigeria).</p>	<p>Distribución aleatoria de las participantes entre el “grupo prenatal” y el “grupo posnatal”, aplicación de la intervención, encuesta sobre uso de anticoncepción a los 6 meses tras el parto y análisis de los datos obtenidos.</p>	<p>Múltiples sesiones de consejo anticonceptivo en el preparto aumentan el uso de contraceptivos en el periodo posparto.</p>
<p>Rajan S, Speizer IS, Calhoun LM, Nanda P.</p> <p>2016</p>	<p>Examinar el rol de la planificación familiar en el uso de anticoncepción a los 12 meses posparto en seis ciudades de Uttar Pradesh, India.</p>	<p>Estudio observacional analítico.</p>	<p>2733 mujeres entre los 15-49 años de seis ciudades de Uttar Pradesh, India, que tuvieron un parto entre el 2011 y el 2014.</p>	<p>Encuesta a las mujeres pertenecientes a la muestra y análisis cuantitativo de los datos recogidos.</p>	<p>No se observó una asociación significativa entre la planificación familiar preparto y el uso de anticonceptivos. El consejo anticonceptivo en el posparto inmediato y tardío, sí se relacionó</p>

Nelson AL. 2015	Resumir las últimas evidencias disponibles en materia de anticoncepción en el posparto.	Revisión narrativa.		No especificada.	con la adopción de métodos. El consejo anticonceptivo se asocia a un mayor uso de anticonceptivos en el periodo posparto.
Keogh SC, Urassa M, Kumogola Y, Kalongoji S, Kimaro D, Zaba B. 2015	Determinar si una intervención breve de planificación familiar como parte de la visita prenatal para el cribado de VIH influye en las intenciones y la conducta reproductiva y contraceptiva de las mujeres.	Estudio controlado aleatorizado.	5284 mujeres que atendieron alguna de las 15 clínicas del norte de Tanzania incluidas en el estudio entre enero y mayo de 2008, y que estaban embarazadas de al menos tres meses.	Provisión de consejo anticonceptivo en el preparto, en forma de consejo breve durante la visita de cribado del VIH. Entrevista pre intervención y a los 12-15 meses tras esta.	La intervención durante el embarazo tuvo un impacto significativo en la intención de usar métodos anticonceptivos pero no en el propio uso.
Cleland J, Shah IH, Daniele M. 2015	Sintetizar la evidencia sobre intervenciones y proyectos para mejorar el uso de anticonceptivos en el posparto, e identificar el impacto de estas intervenciones y futuras líneas de investigación.	Revisión narrativa.		Búsqueda Medline, Popline y Google Scholar y análisis de 35 artículos obtenidos.	Las intervenciones en el posparto y en el pre/posparto mostraron una asociación significativa con el uso de anticonceptivos. Varias intervenciones en el preparto también se

					relacionaron significativamente con la contracepción, pero no intervenciones únicas.
Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA et al. 2015	Examinar la asociación entre el consejo anticonceptivo pre y postnatal, y el uso de anticonceptivos en el posparto.	Estudio observacional analítico.	9536 mujeres que tuvieron un nacimiento vivo entre 2004 y 2008 en Missouri, el estado de Nueva York y la ciudad de Nueva York, y cumplieron los criterios de inclusión.	Análisis estadístico de los datos recogidos en el PRAMS entre los años 2004-2008 en los estados de Missouri y Nueva York, y en la ciudad de Nueva York.	El consejo anticonceptivo pre y posnatal se aumentó el uso de métodos anticonceptivos, así como el uso de métodos más efectivos.
Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. 2013	Describir el uso de contracepción en el posparto entre las adolescentes, y evaluar si el consejo anticonceptivo en el parto y la asistencia a la visita puerperal están asociadas al uso de métodos más efectivos.	Estudio observacional analítico.	3207 adolescentes entre los 15-19 años, que respondieron al PRAMS entre 2006-2008, residentes en siete estados estadounidenses y la ciudad de Nueva York.	Análisis estadístico de los datos recogidos en el PRAMS en siete estados y la ciudad de Nueva York entre los años 2006-2008.	El consejo anticonceptivo parto y la asistencia a la visita puerperal se asociaron a un aumento del uso de contracepción efectiva en la población adolescente.
Torres LN, Turok DK, Clark EAS, Sanders JN,	Conocer el impacto del consejo anticonceptivo en el	Ensayo controlado aleatorizado.	134 mujeres de 18 a 45 años que tuvieron un parto pretérmino	Designación aleatoria de las participantes entre el grupo	La intervención se relacionó con un aumento del uso de

<p>Godfrey EM. 2018</p>	<p>uso de LARCs a los 3 meses posparto en mujeres con un parto pretérmino.</p>		<p>(24-37 semanas gestacionales) entre abril de 2013 y Enero de 2014 en el University of Utah Hospital, y cumplieron los criterios de inclusión.</p>	<p>intervención y el control. Provisión de consejo anticonceptivo protocolizado al grupo intervención y de cuidados estándar al grupo control antes del alta hospitalaria. Cuestionario a las 3 semanas y a los 3 meses sobre contracepción y sexualidad. Análisis estadístico de los datos.</p>	<p>LARCs a los tres meses posparto.</p>
<p>Hernández LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. 2012</p>	<p>Describir la prevalencia del uso efectivo de anticonceptivos en el posparto en Florida, examinar su asociación con el consejo anticonceptivo prenatal e identificar otros factores relacionados.</p>	<p>Ensayo observacional analítico.</p>	<p>4036 mujeres que respondieron la encuesta PRAMS en el estado de Florida entre el 2004 y el 2005.</p>	<p>Análisis estadístico de los datos recogidos en la encuesta PRAMS.</p>	<p>El consejo anticonceptivo prenatal incrementa el uso de anticonceptivos en el posparto, especialmente en mujeres con un menor nivel educativo. Algunos de los factores que se relacionaron con el no uso de anticonceptivos fue</p>

					no estar casada, estrés antes o durante el embarazo o no uso de anticonceptivos antes del embarazo.
Ayiasi RM, Muhumuza C, Bukenya J, Orach CG. 2015	Evaluar el efecto del consejo anticonceptivo preparto en el uso de métodos anticonceptivos y en los embarazos tras un año posparto.	Estudio controlado aleatorizado.	1385 mujeres que realizaron al menos una visita prenatal a las 28 semanas gestacionales, o antes, en alguno de los 16 centros sanitarios seleccionados para el estudio, localizados en los distritos de Masindi y Kiryandongo (Uganda).	Distribución aleatoria de 16 centros sanitarios en grupo control e intervención. Provisión de consejo anticonceptivo en el grupo intervención. Cuestionario a los 12-14 meses posparto y análisis estadístico de los datos recogidos.	El consejo anticonceptivo preparto no influyó significativamente en el uso de anticoncepción a los 12 meses posparto.
Makins A, Taghinejadi N, Sethi M, Machiyama K, Thapa K, Perera G et al. 2018	Examinar los factores que influyeron positivamente en la aceptación de la inserción posparto de DIUs en India, Nepal, Tanzania y Sri-Lanka.	Estudio observacional analítico.	219 242 mujeres que dieron a luz en alguna de los 24 centros sanitarios de los cuatro países incluidos en el estudio, entre enero de 2016 y noviembre de 2017.	Entrevista estructurada de 15 minutos para la recolección de datos antes del alta hospitalario y análisis cuantitativo de dichos datos.	El único factor consistente que influyó positivamente en la aceptación del DIU posparto fue el haber recibido varias sesiones de consejo anticonceptivo.
Khalaf M, Abd El-kader SS, Abbas AM, Mohamed HS,	Evaluar la influencia del consejo en el posparto inmediato en	Estudio controlado alatorizado.	300 mujeres primigrávidas que dieron a luz en los	Distribución aleatoria de las mujeres en dos grupos. Provisión de	El consejo anticonceptivo en el posparto inmediato

Kamel HS. 2018	la tasa de embarazos no deseados en primigrávidas a los 6 meses posparto.		dos hospitales incluidos en el estudio, entre el 1 de diciembre de 2016 y el 31 de diciembre de 2017.	consejo anticonceptivo a las mujeres de uno de los grupos. Cuestionario a los 3 y 6 meses. Análisis de los datos obtenidos.	promociona el uso correcto de los métodos anticonceptivos.
Lopez LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. 2014	Examinar las asociaciones entre diferentes intervenciones y el uso de anticoncepción en el posparto o los embarazos no deseados.	Revisión sistemática.	5143 mujeres incluidas en los seis estudios revisados.	Búsqueda de artículos en diferentes bases de datos. Selección de los artículos en base a criterios de inclusión y exclusión.	Aunque las intervenciones de los estudios se asociaron a una mejora del uso de anticoncepción el posparto, la calidad de la evidencia revisada es baja.
Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo ME. 2014.	Describir el uso de anticonceptivos en una muestra de mujeres italianas e inmigrantes a los 3 meses posparto, identificar factores asociados al uso y evaluar el efecto de haber recibido información contraceptiva durante el embarazo o el posparto.	Estudio observacional analítico.	5903 mujeres italianas e inmigrantes, residentes en las regiones de estudio, que hayan dado a luz en el tiempo establecido, y cumplan los criterios de inclusión.	Encuestas realizadas por entrevistadores entrenados, a los pocos días de dar a luz y a los 3 meses posparto. Análisis estadístico de los datos obtenidos.	Revivir consejo anticonceptivo en algún punto del sistema de cuidados se relaciona con el uso efectivo de anticonceptivos en el posparto en mujeres italianas e inmigrantes.
Morhe ESK,	Evaluar las elecciones	Estudio observacional	200 mujeres que	Entrevista con	El consejo

<p>Ankobe F, Asubonteng GO, Opoku B, Turpin CA, Dalton VK.</p> <p>2017</p>	<p>anticonceptivas en mujeres que atienden una clínica pediátrica en Ghana.</p>	<p>analítico.</p>	<p>atendieron la “well-baby clinic” del Komfo Anokye Teaching Hospital, a los 6-24 meses posparto entre el 1 de abril y el 31 de mayo de 2011.</p>	<p>cuestionario estructurado y análisis cuantitativo de los datos.</p>	<p>anticonceptivo en diferentes puntos del sistema sanitario no tuvieron una influencia significativa en el uso de anticonceptivos en el posparto.</p>
<p>Staley SA, Charm SS, Slough LB, Zerden ML, Morse JE.</p> <p>2019</p>	<p>Evaluar si el uso de un video centrado en los LARCs, como consejo anticonceptivo aumenta el uso de estos métodos, o de cualquier otro en el posparto.</p>	<p>Estudio controlado aleatorizado.</p>	<p>84 mujeres que acudieron a la visita del tercer trimestre de embarazo entre Mayo 2015 y Mayo de 2016.</p>	<p>Aleatorización de las mujeres en dos grupos. Provisión de las intervenciones en cada grupo. Recogida de datos sobre uso de anticonceptivos a las 12 semanas posparto. Análisis de los datos obtenidos.</p>	<p>El estudio resultó en un aumento del uso de LARCs en el posparto. La intervención con el vídeo no incrementó el uso de estos métodos en comparación con el consejo anticonceptivo rutinario.</p>
<p>Tomlin K, Bambulas T, Sutton M, Pazdernik V, Coonrod DV.</p> <p>2017</p>	<p>Comprobar si la entrevista motivacional centrada en los LARCs, en el contexto del cuidado adolescente, resulta en un incremento del uso de estos métodos en el posparto, en comparación con el</p>	<p>Estudio de cohortes retrospectivo.</p>	<p>309 adolescentes entre los 13-17 años que recibieron cuidados prenatales dentro del Maricopa Integrated Health safety-net system, ya fuesen cuidados estándar o dentro del NHTC, entre 2007 y</p>	<p>Encuesta al grupo que recibió cuidados estándar y al grupo que recibió MI, y comparación del uso de LARCS a las 13 semanas posparto en ambos grupos.</p>	<p>El uso de la entrevista motivacional como estrategia para proporcionar consejo anticonceptivo, mostró un incremento estadísticamente significativo en el uso de contracepción en el posparto en las</p>

	cuidado estándar.		2014.		adolescentes.
Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA. 2019	Evaluar el efecto de la provisión de consejo anticonceptivo estandarizado en el posparto hospitalario en la tasa de embarazos entre los 6-12 meses posparto, y en el uso de LARCs, en comparación con el consejo rutinario.	Estudio controlado aleatorizado.	100 mujeres adolescentes (14-19 años) angloparlantes ingresadas tras el parto en el hospital donde se desarrolló el estudio.	Aleatorización de las adolescentes en el grupo intervención (que recibió el cuidado rutinario y el consejo estandarizado) y control (que solo recibió consejo rutinario). Encuesta a los 3, 6, 9 y 12 meses posparto sobre uso de contracepción y posibilidad de embarazo. Análisis estadístico de los datos.	No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de embarazos, ni en el uso de contracepción entre el grupo control e intervención. Se halló una diferencia significativa entre el uso del implante y del DIU, siendo el primero mayor que el segundo.

Fuente: Elaboración propia.

