

**Monica Gabriela Bastanga  
Meritxell Olivé Ciurana**

**EL ABORDAJE DE LA ANTICONCEPCIÓN DESPUÉS DEL PARTO**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Dirigido por: Sra. Laura Reyes Martí**

**Grado de enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TARRAGONA 2021/2022**

## ÍNDICE:

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. OBJETIVOS	8
5. MARCO TEÓRICO	8
5.1 Planificación familiar	8
5.2 El puerperio	9
5.3 Periodo intergenésico	10
5.5 Asesoramiento anticonceptivo	11
5.6 Métodos anticonceptivos reversibles	13
5.6.1 Lactancia materna y amenorrea	13
5.6.2 Anticoncepción hormonal combinada	13
5.6.3 Métodos de sólo progestágeno	15
5.6.4 Anticoncepción Intrauterina	16
5.6.5 Anticoncepción de emergencia	18
5.6.6 Métodos barrera	19
5.7 Métodos anticonceptivos irreversibles	20
5.8 Métodos anticonceptivos naturales	21
7. METODOLOGÍA	22
7.1. Criterios de elegibilidad	22
7.2. Fuentes de información	22
7.3. Estrategia de búsqueda	22
7.4 Proceso de recopilación de datos	23
7.5 Síntesis de resultados	24
7.5. Teoría del cuidado J. Watson	24
8. RESULTADOS	26
8.1 Selección de estudios	26
8.2 Inicio de la anticoncepción posparto	27
8.3 Asesoramiento anticonceptivo	27
8.4 Eficacia de los métodos anticonceptivos posparto	28

8.5 Barreras y facilitadores en el uso de anticoncepción posparto	29
8.6 Tabla de resultados	31
9. DISCUSIÓN	41
10. CONCLUSIONES	45
11. BIBLIOGRAFÍA	47

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda esperar entre 18 – 27 meses de intervalo entre embarazos, ya que un periodo inferior puede ocasionar problemas como bajo peso al nacer, muerte fetal, prematuridad, rotura uterina e incluso muerte materna. Con una correcta y temprana utilización de anticoncepción durante el postparto se podrían reducir los embarazos no planificados, y, asimismo, reducir las complicaciones maternas y neonatales aumentando el espaciamiento intergenésico.

**Objetivo:** Conocer el momento de inicio de la anticoncepción posparto con el objetivo de reducir embarazos no planificados durante el puerperio y los períodos intergenésicos cortos (PIC).

**Metodología:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura científica (de diciembre de 2021 a marzo de 2022) incluyendo artículos de las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Cuiden, IBECS y Cinahl, así como guías de práctica clínica de los últimos 10 años.

**Resultados:** Se identificaron 1.091 artículos según las palabras claves y filtros utilizados, de los cuales 19 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Además, se incluyeron dos guías de práctica clínica como otras fuentes de información.

La evidencia sugiere un inicio inmediato de anticoncepción tras el parto de la mayoría de los métodos, excluyendo la anticoncepción hormonal combinada. Se ha demostrado una mayor tasa de continuación a largo plazo, sobre todo, con los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC). Sin embargo, los protocolos muestran un claro desacuerdo en el mejor momento de inicio.

**Conclusiones:** El inicio de anticoncepción inmediatamente después del parto, se asocia a una mayor adherencia y prevención de un embarazo no planificado, en concreto con métodos LARC.

**Palabras clave:** “Anticoncepción”, “Anticoncepción femenina”, “Método anticonceptivo”, “Período posparto” y “Puerperio”.

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** The World Health Organization (WHO) recommends waiting between 18-27 months between pregnancies, since a shorter period can cause problems such as low birth weight, fetal death, prematurity, uterine rupture, and even maternal death. With correct and early use of contraception during the postpartum period, unplanned pregnancies could be reduced, as well as maternal and neonatal complications by increasing birth spacing.

**Objective:** Know the time of onset of postpartum contraception with the aim of reducing unplanned pregnancies during the puerperium and short intergenic periods (ICP).

**Methodology:** An integrative review of the scientific literature was carried out (from December 2021 to March 2022) including articles from the Pubmed, Cochrane Library, Cuiden, IBECs and Cinahl databases, as well as clinical practice guidelines from the last 10 years.

**Results:** 1,091 articles were identified according to the keywords and filters used, of which 19 articles met the inclusion criteria. In addition, two clinical practice guidelines were included as other sources of information.

The evidence suggests an immediate start of contraception after childbirth for most methods, excluding combined hormonal contraception. A higher long-term continuation rate has been shown, especially with long-acting reversible contraceptives (LARC). However, the protocols show a clear disagreement on the best starting time.

**Conclusions:** The start of contraception immediately after childbirth is associated with greater adherence and prevention of unplanned pregnancy, specifically with LARC methods.

**Keywords:** "Contraception", "Female contraception", "Contraceptive method", "Postpartum period" and "Puerperium".

### 3. INTRODUCCIÓN

En España, durante el año 2020, se registraron un total de 88.269 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), según el Ministerio de Sanidad. El 90'87% de los casos, el motivo de la interrupción fue a petición de la mujer, es decir, por ser un embarazo no planificado. Además, un número total de 36.468 de los casos, es decir, alrededor del 41% de las parejas, indican que no utilizaban anticoncepción durante las relaciones sexuales. En Estados Unidos, el 70% y en Escocia, más del 13% de los embarazos que se producen un año después del parto son no planificados (1–4). A nivel mundial, se observó que, en 57 países de ingresos bajos y medios, las mujeres están expuestas al riesgo de embarazo no planificado en un 62% inmediatamente después de parto, 43% después de los 6 meses de amenorrea y 32% al final de la amenorrea debido a la necesidad insatisfecha de anticoncepción (5).

La Guía de la *“The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare”*, sugiere que un intervalo entre embarazos inferior a 12 meses se asocia a una serie de complicaciones maternas y neonatales, así como un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y bebés pequeños para la edad gestacional (SGA) (6). Asimismo, se ha demostrado que un período de 24 meses entre embarazos da lugar a un descenso del 13% en la mortalidad en menores de 5 años llegando a alcanzar un 25% cuando hay un espaciamiento de 3 años para concebir (7).

A través de una correcta y temprana utilización de anticoncepción durante el postparto, se podrían reducir los embarazos no planificados y, asimismo, reducir las complicaciones maternas y neonatales aumentando el espaciamiento intergenésico (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja un intervalo entre 18 – 27 meses, considerando óptimo 24 meses, entre un nacimiento vivo e intentar el próximo embarazo, ya que se evitarán las complicaciones de salud materna, perinatal, neonatal e infantil (9). Los beneficios de la planificación familiar con el uso de anticoncepción posparto para asegurar un período entre embarazos de 2 años, a nivel mundial, puede prevenir el 30% de muertes maternas y el 10% de muertes infantiles (10).

Por ese motivo, para lograr un espaciamiento óptimo entre los embarazos y mejorar los resultados de la salud neonatal y materna, se debe prestar atención al asesoramiento

anticonceptivo y el acceso a métodos anticonceptivos durante el período posparto (11). En España, la “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio” de 2014, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), recomienda ofrecer asesoramiento sobre anticoncepción en las visitas posparto establecida la primera, a las 24 – 48h tras el alta y la segunda, a las 4-6 semanas o final de la cuarentena (10). En cambio, la OMS recomienda un mínimo de 3 visitas entre las 24h del alta y las 6 semanas del nacimiento (12).

Podemos observar cómo hay claro desacuerdo según las diferentes fuentes de información en la definición de los períodos intergenésicos cortos. También se muestra controversia en las visitas de asesoramiento en la anticoncepción postparto, lo que supone una influencia a la hora de iniciar, elegir y acceder a los mismos.

La importancia de la planificación familiar va más allá y se puede presenciar en los 17 objetivos de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, donde promueve “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, y se comprometen a lograr la cobertura universal de salud y el acceso a una atención médica de calidad, así como lograr la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna poniendo fin a todas esas muertes prevenibles antes del 2030, y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación (13). Por ello, consideramos necesario investigar la literatura científica disponible en la actualidad para concluir que es lo que se ha desarrollado y cuáles han sido los resultados.

## 4. OBJETIVOS

- Objetivo general:
  - o Conocer el momento de inicio de la anticoncepción postparto con el objetivo de reducir embarazos no planificados y los periodos intergenésicos cortos.
  
- Objetivos específicos:
  - o Determinar cuál es el mejor momento para iniciar el asesoramiento anticonceptivo.
  - o Especificar cuáles son los métodos más eficaces de la anticoncepción postparto según si hay presencia de lactancia materna o no.
  - o Identificar cuáles son las barreras o los factores facilitadores que determinan el uso de anticonceptivos después del parto.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Planificación familiar

La Planificación Familiar (PF) es un servicio esencial en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, que ofrece ayuda a las mujeres y/o parejas para decidir sobre su vida sexual de manera libre y segura, a través del uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado y escoger el momento de tener un hijo (14). También se ofrece en el periodo prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año posterior a ello (8).

La Planificación Familiar Postparto (PFPP), se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. El objetivo es ofrecer una atención continuada para ayudar a decidir sobre el método anticonceptivo que se desea usar, iniciarlo y seguir un control durante dos años o más, según las intenciones de la pareja en cuanto a la reproducción (8).

## 5.2 El puerperio

El puerperio es el período de tiempo que va desde el final del parto hasta que se restablece el estado fisiológico anterior a la gestación, aproximadamente 40 días. Durante este tiempo, se instaura el amamantamiento materno, reaparece la ovulación y la menstruación, y se produce la adaptación al nuevo rol materno. El objetivo es alcanzar el bienestar físico, psicológico, emocional y social de la mujer, el niño y la pareja (15).

Clínicamente, podemos distinguir tres estadios en el puerperio:

- Puerperio inmediato: las dos primeras horas inmediatamente después del parto.
- Puerperio precoz: los primeros 7 – 10 días después del parto.
- Puerperio tardío: desde el día 10 hasta los 40 días después del parto (15).

Por otro lado, a nivel funcional, distinguimos:

- Puerperio hospitalario: se consideran los 2 - 3 días después del parto, incluyendo puerperio inmediato y parte del precoz.
- Puerperio domiciliario: es el tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta los 40 días posparto, incluyéndose en este, parte del precoz y el puerperio tardano (16).

En España, según la *Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio*, se sugiere que se concierte el primer contacto, para el tercer o cuarto día de vida, con la matrona de Atención Primaria o con el Centro de Atención Primària de referencia antes del alta hospitalaria. Se recomiendan un mínimo de dos visitas en los primeros 40 días, la primera entre las 24 y 48 horas tras el alta hospitalaria, y la segunda al final de la cuarentena. Las visitas también se pueden realizar en el domicilio de acuerdo con las circunstancias, características y evolución del embarazo i parto (10).

En Cataluña, según el *“Protocol d’Assistència al part i al pueperi i d’atenció al nadó”*, en los casos que se requieran visitas en el domicilio según las necesidades y situaciones específicas, se establece una primera visita en las 24 – 48 horas después de la llegada a casa, una segunda visita en las 24 – 48 horas de la anterior, y, por último, una tercera visita, que es opcional y dependiendo de las necesidades de la mujer, en las 24 – 48h

después de la segunda. En el caso de las mujeres que no reciben la visita de puerperio domiciliario, es importante establecer un plan de visitas a la consulta para hacer una valoración global del estado de salud y ofrecer asesoramiento necesario a la su situación (lactancia, anticoncepción, sexualidad...). Posteriormente, se ha establecido la visita de control posparto aproximadamente a los 40 días después del parto, en el ámbito de la atención primaria. En esta visita se valora también el estado actual de la mujer y el bebé, el amamantamiento, la valoración del suelo pélvico, se da información y educación sobre métodos anticonceptivos y se realiza la valoración del entorno social y familiar (15).

### **5.3 Periodo intergenésico**

El período intergenésico es aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo (17). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tiempo que recomiendan evitar un nuevo embarazo es de 18 – 27 meses, considerado como óptimo a los 24 meses, y no mayor de 60 meses, para reducir los posibles efectos adversos maternos, perinatales y neonatales (9).

Un período intergenésico corto (PIC) menor de 18 meses aumenta el riesgo de presentar complicaciones como prematuridad, rotura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y el fallecimiento. Si el PIC es menor de 6 meses además de lo anterior, se relaciona con aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal (9,17).

La Guía de la *“The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare”* y otros estudios, observaron que un PIC menor de 12 o 18 meses implicaba un mayor número de comorbilidades maternas durante el embarazo, una mayor incidencia de diabetes gestacional y preeclampsia, y un mayor número de probabilidades de tener parto prematuro (6). Por otro lado, según diferentes estudios, los resultados neonatales reflejaban mayores probabilidades de ser prematuros, pequeños para la edad gestacional y con un bajo peso al nacer. Además, se observó un menor riesgo de mortalidad infantil con un período intergenésico entre los 12 y los 60 meses, considerándose como óptimo un intervalo entre los 12 y los 24 meses (17–20).

## 5.4 Ovulación

En la mayoría de las mujeres se manifiesta la primera ovulación y menstruación más allá de los primeros 45 días tras el parto, pero se concluye que el 60% de las mujeres que no utilizan el método de amenorrea de la lactancia (MELA) pueden presentar ciclos ovulatorios tempranos de hasta 25 días posteriores al parto y, además, se observa que las mujeres más jóvenes tienen un retorno más rápido que las de edad más avanzada. Si una mujer ofrece lactancia materna exclusiva a su bebé, la supresión de la actividad ovárica dependerá del patrón que se esté llevando a cabo para esa lactancia. Por ese motivo, la lactancia materna puede influir con el momento de inicio de la anticoncepción posparto y el tipo de método a utilizar (21,22).

## 5.5 Asesoramiento anticonceptivo

La atención durante el período del puerperio ofrece actividades de asesoramiento y asistenciales necesarias en la visita o visitas posteriores, domiciliarias o en el centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Esta atención forma parte de la cartera de servicios del ASSIR establecida por el Servei Català de la Salut desde el año 2002 a Catalunya. Actualmente, el Departament de Salut ha actualizado la cartera de servicios y del modelo asistencial del ASSIR, creando diferentes grupos de trabajo donde se encuentran en el documento *“Procés Assistencial de l’Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) a la xarxa d’Atenció Primària”* (ENAPISC-ASSIR, 2019). Este modelo incluye como objetivo específico la mejora en la accesibilidad a la anticoncepción (15,16).

Se recomienda que los profesionales sanitarios promuevan espacios en los que puedan tratar aspectos como el consejo contraceptivo y la sexualidad en esta etapa con las mujeres y sus parejas. Para ello deben consultar los *“Criterios de elegibilidad disponibles para el uso de anticonceptivos”* de la OMS e individualizar la elección del método más adecuado según las características y antecedentes de la mujer. Según la *Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio*, en mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva, se aconseja informar sobre la necesidad de anticoncepción e introducción del método más adaptado a la situación a partir de los 21 días después del parto. En cambio, las visitas posparto establecidas son en las 24 - 48 horas tras el alta hospitalaria y al final de la

cuarentena. En mujeres que persisten con amenorrea y realizan lactancia materna exclusiva, pueden evitar el uso de anticoncepción hasta los 6 meses después del parto, ya que la tasa de embarazo es inferior al 1'2% (10).

En 2017 Holt et al. presentó un protocolo para la calidad de la consejería anticonceptiva (QCC). Su enfoque para mejorar la calidad incluye la experiencia del paciente con los servicios de anticoncepción, especialmente, el asesoramiento sobre la elección y el uso del método, para garantizar el respeto y las necesidades de las personas. La experiencia positiva puede contribuir en la demanda de anticonceptivos y la reducción de los embarazos no planificados (23).

El protocolo, consultado con varios expertos en consejería anticonceptiva, incluye tres etapas de consejería:

1. Evaluación de necesidades y preferencias: conocer las necesidades, preferencias y experiencias previas de los pacientes en relación a los métodos anticonceptivos, así como conocer las preocupaciones del paciente y las barreras para el uso del método.
2. Apoyo en la toma de decisiones en la forma de proporcionar información neutral, basada en evidencia, comprensible y asesoramiento individualizado: ofrecer información completa y detallada sobre las opciones anticonceptivas y de forma individualizada para permitir a las personas tomar sus propias decisiones de forma independiente.
3. Respeto por la elección del método e información apropiada para el uso y el seguimiento del método: llegar a un acuerdo entre la preferencia del paciente y la necesidad, ofrecer información sobre el uso de métodos y mecanismos de seguimiento para cambiar o discontinuar con el método seleccionado, respeto por la elección y la inclusión del documento de consentimiento.

Además, también se incluyen elementos básicos para la construcción de la relación terapéutica durante la interacción de consejería, como la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, el respeto, la confianza y la empatía, para asegurar que se respetan los derechos humanos en los programas de anticoncepción (23).

## 5.6 Métodos anticonceptivos reversibles

La anticoncepción son todos aquellos métodos utilizados con la finalidad de evitar el embarazo y, además, la anticoncepción, o control de natalidad, permite a las parejas planificar el momento de un embarazo (24,25).

Para conocer la eficacia de los métodos anticonceptivos, es decir, la capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación, se utiliza el Índice de Pearl. Se define como el número de embarazos no deseados que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año (26). El Índice de Pearl con ningún método anticonceptivo es de 85, tanto en uso ideal como en uso habitual (27).

### 5.6.1 Lactancia materna y amenorrea

La lactancia materna puede ser un método anticonceptivo reversible, pero para que sea un método fiable, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Se debe realizar durante los primeros 6 meses posparto.
- Se tiene que ofrecer lactancia materna exclusiva.
- Debe haber presencia de amenorrea total.

Cumpliendo estos criterios tendríamos una efectividad del 98%. Por ese motivo, se debe advertir que una bajada en la frecuencia de la lactancia materna o la reanudación de la menstruación implica que deja de ser un método fiable (28).

### 5.6.2 Anticoncepción hormonal combinada

Los métodos hormonales son métodos farmacológicos que contienen sustancias hormonales que impiden la ovulación. Son eficaces para prevenir un embarazo, pero no previene las infecciones de transmisión sexual (29).

Son anticonceptivos que incluyen diferentes dosis de estrógeno con diferentes tipos de gestágenos. Dentro de este grupo se incluyen los anticonceptivos combinados orales (ACO), los parches y el anillo vaginal (26).

El riesgo del uso de anticonceptivos hormonales es la aparición de tromboembolismo venoso (TEV), debido a la presencia de estrógenos (30,31).

### Anticonceptivos combinados orales:

Existen diferentes tipos según la dosis, la combinación de hormonas y la forma de presentación.

- Monofásico: las 21 píldoras activas contienen la misma cantidad de estrógeno/gestágeno (E/G).
- Bifásico: las 21 píldoras activas contienen 2 combinaciones distintas de E/G.
- Trifásico: las 21 píldoras activas contienen 3 combinaciones distintas de E/G (32).

Se toman durante 21 o 28 días, siempre en la misma hora, e impide la ovulación (33).

Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,3 y su efectividad (uso habitual) es de 9 (27).

### Parche cutáneo contraceptivo:

Es un parche muy fino que se coloca sobre la piel y está impregnado de sustancias hormonales contraceptivas que se liberan de forma continua y progresivamente. Se aplica uno por semana durante tres semanas, y se realiza un descanso en la cuarta semana, donde en este periodo aparece la menstruación (29,33).

Debe colocarse el primer día de la menstruación, cambiar cada semana en el mismo día en que se inició y aplicar sobre la piel sana e intacta, sin vello, seca y limpia, en lugares como en el glúteo, el abdomen, parte exterior del brazo o parte superior del torso. No se debe poner en las mamas ni sobre piel enrojecida, irritada o cortada (33). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,3 y su efectividad (uso habitual) es de 9 (27).

### Anillo vaginal:

Es un aro de material plástico, maleable y transparente que contiene hormonas contraceptivas similares a la píldora combinada que se van liberando y absorbiendo por la mucosa vaginal. La colocación la realiza la propia mujer sin dificultades. Se utiliza durante tres semanas y se realiza la pausa en la cuarta semana, donde aparece la menstruación (29,33). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,3 y su efectividad (uso habitual) es de 9 (27).

### 5.6.3 Métodos de sólo progestágeno

La anticoncepción con sólo gestágenos (ASG) recoge una amplia variedad de posibilidades, tanto en las formas de presentación, vías de administración y composición. Únicamente contienen la presencia de un gestágeno como componente hormonal, de esta manera se evitan los efectos secundarios del uso de estrógenos, principalmente disminuyendo el riesgo trombótico (34).

En este grupo se incluyen las píldoras de solo progestágeno, los implantes de levonorgestrel (LNG) o de etonogestrel y las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona depot (AMPD) (26).

Los efectos adversos de los anticonceptivos con sólo progestágeno incluyen la alteración del patrón del sangrado menstrual, náuseas y cefaleas, acné, disminución de la libido y cambios en el estado de ánimo, cambios en el peso, quistes ováricos funcionales, mastalgia y dolor abdominal, y disminución de la densidad mineral ósea (35).

#### Anticonceptivos orales con progestágeno:

En España, la píldora de sólo gestágenos que está comercializada contiene 75 mcg de Desogestrel, en presentación de 28 comprimidos. Inhibe la ovulación en más del 95% de los ciclos. Los comprimidos deben iniciarse el primer día de una menstruación, tomarse diariamente de forma ininterrumpida y siempre en la misma hora (33). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,3 y su efectividad (uso habitual) es de 9 (27).

#### Inyecciones sólo gestágeno:

El más utilizado en España es el inyectable de Acetato de Medroxiprogesterona Depot (AMPD), el cual se administra dentro de los primeros cinco días del ciclo y posteriormente una dosis cada 12 semanas, es decir, se libera de forma progresiva y se administra de forma trimestral (33,34). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,2 y su efectividad (uso habitual) es de 6 (27).

El motivo más frecuente de abandono es el sangrado irregular, que afecta hasta un 70% de las usuarias en el primer año, y una tendencia posterior a la amenorrea por atrofia endometrial que alcanza el 80% en el transcurso de 3 años. Los efectos adversos son

el incremento de peso, una probable disminución de las concentraciones de HDL sérico, pero no afecta a la coagulación o a la tensión arterial (34).

#### Implante subcutáneo:

El implante es un dispositivo de plástico en forma de varilla que contiene hormonas contraceptivas que se liberan de forma continua y progresiva y se absorben debajo de la piel. Se colocan en el antebrazo mediante anestesia local y con una mínima incisión, y tiene una duración de 3 a 5 años (33,34). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,05 y su efectividad (uso habitual) es de 0,05 (27).

Encontramos dos tipos de implantes subcutáneos, el de levonorgestrel (LNG) y el de etonogestrel:

- Implante de etonogestrel: Se absorbe rápidamente en la circulación y alcanza concentraciones de inhibición de la ovulación en un día y la máxima en un intervalo de 1 a 13 días. La velocidad de liberación hormonal disminuye con el tiempo, mantiene una eficacia de 3 años. Inhibe la ovulación en el 95% de los ciclos.
- Implante de levonorgestrel: se libera de forma continuada con un pico máximo a las 72 horas y una meseta a los 6 meses. Los niveles permanecen estables, disminuyendo con los años, manteniendo en este caso, una eficacia de 5 años. Inhibe la ovulación en el 50% de los ciclos (35).

#### **5.6.4 Anticoncepción Intrauterina**

La anticoncepción intrauterina se refiere a los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu) y al sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).

El DIU se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, si existe la seguridad de la ausencia de gestación (34).

Como efectos adversos, encontramos la perforación uterina que ocurre durante la inserción, el descenso y la expulsión, con más frecuencia en los primeros 3 meses, el embarazo y riesgo de embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria, presencia de *Actinomices*, posible reservorio de *Cándida albicans* en el DIU y sangrado irregular (35).

La anticoncepción intrauterina junto con los implantes, son métodos reversibles de larga duración (LARC), los cuales son altamente eficaces, llegando a ser del 99,8%, y se recomiendan para reducir de forma significativa las tasas de embarazo no planificado. La principal ventaja en comparación con otros métodos anticonceptivos reversibles es que no requieren esfuerzo continuo para el paciente para un uso efectivo a largo plazo. No obstante, se debe tener en cuenta que el DIU y los implantes no protegen de las enfermedades de transmisión sexual (34,36).

#### Dispositivo intrauterino de liberación de Levonorgestrel (DIU-LNG):

Es un método sólo gestágeno que se presenta como un dispositivo de polietileno en forma de T con un cilindro de silastic alrededor de la rama vertical que contiene 52 mg de levonorgestrel. Su membrana permeable permite la liberación hormonal a un ritmo constante de 20 mcg al día. No obstante, el DIU-LNG tarda aproximadamente 7 días hasta tener una protección anticonceptiva efectiva. Actualmente, mantiene una duración de 5 años desde su colocación y durante 7 años en mujeres mayores de 45 años (35). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,2 y su efectividad (uso habitual) es de 0,2 (27).

La reacción adversa del DIU-LNG más frecuente es la modificación de la hemorragia menstrual, que puede limitarse en los primeros 3 – 6 meses de uso, como el manchado, acortamiento o alargamiento del período menstrual, sangrado irregular o amenorrea. Por otro lado, pueden producirse folículos aumentados (quistes ováricos funcionales), que son transitorios y no precisan tratamiento si no hay ninguna complicación. Otras reacciones comunicadas han sido cefalea, dolor abdominal inferior, dolor de espalda, alteraciones de la piel, flujo vaginal y mastalgia (32).

#### Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu):

El dispositivo intrauterino de cobre, o no hormonal, es un dispositivo que consta de un soporte plástico con un hilo de cobre que envuelve la estructura en forma de T, el cual se coloca dentro del útero. El efecto tóxico del cobre produce una reacción inflamatoria local, donde paraliza los espermatozoides y dificulta que el óvulo pueda ser fecundado y empeora el ambiente en el endometrio dificultando su implantación. Su eficacia es del 99,2%. El DIU de cobre presenta una efectividad de 5 años de duración, aunque dos tipos de DIU-Cu que presentan una superficie de cobre de 380 mm<sup>2</sup> (TCu380A y

TCu380S) pueden mantenerse durante 10 años (34,37). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 0,6 y su efectividad (uso habitual) es de 0,8 (27).

Debido al efecto tóxico del cobre, su efectividad se inicia inmediatamente después de la inserción del dispositivo, incluso dentro de los primeros 5 días tras la ovulación. Las reacciones adversas de los DIU-Cu son el sangrado menstrual más intenso, cólicos entre menstruaciones o aumento del dolor y flujo vaginal (34).

### **5.6.5 Anticoncepción de emergencia**

La anticoncepción de emergencia es el uso de un fármaco o dispositivo en la prevención de un embarazo después de una relación coital desprotegida o con la utilización incorrecta de la anticoncepción. La anticoncepción de emergencia es un método de uso ocasional, en ningún caso puede sustituir un método anticonceptivo convencional (32,38).

No es un método abortivo, ya que no es eficaz si el óvulo ya se ha implantado en el útero, su efecto es el aumento del espesor del moco cervical, reduciendo la motilidad de las trompas, evitando así un posible embarazo (29,34).

Es eficaz si se administra antes de las 72 horas después del coito, aunque su eficacia es inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre el coito no protegido y la administración. La eficacia del fármaco dentro de las primeras 24h es del 95%, entre las 24 – 48 horas es de 85% y entre las 48 – 72 horas es del 58% (32).

Hay dos tipos de componentes en los anticonceptivos de emergencia: el levonorgestrel y el acetato de ulipristal. Se utilizan comprimidos de levonorgestrel, con dos dosis de 0,75mg con un intervalo de 12 horas o los dos comprimidos juntos en las 72 horas siguientes al coito desprotegido. Pueden aparecer efectos adversos como náuseas y vómitos. El acetato de ulipristal es considerado como el anticonceptivo de emergencia no hormonal más eficaz, es tres veces más efectivo que el levonorgestrel antes de las 24 horas y el doble antes de las 72 horas. Se administra un comprimido oral de 30mg lo antes posible y en un máximo 120 horas (5 días). Los efectos adversos más comunes son dolor abdominal, alteraciones menstruales, náuseas y cefalea. Si han transcurrido entre 72 y 120 horas, también se puede utilizar el DIU postcoital. Es un método poco

empleado como anticonceptivo de emergencia, se utiliza cuando la mujer quiere mantenerlo posteriormente como método anticonceptivo regular (32,39).

### 5.6.6 Métodos barrera

La finalidad de los métodos barrera es impedir que los espermatozoides lleguen al orificio del cérvix, interponiendo un obstáculo mecánico o mecánico-químico entre ambos. Ofrecen en mayor o menor medida, una protección frente al cáncer de cérvix, a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (32).

#### Preservativos:

Impiden el contacto entre espermatozoides y el óvulo. Es el más recomendado entre jóvenes, ya que previene del embarazo y, además, previene las infecciones de transmisión sexual. Si se utiliza correctamente, no tiene ninguna contraindicación y su eficacia es muy alta (29).

- Preservativo masculino: es una funda que recubre el pene, normalmente es de látex, pero también puede ser de poliuretano para las personas alérgicas al látex. Se coloca sobre el pene en erección antes de la penetración, impidiendo el paso de espermatozoides. Es de un solo uso y no debe ser reutilizado (29,33,34). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 2 y su efectividad (uso habitual) es de 18 (27).
- Preservativo femenino: es una pequeña bolsa de poliuretano que se adapta a la vagina, es igual de resistente y segura como el masculino. Lleva incorporado lubricante por dentro y por fuera para facilitar la colocación. Se puede poner hasta 8 horas antes de la relación sexual y retirarlo inmediatamente después de la eyaculación (29,34). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 5 y su efectividad (uso habitual) es de 21 (27).

#### Diafragma:

Es una circunferencia de goma que se coloca al fondo de la vagina, la cual se adapta al cuello del útero e impide el contacto entre espermatozoides y el óvulo. Es eficaz para prevenir el embarazo y protegen parcialmente de las ITS. Es necesario tomar las medidas para saber cuál es la que corresponde. Siempre es conveniente utilizarlo con

crema espermicida y es reutilizable (33,34). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) es de 6 y su efectividad (uso habitual) es de 12 (27).

## 5.7 Métodos anticonceptivos irreversibles

Los métodos permanentes consisten en interrumpir el camino de paso de los óvulos o de los espermatozoides de manera definitiva (29).

En las mujeres se realiza la esterilización tubárica y se puede llevar a cabo a través de diferentes técnicas, tales como (29):

### Ligadura de trompas:

Es una intervención quirúrgica que se plantea como definitiva, ya que consiste en ligar las trompas de Falopio de tal manera que los espermatozoides y los óvulos no pueden pasar. Se realiza con cirugía tradicional o laparoscópica a través de anestesia general o epidural. No se produce alteración hormonal, por ese motivo no interacciona en las relaciones sexuales ni en el deseo. La eficacia es muy alta pero no protege de las enfermedades de transmisión sexual (29).

### Oclusión tubárica:

Es un método que obstruye definitivamente las trompas de Falopio a través de la introducción de un dispositivo de unos cuatro centímetros de largo con una fibra textil de poliéster, llamado dacrón. Este dispositivo aumenta el grosor del tejido de las trompas e impide la progresión de los espermatozoides hacia los óvulos. La inserción se realiza con anestesia local en la consulta del profesional sanitario con una duración de veinte minutos, es decir, no es necesario una cirugía. Por ese motivo, la recuperación es más rápida que en la ligadura de trompas y no produce dolor ni efectos secundarios. No obstante, tras tres meses de colocación, se debe asegurar que encaje correctamente a través de una radiografía. Su eficacia es muy alta pero tampoco protege de las enfermedades de transmisión sexual (29). Según el Índice de Pearl, la esterilización femenina presenta una eficacia (uso ideal) de 0,5 y su efectividad (uso habitual) es de 0,5 (27).

En los hombres, la esterilización consiste en:

#### Vasectomía:

Es una técnica sencilla que consiste en ligar los conductos deferentes (los que viaja el semen de los testículos hasta la próstata), para impedir que los espermatozoides salgan al exterior junto con el líquido seminal. Se realiza con anestesia local, de forma ambulatoria y no afecta a la respuesta sexual. Es una técnica definitiva con una eficacia muy alta (29). Según el Índice de Pearl, la esterilización masculina presenta una eficacia (uso ideal) de 0,10 y su efectividad (uso habitual) es de 0,15 (27).

### **5.8 Métodos anticonceptivos naturales**

#### Método Ogino – Knaus (calendario):

Se trata de un método natural que consiste en abstenerse de tener relaciones sexuales durante los días fértiles, según el calendario de ovulación. Este método requiere conocer perfectamente la anatomía y fisiología del ciclo ovárico, por ese motivo, no se aconseja con menstruaciones irregulares. No protege de las enfermedades de transmisión sexual (29).

#### Temperatura basal:

Consiste en observar la temperatura corporal interna cada día, antes de levantarse de la cama y durante todo el ciclo, con el objetivo de detectar el ligero aumento de la temperatura que se produce coincidiendo con la ovulación. Este procedimiento se debe realizar durante varios ciclos para estimar aproximadamente el día de la ovulación y abstenerse los seis días previos a la ovulación, así como los seis días posteriores (29). Según el Índice de Pearl, los métodos naturales presentan una eficacia (uso ideal) de 3 – 5 y su efectividad (uso habitual) es de 25 (27).

#### La “marcha atrás”:

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Es un método que interfiere negativamente en la relación sexual porque produce insatisfacción, sobre todo en la mujer. Su fiabilidad es baja, ya que antes de la eyaculación se emite una pequeña emisión de semen no controlada que puede producir un embarazo no deseado (29). Según el Índice de Pearl, su eficacia (uso ideal) de 4 y su efectividad (uso habitual) es de 22 (27).

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1. Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos han sido:

- Artículos originales
- Estudios realizados en Europa, Estados Unidos y Reino Unido.
- Publicaciones con disponibilidad de texto completo.
- Revisiones bibliográficas y guías de práctica clínica.
- Publicados en los últimos 10 años.

Los criterios de exclusión para la selección de los artículos han sido:

- Que estudien la anticoncepción, pero no en referencia a la etapa postparto.
- Artículos que hagan referencia a la anticoncepción postparto, pero con relación a una patología.

### 7.2. Fuentes de información

La búsqueda se centró en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Cuiden, IBECs y Cinahl. También se han incluido dos guías de práctica clínica como son la “*Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, y la “*Clinical Guideline: Contraception After Pregnancy*” de la *The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare* de la *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*.

### 7.3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ha realizado durante el período de diciembre de 2021 a marzo de 2022 en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library, Cuiden, IBECs y Cinahl. La búsqueda fue llevada a cabo de manera independiente en cada una de las bases de datos para realizar la selección de artículos centrándonos en los temas relacionados con la anticoncepción durante el periodo del puerperio o postparto. Las palabras clave para identificar los artículos fueron “Contraception”, “Contraceptive method”, “Female

contraception”, “Postpartum period” y “Puerperium” (Tabla 1). Para la búsqueda de artículos se utilizaron palabras en castellano e inglés y se incluyeron artículos en inglés, catalán, portugués y español.

Tabla 1. Características de la estrategia de búsqueda

Base de datos	Términos MeSH, DeCS y operadores booleanos	Resultados sin filtros aplicados	Resultados con filtros aplicados	Resultados tras lectura completa
Pubmed	<i>Contraceptive method OR Female contraception AND Puerperium</i>	1.033	525	14
	<i>Contraceptive method OR Female contraception AND Postpartum period NOT Puerperium</i>	464	262	2
Ibecs	<i>Female contraception OR Contraceptive method AND Postpartum period</i>	12	5	2
Cochrane Library	<i>Female contraception OR Contraceptive method AND Postpartum period</i>	129	107	0
Cuiden	<i>Periodo posparto AND Anticoncepción</i>	12	3	0
Cinhal	<i>Female contraception OR Contraceptive method AND Postpartum period</i>	463	189	1

#### 7.4 Proceso de recopilación de datos

La preselección se realizó según el título, el resumen y los resultados de los artículos. Los estudios fueron evaluados y revisados de forma independiente por dos revisores. En primer lugar, se pusieron en común ambas búsquedas comprobando así que no hubiera artículos duplicados y posteriormente, de manera conjunta se eliminaron aquellos que no se ceñían al tema de la revisión. En segundo lugar, una vez hecha la selección por título, se leyeron los resúmenes de los artículos y, conjuntamente, se eliminaron aquellos en que los resultados y/o conclusiones no hacían referencia al análisis investigado. Por último, de los artículos restantes, según el texto completo, se eliminaron de común acuerdo, aquellos que no tuvieran relación entre la anticoncepción y la etapa posparto, escogiendo así, los artículos científicos finales para la revisión según los criterios de inclusión y exclusión especificados anteriormente.

## 7.5 Síntesis de resultados

En este estudio se ha realizado una revisión integrativa, la cual presenta un enfoque más sistemático y riguroso, con una estructura más definida, basada en PRISMA. En relación con la revisión integrativa, se han establecido unos objetivos claros, con unos criterios de inclusión y exclusión definidos, así como la especificación de la estrategia de búsqueda establecida para la selección de los artículos. La revisión se centra en incluir diferentes propósitos como, definir conceptos, revisar teorías, revisar evidencia y analizar cuestiones de un tema en particular. También nos permite incluir investigaciones experimentales y no experimentales para poder entender mejor el motivo de estudio, así como, la inclusión de guías de práctica clínica para poder alcanzar los objetivos de la revisión. Por lo tanto, se ha elegido este tipo de revisión porque nos ayuda a comprender los problemas para la atención y las políticas de salud y contribuye a la presentación de diversas perspectivas sobre un fenómeno de interés a través de una base de conocimientos, y eso nos permite desempeñar un papel importante para la práctica de enfermería basada en la evidencia (40,41).

Los resultados se han analizado y presentado a través de una tabla de resultados con la descripción de las publicaciones según el autor, el país, el tipo de estudio, la muestra del estudio y un resumen de los resultados que se obtuvieron en cada uno de ellos.

### 7.5. Teoría del cuidado J. Watson

El cuidar es parte fundamental del ser humano y va destinado a satisfacer las necesidades humanas, y de esa forma se puede ayudar a generar, mantener o recuperar la salud. Su importancia hace que deba estar presente en nuestro día a día en el mundo sanitario, ya que adquiere una mayor magnitud porque la ética y profesionalidad deben estar siempre presentes. Es por ello que teorías como la de Jean Watson son importantes y nos sirven de reflexión para reconducir nuestra conducta en el trabajo para la humanización de la práctica enfermera y el colectivo profesional.

Esta teoría se basa en un sistema de valores humanista-altruista donde el personal tiene que ir evolucionando en su desarrollo manteniendo la fe y la esperanza e identificando sus propios sentimientos sin negarlos, porque de esa forma podrá entender a los demás. Para Watson es necesario desarrollar una relación interpersonal, es decir, una relación

de ayuda y confianza que permitan aceptar en todo momento los sentimientos positivos y negativos, siendo una parte fundamental del rol enfermera para un cuidado adecuado y destinado a satisfacer las necesidades humanas. Describe la importancia de crear un entorno protector asistiendo siempre a las necesidades humanas y buscando una mejora para el aprendizaje interpersonal.

Para Watson, si el cuidado es efectivo, promueve la salud y el crecimiento personal y familiar, promoviendo la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Promueve un cuidado que permita al individuo escoger la mejor opción, para él o ella, desde su propia realidad, en un momento preciso, desde su situación particular, y expone que la persona debe estar acompañada en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información, sino ofrecer un acompañamiento responsable, basado en el conocimiento y una actitud terapéutica (42).

## 8. RESULTADOS

### 8.1 Selección de estudios

A continuación, se refleja la identificación de los artículos encontrados según las bases de datos y los criterios de elegibilidad para seleccionar los artículos de la revisión (Figura 1).

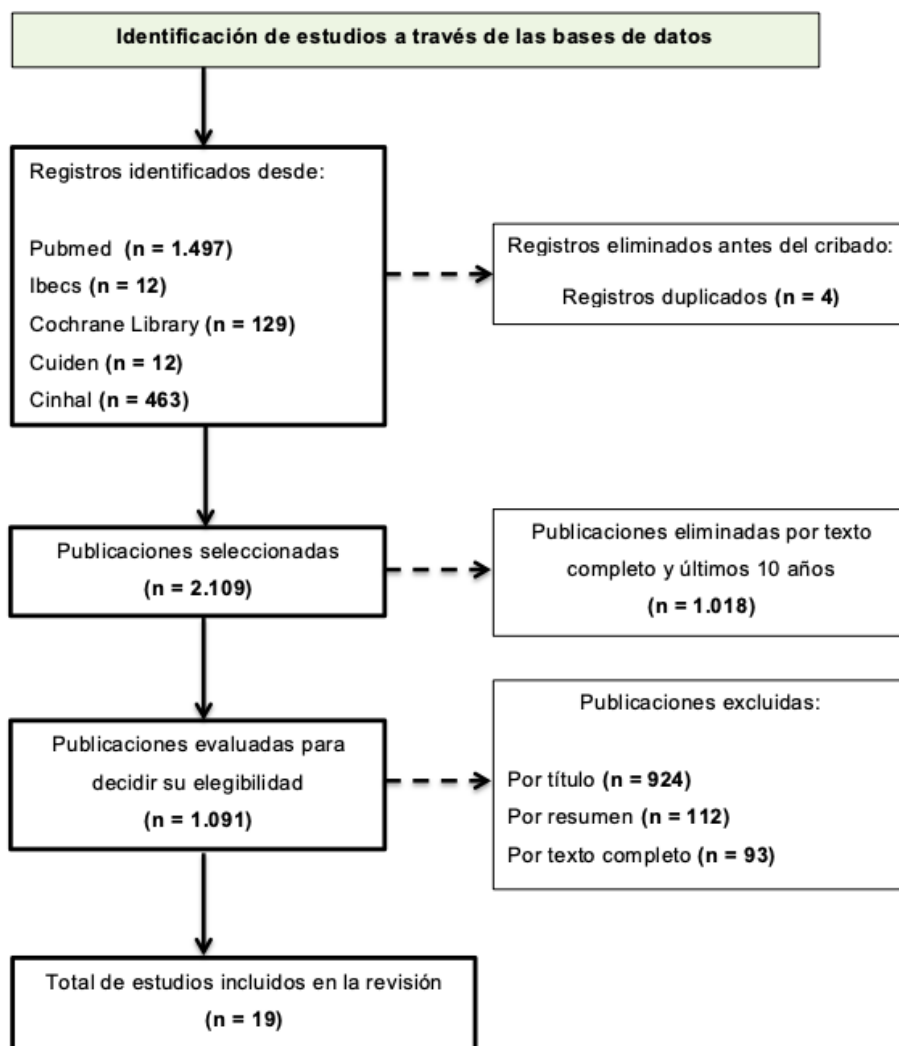


Figura 1. Diagrama de flujo basado en el modelo PRISMA 2020.

## 8.2 Inicio de la anticoncepción posparto

La “Guía de Práctica Clínica en Atención en el Embarazo y el Puerperio” del Ministerio de Sanidad, y la “Guidance Contraception After Pregnancy”, aconsejan iniciar un método anticonceptivo a partir de los 21 días después del parto. Asimismo, recomiendan también la posibilidad de iniciar anticoncepción inmediatamente después del parto, ya que es posible en la mayoría de los métodos (10,43).

La anticoncepción intrauterina (DIU) y el implante de sólo progestágeno (IMP) se pueden insertar inmediatamente después del parto, y en el caso del DIU, también dentro de las primeras 48 horas o, pasados los 28 días (4 semanas). Del mismo modo, los métodos anticonceptivos con sólo progestágeno como inyectables y píldoras también se pueden iniciar inmediatamente después del parto, ya que no se han observado efectos adversos sobre la lactancia, el crecimiento o el desarrollo infantil. No obstante, según la “Guía de Práctica Clínica en Atención en el Embarazo y el Puerperio” del Ministerio de Sanidad, sugiere que los anticonceptivos inyectables con sólo progestágeno se inicien durante los primeros 5 días tras el parto en mujeres sin lactancia materna, mientras que mujeres con lactancia materna se inicie entre el día 21 y las 6 semanas posparto (6).

A excepción de los métodos anteriores, la anticoncepción hormonal combinada (AHC) no se puede administrar inmediatamente después del parto. Se ha demostrado que se debe evaluar el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) posnatal. Si la mujer no amamanta y no tiene factores de riesgo se debe esperar 21 días, y en caso de tener riesgo de TEV, la espera se alargaría a las 6 semanas (6,10,44).

Los métodos barrera como los preservativos masculinos y femeninos son métodos seguros tras el posparto, y el diafragma se aconseja esperar al menos 6 semanas tras el parto (6,10).

## 8.3 Asesoramiento anticonceptivo

Los resultados indican una mayor adherencia a la anticoncepción después del parto si las mujeres han recibido asesoramiento anticonceptivo (10,45–48). Las mujeres con asesoramiento anticonceptivo durante el período prenatal y en el período posparto, o en uno de los dos períodos, aumentaron el doble las probabilidades de usar cualquier método anticonceptivo tras el parto (45). Además, se ha demostrado que las mujeres con un mayor asesoramiento en la planificación familiar, incluyendo el período prenatal,

son más propensas a utilizar un método anticonceptivo más eficaz (46,47). Se observó en varios estudios que aquellas mujeres con mayor información obtenida antes del parto, tuvieron probabilidades significativamente mayores de usar métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) (45,49). Por otro lado, se ha observado que las mujeres expresan su deseo de recibir información completa y objetiva desde el principio de la atención prenatal y tratarlo en las posteriores visitas (50). Además, se observó en un ensayo de 791 mujeres, que el 34% de las mujeres habían reanudado las relaciones sexuales a las 6 semanas tras el parto, aumentando al 97% a los 6 meses y al 99% a los 12 meses (48).

#### **8.4 Eficacia de los métodos anticonceptivos postparto**

En relación a la eficacia de los métodos anticonceptivos posparto, se observó en un estudio que las mujeres que utilizaban métodos hormonales como píldoras orales, inyectables, parche hormonal y anillo vaginal, tenían un 9% de probabilidades de quedar embarazadas, y las que utilizaban métodos barrera (diafragma, condones masculinos y femeninos) tenían entre un 15 y 18% de probabilidades, mientras que los métodos reversibles de acción prolongada (LARC), como son los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes anticonceptivos, o métodos permanentes, solo tenían un riesgo de 0,5% de producir un embarazo en los 12 meses siguientes al parto (1). Otra investigación propone que el inicio de anticoncepción posparto con métodos LARC es altamente efectivo para evitar períodos intergenésicos cortos (51).

Por otro lado, se observó que el motivo principal de las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado era un fracaso del anticonceptivo. Los métodos utilizados en el momento del fracaso fueron el preservativo (44,4%) y los anticonceptivos orales (18,5%). Otros motivos fueron la falta de uso de anticonceptivos (25%), considerar la lactancia materna como un periodo sin riesgo de embarazo (10,4%) y la creencia de infertilidad por parte de la mujer (6,3%). En este estudio, los anticonceptivos utilizados durante el primer año posparto fueron el preservativo (42,5%) y los anticonceptivos orales (15,9%), seguidos del DIU-LNG (6,3%), el anillo vaginal (4%) y el DIU de cobre (DIU-Cu) (4%). Un 15% no utilizó ningún método anticonceptivo. No obstante, los métodos con una tasa de continuación más alta fueron el DIU-LNG (67,4%) y el DIU-Cu (65,5%), y con menor medida, los anticonceptivos orales (52,6%) (51). Del mismo modo, otro estudio observó una tasa de continuación del 94,5% en el DIU y un 92% en el

implante en el primer año, y una tasa de continuación del 63,6% en el DIU y del 65,3% en el implante en el quinto año. Por tanto, esto indica que un 51% de las mujeres tuvieron una anticoncepción ininterrumpida con métodos de larga duración (LARC) (52). Además, se estudió que la utilización de LARC postparto disminuyó significativamente el riesgo de IVE dentro de los 12 - 24 meses tras el parto, de la misma manera, las mujeres que realizaban lactancia materna exclusiva (53).

Se observó que la colocación inmediata del dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) en la sala de partos fue factible y aceptable para las mujeres (54). En otro estudio se determinó que las mujeres con la inserción del DIU inmediatamente después de la cesárea presentaban mayor proporción de uso en la visita de los 6 meses, en comparación con las que se les insertó a las 6 semanas o más, y, además, en otro estudio se observó que no hubo diferencia en las probabilidades de amamantar en los 6, 12 y 24 semanas después de la colocación del DIU hormonal, es decir, no afectó al éxito ni a la duración de la lactancia materna en las mujeres (55,56). De la misma manera, se observó que tampoco se ve afectada negativamente con los anticonceptivos de sólo progestágeno como las inyecciones de acetato de medroxiprogesterona (DMPA), las píldoras de sólo progestágeno (POP) y el anillo de sólo progestágeno (45,57). No obstante, en el estudio de Uhm et al. se observó que la mitad de las mujeres que planificaron en la visita posparto el uso de POP, no utilizaron este método a los 3 meses después del parto (58). Un estudio analizó la tasa de satisfacción del dispositivo intrauterino en el momento de la inserción y en la visita posterior a las 6 semanas, y se mostró una tasa de satisfacción del 97,2% y del 95% respectivamente (49).

### **8.5 Barreras y facilitadores en el uso de anticoncepción posparto**

En relación con las barreras sobre el uso de anticonceptivos en el período posparto, un estudio cualitativo ha observado una influencia en los factores ambientales, como el cuidado de los hijos, el que conlleva a no poder asistir a las visitas, los costes de transporte o estacionamiento, las distancias a recorrer o los motivos laborales. A nivel institucional, se observó una dificultad para contactar con profesionales y para programar citas, el tiempo de visita es limitado, hay falta de continuidad, carga de tareas no clínicas y se observa una preocupación por la limitación en la formación de personal sanitario, así como la formación para la inserción de LARC. A nivel personal, se observa una falta de confianza con el personal sanitario, a veces una barrera con el lenguaje e

idioma, una preocupaci3n por la limitada autonomía del paciente, un soporte familiar limitado y recibir más atenci3n al embarazo que en el paciente. Otras barreras que se observaron fueron la falta de informaci3n, el nivel de estudios, la frecuencia de relaciones sexuales y no usar anticonceptivos antes del embarazo (59–61). Como factores individuales, se observ3 que puede afectar como barrera, la baja alfabetizaci3n en salud y la salud mental postparto (60).

Por otro lado, se observaron facilitadores en el uso de anticoncepci3n posparto, como son la coordinaci3n entre atenci3n postparto y del neonato, la accesibilidad a cursos prenatales a la comunidad para ofrecer educaci3n y soporte entre iguales, así como también grupos de redes sociales. Como facilitador, se observ3 también la ayuda a un acceso a trabajadores sociales para obtenci3n de recursos y apoyo para salud mental (60,61).

## 8.6 Tabla de resultados

La selección final en las bases de datos analizadas fue de 19 artículos, los cuales se muestran en la Tabla 2. Además, se incluyeron dos guías de práctica clínica reflejadas en la Tabla 3. La información de las tablas consta del autor, el país, el tipo de estudio, la muestra del estudio y un resumen de los resultados que se obtuvieron en cada uno de ellos. Las publicaciones se encuentran ordenadas según fecha de publicación (de más reciente a más antigua).

TABLA 2: Resultados de la extracción de datos de la literatura incluida					
Autores	Año	País	Tipo de estudio	Muestra	Resultados y conclusiones
Ruderman RS, Dahl EC, Williams BR, Davis K, Feinglass JM, Grobman WA, et al.	2021	Estados Unidos	Estudio cualitativo	26 participantes (20 médicos, 4 enfermeras obstétricas registradas y 2 trabajadores sociales clínicos autorizados) de la Clínica de atención ambulatoria Prentice del Northwestern Memorial Hospital (Chicago).	<p>Las <u>barreras</u> percibidas por los profesionales sanitarios en el período postparto fueron:</p> <p>Factores ambientales: cuidado de los hijos (no podían asistir a las visitas), inaccesibilidad y coste del transporte, coste de estacionamiento, distancia a recorrer para las citas frecuentes, e incapacidad para asistir a las citas fuera del trabajo.</p> <p>Factores sociales: el coste a una atención sanitaria óptima.</p> <p>Factores institucionales: Dificultad en la programación de citas, la corta duración de las citas, manca de continuidad, la carga de tareas no clínicas (documentación) y preocupaciones para la limitación de formación de los profesionales sanitarios.</p> <p>Factores interpersonales: falta de confianza con el personal sanitario, barreras lingüísticas, preocupación por la autonomía del paciente, soporte familiar limitado y atención al embarazo más que al paciente.</p> <p>Factores individuales: procesos de enfermedades asintomáticas, baja alfabetización en salud y problemas de salud mental postparto.</p> <p>Los <u>facilitadores</u> percibidos por los profesionales sanitarios en el período postparto fueron:</p> <p>Factores ambientales: coordinación entre la atención postparto y la del neonato.</p> <p>Factores sociales: cursos prenatales a la comunidad, educación y soporte entre iguales, grupo de redes sociales.</p>

					<p>Factores institucionales: acceso a trabajadores sociales (para facilitar la obtención de recursos y prestación de salud mental).</p> <p>Factores individuales: aumento de los recursos educativos (folletos, instrucciones al alta, sitios web...) e informar de las ganancias tangibles en la asistencia a las citas postparto (anticoncepción, control de constantes, participación a programas educativos...).</p>
Goulding, A. N., Bauer, A. E., Muddana, A., Bryant, A. G., & Stuebe, A. M.	2020	Estados Unidos	Estudio transversal	Mujeres posparto $\geq$ 18 años que tenían un bebé entre 3 y 9 meses de edad y habían practicado lactancia materna durante cualquier período de tiempo.	<p>Las mujeres que recibieron más información sobre planificación familiar eran más propensas a utilizar un método anticonceptivo eficaz, pero no tenían más probabilidades de desear un intervalo entre embarazo &gt;2 años.</p> <p>La asociación entre el asesoramiento y el anticonceptivo se modificó por el IPI (intervalo período intergenésico) deseado, las que deseaban un espaciamiento &gt;2 años entre embarazos se asesoraban métodos altamente efectivos, por lo tanto, pero no ocurría lo mismo con las que deseaban un embarazo más temprano.</p>
Sznajder, K., Carvajal, D. N., & Sufrin, C.	2020	Estados Unidos	Estudio cualitativo	301 mujeres adultas en período posparto en el Johns Hopkins Bayview Medical Center y el Hospital Johns Hopkins.	<p>Los proveedores deberían considerar empezar el asesoramiento anticonceptivo a principios de la atención prenatal y abordarlo en diversas visitas. Las mujeres expresan su deseo de recibir información completa y objetiva desde el principio, i a menudo, antes del parto.</p> <p>Las mujeres querían autonomía en la toma de decisiones sobre anticonceptivos y no sentirse presionadas para escoger a LARC postparto inmediato, sino en función de sus objetivos de vida y sus prioridades individuales.</p>
Lichtenstein Liljeblad, K., Kopp Kallner, H., & Brynhildsen, J.	2020	Suecia	Estudio de cohorte retrospectivo	11.066 mujeres que dieron a luz entre el 2013 y 2014 en tres hospitales de Suecia.	<p>De total de mujeres, 844 (7,7%) quedaron embarazadas dentro de los 12-24 meses, 277 (2,5%) tuvieron un aborto y 570 (5,2%) optaron por continuar su embarazo.</p> <p>7.745 mujeres (70%) acudieron a la visita de seguimiento posparto, de estas, solo un 76% tenían deseo de tomar un método anticonceptivo específico (implante 4,5%, UICD 20,6%, píldora 33,4%, condón 13,8%, otros métodos 3,3%). El resto no tenían información o no deseaban utilizar ningún método. 3.321 mujeres (30%) no asistió a la visita de las cuáles, el 3,6% tuvieron aborto durante el seguimiento y de las que asistieron solo un 2,1%.</p> <p>Es muy probable que los esfuerzos para aumentar la asistencia a la visita posparto, reduzca la proporción de mujeres con IVE dentro de los 12 – 24 meses posteriores al paro, porque algunas de estas mujeres escogerían los métodos LARC.</p> <p>Se observó que utilizar un método LARC posparto i lactancia materna exclusiva en el momento de la visita posparto, disminuye significativamente el riesgo de IVE, mientras que el tabaquismo, ser menor de 25 años i haber tenido un IVE previo aumento significativamente el riesgo.</p>

Uhm, S., García-Ruiz, N., Creinin, M. D., Blanton, A., & Chen, M. J.	2020	Estados Unidos	Estudio observacional prospectivo	440 mujeres que asistieron a la visita posparto y querían retrasar un embarazo posterior durante al menos un año.	<p>De las 440 mujeres que asistieron a la visita posparto, 92 (20,9%) eligieron píldora sólo de progestágeno (POP). El uso de POP en el seguimiento fue de 44/84 mujeres a los 3 meses, 33/76 mujeres a los 6 meses y 32/76 mujeres a las evaluaciones a los 3 y 6 meses.</p> <p>La mitad de las mujeres que planifican el uso de POP en la visita postparto, no utilizan este método a los 3 meses después del parto.</p>
Bhide, S., Ascha, M., Wilkinson, B., Verbus, E., Montague, M., Morris, J., et al.	2020	Estados Unidos	Análisis secundario de un estudio de cohorte retrospectivo.	8.394 mujeres que dieron a luz a las $\geq 20$ semanas de gestación en un hospital de Ohio.	<p>Del total de mujeres, 2. 642 mujeres (31,5%) tenían un plan anticonceptivo consistente entre la atención prenatal y el momento del alta hospitalaria.</p> <p>Las mujeres con preferencias anticonceptivas más consistentes y propensas a escoger un método más efectivo, tenían más probabilidades de haber recibido una atención prenatal adecuada.</p> <p>No obstante, las mujeres con preferencia constante tenían las mismas tasas de asistencia a las visitas postparto en comparación con aquellas mujeres cuyo plan cambió.</p>
Glasier, A., Bhattacharya, S., Evers, H., Gemzell-Danielsson, K., Hardman, S., Heikinheimo, O., et al.	2019	Suiza	Revisión bibliográfica	Selección de revisiones sistemáticas en las bases de datos Medline, Popline, EMBASE y Cochrane library para publicaciones desde 1970 hasta mediados de 2018.	<p>La fertilidad retorna rápido después del embarazo y depende de si hay lactancia exclusiva, por lo tanto, si la anticoncepción se deja para una visita de seguimiento, se ha demostrado que muchas mujeres no acuden y hay un riesgo potencial de embarazo. Las que eligen un método LARC, tienen más retrasos para contactar con las personas capacitadas para su colocación.</p> <p>Las intervenciones educativas sobre métodos anticonceptivos son de baja calidad y la evidencia nos dice que algunas pueden aumentar la aceptación por parte de las mujeres (en Escocia, la información proporcionada por las parteras tuvo un gran éxito para utilizar LARC después del parto).</p> <p>El “mejor” método anticonceptivo es el que la mujer, bien informada, elija para ella para que de esta forma sea más probable que continúe. Para ello, es necesario dar información de cada uno de ellos mencionando la eficacia de todos los disponibles. La tasa de fracaso durante el primer año de los condones es de 18-20%, de los espermicidas 24%, de los diafragmas 12%, de los métodos hormonales con un uso correcto 5-8% por año. Los métodos LARC es la mejor protección, con una tasa de fracaso de &lt;1% y su satisfacción es mayor incluso para aquellas que prefieran un método de corta duración.</p> <p>Barreras: falta de conocimiento, capacitación adecuada, capacidad de prescribir por el personal, falta de personal capacitado en técnicas de inserción de LARC. La provisión perfecta de anticoncepción y la provisión inmediata después del parto es un gran desafío incluido para los países industrializados.</p> <p>Por lo tanto, se ha demostrado que se debe encontrar la mejor manera de organizar los servicios para la provisión de anticoncepción para la mujer y su pareja haciéndolo en un momento adecuado para ello y de esta forma dará lugar a altas tasas de continuidad y satisfacción. Tiene que haber flexibilidad y pensamiento colaborativo por las partes proveedoras, pero es algo que dará muy buenos resultados.</p>
Iftikhar, P. M., Shaheen, N., & Arora, E.)	2019	Estados Unidos	Estudio prospectivo	372 mujeres que se les asesoró sobre distintos métodos de	El dispositivo anticonceptivo intrauterino posparto (DIUPP) permite a las mujeres obtener una anticoncepción segura, de larga duración y altamente eficaz. Ofrece numerosas ventajas: facilidad de

				<p>anticoncepción y control de la natalidad durante las revisiones prenatales, parto precoz e inmediatamente posparto (en 48 horas).</p>	<p>inserción, mínimos impactos adversos en la lactancia materna, rentabilidad, alivio de las instalaciones ambulatorias hacinadas y protección contra embarazos no deseados y el consiguiente aborto. La tasa de satisfacción fue del 97,2% (n = 350) en el momento de la inserción y del 95% en la visita posterior a las seis semanas posparto. Además, las visitas de seguimiento a los seis meses y anualmente durante 3 años mostraron una tasa de satisfacción media del 93,95%. La tasa de éxito más alta del dispositivo anticonceptivo intrauterino de acción prolongada postparto se observó en pacientes que recibieron asesoramiento exhaustivo durante el período prenatal e intraparto (61,5%) comparado con asesoramiento prenatal (42,2%), intraparto (35,4%) o inmediatamente posparto (22,4%).</p>
<p>Andeyro M, Parra I, Martínez F, Velasco E, Quílez J, Canals I, et al.</p>	2019	España	<p>Estudio observacional, transversal y multicéntrico.</p>	<p>1.657 mujeres en edad reproductiva (18-49 años) que acuden a las clínicas privadas de ginecología de toda España para solicitar LARC por primera vez o para reiniciar el tratamiento.</p>	<p>En el caso de las mujeres que tuvieron un embarazo no deseado, el principal motivo fue el fracaso del anticonceptivo. Los principales métodos utilizados por mujeres en el momento del fracaso fueron el preservativo (44,4%) y los anticonceptivos orales (18,5%). Otros motivos para un embarazo no deseado fueron la falta de uso de un método anticonceptivo (25%), considerando que la lactancia materna es un período sin riesgo (10,4%) y la creencia por parte de la mujer que era infértil (6,3%).</p> <p>Los principales métodos anticonceptivos utilizados durante el primer año después del último parto fueron el preservativo (42,5%) y los anticonceptivos orales (15,9%), seguidos del DIU-LNG (6,3%), el anillo vaginal (5,5%) y el DIU de Cu. (4%). Un 15% no va utilizar ningún método durante este año.</p> <p>El preservativo fue el método más utilizado inmediatamente después del parto, especialmente durante los primeros 2 meses; otros métodos fueron menos frecuentes durante este período. El DIU de Cu se utilizó principalmente a partir del cuarto mes después del parto, mientras que el DIU de LNG se utilizó con mayor frecuencia a partir del segundo y tercer mes después del parto.</p> <p>El DIU-LNG fue el método utilizado más tiempo después del parto (media 7,6 meses) y tuvo la tasa de continuación más alta (67,4%), seguido del preservativo, los anticonceptivos orales y el coito interrumpido. Otros métodos con altas tasas de continuación incluyeron el Cu-DIU (65,5%) y los anticonceptivos orales (52,6%).</p> <p>Se ha observado un bajo porcentaje de uso de LARC en España, y porcentajes considerablemente elevados de mujeres que no utilizaban ningún método anticonceptivo. Las principales razones para no utilizar ningún método incluyen factores que exponen a la mujer a un nuevo embarazo, tales como no percepción de riesgo, miedo a los efectos adversos y otras causas (por ejemplo, período de descanso, inercia y creencia que no podrían quedar embarazadas de inmediato después del parto o durante la lactancia).</p>
<p>Vanya, M., Devosa, I., Barabás, K., Bártfai, G., &amp; Kozinszky, Z..</p>	2018	Hungría	<p>Estudio transversal</p>	<p>599 mujeres en el período inmediatamente después del parto en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de</p>	<p>El 91,5% utilizaba algún método anticonceptivo, el 21,7% utilizaba preservativo, el 15,5% no usaba ninguno o utilizaba algún menos efectivo. Utilizaban el método de amenorrea de la lactancia materna (LAM) intencionalmente en un 40,2% y el 22,5% utilizaban métodos altamente efectivos a les 6 – 8 semanas posparto.</p> <p>En relación a la lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo, las mujeres que amamantaron exclusivamente, fue un método anticonceptivo efectivo (47,7%). El perfil de los usuarios</p>

				Szeged (Hungria) del 2013 al 2015.	<p>era: economía más pobre (contrasta con hallazgos de otros países) pero no había variación para usar métodos más o menos efectivos.</p> <p>Las relaciones frecuentes o regulares también tenían influencia en el método, las que practicaban más relaciones usaban métodos más efectivos y las que practicaban en menor medida, eran menos efectivos (condones, duchas vaginales).</p> <p>El uso de un método anticonceptivo previamente aumentó la probabilidad de utilización después del parto, aunque disminuyó la probabilidad de usar lactancia materna en las 6 – 8 semanas.</p> <p>Asociación directamente significativa entre el nivel educativo y una mayor probabilidad de utilizar un método más efectivo. Se requieren esfuerzos para promover LARC.</p>
Levi, E. E., Findley, M. K., Avila, K., & Bryant, A. G.	2018	Estados Unidos	Análisis secundario de un ensayo aleatorio.	63 mujeres embarazadas de 18 a 45 años que se sometieron a una cesárea (33 mujeres grupo de intracésarea y 30 grupo intervalo).	<p>No hubo diferencia en los cocientes de probabilidades de las mujeres que amamantaban en cualquiera de los tres puntos temporales, 6, 12 y 24 semanas, después de la colocación del DIU hormonal.</p> <p>Entre las mujeres que recibieron un DIU-LNG, no hubo diferencia en las razones que las mujeres dieron para dejar de amamantar.</p> <p>En conclusión, la colocación postplacentaria inmediata de un DIU hormonal no afectó el éxito ni la duración de la lactancia de las mujeres.</p>
Brunson, M. R., Klein, D. A., Olsen, C. H., Weir, L. F., & Roberts, T. A.	2017	Estados Unidos	Cohorte retrospectiva	Mujeres inscritas en el sistema de salud militar de Estados Unidos admitidas para el parto entre octubre 2010 y marzo 2015 con > o = de 6 meses de inscripción postparto.	<p>Durante el periodo de estudio, 373.840 mujeres experimentaron 450.875 intervalos posparto. Promedio de 27 años de edad. Las tasas estimadas entre intervalos cortos de embarazo fueron del 17,4% variando con el método de anticoncepción, 1% con esterilización, 6% anticoncepción reversible de acción prolongada, 12% medroxiprogesterona de depósito, 21% con píldora parche o anillo y 23% sin método.</p> <p>También el riesgo ajustado entre un intervalo corto entre embarazos fue mayor entre mujeres más jóvenes, en servicio activo o con patrocinadores de seguros oficiales. El DIU redujo el riesgo de un parto posterior al igual que, el implante de etonogestrel, la píldora, parche o anillo tuvieron menos efecto.</p> <p>El inicio posparto de la anticoncepción de acción prolongada es altamente efectivo en la prevención de intervalos cortos entre embarazos, mientras que los métodos como píldora, parche o anillo se asocian con tasas similares a los métodos utilizados sin receta. Este estudio apoya el uso de LARC como primera línea para mujeres postparto que quieran conservar su fertilidad y evitar embarazos tempranos.</p>
Phillips, S. J., Tepper, N. K., Kapp, N., Nanda, K., Temmerman, M., & Curtis, K. M.	2016	Estados Unidos	Revisión sistemática en la base de datos PubMed.	49 artículos con 8 ensayos controlados aleatorios (ECA) y 41 artículos de ensayos clínicos no aleatorios o estudios observacionales.	El uso de anticonceptivos de progestágeno solo no afecta negativamente en los resultados de la lactancia o en el crecimiento o desarrollo infantil durante el primer año posparto.

Carr, S. L., Gaffield, M. E., Dragoman, M. V., & Phillips, S.	2016	Estados Unidos	Revisión bibliográfica (Pubmed, Popline y LILACS),	7 artículos con diseño de cohorte prospectivo.	<p>El uso del PVR no afectó el rendimiento de la lactancia ni el aumento de peso del bebé, y que el PVR fue tan efectivo para prevenir el embarazo durante los 12 meses posteriores al parto o después del inicio del método (dependiendo del diseño del estudio) como el DIU-Cu altamente efectivo y el implante de LNG.</p> <p>Los estudios sugirieron evidencia limitada de que la salud infantil general no se vio afectada por el uso de PVR; sin embargo, esta medida de resultado estuvo mal definida.</p>
Morales C, Tejuca S, Lamelas M.	2016	España	Estudio observacional	117 mujeres en riesgo de exclusión social citadas para revisión posparto que se facilitan métodos de larga duración el mismo día de la consulta.	<p>De las 117 mujeres de las que tenemos seguimiento a los 5 años, en 55 colocamos DIU, en 26 implante anticonceptivo de gestágeno y 4 realizaron ligadura de trompas.</p> <p>De las 55 mujeres a las que colocamos DIU, el 94,5% continuaban al primer año y el 63,6% al quinto año. De las 26 mujeres que se insertaron implante, el 92% continuaba al primer año y el 65,3 % al quinto año. A los 5 años, 60 mujeres de las 117 (51%) habían tenido anticoncepción ininterrumpida con métodos de larga duración como DIU, implantes o ligadura de trompas.</p> <p>En el primer año de seguimiento se produjeron 4 embarazos (3,4%). Dos fueron aceptados y 2 fueron IVE. En los 5 años de seguimiento se produjeron 36 embarazos en 29 mujeres. De estos, 24 fueron deseados y 12 no deseados. En los 5 años de seguimiento se registraron en total 6 IVE, no obstante, el mismo grupo presentó 60 IVE en los años previos.</p> <p>No se produjo ningún embarazo en el grupo de los implantes y la tasa de embarazo con el grupo del DIU fue 0,89.</p> <p>La tasa de expulsión de los DIU fue del 12,7% (7 expulsiones, 4 se repusieron sin problemas).</p> <p>El 51% de todas las mujeres tuvieron anticoncepción ininterrumpida de larga duración durante al menos 5 años. Facilitar métodos anticonceptivos en la consulta de posparto es una buena estrategia para disminuir los embarazos no deseados en los grupos sociales desfavorecidos y aumentar el intervalo entre gestaciones. Los métodos de larga duración son seguros, eficaces y muy bien aceptados por estas mujeres.</p> <p>El seguimiento individualizado de cada mujer, localizar a las que fallan facilitando nuevas citas y agilizar la aplicación del método que elijan son las claves para conseguir buenos resultados. Disponer de métodos gratuitos es fundamental en estos grupos.</p>
Nelson, A.	2015	Los Ángeles	Revisión bibliográfica	No especificado	<p>El hecho de dejar el asesoramiento de AC a la visita de las 6 semanas ha cambiado ya que numerosos estudios, demuestran que se deben recomendar los métodos más efectivos después del parto. El intervalo óptimo está mejor definido y se ha demostrado que no dar anticoncepción en el momento adecuado o utilizar métodos "puente" dan como resultado tasas de repetición de embarazo altas. Se destaca la necesidad de las mujeres de recibir información antes del parto para que se pueda tomar la decisión de manera más informada y así dar lugar a embarazos más saludables.</p> <p>El uso de DIU- LNG, acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) y píldoras de progestina sola, se ha demostrado que no afectan negativamente al rendimiento de lactancia y no influyen en el</p>

					<p>desarrollo y crecimiento infantil. Incluso el inicio inmediato de progestina sola no afecta a la interrupción de la lactancia.</p> <p>El uso de estrógeno es un criterio 4 de elegibilidad posparto por riesgo de trombosis, anteriormente se recomendaba no utilizarlo hasta que él bebe tuviera 4 meses, pero estudios más recientes proporcionan orientación de cuando comenzarlos e incluso la píldora hormonal combinada se puede comenzar de manera más temprana (a los 21 días si las mujeres no tienen riesgo de tromboembolismo).</p>
Zapata, L. B., Murtaza, S., Whiteman, M. K., Jamieson, D. J., Robbins, C. L., Marchbanks, P. A., et al.	2015	Estados Unidos	Estudio cuantitativo basado en el análisis del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos de Embarazo (PRAMS).	9.536 mujeres de 3 áreas (Missouri, el estado de Nueva York y la ciudad de Nueva York) de 2004-2008 que se les preguntó sobre consejo anticonceptivo posparto y métodos anticonceptivos específicos.	<p>El 78 % recibió consejería prenatal, el 86 % recibió consejería posparto y el 72 % recibió ambas.</p> <p>El consejo anticonceptivo prenatal se asoció significativamente con el uso posparto de cualquier método anticonceptivo frente a ningún método anticonceptivo.</p> <p>En comparación con las que no recibieron consejo, las que recibieron consejo durante un período de tiempo (prenatal o posparto) y las que recibieron consejo durante ambos períodos (prenatal y posparto) aumentaron el doble las probabilidades de usar cualquier método posparto.</p> <p>Se observó que las mujeres que recibieron consejo anticonceptivo durante ambos períodos (vs. ningún consejo), tuvieron probabilidades significativamente mayores de uso de LARC en comparación con un método menos efectivo o ningún método. También tenían probabilidades significativamente mayores de usar un método hormonal no LARC (es decir, inyección, pastilla, parche o anillo).</p>
White, K., Teal, S. B., & Potter, J. E.	2015	Estados Unidos	Estudio de cohorte de mujeres en la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar.	3.005 nacimientos que ocurrieron dentro de los 3 años posteriores a la fecha de la encuesta y para los cuales se disponía de información sobre el uso de anticonceptivos.	<p>621 mujeres usaron un método anticonceptivo inmediatamente después del parto, principalmente esterilización femenina y métodos menos efectivos (diafragma, condones masculinos y femeninos, método de retiro y ritmo). Hubo 434 embarazos que fueron concebidos <math>\leq</math> 18 meses después del parto.</p> <p>Las mujeres que usaban LARC o métodos permanentes tenían un 0,5 % de posibilidades de quedar embarazadas a los 12 meses, mientras que las mujeres que usaban métodos hormonales tenían un 9 % de posibilidades (píldoras anticonceptivas orales, inyectables, parche hormonal y anillo vaginal) y las mujeres que usaban métodos menos efectivos o ningún método tenían un 15% y 18% de probabilidad, respectivamente. Las posibilidades de las mujeres de quedar embarazadas usando estos métodos eran casi el doble a los 18 meses.</p> <p>Los embarazos no deseados son comunes en los 18 meses posteriores al parto, y al menos el 70% de estos ocurren dentro del primer año después del nacimiento. Los embarazos que ocurrieron <math>\leq</math> 2 meses después del parto, tres a cinco meses y seis a 11 meses después del parto tenían más probabilidades de ser informados como no deseados en comparación con los que ocurrieron entre 12 y 18 meses después del parto.</p>
Levi, E. E., Stuart, G. S., Zerden, M. L., Garrett, J. M., & Bryant, A. G.	2015	Estados Unidos	Ensayo aleatorio no ciego	112 mujeres que se sometieron a una cesárea y deseaban un DIU como	Los datos sobre el uso del DIU a los 6 meses posparto estaban disponibles para 98 mujeres, 48 en el grupo intracésarea y 50 en el grupo de intervalo (a las 6 semanas). Una mayor proporción del grupo de intracésarea estaba usando un DIU en la visita final de 6 meses (40/48; 83 %) en comparación con el grupo de intervalo (32/50; 64 %).

				anticoncepción postparto en el Hospital de Mujeres de Carolina del Norte.	La colocación del DIU en el momento de la cesárea resultó en una mayor proporción de uso del DIU a los 6 meses posparto en comparación con la colocación del DIU a intervalos.
Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G.		España	Ensayo aleatorio comunitario.	975 mujeres embarazadas consecutivas (alrededor de la semana 30) que recibieron atención prenatal en 20 de los centros públicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud de Cataluña.  (482 en el grupo control (GC) y 493 en el grupo intervención (GI)).	En el GI 428 mujeres recibieron toda la consejería complementaria (prenatal y posparto).  De las 493 mujeres asignadas al GI, 385 (78%) asistieron a la reunión de consejería anticonceptiva programada en la semana 2 posparto. En ambos grupos, aprox. 34 % de las mujeres que respondieron la P2 (n= 791) ya habían reanudado las relaciones sexuales a las 6 semanas después del parto. Este porcentaje aumentó aproximadamente 97 % en los 6 meses y aprox. 99 % en los 12 meses en ambos grupos.  El porcentaje de mujeres que usaban cualquier forma de anticoncepción aumentó aprox. 97% en ambos grupos a los 6 meses. Cabe señalar que, a pesar de recibir consejería anticonceptiva, un porcentaje igualmente alto de mujeres (58% en el GC y 56% en el GI) utiliza métodos anticonceptivos que se consideran de baja efectividad. A pesar de que no se pudieron analizar estadísticamente las diferencias entre los métodos anticonceptivos utilizados en la semana 6 y en el mes 6. En el mes 12, más mujeres en el GI usaron anticonceptivos más efectivos y menos mujeres usaron anticonceptivos que solo fueron algo efectivos en comparación con las del GC. Las mujeres de otros orígenes tuvieron mayor utilización de anticoncepción efectiva en el mes 12. En España, el asesoramiento adicional hizo que se emplearán métodos más efectivos, tener un título universitario multiplicó por 3.6 la OR de este comportamiento. En la práctica se ve un sesgo en las mujeres de baja educación para el uso de anticoncepción efectiva.
Stuart, G. S., Bryant, A. G., O'Neill, E., & Doherty, I. A.	2012	Estados Unidos	Estudio descriptivo	29 mujeres que asistieron a atención prenatal en el Hospital de Mujeres de la Universidad de Carolina del Norte y que tenían la intención de usar el LNG-IUS después del nacimiento de su bebé.	La colocación inmediata del SIU-LNG en el posparto en una sala de posparto era factible y aceptable para las mujeres del estudio. 11 de las 29 mujeres que recibieron LNG-IUS tuvieron una expulsión espontánea. Diez expulsiones ocurrieron antes de la visita de seguimiento de seis semanas y una ocurrió una semana después de la visita de seguimiento de seis semanas. Seis de las expulsiones ocurrieron dentro de los 14 días posteriores a la colocación del LNG-IUS.  La tasa de expulsión informada del 38 % debe interpretarse con cautela y considerarse completamente en el contexto más amplio de la continuación de los anticonceptivos y la prevención de embarazos no deseados.

**TABLA 3: Resultados de la extracción de datos de la literatura incluida**

Autores	Año	País	Resultados y conclusiones
<p>The Faculty of Sexual &amp; Reproductive Healthcare. Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists.</p>	<p>Enero del 2017, modificada 2020. (Revisada 2022)</p>	<p>Inglaterra</p>	<p>Un intervalo entre embarazos de menos de 12 meses entre el parto y la nueva concepción se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y bebés pequeños para la edad gestacional (SGA).</p> <p>La elección del método anticonceptivo debe iniciarse a los 21 días del parto. No obstante, la mayoría de los métodos se pueden iniciar de manera segura de inmediato, con la excepción de la anticoncepción hormonal combinada (AHC).</p> <p>La anticoncepción intrauterina (DIU) y el implante de progestágeno solo (IMP) se pueden insertar inmediatamente después del parto. El DIU también dentro de las primeras 48h o si no, pasados los 28 días postparto. El implante en cualquier momento postparto. Se ha asociado con altas tasas de continuación y un menor riesgo de embarazo no deseado.</p> <p>La anticoncepción de emergencia (AE), levonorgestrel oral EC 1,5 mg (LNG-EC) y el acetato de ulipristal 30 mg (UPA-EC), está indicada para mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección (UPS) a partir de los 21 días posteriores al parto. El dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) es seguro de usar para la AE a partir de los 28 días posteriores al parto.</p> <p>Las mujeres que están amamantando, los métodos anticonceptivos con progestágeno solo (LNG-IUS, IMP, POI y POP) no tienen efectos adversos sobre la lactancia, el crecimiento o el desarrollo infantil. Se pueden iniciar incluso inmediatamente después del parto.</p> <p>(LNG-IUS: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. IMP: Implante de progestágeno solo. POI: Inyectable de progestágeno solo. POP: Píldoras de progestágeno solo)</p> <p>Para la anticoncepción hormonal combinada (CHC o AHC), se debe evaluar el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) posnatal. Las mujeres que no amamantan y no tienen factores de riesgo TEV, deben esperar 21 días después de parto. Las mujeres que están amamantando y/o tienen riesgo de TEV, deben esperar hasta 6 semanas después del parto.</p> <p>Métodos barrera: los preservativos masculinos y femeninos son métodos seguros postparto. Para el diafragma, esperar al menos 6 semanas postparto.</p> <p>Método de la amenorrea de la lactancia (LAM) altamente efectivo si &lt;6 meses, están amenorreicas y LM exclusiva.</p>

			<p>Esterilización femenina: opción segura para anticoncepción permanente. Debe realizarse después de transcurrir un tiempo después del parto.</p>
<p>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.</p>	<p>2014</p>	<p>España</p>	<p>Inicio método anticonceptivo a partir de los 21 días después del parto.</p> <p>LAM si &lt;6 meses, están amenorreicas y LM exclusiva.</p> <p>Anticonceptivos hormonales combinados (AHC): iniciar tras las 3 semanas en mujeres que no realizan LM. En mujeres con LM, no se contempla en la ficha técnica del producto.</p> <p>Anticonceptivos orales con progestágenos: pueden usarse en cualquier momento tras el parto, con o sin LM.</p> <p>Anticonceptivos inyectables con progestágenos: mujeres sin LM, se deben iniciar durante los primeros 5 días tras el parto. Mujeres con LM, se puede considerar su inicio entre el día 21 y las 6 semanas tras el parto si no hay aceptación de otros métodos.</p> <p>Dispositivos intrauterinos: se sugiere a partir de las 4 semanas para reducir el riesgo de perforación, y además, la tasa de expulsión de los dispositivos intrauterinos puede ser más elevada si se realiza su inserción tras el parto.</p> <p>Su uso es adecuado independientemente del tipo de parto (vaginal o por cesárea) o de si se realiza lactancia materna o no.</p> <p>Métodos barrera: preservativos masculinos y femeninos en cualquier momento postparto. Diafragma a partir de las 6 semanas tras el parto.</p> <p>Anticoncepción de urgencia con progestágenos orales tras 21 días después de parto, con o sin LM. Los DIU impregnados de cobre como anticoncepción de urgencia no se insertan antes de los 28 días tras el parto.</p>

## 9. DISCUSIÓN

En base a la literatura científica nos damos cuenta de que hay desacuerdo en el momento de inicio de anticoncepción postparto. Ésta recomienda el inicio de estos a los 21 días tras el parto, pero, también se menciona que el inicio de la anticoncepción puede ser inmediatamente después del parto en la mayoría de los métodos (6,10). La excepción encontrada en cuanto a ello es la anticoncepción hormonal combinada (AHC), ya que para su utilización se debe valorar el riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) postnatal. Si la mujer no amamanta y no tiene factores de riesgo debe esperar 21 días, y si hay factores de riesgo y la mujer amamanta, según la OMS, se debe esperar 6 meses, pero en la guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad descartan la posibilidad en mujeres lactantes (6,10). Por otro lado, diferentes autores encontraron un riesgo trombótico elevado más allá del periodo de seis semanas llegando incluso a alcanzar la semana 12 después del parto nos damos cuenta la falta de investigación y el desacuerdo por las partes que hay en cuanto a la AHC por lo tanto no es muy seguro el momento de inicio de estas (62).

En relación con el asesoramiento anticonceptivo posparto, este se contempla tras las 24 – 48 horas del alta hospitalaria. No obstante, debemos tener en cuenta que, en el momento postparto, la mujer se enfrenta a una situación compleja de cambios físicos y psíquicos, y puede no estar suficientemente reactiva a la información y no tener una capacidad de decisión adecuada (10). Se debe tener presente que la ovulación muestra su inicio a los 25 – 39 días tras el parto, demostrándose que un 25% de las mujeres tienen ovulación activa antes de la visita de seguimiento de las 6 semanas y un 53% son activas sexualmente para este momento (21,63,64). Observamos así la importancia de no atrasar el asesoramiento anticonceptivo a esta visita, ya que un 50% de las mujeres no acude a ella e implica un mayor riesgo de repetición temprana de embarazo y aborto (10,43,65). Por ese motivo, las mujeres expresan su deseo de recibir información completa y objetiva a principios de la atención prenatal y tratarlo en las posteriores visitas (50). En la literatura observamos que las mujeres que recibieron consejo anticonceptivo durante el período prenatal y postparto o únicamente en uno de los dos períodos aumentaron el doble las probabilidades de usar cualquier método anticonceptivo posparto, en comparación con las que no recibieron asesoramiento (86,3% frente a 16,2%) (66). De la misma manera, las mujeres que lo recibieron en ambos períodos tuvieron probabilidades significativamente mayores de usar métodos

anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) siendo la tasa de éxito más alta del dispositivo anticonceptivo de acción prolongada postparto en aquellas que se les ofreció asesoramiento prenatal e intraparto (61,5%), comparado con asesoramiento prenatal (42,2%), intraparto (35,4%) o inmediatamente después del parto (22,4%) (45,49,67). También se determinó que las mujeres que recibieron mayor asesoramiento en la planificación familiar eran más propensas a utilizar un método anticonceptivo más eficaz, pero no tenían mayor probabilidad de desear un intervalo entre embarazos mayor a 2 años (46).

Para poder elegir el método más adecuado para la mujer, debe estar bien informada y asesorada para elegirlo, ya que, de esta manera, existe una mejor adherencia. Por ese motivo, se necesita información y conocimiento sobre la eficacia para cada uno de los métodos (61). En un estudio se observó que los motivos principales de las mujeres que tuvieron un embarazo no planificado eran el fracaso del anticonceptivo o la falta de uso de anticonceptivos. En este estudio, los anticonceptivos utilizados durante el primer año postparto fueron el preservativo (42,5%) y los anticonceptivos orales (15,9%), seguidos del DIU-LNG (6,3%), el anillo vaginal (4%) y el DIU de cobre (DIU-Cu) (4%). Un 15% no utilizó ningún método anticonceptivo. No obstante, los métodos con una tasa de continuación más alta fueron el DIU-LNG (67,4%) y el DIU-Cu (65,5%), y con menor medida, los anticonceptivos orales (52,6%) (55). Sin embargo, en relación a los anticonceptivos orales como uno de los más utilizados, en otra investigación se demostró que aquellas mujeres que eligieron la píldora de sólo progestágeno en la visita postparto, el 50% no la siguió utilizando en los 3 meses posteriores al parto (58). De la misma manera, otros autores también proponen que la tasa de satisfacción de las inyecciones de sólo progestágeno eran altas (80%) a los 6 meses, pero a los 12 meses se reducía casi a la mitad (42,9%) (68). En cuanto al anillo vaginal de sólo progestágeno se ha demostrado que no afecta el rendimiento de la lactancia materna ni el aumento del peso infantil, y es tan efectivo a los 12 meses como el DIU-Cu y el implante de levonorgestrel (57). La anticoncepción intrauterina (DIU) y el implante de sólo progestágeno (IMP) se pueden insertar inmediatamente después del parto, y en el caso del DIU, también dentro de las primeras 48 horas o, pasados los 28 días (4 semanas). En diferentes estudios, se observa que la colocación inmediata del dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) en la sala de parto es factible y aceptable para las mujeres del estudio (54). En otra investigación, determinaron que el grupo de mujeres que se insertó un DIU inmediatamente después de la cesárea, presentaban una mayor proporción de su uso en la visita de los 6 meses en comparación a las mujeres a

las que se les insertó a las 6 semanas o más, y, además, no se observaron diferencias en las probabilidades de amamantar en los 6, 12 y 24 semanas (56). En la misma línea, el autor Turok et al, también demostró que las mujeres con inserción de DIU-LNG inmediatamente después del parto, tenían las mismas probabilidades de amamantar a las 8 semanas, que aquellas que recibieron el DIU hormonal entre la semana 4 y 12 después de parto (69). Se demuestra así, que la colocación del DIU posparto (DIU-LNG y DIU-Cu) no afecta negativamente en la lactancia materna, y que los riesgos de efectos adversos como la expulsión, el dolor y la extracción son similares o menores en comparación con las mujeres que no amamantan (70). Además, la inserción de métodos LARC en el período posparto permitía una anticoncepción ininterrumpida durante cinco años en el 51% de las mujeres y disminuyó significativamente el riesgo de aborto dentro de los 12 - 24 meses tras el parto (52,53). El DIU permite una anticoncepción segura, de larga duración, altamente eficaz y ofrece ventajas como la facilidad de inserción, mínimos impactos en la lactancia materna, protección contra embarazos no deseados y el consiguiente aborto. Además, la tasa de satisfacción fue del 97,2% en el momento de la inserción y del 95% en la visita posterior a las 6 semanas posparto, así como una tasa de satisfacción media de 93,95% en la visita a los 6 meses y anualmente durante 3 años. (49). Por lo tanto, aunque la *“Guía de práctica clínica en atención en el embarazo y puerperio”* aconseje esperar a las 4 semanas porque la inserción inmediata tras el parto se acompaña de una expulsión mayor, se han demostrado evidencias suficientes de que los riesgos de inserción inmediata son menores y los beneficios son mayores tanto a nivel inmediato como a largo plazo (6,10). En cuanto a lactancia materna como método anticonceptivo, la evidencia respalda el método de la amenorrea de la lactancia (LAM), el cual es altamente efectivo si se encuentra dentro de los primeros 6 meses posparto, se mantiene amenorrea total y se realiza lactancia materna exclusiva. No obstante, es importante informar a las mujeres que la eficacia de este método disminuye cuando la frecuencia de la lactancia es menor, cuando aparece la menstruación o cuando transcurren más de 6 meses después de parto (6,10).

Hay diferentes barreras que limitan el uso de los anticonceptivos posparto, así como también hay facilitadores que ayudan a ello. El autor Ruderman, realizó un estudio cualitativo al personal de atención médica con el objetivo de comprender sus perspectivas sobre los desafíos de la atención posparto y resaltar estrategias para optimizar la atención. Identificaron múltiples barreras para brindar una atención posparto óptima, como son el cuidado de los hijos que conlleva el no poder asistir a las visitas programadas, el coste del transporte o del estacionamiento, así como las distancias a

recorrer o los motivos laborales. También observaron una mayor dificultad en contactar con los profesionales, dificultad para programar citas, falta de continuidad, el tiempo limitado de las visitas para aclarar dudas y una carga de tareas no clínicas como los trámites de documentación. La falta de confianza con el personal sanitario, el lenguaje y el idioma, el nivel de estudios, el soporte familiar limitado y la falta de información fueron barreras interpersonales destacadas en el estudio (60). Otros estudios destacan que la falta de conocimiento y la capacitación inadecuada en técnicas de inserción es una barrera para la provisión de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC) postparto (61,71). En una encuesta de las perspectivas de los médicos de familia en Estados Unidos, un estudio de CERA (*Council of Academic Family Medicine Educational Research Alliance*), determina que la mayoría se siente inadecuadamente capacitada para insertar anticonceptivos posparto inmediatos y la mayoría no tienen experiencia en la inserción de dispositivos en el posparto inmediato, por lo tanto, la necesidad de capacitación para la prestación inmediata de anticoncepción posparto es una de las múltiples barreras (72). El Proyecto CHOICE, destaca que las barreras para obtener anticonceptivos LARC incluyen, además, la falta de conocimiento del paciente, las limitaciones financieras y las barreras logísticas para recibir y usar de manera efectiva un método deseado. El estudio observó que, al eliminar la barrera financiera de todos los métodos anticonceptivos, introducir los métodos LARC como primera opción anticonceptiva, y abordar las percepciones erróneas sobre los métodos LARC, más de la mitad de los participantes eligieron un método LARC, el que puede reducir drásticamente los embarazos no deseados al mismo tiempo que se reducen los costos económicos a largo plazo (73). En el mismo marco de los facilitadores para el uso de anticonceptivos posparto, se destaca el aumento de la educación y el soporte entre iguales a través de cursos prenatales a la comunidad, grupos en las redes sociales y recursos educativos y sociales accesibles (60).

## 10. CONCLUSIONES

El análisis de los artículos seleccionados plantea que el asesoramiento sobre la anticoncepción posparto se debe realizar en la atención prenatal y durante el período posparto, en especial antes del alta hospitalaria, para obtener una mayor adherencia en el uso de anticonceptivos y poder prevenir embarazos no planificados.

La evidencia sugiere que la anticoncepción debe iniciarse a partir de los 21 días tras el parto o inmediatamente después del parto, ya que se ha demostrado que las mujeres inician las relaciones sexuales antes de la primera visita, y muchas de ellas, no acuden a la consulta, lo que pone en riesgo de un embarazo no planificado y un espaciamiento corto entre embarazos el cual puede dar lugar a problemas para la madre y el recién nacido.

Los anticonceptivos con una mayor tasa de satisfacción y de continuación en el momento posparto son los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), que incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes. Estos, se pueden iniciar inmediatamente después del parto y no interfieren en la lactancia materna.

Las barreras al asesoramiento anticonceptivo y al inicio de la utilización de métodos anticonceptivos posparto son la dificultad en la asistencia a las visitas posparto, una duración limitada de las visitas, la falta de confianza, de formación de los profesionales y la falta de información a los usuarios, se pueden rectificar con factores facilitadores haciendo hincapié en ofrecer una educación y un soporte entre iguales, aumentando los recursos educativos y de información en el período prenatal, así como dar formación a los profesionales en la inserción de los métodos LARC.

Consideramos importante la teoría del cuidado de J. Watson en la elección de los anticonceptivos posparto, porque se ha demostrado la importancia de desarrollar una relación interpersonal entre profesionales, las mujeres y sus parejas para poder conocer sus necesidades y preferencias, establecer una comunicación eficaz basada en la empatía y la privacidad, y crear un ambiente confortable y de confianza. Esta relación interpersonal va a permitir ofrecer información comprensible y basada en la evidencia, de forma individualizada, para guiar y acompañar en la toma de decisiones de forma compartida, manteniendo el respeto a la elección del método y ofreciendo el soporte

necesario para su uso y seguimiento. Asimismo, el acceso al asesoramiento anticonceptivo y al método anticonceptivo ofrece una mayor adherencia, ya que la decisión será tomada con la autonomía de la paciente y con el soporte de su entorno. Este hecho influirá en un inicio más temprano a la anticoncepción posparto, el que implica un menor riesgo de embarazo no planificado, y a la vez, un aumento en el espaciamiento intergenésico, evitando las posibles complicaciones maternas y neonatales. Además, ayudará a las mujeres a obtener una mayor tranquilidad y satisfacción personal en un momento de nuevos cambios y situaciones complejas. Se debe ofrecer un cuidado desde la ética profesional, con unas pautas de actuación encaminadas a fomentar las buenas prácticas clínicas con el fin de generar y promover la salud sexual y reproductiva desde la responsabilidad, el respeto, la igualdad y la honestidad.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. White K, Teal SB, Potter JE. Contraception After Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2015 Jun [cited 2022 Mar 18];125(6):1471–7. DOI: [10.1097/AOG.0000000000000841](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000841)
2. Heller R, Cameron S, Briggs R, Forson N, Glasier A. Postpartum contraception: a missed opportunity to prevent unintended pregnancy and short inter-pregnancy intervals. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2016 Apr [cited 2022 Mar 30];42(2):93–8. DOI: [10.1136/jfprhc-2014-101165](https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101165)
3. Picavet C, Goenee M, Wijssen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. [Internet]. 2013 Oct [cited 2022 Mar 30];18(5):327–34. DOI: [10.3109/13625187.2013.820824](https://doi.org/10.3109/13625187.2013.820824)
4. *Interrupción Voluntaria del Embarazo* [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad; 2021 [cited 2022 Apr 17]. Available from: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2020.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2020.pdf)
5. Rossier C, Bradley SEK, Ross J, Winfrey W. Reassessing Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period. *Studies in Family Planning* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Mar 30];46(4):355–67. <https://doi.org/10.2307/2673801>
6. *Contraception After Pregnancy*. Reino Unido. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare; 2017. [Cited 2022 May 18]; Available from: [www.fsrh.org/standards-and-guidance/fsrh-guidelines-and-statements/contraception-for-specific-populations/contraception-after-pregnancy/](http://www.fsrh.org/standards-and-guidance/fsrh-guidelines-and-statements/contraception-for-specific-populations/contraception-after-pregnancy/)
7. Rutstein SO. Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. 2008 [cited 2022 Mar 30] <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2004.11.012>
8. *Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud & United States.

- Agency for International Development. Organización familiar posparto. 2014. [Cited 2022 Apr 22]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766>
9. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva, Switzerland. Department of Making Pregnancy Safer (MPS). Department of Reproductive Health and Research. 2005 [cited 2022 Apr22]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf;sequence=1?msckid=c36c5fddcac311ec9033247950154723](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf;sequence=1?msckid=c36c5fddcac311ec9033247950154723)
  10. *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. 2014 [cited 2022 Mar 30]. Available from: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)
  11. Thiel De Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 27];210(4): 311.e1-311.e8. DOI: [10.1016/j.ajog.2013.12.020](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.020)
  12. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland. OMS. 2018 [cited 2022 Apr 18]; Available from: [www.who.int/publications/i/item/9789241550215?msckid=16a12bf9cac311ec91514bfc72dcb2ae](http://www.who.int/publications/i/item/9789241550215?msckid=16a12bf9cac311ec91514bfc72dcb2ae)
  13. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* | Departamento de Asuntos Económicos y Sociales [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
  14. Generalitat de Catalunya. ¿Qué es la planificación familiar?. Guía de acogida [Internet]. [cited 2022 Apr 28]; Available from: [http://dps.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/es/Menu\\_Principal/Salut/Men\\_uComun/PreguntesRespostes/Salut\\_dona/Salut\\_dona3.jsp@pag=tcm\\_394-87512-64&pagindex=tcm\\_394-87531-64.html](http://dps.gencat.cat/WebAcollida/AppJava/es/Menu_Principal/Salut/Men_uComun/PreguntesRespostes/Salut_dona/Salut_dona3.jsp@pag=tcm_394-87512-64&pagindex=tcm_394-87531-64.html)
  15. *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Barcelona. Direcció General de Salut pública 2003. [cited 2022 Mar 30]; Available from:

[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol\\_asistencia\\_part\\_puerperi\\_atencio\\_nado\\_2003.pdf?sequence=1](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_asistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf?sequence=1)

16. *El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària.* Barcelona Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2019 [cited 2022 Mar 30]; Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4120?msckid=17659eedca611ec9af6271f79fd297b>
17. de Weger FJ, Hukkelhoven CWPM, Serroyen J, te Velde ER, Smits LJM. Advanced maternal age, short interpregnancy interval, and perinatal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011 May 1;204(5): 421.e1-421.e9. DOI: [10.1016/j.ajog.2010.12.008](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.12.008)
18. Haight SC, Hogue CJ, Raskind-Hood CL, Ahrens KA. Short interpregnancy intervals and adverse pregnancy outcomes by maternal age in the United States. *Annals of Epidemiology*. 2019 Mar 1 [Cited 2022 Apr 15]; 31:38–44. DOI: [10.1016/j.annepidem.2018.12.002](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.12.002)
19. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2006 Apr 19 [cited 2022 Mar 30];295(15):1809–23. DOI: [10.1001/jama.295.15.1809](https://doi.org/10.1001/jama.295.15.1809)
20. McKinney D, House M, Chen A, Muglia L, DeFranco E. The influence of interpregnancy interval on infant mortality. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 Mar 1 [Cited 2022 Feb 15];216(3): 316.e1-316.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.01>
21. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 Mar [cited 2022 Mar 30];117(3):657–62. DOI: [10.1097/AOG.0b013e31820ce18c](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820ce18c)
22. Hatch MC, Friedman-Jimenez G. Using reproductive effect markers to observe subclinical events, reduce misclassification, and explore mechanism. *Environmental Health Perspectives* [Internet]. 1991 Jan [cited 2022 Mar 30]; 90:255. doi: [10.1289/ehp.90-1519471](https://doi.org/10.1289/ehp.90-1519471)
23. Holt K, Dehlendorf C, Langer A. Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. *Contraception* [Internet]. 2017 Sep

- 1 [cited 2022 May 21];96(3):133–7.  
DOI: [10.1016/j.contraception.2017.06.005](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.005)
24. Contracepció. Canal Salut [Internet]. [cited 2022 Mar 30]. Available from:  
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/contracepcio/>
25. Anticoncepció y control de la natalidad: Información sobre el estado. NICHD español [Internet]. [cited 2022 Mar 30]. Available from:  
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/informacion>
26. Moreno Escribano D, Rodenas García L, Soriano Fernández. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. Rev Clin Med Fam. [Cited 2022 Apr 5] 2010;3(3):206. DOI: [10.4321/S1699-695X2010000300009](https://doi.org/10.4321/S1699-695X2010000300009)
27. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception [Internet]. 2011 May [cited 2022 Mar 30];83(5):397–404. DOI: [10.1016/j.contraception.2011.01.021](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021)
28. A National Statistics Publication for Scotland. Breastfeeding Statistics Scotland. 2016 [cited 2022 Mar 30]; Available from:  
<http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>
29. Tipologia. Canal Salut [Internet]. [cited 2022 Apr 17]. Available from:  
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/contracepcio/tipologia/>
30. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS seguridad de los anticonceptivos hormonales combinados. Información para ciudadanos. [cited 2022 Apr 17]; Available from:  
<https://www.notificaram.es>.
31. Martinelli I, Bucciarelli P, Mannucci PM. Thrombotic risk factors: Basic pathophysiology. Critical Care Medicine. 2010 Feb;38: S3–9. DOI: [10.1097/CCM.0b013e3181c9cbd9](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181c9cbd9)
32. Doval Conde JL. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Anticoncepció. IM&C, S.A. 2006 [cited 2022 Apr 17]. Available from:  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_585\\_anticoncepcion\\_iacs\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf)
33. Joven S. métodos anticonceptivos de uso regular métodos poco recomendables por su baja o nula eficacia. [cited 2022 Apr 17]; Available from:  
[https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911\\_metodosAnticonc.pdf](https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf)

34. Quesada, Moreno. Centro Salud Sexual Reproductiva Campoamor Alicante M. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción solo gestágenos. [Cited 2022 Mar 30] Available from: [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_ANTICONCEPCION\\_SOLO\\_GESTA\\_GENOS.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTA_GENOS.pdf)
35. Valdés-Bango M, Castelo-Branco C. Anticoncepción con sólo gestágenos Contraception with only gestagens. [cited 2022 Apr 17]; DOI: [2445/162307/1/700919](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2022.04.019)
36. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011. *New England Journal of Medicine*. 2016 Mar 3;374(9):843–52. DOI: [10.1056/NEJMsa1506575](https://doi.org/10.1056/NEJMsa1506575)
37. Dispositiu intrauterí (DIU) no hormonal. Decisions compartides [Internet]. [cited 2022 Apr 17]. Available from: [https://decisioncompartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio/opcions\\_tractaments/anticoncepcio\\_DIU\\_no\\_hormonal/DIU\\_no\\_hormonal/](https://decisioncompartides.gencat.cat/ca/decidir-sobre/anticoncepcio/opcions_tractaments/anticoncepcio_DIU_no_hormonal/DIU_no_hormonal/)
38. Upadhyia KK. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2019 Dec 1;144(6). DOI: [10.1542/peds.2019-3149](https://doi.org/10.1542/peds.2019-3149)
39. Reyes-Martí L, Rubio-Rico L, Ortega-Sanz L, Raigal-Aran L, de la Flor-López M, Roca-Biosca A, et al. Contraceptive counselling experiences in Spain in the process of creating a web-based contraceptive decision support tool: a qualitative study. *Reproductive Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 16];18(1):237. DOI:[10.1186/s12978-021-01254-0](https://doi.org/10.1186/s12978-021-01254-0)
40. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 29];9(2):0–0. Available from: <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
41. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 Dec [cited 2022 May 22];52(5):546–53. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
42. Urra E, Jana A, García M. algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales some essential aspects of jean watson thought and her transpersonal caring theory. *ciencia y enfermería* xvii. 2011;(3):11–22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

43. *Postnatal care*. NICE Guideline. 2021 [cited 2022 Mar 30]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
44. Nelson A. Prenatal contraceptive counseling and method provision after childbirth. *Open Access J Contracept* [Internet]. 2015 May [cited 2022 Apr 9]; 6:53. DOI: [10.2147/OAJC.S52925](https://doi.org/10.2147/OAJC.S52925)
45. Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2015 [cited 2022 Apr 18]; 212:171–2. DOI: [10.1016/j.ajog.2013.08.019](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.08.019)
46. Goulding AN, Bauer AE, Muddana A, Bryant AG, Stuebe AM. Provider Counseling and Women’s Family Planning Decisions in the Postpartum Period. *Journal of Women’s Health* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Dec 16];29(6):847. DOI: [10.1089/jwh.2019.7872](https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7872)
47. Bhide S, Ascha M, Wilkinson B, Verbus E, Montague M, Morris J, et al. Variation in effectiveness of planned postpartum contraception at two time points from prenatal to postpartum care. *Contraception*. 2020 Oct 1 [Cited 2021 Dec 16] ;102(4):246–50. DOI: [10.1016/j.contraception.2020.06.002](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.06.002)
48. Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G. Perinatal contraceptive counselling: Effectiveness of a reinforcement intervention on top of standard clinical practice. *Midwifery* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2022 Apr 29];83. DOI: [10.1016/j.midw.2020.102631](https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102631)
49. Iftikhar PM, Shaheen N, Arora E. Efficacy and Satisfaction Rate in Postpartum Intrauterine Contraceptive Device Insertion: A Prospective Study. 2019 Sep [Cited 2022 Apr 10]. DOI:[10.7759/cureus.5646](https://doi.org/10.7759/cureus.5646)
50. Sznajder K, Carvajal DN, Sufrin C. Patient perceptions of immediate postpartum long-acting reversible contraception: A qualitative study, *Contraception* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2022 Apr 18];101(1):21–5. DOI: [10.1016/j.contraception.2019.09.007](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.09.007)
51. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Apr 9];217(1):55. e1-55. e9. DOI: [10.1016/j.ajog.2017.02.036](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.036)
52. Morales Martínez C, Tejuca Somoano S, Lamelas Suárez-Pola M. Anticoncepción posparto en grupos vulnerables. Cada mujer cuenta.

- Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2015 Aug 31 [Cited 2021 Dec 27] ;59(1):13–6. DOI: [10.1016/j.pog.2015.07.007](https://doi.org/10.1016/j.pog.2015.07.007)
53. Lichtenstein Liljeblad K, Kopp Kallner H, Brynhildsen J. Risk of abortion within 1–2 years after childbirth in relation to contraceptive choice: a retrospective cohort study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2020 Mar 3 [Cited 2022 Feb 16] ;25(2):141–6 DOI: [10.1080/13625187.2020.1718091](https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1718091)
54. Stuart GS, Bryant AG, O'Neill E, Doherty IA. Feasibility of postpartum placement of the levonorgestrel intrauterine system more than 6 h after vaginal birth. *Contraception* [Internet]. 2012 Apr 8 [cited 2022 Apr 18];85(4):359–62. DOI: [10.1016/j.contraception.2011.08.005](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.08.005)
55. Levi EE, Stuart GS, Zerden ML, Garrett JM, Bryant AG. Intrauterine Device Placement During Cesarean Delivery and Continued Use 6 Months Postpartum. *Obstetrics and Gynecology*. 2015 Jul 23 [Cited 2022 Apr 25];126(1):5–11. DOI: [10.1097/AOG.0000000000000882](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000882)
56. Levi EE, Findley MK, Avila K, Bryant AG. Placement of levonorgestrel intrauterine device at the time of cesarean delivery and the effect on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine*. 2018 Dec 1 [Cited 2022 Apr 25] ;13(10):674–9. DOI: [10.1089/bfm.2018.0060](https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0060)
57. Carr SL, Gaffield ME, Dragoman M v., Phillips S. Safety of the progesterone-releasing vaginal ring (PVR) among lactating women: A systematic review. *Contraception* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2022 Apr 18];94(3):253–61. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04.001>
58. Uhm, S., García-Ruiz, N., Creinin, M. D., Blanton, A., & Chen, M. J. (2020). (Estados Unidos) Evidencia baja Progestin-only pill use over 6 months postpartum - Buscar [Internet]. [cited 2022 Apr 18]. DOI: [10.1016/j.contraception.2020.06.004](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.06.004).
59. Vanya M, Devosa I, Barabás K, Bártfai G, Kozinszky Z. Choice of contraception at 6–8 weeks postpartum in south-eastern Hungary. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2018 Jan 2 [Cited 2022 mar 15] ;23(1):52–7. <https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1422238>
60. Ruderman RS, Dahl EC, Williams BR, Davis K, Feinglass JM, Grobman WA, et al. Provider Perspectives on Barriers and Facilitators to Postpartum

- Care for Low-Income Individuals. *Women's Health Reports* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Apr 18];2(1):254. DOI: [10.1089/whr.2021.0009](https://doi.org/10.1089/whr.2021.0009)
61. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, Gemzell-Danielsson K, Hardman S, Heikinheimo O, et al. Contraception after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Apr 8];98(11):1378–85. DOI: [10.1111/aogs.13627](https://doi.org/10.1111/aogs.13627)
62. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MSV. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2022 Apr 18];370(14):375–6. DOI: [10.1056/NEJMoa1311485](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1311485)
63. Speroff L, Mishell DR. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception* [Internet]. 2008 [cited 2022 Apr 18];78(2):90–8. DOI: [10.1016/j.contraception.2008.04.005](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.04.005)
64. McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2022 Apr 18];120(7):823–30. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12166>
65. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2013 Apr [Cited 2022 Mar 25];68(4):289–91. DOI: [10.1097/01.ogx.0000429300.39964.d3](https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000429300.39964.d3)
66. Krans EE, Davis MM, Schwarz EB. Psychosocial risk, prenatal counseling and maternal behavior: Findings from PRAMS, 2004-2008. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013 [Cited 2022 Mar 27];208(2):141.e1-141.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.017>
67. 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* [Internet]. 2012 Feb [cited 2022 Apr 18];16(2):423–9. DOI: [10.1007/s10995-010-0738-9](https://doi.org/10.1007/s10995-010-0738-9)
68. Howard DL, Wayman R, Strickland JL. Satisfaction with and Intention to Continue Depo-Provera Versus the Mirena IUD among Post-Partum Adolescents through 12 Months of Follow-Up. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2013 Dec [Cited 2022 Apr 22];26(6):358–65. DOI: [10.1016/j.fertnstert.2013.07.1857](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.07.1857)

69. Turok DK, Leeman L, Sanders JN, Thaxton L, Eggebroten JL, Yonke N, et al. Immediate postpartum levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding outcomes: a noninferiority randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 Dec 1 [Cited Apr 10] ;217(6): 665.e1-665.e8. DOI: [10.1016/j.ajog.2017.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.003)
70. Berry-Bibee EN, Tepper NK, Jatlaoui TC, Whiteman MK, Jamieson DJ, Curtis KM. The safety of intrauterine devices in breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2022 Apr 18];94(6):725–38. DOI: [10.1016/j.contraception.2016.07.006](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.07.006)
71. Holland E, Michelis LD, Sonalkar S, Curry CL. Barriers to Immediate Post-placental Intrauterine Devices among Attending Level Educators. *Women's Health Issues*. 2015 Jul 1 [Cited 2022 Apr 12] ;25(4):355–8. DOI: [10.1016/j.whi.2015.03.013](https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.013)
72. Moniz MH, McEvoy AK, Hofmeister M, Plegue M, Chang T. Médicos de familia y provisión de anticoncepción posparto inmediata: un estudio CERA. *Fam Med* 2017 [cited 2022 Apr 24];49(8):600-606. <https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol49Issue8/Moniz600>
73. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: Reducing Barriers to Long-Acting Reversible Contraception. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr 24];203(2): 115.e1. DOI: [10.1016/j.ajog.2010.04.017](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017)