

La anticoncepción de larga duración tras el parto: una oportunidad infrautilizada

Long-acting contraception after delivery: an underused opportunity

José Luís Doval Conde, Susana Blanco Pérez

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense. España

RESUMEN

Cada año, muchas mujeres sufren embarazos no deseados. Subyace tras este problema la falta de uso de algún método anticonceptivo y las incidencias/uso inadecuado de los métodos más populares: el preservativo y la anticoncepción oral. Cerca de la mitad de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país tenía 1 o 2 hijos: existe un colectivo de mujeres que ha sido madre, que se plantea no serlo de nuevo a corto-medio plazo, y que no ha satisfecho sus necesidades anticonceptivas. El periodo posparto ofrece una oportunidad, infrautilizada, para abordar estas necesidades. Tras la maternidad, la mujer valora especialmente la facilidad de uso del método anticonceptivo, la protección a largo plazo y no tener que preocuparse continuamente por él, y le preocupa que afecte a la lactancia. La anticoncepción de larga duración y reversible o LARC permitiría a la mujer que ha sido madre reducir la posibilidad de un embarazo no deseado durante el tiempo que quisiera. Los más populares son los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu) y los liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG), ambos con índices de Pearl muy bajos. Pueden insertarse inmediatamente tras el parto en mujeres no lactantes, con tasas de expulsión bajas. En mujeres lactantes no existe consenso acerca del uso de DIU-LNG antes de las 4 semanas. Pese a sus ventajas, el uso de LARC en nuestro país es muy bajo, sobre todo debido a la falta de información.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2015; 32; 52-60 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Palabras Clave: *Dispositivo Intrauterino, Levonorgestrel, Embarazo, Anticoncepción, LARC*

Aceptado: 1 de Junio 2015

Correspondencia: José Luís Doval Conde. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense..

c/ Ramón Puga Noguerol, 54

32005 Ourense - España

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: editorialmedica@editorialmedica.com

SUMMARY

Every year, many women suffer unwanted pregnancies. Behind this problem, it is found the lack of use of contraception and the incidents / misuse of the most popular methods: condoms and oral contraception. About half of the women who underwent abortion in our country had one or two children: there is a group of women who have been mother, who not contemplate to be again in short-medium term, and who has not fulfilled their contraceptive needs. The postpartum period provides an underused opportunity to address these needs. After maternity, women particularly appreciate the ease of use of the contraceptive method, the long-term protection and not have to constantly worry about it, and are concerned about affect breastfeeding. Long-acting reversible contraception, or LARC allow the woman who has been mother reduce the possibility of an unwanted pregnancy for as long as wanted. The most popular are the copper intrauterine devices (Cu-IUD) and the releasing levonorgestrel systems (LNG-IUS), both with very low Pearl Index. They can be inserted immediately after delivery in non-lactating women, with low rates of expulsion. In lactating women there is no consensus on the use of LNG-IUD before 4 weeks. Despite its advantages, the use of LARC in our country is very low, mainly due to lack of information.

(Rev. Iberoam. Fert Rep Hum, 2015; 32; 52-60 © Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana)

Key Words: *Intrauterine Device, Levonorgestrel, Pregnancy, Contraception, LARC*

INTRODUCCIÓN

Cada año, un número importante de mujeres sufre embarazos no deseados que tienen importantes consecuencias en la mujer y en su entorno y que, en ocasiones, incluso pueden poner en riesgo su vida. En nuestro país se carece de un registro sistemático que permita saber cuántos de estos embarazos se continúan y llegan a término, se abortan de forma espontánea o son sometidos a una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Sin embargo, indicadores como la exposición al riesgo de embarazo no deseado (uso de anticonceptivos y tipología de éstos, incluida la anticoncepción de urgencia) y la tasa anual de IVE pueden ofrecer una idea de la magnitud de este problema. Por otro lado, estos indicadores ofrecen una visión acerca de las diferentes tipologías de mujer en las que existen necesidades anticonceptivas que no están suficientemente cubiertas, entre las que se encuentra un grupo importante de mujeres que ya han sido madres. En la presente revisión nos centraremos en estas mujeres y en un momento clave para abordar la anticoncepción en ellas: el periodo posparto.

EMBARAZOS NO DESEADOS EN MUJERES QUE HAN SIDO MADRES

Los datos del último informe sobre interrupción voluntaria del embarazo (2012) del Instituto Nacional de Estadística ponen de manifiesto que el número de IVE sigue aumentando en nuestro país, con una tasa que en 2012 fue de 12,0 por cada 1 000 mujeres (1). En el 91 % de los casos la IVE fue solicitada por la mujer. Cerca de la mitad de estas mujeres (46,4 %) tenía 1 o 2 hijos. El porcentaje de mujeres con hijos que además vivían en pareja fue también signifi-

cativo: 1 de cada 3 (28,8 %) (1). Los embarazos no deseados se debieron tanto a la falta de uso de algún método anticonceptivo (33 %) como a incidencias o uso inadecuado de “métodos barrera” (26,5 %) o de “métodos hormonales” (14,2 %). De forma similar, el último estudio poblacional sobre “Uso y opinión de la píldora poscoital” realizado en nuestro país (2013) (2) ha revelado que el 14,7 % de las mujeres de entre 14 y 50 años ha usado este método alguna vez a raíz de algún problema con el método anticonceptivo habitual (78,9 %), principalmente por rotura del preservativo (64,6 %), por retención del mismo (10,5 %) o por fallo de cualquier otro sistema empleado (3,8 %). El uso fue superior entre mujeres de entre 25 y 34 años (23,3 %).

PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

Las prácticas relacionadas con la alta incidencia de embarazos no deseados en nuestro país están en consonancia con los resultados de las “Encuestas sobre anticoncepción española” que desde 1997 realiza el grupo Daphne (3). La última de ellas (2011) confirma que el preservativo y la anticoncepción oral siguen siendo los métodos anticonceptivos preferidos en nuestro país (35,6 % y 16,3 % respectivamente) (tabla 1), con una tendencia a un uso cada vez más frecuente del preservativo. Es de destacar que, en nuestro país, el uso del preservativo como único método anticonceptivo es superior al de otros países europeos (4), mientras que el uso de la anticoncepción oral es considerablemente inferior, especialmente en comparación con los países nórdicos (5). Se trata de dos métodos anticonceptivos que están sujetos a varios riesgos: el uso del preservativo suele ser inconsistente en cerca de 1 de cada 5 mujeres (3), mientras que el uso de la píldora se ha asociado con un alto grado de falta de cum-

TABLA 1

Métodos anticonceptivos usados por la mujer española (2011) global y por rangos de edad (%) (3).

	Global (%)	15-19 años (%)	20-24 años (%)	25-29 años (%)	30-34 años (%)	35-39 años (%)	40-44 años (%)	45-49 años (%)
Ninguno	24,8	35,6	14,7	17,0	24,3	25,9	25,6	33,4
Preservativo	35,6	46,1	39,6	43,9	37,4	32,3	29,3	22,6
Píldora	16,3	11,4	28,2	23,9	17,2	15,5	11,4	4,9
Doble método	1,3	3,2	2,2	1,5	1,8	0,9	0,0	0,3
DIU	5,2	0,0	1,8	2,1	5,9	7,6	6,6	11,1
Otros*	5,3	3,7	11,0	8,4	7,7	2,7	2,5	0,7
Coito interrumpido	2,2	0,0	1,8	2,4	2,4	2,4	4,1	1,7
Ogino o naturales	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,9	0,6	0,0
Vasectomía	5,7	0,0	0,7	0,6	1,8	6,7	12,0	17,1
Ligadura	3,3	0,0	0,0	0,3	1,2	4,9	7,9	8,0

DIU: Dispositivo intrauterino

*Anillos vaginales, parches, implantes, etc.

plimiento en nuestro entorno (6). El porcentaje de mujeres que no usa ningún método es igualmente importante. Pese a descender con la edad, repunta a partir de los 45 años para volver a ser similar al de las jóvenes de 15-19 años (33,4 % y 35,6 % respectivamente) (3), lo que fundamentalmente se debe a una percepción de riesgo inferior de embarazo. Al mismo tiempo, con la edad el uso del preservativo y de la píldora se reduce a favor de métodos más a largo plazo (dispositivos intrauterinos) o definitivos (vasectomía o ligadura de trompas) (tabla 1).

Un estudio transversal y multicéntrico realizado en 2007 en nuestro país entre 2 475 mujeres que solicitaron una IVE confirma la situación de riesgo de embarazo no deseado asociado al uso de preservativos y métodos hormonales: aunque el 39,5 % había usado preservativos y el 12 % métodos hormonales, el 77 % de las primeras reportó no haberlo usado en todas las ocasiones, y el 84 % de las segundas reportaron errores en el cumplimiento (olvidos y retrasos en la toma, abandono), haber vomitado o usado medicamentos con interacciones farmacológicas. El 36 % de estas mujeres no había usado ningún método (7). Este estudio puso además de manifiesto otro aspecto importante ya observado en otros estudios (8), y es que el momento de la IVE no parece ser el más adecuado para tomar decisiones acerca de la anticoncepción. Existen diversas iniciativas, fundamentalmente educativas, destinadas a reducir la alta tasa de embarazos no deseados; en las mujeres que han sido madres, el periodo posparto ofrece una oportunidad, a menudo

infrautilizada, para abordar las necesidades de anticoncepción de la mujer.

EL CONSEJO PARA LA ANTICONCEPCIÓN TRAS EL PARTO

El periodo posparto, generalmente con una duración de 6 semanas, constituye un momento muy significativo para la mujer durante el cual sus prioridades, su actitud ante la vida y su estilo de vida sufrirán importantes cambios. Aunque tras el parto el tiempo hasta el restablecimiento de las relaciones sexuales es variable, es probable que durante el periodo posparto muchas mujeres tengan relaciones. Durante este periodo, además, la mujer suele estar muy motivada para evitar o retrasar en lo posible otro embarazo, tanto a corto como a largo plazo. No hay que olvidar que durante el primer año posparto la mujer es especialmente susceptible a los embarazos no deseados debido sobre todo a dificultades para acceder a métodos anticonceptivos eficaces y a creencias erróneas acerca de la eficacia anticonceptiva de la lactancia.

Es de gran importancia que la anticoncepción sea abordada en fases tempranas del periodo posparto —e incluso previamente al parto—, y las visitas planificadas con el profesional sanitario favorecen que se pueda establecer la estrategia anticonceptiva que mejor se adapte las necesidades de cada madre. La efectividad del consejo acerca de la anticoncepción tras el parto ha sido recientemente analizada en una re-

visión Cochrane en la que se incluyeron 10 estudios. Aunque la calidad global de la evidencia fue moderada, se apreció que la mitad de las intervenciones reportadas resultaron en una reducción del número de embarazos o de partos y en un uso mayor de anticonceptivos (9).

LA DECISIÓN ANTICONCEPTIVA TRAS EL PARTO

Las prioridades anticonceptivas y la actitud hacia los distintos métodos experimentan un importante cambio tras la maternidad (10). Un estudio realizado en 502 mujeres que en los últimos 12 meses hubiesen estado embarazadas o bien hubiesen dado a luz –la mayoría de ellas casadas y más de la mitad de entre 25 y 34 años– ha mostrado que, en ambos casos, cerca del 45 % de estas mujeres se planteaban un cambio de método con respecto a antes de quedarse embarazadas. Aunque para ambos grupos el anticonceptivo ideal habría de ser fiable, efectivo y reversible, las mujeres que habían dado a luz durante este periodo dieron aún más importancia a la fiabilidad y la efectividad del método anticonceptivo, además de a la facilidad de uso, a la protección a largo plazo, a no tener que preocuparse continuamente por él, y a la comodidad de no tener que desplazarse periódicamente para adquirirlo. Tras la maternidad, el cambio más significativo en cuanto a los aspectos a considerar en el método anticonceptivo fue la preocupación por la seguridad durante la lactancia (10).

Todo esto apunta hacia la anticoncepción de larga duración y reversible –los denominados LARC (Long-Acting Reversible Contraception)– como un método de elección para la mujer después del parto que le permita reducir la posibilidad de un embarazo no deseado el tiempo que ella decida. Bajo esta denominación se incluyen los dispositivos intrauterinos (DIU) - de cobre (DIU-Cu) y liberadores de levonorgestrel (DIU-LNG)- y los implantes e inyecciones de sólo gestágenos.

LA ANTICONCEPCIÓN DE LARGA DURACIÓN REVERSIBLE

A diferencia de otros métodos anticonceptivos, los LARC requieren de la intervención de un profesional sanitario para su implantación pero, una vez efectuada ésta, son métodos anticonceptivos altamente eficaces con un gran potencial de reducir la alta tasa de embarazos no deseados (11). Pese a ello, su uso en nuestro país es limitado. De entre los LARC, las sucesivas encuestas sobre anticoncepción española comentadas anteriormente sólo analizan de forma separada el DIU (sin especificar el tipo), que es usado por apenas un 5 % de las mujeres, aunque su uso supera al de implantes (tabla 1) (3). Un estudio realizado en 14 países europeos ha puesto de manifiesto que el DIU-Cu y el DIU-LNG son los

LARC más usados por las mujeres, y que el perfil típico de usuaria de éstos es el de una mujer en la treintena, con 1 o 2 hijos, que en la mayoría de casos convive con su pareja en una relación estable (12). Asimismo, este estudio ha evidenciado que, en nuestro país, el uso de DIU es inferior respecto al de países de nuestro entorno (12). Se cree que entre las múltiples barreras al uso de LARC son especialmente relevantes el desconocimiento por parte de la mujer y su actitud frente a los distintos métodos anticonceptivos, la falta de información adecuada por parte del profesional sanitario, la existencia de falsas creencias o mitos alrededor de estos métodos y el coste inicial de los mismos (12, 13). Es importante, por tanto, contribuir a superar dichas barreras.

Diversas instituciones, entre las que se encuentran la *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) y el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recomiendan informar acerca de los LARC cuando se ofrezca consejo anticonceptivo a la mujer como una forma activa de luchar contra los embarazos no deseados, aunque ésta solicite o muestre una preferencia inicial por otro método (11, 14). Se ha demostrado que el consejo anticonceptivo ofrecido por el profesional sanitario y la forma en la que se presenta la información tienen una importante influencia en la toma de decisiones por parte de la mujer (15). Independientemente del tiempo durante el cual se plantee la anticoncepción, es importante que el profesional sanitario resalte los beneficios ofrecidos por estos métodos, especialmente la larga y efectiva protección anticonceptiva durante el tiempo que la mujer desee (16, 17) y la posibilidad de recuperar la fertilidad de forma inmediata tras su retirada (en el caso del DIU o del implante) (18). La duración de la protección anticonceptiva de los LARC disponibles actualmente en nuestro país se refleja en la tabla 2. Los que no requieren la participación activa de la usuaria (DIU e implantes) muestran un índice de Pearl (número de embarazos no planificados por cada 100 mujeres y año) muy bajo, que además apenas se ve influenciado por el “uso típico” que se haga del mismo (término usado en contraposición al “uso perfecto” y que incluye cuán correcta y consistentemente se usa el método). Presentan además altas tasas de continuidad (19, 20) (tabla 3).

Los LARC ofrecen también, con distintos grados de evidencia, otros beneficios más allá de la prevención de embarazos no deseados que merece la pena tener en cuenta en función de las posibles usuarias (21). Destaca sobre todo la reducción del sangrado asociado al uso del DIU-LNG (pese a que durante los 3-6 primeros meses puede aumentar) que a largo plazo puede derivar en amenorrea (grado de evidencia I, nivel de recomendación A) (21, 22). En cuanto al coste-efectividad, las guías NICE 2013 exponen que todos los LARC son más coste-efectivos que la anticoncepción oral

TABLA 2

Duración de los LARC disponibles en nuestro país (16, 17).

Tipología	Duración
DIU-Cu	5-10 años
DIU-LNG	5 años
Implante	
Etonogestrel	3 años
Levonorgestrel*	5 años
Inyectable AMPD	3 meses

DIU-Cu: Dispositivo intrauterino de cobre; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito.
**El implante de levonorgestrel se dejó de comercializar en España en 2012, pero se ha tenido en consideración en este documento dado que actualmente hay mujeres usando este método*

combinada incluso al año de uso y que, entre éstos, los DIU (Cu o LNG) y los implantes son más coste-efectivos que los inyectables (11). De acuerdo a los criterios de elegibilidad de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23) y las recientes guías NICE 2013 (11), prácticamente todas las mujeres son candidatas al uso de LARC, a cualquier edad. En nuestro país, los protocolos recientemente desarrollados por las sociedades de ginecología y obstetricia (SEGO) y de contracepción (SEC) exponen los criterios de elegibilidad para cada uno de los LARC (16, 17).

LA ANTICONCEPCIÓN DE LARGA DURACIÓN REVERSIBLE TRAS EL PARTO

Los LARC están recomendados para todas las mujeres, con independencia de su edad y paridad, siendo de especial interés su uso en mujeres que han tenido 1 o más hijos y que, por el momento, no desean tener más (23). Sin embargo, el inicio de la anticoncepción con un LARC tras el parto plan-

TABLA 3

Incidencia de embarazos no deseados durante el primer año de “uso ideal” y “uso habitual” y continuidad a un año para los LARC y los anticonceptivos más usados en nuestro país

	Uso ideal		Uso habitual		Continuidad en 1er año (%)
	Trussell 2004 Wiegratz 2011 (18, 37)	Trussell 2011; (19)	Trussell 2004 Wiegratz 2011 (18, 37)	Trussell 2011 (19)	
Preservativo masculino	2		15	18	43
AOC	0,3		8 (2,2*)	9	67
Parche transdérmico	0,3		8 (1,2†)	9	67
Anillo vaginal	0,3		8 (1,2†)	9	67
Dispositivos intrauterinos					
DIU-Cu	0,6		0,8		78
DIU-LNG	0,2		0,2		80
Implante de gestágeno	0,05		0,05		84
Inyecciones AMPD	0,3	0,2	3	6	56

Tomada del Documento de Conferencia de Consenso sobre “Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia” (38). Adaptada de Trussell 2004 (18), Wiegratz 2011 (37) y Trussell 2011 (19).
AOC: anticonceptivos orales combinados; DIU-Cu: Dispositivo intrauterino de cobre; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito.
**Modificada con resultados de Dinger et al. 2011 (39); †Modificada con resultados de Mansour et al. 2010 (20)*

tea dos cuestiones fundamentales: en qué momento debería hacerse y cómo afecta a la lactancia materna.

En la tabla 4 se muestran las categorías de recomendación para el inicio de la anticoncepción con un DIU o un implante en el periodo inmediato al parto (< 48 h) en función de si la madre está o no lactando, basadas en los criterios de elegibilidad usados con mayor frecuencia: los criterios de la OMS de 2009 (23), de los Estados Unidos (24) y de Reino Unido (25). En la tabla 5 se muestran los criterios de la OMS para periodos posteriores que se recogen en los protocolos SEGO/SEC correspondientes (16, 17).

Los DIU son fáciles de insertar tras el parto, tanto si es vaginal o por cesárea, pero el momento de inserción es importante dado que guarda relación con el riesgo de expulsión. Según los criterios de elegibilidad de la OMS, puede insertarse un DIU-Cu en las primeras 48 h después del parto, independientemente de si la mujer está o no lactando (grado de recomendación I). La expulsión del DIU, que normalmente tiene lugar en menos de 1 de cada 20 mujeres en 5 años (11), aumenta en el periodo posparto. La inserción inmediatamente después de la salida de la placenta (< 10 min) se asocia con tasas más bajas de expulsión (hasta un 15 %) que la inserción posparto diferida (hasta un 37 %), y es in-

TABLA 4
Categorías de recomendación acerca de la inserción de implantes y DIU en el periodo inmediato al posparto (< 48 h) en diferentes criterios de elegibilidad internacionales.

	OMS		EE.UU.		Reino Unido	
	Lactando	No lactando	Lactando	No lactando	Lactando	No lactando
Implantes	3	1	2	1	1	1
DIU- Cu < 10 min salida placenta	1	1	1	1	No recomendaciones específicas	
10 min - 48 h posparto	1	1	2	2		
DIU-LNG < 10 min salida placenta	3	1	2	1	No recomendaciones específicas	
10 min - 48 h posparto	3	1	2	2		

Adaptada de Mwalwanda & Black, 2013 (26).
 OMS: Organización Mundial de la salud; EE.UU.: Estados Unidos; Cu: Cobre; LNG: levonorgestrel
 Grados de recomendación: 1. Condición para la que no hay restricción al uso; 2. Condición en la que el uso del método por lo general sopesa los posibles riesgos teóricos o comprobados. 3. Condición para la que los posibles riesgos, teóricos o comprobados, normalmente sopesan los beneficios asociados al uso del método. 4. Condición que representa un riesgo de salud inadmisibile si se utiliza el método anticonceptivo.

TABLA 5
Categorías de recomendación para el uso de LARC a partir de 48 h tras el parto en mujeres lactantes (23): a) Dispositivos intrauterinos; b) Implantes e inyecciones.

a			b		
Periodo	DIU-Cu	DIU-LNG	Periodo	Implante etonogestrel	Inyección AMPD
48 h - < 4 semanas	3	3	< 6 semanas	3	3
≥ 4 semanas	1	1	≥ 6 semanas - < 6 meses*	1	1

* Principalmente con lactancia materna
 DIU-Cu: Dispositivo intrauterino de cobre; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito.
 Grados de recomendación: 1. Condición para la que no hay restricción al uso; 2. Condición en la que el uso del método por lo general sopesa los posibles riesgos teóricos o comprobados. 3. Condición para la que los posibles riesgos, teóricos o comprobados, normalmente sopesan los beneficios asociados al uso del método.

ferior si el parto es mediante cesárea (23, 26). Se cree que la experiencia del profesional sanitario puede tener una importante influencia en la tasa de expulsión (26).

El DIU-LNG está también indicado en el periodo inmediato al parto en mujeres que no están lactando (grado de recomendación I). La evidencia sobre el uso de DIU-LNG inmediatamente tras el parto es comparativamente inferior a la de DIU-Cu. Un estudio reciente en el que se insertó un DIU-LNG en tres momentos diferentes tras el parto (< 10 min desde la salida de la placenta, entre los 10 min y las 48 h posparto y a partir de las 6 semanas posparto) mostró que la tasa de expulsión fue mayor en los dos primeros grupos (27 % frente a 0 % tras las 6 semanas), aunque el dolor durante la inserción fue significativamente inferior. La tasa de utilización a los 6 meses fue, en cualquier caso, similar en los tres grupos, lo que en opinión de los autores apoya la viabilidad de la inserción del DIU-LNG antes de las 48 h posparto (27). En cuanto a las mujeres en periodo de lactancia, existe cierta preocupación con respecto al riesgo que supondría la exposición de los bebés a hormonas esteroides si se inserta durante las primeras 48 h y hasta las 4 semanas, por lo que el grado de recomendación de la OMS es 3 (23). Por el contrario, los criterios de elegibilidad de EE.UU. son menos restrictivos (grado de recomendación 2) (24), mientras que los de Reino Unido no dan recomendaciones específicas a este respecto (25). Entre los métodos hormonales, el DIU-LNG es el que se asocia con niveles inferiores de hormona en leche materna (56 - 57 pg/ml) (28) con respecto a implantes de etonogestrel (177,7 pg/ml en el mes 1 y 131,4 pg/ml en el mes 4) (29) y anticonceptivos orales de progestina sola (314 pg/ml en ciclo 4) (30). También presenta los niveles séricos más bajos (31-33) (tabla 6). No hay

restricciones a su uso a partir de las 4 semanas posparto (23).

El uso de implantes estaría recomendado también inmediatamente al posparto en mujeres no lactantes (grado de recomendación I), existiendo diferentes criterios de elegibilidad para mujeres en periodo de lactancia (tabla 4). Los criterios de elegibilidad de Reino Unido son los únicos que no ponen restricciones a su uso en estas mujeres (25). Las inyecciones estarían también recomendadas en mujeres en periodo de lactancia pasadas las 6 semanas posparto (23).

La tasa de efectos adversos relacionados con la inserción del DIU (sangrado, infección o perforación) son bajas (26). El principal efecto adverso relacionado con la inserción del DIU-Cu es la dismenorrea y los cambios menstruales (sangrado menstrual más abundante y prolongado) (16). Un estudio en 40 mujeres en las que se insertó un implante de etonogestrel inmediatamente tras el parto (24-48 h), todas ellas lactando, ha mostrado que éste no tuvo efectos adversos sobre el crecimiento del bebé ni provocó alteraciones metabólicas o clínicas en la madre (34). El grado de aceptación de DIU e implantes tras el parto es alto (35, 36). La inserción de un DIU no está recomendada en caso de sepsis puerperal (23).

CONCLUSIONES

La alta eficacia y efectividad anticonceptiva de los LARC, con mínimos requerimientos para su cumplimiento, pocas contraindicaciones y buen perfil de seguridad, los hace idóneos como método de anticonceptivo para la mayoría de mujeres en edad fértil. Es por ellos que sociedades internacionales los hayan recomendado para prevenir embarazos

TABLA 6

Concentración hormonal sérica y en leche materna para el DIU-LNG, píldora de sólo gestágeno y el implante de etonogestrel.

	Concentración sérica	Concentración en leche materna
DIU-LNG	C _{SS} 180 pg/ml (31)	56 - 57 pg/ml* (28)
Píldora sólo gestágeno (desogestrel)	C _{máx} 640 pg/ml (32) C _{mín} 119 pg/ml (32)	314 pg/ml (ciclo 4) (30)
Implante (etonogestrel)	C _{SS} 224pg/ml (33)	177,7 pg/ml (mes 1) (29) 131,4 pg/ml (mes 4) (29)

C_{SS}: Concentración en estado estacionario; C_{máx}: Concentración máxima tras la administración de la dosis diaria; C_{mín}: Concentración mínima durante la administración continua.

**Valores correspondientes a DIU liberador de 10 o 30 µg/día de LNG.*

Nota: Mirena® el único DIU-LNG comercializado en España libera 20 µg/día de LNG (40)

no deseados, incluido entre las jóvenes. El hecho de que los LARC más usados en nuestro entorno (DIU-Cu y DIU-LNG) puedan ser insertados inmediatamente tras el parto en mujeres no lactantes, con tasas de expulsión bajas, posibilita la planificación del embarazo tras el parto. Sólo en el caso de mujeres lactantes la inserción del DIU-LNG se retrasaría hasta pasadas las 4 semanas, pese a que no existe consenso acerca de esto. Pese a todas estas ventajas, el uso de LARC en nuestro país es muy bajo, se cree que sobre todo debido a la falta de información. Superar las barreras a través de la información y educación de los profesionales sanitarios es fundamental para un mayor acceso a los métodos LARC.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Beatriz Viejo, PhD por su colaboración en la redacción y edición del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Interrupción Voluntaria del Embarazo.** Datos definitivos correspondientes al año 2012: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>. [último acceso: 23 abril 2014]
- 2. Estudio poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital: Organización Médica Colegial (OMC), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Contracepción (SEC); 2013.** Disponible en: http://sec.es/descargas/ENC_2013_pildorapostcoital.pdf [último acceso: 8 mayo 2014]
- 3. VII Encuesta de Anticoncepción en España. 2011.** Disponible en: <http://www.grupodaphne.es>. [último acceso: 8 mayo 2014]
- 4. Cibula D.** Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(4):362-75.
- 5. Skouby SO.** Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2004;9(2):57-68.
- 6. Parrilla JJ, Coll C, Bajo JM, Balasch J, Calaf J, Cano A, et al.** Analysis of compliance with oral contraception in Spain. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1996;1(4):337-47.
- 7. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, et al.** Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(3):205-11.
- 8. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Bajos N, Bouyer J, Ducot B, et al.** [Induced abortion in France: results of the COCON study]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2005;34(1 Pt 1):53-61.
- 9. Lopez LMH, J.E.; Grimes, D.A.;** Cheb, M. Education for contraceptive use by women after childbirth (Review). *Cochrane.* 2012.
- 10. Cwiak C, Gellasch T, Ziemann M.** Peripartum contraceptive attitudes and practices. *Contraception.* 2004;70(5):383-6.
- 11. Long-acting reversible contraception.:** National Institute for Health and Care Excellence; 2013. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29909/29909.pdf>. [último acceso: 23 abril 2014]
- 12. Haimovich S.** Profile of long-acting reversible contraception users in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2009;14(3):187-95.
- 13. 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.* 2010;203(2):115 e1-7.
- 14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice.** Long-acting reversible contraception working group. Increasing use of contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2009;114(6):5.
- 15. Campbell M.** Consumer behaviour and contraceptive decisions: resolving a decades-long puzzle. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2006;32(4):241-4.
- 16. Martínez-Benavides MN-B, Z.; Labrador-Baena, R.** Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción Intrauterina 2013. Available from: http://www.sec.es/area_cientifica/documentos_sec/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf. [último acceso: 17 abril 2014]
- 17. Quesada-Moreno M.** Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción sólo gestágena. 2013. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/documentos_sec/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf. [último acceso: 17 abril 2014]
- 18. Trussell J.** Contraceptive efficacy. 18th ed. Hatcher RAT, J.; Stewart F., editor. New York 2004. 874 p.
- 19. Trussell J.** Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011;83(5):397-404.
- 20. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K.** Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010;15(1):4-16.
- 21. Rey-Novoa M.** Protocolos SEGO/SEC. Beneficios no anticonceptivos en anticoncepción. 2013. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/documentos_sec/PS_Beneficios%20no%20AC%20de%20la%20AC.pdf. [último acceso: 17 abril 2014]
- 22. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).** Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Jan. 13 p. (ACOG practice bulletin; no. 110). Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15428>. [último acceso: 08 mayo 2014]
- 23. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición.:** Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas.; 2009. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/ [último acceso: 06 mayo 2014]
- 24. Centers for Disease Control and Prevention.** The U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use. *MMWR.* 2010;59(RR04):85.
- 25. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare.** UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. London: FSRH; 2009.
- 26. Mwalwanda CS, Black KI.** Immediate post-partum initiation of intrauterine contraception and implants: a review of the safety and guidelines for use. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013;53(4):331-7.
- 27. Dahlke JD, Terpstra ER, Ramseyer AM, Busch JM, Rieg T, Magann EF.** Postpartum insertion of levonorgestrel--intrauterine system at three time periods: a prospective randomized pilot study. *Contraception.* 2011;84(3):244-8.
- 28. Heikkila M, Haukkamaa M, Luukkainen T.** Levonorgestrel in milk and plasma of breast-feeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception.* 1982;25(1):41-9.
- 29. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhowong P, Dieben T.** Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception.* 2006;73(4):368-71.
- 30. Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K, Geirsson RT, Dieben TO.** Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG.* 2001;108(11):1174-80.
- 31. Luukkainen T, Lahteenmaki P, Toivonen J.** Levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Ann Med.* 1990;22(2):85-90.
- 32. Timmer CJ, Srivastava N, Dieben TO, Cohen AF.** Bioavailability and bioequivalence of etonogestrel from two oral formulations of desogestrel: Cerazette and Liseta. *Eur J Drug Metab Pharmacokin.* 1999;24(4):335-43.
- 33. Huber J, Wenzl R.** Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. *Contraception.* 1998;58(6 Suppl):85S-90S.

-
34. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sa MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2009;80(6):519-26.
 35. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):327-36.
 36. Lewis LN, Doherty DA, Hickey M, Skinner SR. Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy. *Contraception*. 2010;81(5):421-6.
 37. Wiegratz I, Thaler CJ. Hormonal contraception--what kind, when, and for whom? *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(28-29):495-505; quiz 6.
 38. Sociedad española de Contracepción. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia: conferencia de consenso: Entheos; 2012.
 39. Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):33-40.
 40. Ficha técnica Mirena® [updated 201307 April 2014]. Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamento-mirena_ficha_23437.