

**NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR**

Se establecen los criterios para la indicación y colocación del implante subdérmico de etonogestrel como método anticonceptivo en el contexto hospitalario durante el puerperio.

**INDICE**

1. Introducción: importancia de la anticoncepción durante el periodo puerperal
2. Método MELA
3. Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)
4. Anticonceptivos con sólo gestágenos
5. Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): progestágenos y acetato de ulipristal
6. Dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)
7. Métodos barrera

**1. Introducción**

El puerperio es el período de tiempo comprendido desde el final del parto hasta que regresan los cambios producidos en el organismo materno durante el embarazo. Constituye un proceso donde se producen importantes cambios fisiológicos, en los que predominan procesos involutivos y reparativos, fundamentalmente del aparato genital, pero también del resto de los sistemas que modificaron sus condiciones en el proceso adaptativo de la gestación. Se producen también durante este tiempo los cambios endocrinos que permiten el inicio de la lactancia y la puesta en marcha del ciclo ovárico.

Por otro lado, se desarrollan conductas psicológicas que suponen un proceso de adaptación a los cambios mencionados y a la creación de lazos afectivos con el neonato. Por tanto, el puerperio es un período en el que se suceden en un corto espacio de tiempo numerosas e importantes modificaciones psicosomáticas que pueden ocasionar situaciones patológicas.

Tanto el puerperio como la lactancia constituyen una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, siendo el momento menos indicado para un nuevo embarazo. Durante el puerperio ocurren distintos cambios hormonales que disminuyen la fertilidad pero no garantizan que no se vaya a producir una nueva gestación, es por ello que una parte importante del consejo realizado durante la etapa puerperal es sobre la contracepción más adecuada a cada mujer.

Actualmente se dispone de distintas guías para la elección del método contraceptivo de forma más individualizada según las condiciones que presente la usuaria. Una de las guías más estandarizadas es la 5ª Edición de la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos" publicado en 2015. En esta guía se determina la seguridad de cada método anticonceptivo mediante diversas consideraciones en el contexto de la condición médica o de las características médicas relevantes.

<b>CLASIFICACIÓN DE LOS CME PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS</b>	
Categoría 1	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo
Categoría 2	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Anticoncepción durante el puerperio

Categoría 3	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método
Categoría 4	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud

### 2. Método MELA

El **método MELA** (Método de la Lactancia y la Amenorrea) es una forma natural de anticoncepción que se basa en los efectos fisiológicos de la lactancia materna para suprimir la ovulación y prevenir el embarazo. Para que el método sea efectivo, deben cumplirse tres criterios: la madre debe estar amamantando exclusivamente o casi exclusivamente, debe permanecer en amenorrea (sin tener períodos menstruales) y menos de seis meses postparto. Cuando se cumplen estas condiciones, el MELA tiene una eficacia aproximada del 98% para prevenir el embarazo.

El método funciona debido a los altos niveles de prolactina asociados con la lactancia frecuente, los cuales suprimen el eje hipotálamo-hipofisario, inhibiendo así la liberación pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y reduciendo posteriormente los pulsos de la hormona luteinizante (LH), lo que impide la ovulación.

Es importante señalar que la eficacia del MELA disminuye significativamente si no se cumplen alguno de los criterios, como la introducción de alimentación complementaria o el retorno de la menstruación. Por lo tanto, es crucial proporcionar asesoramiento adecuado sobre las prácticas de lactancia y las condiciones necesarias para que el LAM sea efectivo como método anticonceptivo.

### 3. Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) cuentan con distintas formas de administración. Entre éstas, destacan los comprimidos orales, parches transdérmicos y anillo vaginal.

El uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) durante el puerperio, particularmente en mujeres lactantes, requiere una cuidadosa consideración debido a los posibles impactos en la salud materna e infantil. Según los Criterios de Elegibilidad Médica para el Uso de Anticonceptivos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los AHC generalmente deben evitarse durante los primeros 21 días postparto debido al alto riesgo de tromboembólico. En mujeres que no están amamantando y no tienen otros factores de riesgo para trombosis, los AHC pueden considerarse después de 21 días, pero idealmente deberían retrasarse hasta 42 días postparto.

En mujeres lactantes, la evidencia sobre el impacto de los AHC durante la lactancia y la salud del bebé es controvertida. Algunos estudios sugieren que el inicio temprano de los AHC (<6 semanas postparto) podría estar asociado con una disminución en la continuidad de la lactancia y el aumento de peso del lactante, mientras que otros no muestran efectos significativos. Sin embargo, cuando los AHC se inician después de las 6 semanas postparto, parece no haber un impacto adverso en la duración de la lactancia o el crecimiento infantil.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Anticoncepción durante el puerperio

En resumen, los anticonceptivos hormonales combinados no deben iniciarse antes de los 21 días posparto en mujeres no lactantes y, idealmente, deberían retrasarse hasta los 42 días. En mujeres lactantes, su inicio debe retrasarse al menos hasta las 6 semanas posparto. Este enfoque minimiza el riesgo de TEV y los posibles efectos en la lactancia.

Las mujeres que mantienen lactancia materna	
Las primeras 6 semanas posparto	No deben usar AHC (categoría 4)
Entre 6 semanas y 6 meses posparto	No deben usar AHC (categoría 3)
Más allá de los 6 meses posparto	Pueden usar AHC (categoría 2)
Las mujeres que NO mantienen lactancia materna	
Con factores de riesgo de TEV, los primeros 21 días posparto	No deben usar AHC (categoría 4)
Sin factores de riesgo de TEV, los primeros 21 días posparto	No deben usar AHC (categoría 3)
Con factores de riesgo de TEV, entre los 21 y 42 días posparto	No deben usar AHC (categoría 3)
Sin factores de riesgo de TEV, entre los 21 y 42 días posparto	Pueden usar AHC (categoría 2)
Más allá de los 42 días posparto	Pueden usar AHC sin restricción (categoría 1)

### 4. Anticoncepción hormonal con sólo gestágenos

Los métodos anticonceptivos con solo gestágenos se pueden comenzar inmediatamente después del parto. Esto incluye métodos como las píldoras, los inyectables y los implantes. Según la SEGO, la mayoría de las mujeres pueden comenzar a usar anticonceptivos con solo gestágenos inmediatamente después del parto, independientemente de si inician lactancia materna o no. Esto está respaldado por la evidencia de que los métodos solo con gestágenos no afectan negativamente la lactancia y son seguros de usar durante ésta.

En cuanto al DIU-LVG, se puede colocar inmediatamente después del parto, tras el alumbramiento de la placenta, siempre que no haya una infección presente. Esta inserción inmediata está respaldada por la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM), que señala que la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) inmediata en el posparto es viable y beneficiosa para las mujeres con alto riesgo de complicaciones médicas.

Si no se realiza la inserción inmediata, el DIU puede colocarse al menos 4 semanas después del parto o una vez que el útero haya involucionado completamente. Esta inserción atrasada está asociada con menores tasas de expulsión en comparación con la inserción inmediata posparto.

Se puede considerar la inserción del implante subdérmico de etonogestrel durante el ingreso en púerperas:

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Anticoncepción durante el puerperio

- En mujeres con vulnerabilidad social, definida como bajo nivel socioeconómico, ausencia de red de apoyo familiar/social, situaciones de violencia de género, adolescencia sin acompañamiento adecuado, condiciones habitacionales precarias.
- Riesgo de difícil captación o seguimiento ambulatorio postalta, ya sea por barreras geográficas, falta de accesibilidad al sistema de salud, consumo problemático de sustancias etc.

En estos casos descritos se contactará con supervisora de planta de puérperas (697243) a quien le facilitaremos una pegatina con los datos de la paciente (nombre y AN), previo a su inserción explicaremos el método, duración del mismo y firma de consentimiento informado. Cuando esto ocurra en fin de semana se contactará con supervisor de guardia.

Este método será provisto por el hospital únicamente en los casos mencionados. Se dejará constancia de la indicación y del consentimiento informado en la historia clínica.

Gestágenos en formato oral, implantes o inyectables	
Menos de 6 semanas posparto	AC oral de progestágeno e implantes de levonogestrel y etonogestrel: pueden usarse (categoría 2) AC inyectables: no deben usarse (categoría 3)
Más allá de las 6 semanas posparto	Pueden usarse independientemente de la vía de dispensación (categoría 1)
Anillo vaginal liberador de progesterona	
Pasadas 4 semanas posparto	Puede usarse sin restricciones (categoría 1)
DIU- LNG	
Menos de 48 horas posparto	Puede usarse. La inserción inmediata (10 minutos tras el alumbramiento) se asocia a menores tasas de expulsión que la inserción diferida (categoría 2)
Entre las 48 horas y 4 semanas posparto	No debe usarse (categoría 3)
Más allá de las 4 semanas posparto	Puede usarse sin restricciones (categoría 1)
Sepsis puerperal	No debe usarse (categoría 4)

### 5. Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE); progestágenos y acetato de ulipristal.

Durante la lactancia materna se pueden usar anticonceptivos combinados orales o de levonogestrel sin restricciones como PAE (categoría 1). En cuanto al acetato de ulipristal también pueden usarlo, siendo en este caso, categoría 2.

### 6. Métodos de barrera

Aquí se incluye el preservativo masculino, el femenino, los espermicidas, el diafragma con espermicida y el capuchón cervical. Estos métodos pueden usarse en el posparto tanto si hay lactancia materna como si no (categoría 1); salvo el diafragma y el capuchón cervical que se debe evitar en las primeras 6 semanas tras el parto debido a la involución incompleta del útero.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Anticoncepción durante el puerperio

### 7. Dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu)

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el DIU de cobre es una opción segura y eficaz para la anticoncepción en el puerperio. Se recomienda su inserción a las 6-8 semanas postparto para minimizar el riesgo de complicaciones y asegurar que el útero haya completado su involución. En estudios comparativos entre el DIU de cobre y otros métodos anticonceptivos, no se han observado efectos negativos sobre la lactancia ni el crecimiento del bebé, lo que refuerza su idoneidad en mujeres lactantes.

El DIU de cobre, al ser un método no hormonal, es especialmente adecuado para mujeres que desean evitar interferencias en la lactancia materna. Sin embargo, la inserción debe ser realizada por profesionales capacitados para garantizar la seguridad del procedimiento. Además, es fundamental informar a las pacientes sobre las características del método, el procedimiento de colocación y los posibles efectos secundarios, asegurando así un consentimiento informado.

El DIU de cobre puede insertarse en el puerperio de dos maneras: de forma inmediata, dentro de las primeras 48 horas tras el parto, aprovechando la estancia hospitalaria, aunque con un mayor riesgo de expulsión; o de manera diferida, a partir de las 6-8 semanas postparto, cuando el útero ha completado su involución, lo que reduce el riesgo de complicaciones. La elección depende de las condiciones clínicas y las preferencias de la mujer.

Finalmente, aunque el DIU no requiere un seguimiento frecuente, se recomienda una revisión inicial alrededor de las 6 semanas después de su inserción para identificar signos de alarma como infecciones, sangrado irregular o expulsión. Estas medidas buscan garantizar una anticoncepción eficaz y adaptada a las necesidades de cada mujer durante el puerperio, priorizando su salud y bienestar.

Menos de 48 horas	Se puede insertar este dispositivo (categoría 1)
Entre a las 48 horas a 4 semanas	No está recomendada su inserción (categoría 3)
Más allá de las 4 semanas	Se puede usar sin restricciones (categoría 1)
Sepsis puerperal	Contraindicado su uso (categoría 4)

### 8. Indicadores de calidad

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Asesoramiento anticonceptivo durante puerperio	% de mujeres con asesoramiento reproductivo	Audit, muestreo, Diraya, etc	70%

### 9. BIBLIOGRAFÍA

Autores	<b>Dra. Muñoz García/ Dra. El Hichou Ahmed</b>
---------	--

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Anticoncepción durante el puerperio

Fecha elaboración	<b>Fecha Marzo 2025</b>	Vigencia	<b>Marzo 2028</b>
-------------------	-------------------------	----------	-------------------