



MÁSTER DE ESTUDIOS PROPIOS EN
ANTICONCEPCIÓN, SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN IBEROAMÉRICA



III MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MEMORIAS DE FIN DE MÁSTER

ANTICONCEPCION POST EVENTO OBSTETRICO

Autora: Dra MASUELLI, VANINA

Centro de Trabajo: Centro Médico "Medical"

Tutora: Dra CARATTI, MARIA MARTHA

Córdoba, Argentina

2018

INTRODUCCION

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar; permite espaciar los embarazos, posponerlos, evitar los embarazos no deseados y con ello, disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.¹

La *anticoncepción post evento obstétrico* se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Dentro de este grupo, la *anticoncepción inmediata post evento obstétrico* es el acceso de la mujer a un método anticonceptivo en el período posterior a un evento obstétrico —puerperio o posaborto—, antes del alta hospitalaria (48hs).²

El poder espaciar el tiempo transcurrido entre embarazos permite disminuir la morbimortalidad materna y fetal, disminuye los costos sanitarios y las consecuencias socioeconómicas de las secuelas o muertes materna y/o neonatal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera período intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea). En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como trabajo de parto o parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico menor a 24 o mayor a 60 meses, independientemente de otras variables como la edad. Un período intergenésico menor de un año es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino y bajo peso al nacer y, por lo tanto, mayores complicaciones neonatales que incluyen ingreso en la unidad de cuidados intensivos e incluso muerte perinatal. Así mismo, una mujer con un período intergenésico menor de 6 meses presenta 10 veces más riesgo de que su embarazo culmine antes de las 20 semanas, es decir, en un aborto. Por lo tanto, es importante para lograr un adecuado resultado materno y fetal que la madre planifique sus embarazos en períodos mayores de 2 años.³

Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos. La planificación familiar puede evitar más del 30 % de la mortalidad materna y del 10 % de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años.⁴ Es por esto que las intervenciones de los profesionales de salud deben hacer sus esfuerzos en cada momento que se pueda tener contacto con la paciente, ya que, en muchas ocasiones, el momento del parto es el único en el que la paciente tiene contacto con los servicios de salud.

En Argentina, el periodo de la maternidad es de 12,8 años, que es igual a la diferencia de edad que tienen las madres al tener el primer hijo (24,4 años) y el último hijo (37,2 años). Las madres de los principales aglomerados urbanos de la Argentina tienen en promedio 2,3 hijos/as. Sin embargo, en situaciones sociales y educativas desfavorables se observa una mayor probabilidad de tener periodos de maternidad más largos y mayor cantidad de hijos/as: las madres que viven en el 30% de los hogares con menores ingresos tienen un periodo de maternidad de 13,3 años y procrean en promedio 2,7 hijos/as en su período fértil. En contraposición, las madres que viven en el 30% de los hogares con mayores ingresos tienen un periodo de maternidad de 10,8 años y tienen en promedio 1,7 hijos/as. Las madres con bajo nivel educativo (hasta secundario incompleto) tienen un periodo de maternidad de casi 15 años y en promedio tienen 3 hijos; mientras que entre las madres con nivel educativo superior (nivel terciario o universitario completo) el periodo es de 11 años (10,9) y tienen en promedio 2 hijos. El nivel educativo incide más en la edad de la maternidad y en la cantidad promedio de hijos que tienen las mujeres que la situación social en la que viven las madres.⁵

OBJETIVOS

1. Conocer cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles para la anticoncepción post evento obstétrico.
2. Conocer cómo adecuar la anticoncepción post evento obstétrico a las características de cada paciente.

METODOLOGIA

Revisión sistemática retrospectiva de artículos mediante búsqueda en Internet mediante buscadores Google Académico y PubMed.

RESULTADOS

ANTICONCEPCION POST NACIMIENTO

Después del parto, las puérperas permanecen en amenorrea durante períodos variables, según sus prácticas de lactancia. Para las mujeres que no amamantan, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto. Las mujeres que no practican la lactancia exclusiva pueden quedar embarazadas antes del retorno de la menstruación.

En la anticoncepción posparto debe tenerse en cuenta la seguridad clínica de los métodos y las circunstancias especiales de cada paciente. Según los criterios de elegibilidad de OMS de 2018, de acuerdo con el método se sugiere:

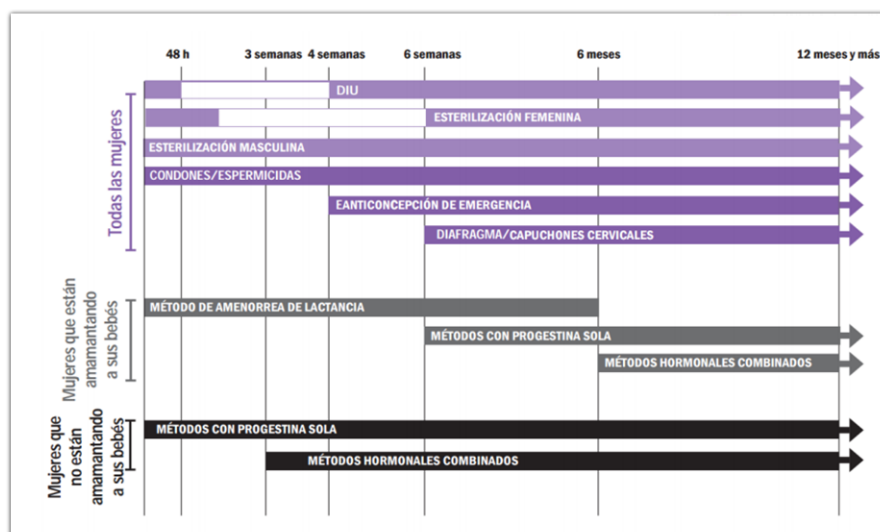


Figura 1: Opciones de métodos anticonceptivos posparto. OMS. 2014.⁴

➤ **MÉTODOS INTRAUTERINOS**

- **DIU DE COBRE**: Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- En un lapso de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-Cu, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta. Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.

- De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-Cu, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).

- Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea: – Mujeres que están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. – Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un DIU-Cu si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un DIU-Cu tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- No se les debe insertar un DIU-Cu a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).⁶

- DIU CON LEVONORGESTREL: Mujeres en el puerperio (con y sin lactancia materna, incluido el parto por cesárea)

- En un lapso de 48 horas después del parto: puede insertarse un DIU-LNG, incluso inmediatamente después de la expulsión de la placenta. Si el parto es por cesárea, el DIU-LNG puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero.

- De 48 horas a menos de cuatro semanas de puerperio: el uso del DIU-LNG, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).

- Cuatro o más semanas de puerperio y con amenorrea: – Mujeres que están amamantando: puede insertarse un DIU-LNG si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. No hace falta ninguna forma adicional de anticoncepción. – Mujeres que no están amamantando: puede insertarse un DIU-LNG si puede determinarse que la mujer no está embarazada. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Cuatro o más semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un DIU-LNG tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- No se les debe insertar un DIU-LNG a las mujeres que tienen sepsis puerperal (CME, categoría 4).⁶

➤ ANTICONCEPTIVOS SOLO GESTAGENOS

▪ IMPLANTES

- Puerperio (con lactancia materna)
 - Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede colocarse un implante (CME, categoría 2).
 - De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede insertarse un implante. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse el implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
 - Puerperio (sin lactancia materna)
 - Menos de 21 días de puerperio: puede insertarse un implante (CME, categoría 1). No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
 - Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
 - En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede insertarse un implante tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. ⁶

▪ INYECTABLES

- Puerperio (con lactancia materna)
 - Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AIPS, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
 - De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AIPS. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
 - Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede administrarse la primera inyección de AIPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.

- 21 o más días de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. ⁶

▪ ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTÁGENO SOLO

- Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio: por lo general, puede iniciarse el uso de AOPS (CME, categoría 2). Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- De seis semanas a seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOPS. Si la mujer está amamantando total o casi totalmente, no es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- Más de seis semanas de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales (CME, categoría 1).

- Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: puede iniciarse el uso de AOPS. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.

- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes dos días.

- En caso de retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOPS tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.⁶

➤ ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS

▪ ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOCs), EL PARCHES ANTI-CONCEPTIVO COMBINADO Y EL ANILLO VAGINAL ANTI-CONCEPTIVO COMBINADO (AVC)

- Puerperio (con lactancia materna)
 - Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar AOCs, el parche ni el AVC (CME, categoría 4).
 - De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AOCs, del parche y del AVC, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).
 - Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.
 - Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
 - Puerperio (sin lactancia materna)
 - Menos de 21 días de puerperio: el uso de AOCs, del parche y del AVC, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.
 - Veintiún días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC (CME, categoría 2).
 - Mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

- Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AICs)

- Puerperio (con lactancia materna)

- Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: no se deben usar AICs (CME, categoría 4).

- De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente amamantando: el uso de AICs, generalmente, no se recomienda (CME, categoría 3) a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables.

- Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

- Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales

- Puerperio (sin lactancia materna)

- Menos de 21 días de puerperio: el uso de AICs, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables. Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período.

- Veintiún días o más de puerperio y sin retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.

- Veintiún días o más de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede administrarse la primera inyección de AICs tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales. ⁶

➤ MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA

Inmediatamente después del parto y durante un período posparto de hasta 6 meses, la mujer que practica la lactancia exclusiva puede usar el método de amenorrea de lactancia (MELA), su eficacia anticonceptiva es de 98%

aproximadamente. Se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación y es una alternativa ante la decisión de la mujer de no tomar anticonceptivos hormonales durante este proceso. Si la mujer elige el MELA, debería recibir la información oportunamente para poder elegir otro método anticonceptivo moderno cuando el bebé cumpla los 6 meses o antes si no se cumplen los criterios para el MELA⁴, es decir lactancia hasta los seis meses postparto, de tiempo completo o casi completo (sin reemplazar la leche humana con otros alimentos), con intervalos cortos entre tomas diurnas y nocturnas (al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas por la noche) y mantenerse en amenorrea durante este periodo.⁷

➤ MÉTODOS QUIRURGICOS

La esterilización quirúrgica femenina consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio por ligadura, corte, sección, cauterización, o colocación de anillos, clips o grapas. Debido a su carácter permanente, la orientación y el consentimiento informado son especialmente importantes.

Las oportunidades para realizarla en el post parto son:

- Post cesárea: En el momento de terminar la histerorrafia y controlado el sangrado.
- Post parto: Inmediatamente o en los primeros 7 días posparto ya que cuando el fondo uterino está cerca del ombligo, una pequeña incisión subumbilical de 2 cm de longitud permite fácil acceso a las trompas. El procedimiento es muy seguro y efectivo. Si no se hace en esta oportunidad, se debe esperar al menos hasta la 6ª semana.⁸

➤ METODOS DE BARRERA

Todas las mujeres, ya sea que amamanten o no a sus hijos, pueden iniciar el uso de condones inmediatamente después del parto.

El diafragma o el capuchón cervical después de seis semanas, debiendo considerar una nueva consulta para reconsiderar el tamaño.⁴

➤ ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA

Los métodos de anticoncepción de emergencia después de cuatro semanas. ⁴

ANTICONCEPCION POST ABORTO

La necesidad no satisfecha de planificación familiar es una causa principal del aborto inducido. Las mujeres pueden quedarse embarazadas casi inmediatamente después de un aborto. A menudo la ovulación ocurre a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro luego de un aborto del segundo trimestre. Es por ello por lo que la planificación familiar debe instituirse inmediatamente luego de ocurrido un aborto del 1° ó 2° trimestre de embarazo.

Todas las mujeres en post aborto deberían recibir de manera voluntaria consejería en planificación familiar, cuando esto se ofrece en servicios de consejería durante la hospitalización es elevada la adopción de planificación familiar post aborto. ⁹

➤ **METODOS INTRAUTERINOS**

▪ **DIU DE COBRE**

- Puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre.

- En general, puede insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto durante el segundo trimestre.

- No debe insertarse un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto séptico (CME, categoría 4)

▪ **DIU DE LNG**

- Puede insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto durante el primer trimestre.

- En general, puede insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto durante el segundo trimestre.

- No debe insertarse un DIU-LNG inmediatamente después de un aborto séptico (CME, categoría 4).

➤ **ANTICONCEPTIVOS SOLO GESTAGENOS**

- **IMPLANTE:** El implante puede insertarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- **INYECTABLE:** La primera inyección puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTÁGENO SOLO: Puede iniciarse el uso de AOPS inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

➤ ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS

- ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOCs), EL PARCHE ANTICONCEPTIVO COMBINADO Y EL ANILLO VAGINAL ANTICONCEPTIVO COMBINADO (AVC)

Puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

- ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AICS)

La primera inyección de AICs puede administrarse inmediatamente después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.

➤ MÉTODOS DE BARRERA

Todas las mujeres pueden iniciar el uso de condones inmediatamente post aborto.

Los diafragmas y capuchones cervicales pueden comenzar inmediatamente su utilización luego de un aborto del primer trimestre. En abortos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas hasta que el cuello regrese a su tamaño normal, pudiendo ser necesaria una nueva consulta para verificar el tamaño.¹⁰

DISCUSION

La anticoncepción post evento obstétrico es un punto central en la planificación familiar. Diversos estudios en distintos países nos dan una visión de esto.

En el caso de las mujeres cuyo acceso a la atención en instituciones sanitarias es limitado, el parto en estos establecimientos constituye la única oportunidad para tratar sus intenciones de fertilidad y su necesidad de anticoncepción: no es necesaria una nueva visita, que podría ser de un costo prohibitivo o muy poco viable ⁴, por lo que desde diferentes organismos se plantean estrategias para aumentar tanto la formación del personal de salud como los recursos para poder llevar adelante programas a largo plazo en anticoncepción post evento obstétrico.

La *Guía de Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto* de la Organización Mundial de la Salud, cita diferentes ejemplos de estrategias de políticas públicas en países subdesarrollados que llevaron a una mejoría en los servicios de anticoncepción en pacientes puérperas, como ser, en El Salvador se dio formación a 134 prestadores (28 del sector privado) en la inserción del DIU post parto, y el número de inserciones aumentó de 747 en 2009 a 993 en 2010 y a 1044 en 2011. En 2012, la formación en inserción de DIU se incorporó a los planes de estudio de posgrado existentes de la facultad de medicina salvadoreña. En Zambia, en diciembre de 2012, se habían contratado 38 parteras y 176 880 mujeres habían recibido anticoncepción reversible de acción prolongada de su elección, lo que incluyó la inserción de 3926 DIU post parto. En general, el programa llegó a una población inesperadamente más joven y de menor paridad, y el 50 % de las participantes del programa no usaba ningún método anticonceptivo en el momento de la inserción. En la India, el programa de DIU post parto amplió considerablemente la combinación de métodos y la prestación oportuna de los servicios de opciones de anticoncepción disponibles para las mujeres y las parejas; hasta diciembre de 2012, casi 82 000 mujeres habían recibido un DIU post parto. ⁴

Existen grupos en los que se deben reforzar estas estrategias. Diferentes estudios muestran que la aceptación de anticoncepción inmediata post evento obstétrico (tanto post nacimiento como post aborto) en Latinoamérica es baja, principalmente entre adolescentes, por diferentes motivos: desde motivos propios de las pacientes (religiosos, culturales, falta de instrucción académica) hasta falta de consejería y de recursos para brindar la atención previo al alta hospitalaria. ^{11, 12, 13}

CONCLUSION

La anticoncepción post evento obstétrico (APEO) es tanto una estrategia muy importante dentro de la Planificación Familiar y de la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, como un derecho de la mujer. La misma debe encuadrarse dentro de los derechos reproductivos de la mujer y se debe brindar a todas las pacientes que reciben atención en los centros de salud para atención del nacimiento o de una pérdida de embarazo, sea espontaneo o no.

Cada contacto de las pacientes con los profesionales de la salud debe ser una oportunidad de promoción de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo los métodos anticonceptivos disponibles y de su libre elección, aun en los controles prenatales o de los niños en el primer año de vida.

Creando estrategias de políticas sanitarias enfocadas en la APEO podemos prevenir la morbimortalidad asociada a periodos intergenesicos breves, como así también a prácticas de abortos inseguros en países en los que no son legales, como ocurren en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Planificación familiar. OMS. 8 de febrero de 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
2. Anticoncepción inmediata pos evento obstétrico (AIPE). Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Mayo, 2017. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/03/5.-NT-5-AIPE-2017-VF.pdf>
3. Dominguez L, Vigil-De Garcia P. El intervalo intergésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Ost. 2005; 32(3): 122-126. Disponible en: file:///C:/Users/Vanina/Downloads/S0210573X05734870_S300_es.pdf
4. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. OMS. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf;jsessionid=B05799776DB0F8540316A571BA78579B?sequence=1
5. Lupica C, Cogliandro G. Cuadernillo estadístico de la maternidad nº 7 maternidad en Argentina: aspectos demográficos, sociales, educativos y laborales Procesamiento de Datos de la Encuesta Permanente de Hogares INDEC Periodo 2006-2012. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires. 2013; 1: 15. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar/LinkClick.aspx?fileticket=nG5pOqSBpvY%3D&tabid=125&mid=741>
6. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición. 2018. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>
7. Buitrón García-Figueroa R., Malanco-Hernández L. M., Lara-Ricalde R., García-Hernández A. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex 2014;82:547-551. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2014/gom148g.pdf>
8. Guía de manejo de la esterilización quirúrgica femenina voluntaria post parto. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Santiago de Chile. Chile. 2017. Disponible en: http://200.72.129.100/calidad/archivo1/GUIA%20ESTERILIZACION_v.1.pdf
9. Planificación familiar: un componente esencial de la atención post-aborto. Declaración de consenso: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Parteras (CIP), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID. 2009. Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/PAC%20consensus%20statement_Spanish_final_for%20web.pdf
10. Galimberti D. Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. 2009; 3: 29. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>

11. Vázquez Castro R, Ruiz de Chávez Ramirez D, Garcia Zamara P C, Almeida Perales C. Determinantes del rechazo a la anticoncepción post-evento obstétrico en pacientes del hospital de la mujer zacatecana. Ibn Sina –Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud. Febrero de 2015; 6 (1): 1-11. Disponible en: <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/7/4>
12. Vilela Borges A L, Luciria Monteiro R, Akiko Komura Hoga L, Fujimori E, Borges do Nascimento Chofakian C, Alves dos Santos O. Anticoncepción postaborto: atención y prácticas. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014; 22 (2):293-300. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/es_0104-1169-rlae-22-02-00293.pdf.
13. Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. Rev Nac (Itauguá) 2015; 7(2): 24-34. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v7n2/v7n2a05.pdf>.