

## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### ORIGINAL

## Anticoncepción posparto en mujeres con riesgo de exclusión social<sup>☆</sup>

Cristina Morales Martínez<sup>\*</sup>, M. Luz Lamelas Suárez-Pola, Sonia Tejuca Somoano e Isabel Álvarez Miranda

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Fundación Hospital de Jove, Gijón, España

Recibido el 20 de abril de 2010; aceptado el 23 de junio de 2010

### PALABRAS CLAVE

Anticoncepción;  
Posparto;  
Grupos sociales en riesgo  
de exclusión social

### KEYWORDS

Contraception;  
Postpartum;  
Vulnerable populations

### Resumen

**Objetivo:** Mejorar las tasas de anticoncepción posparto en mujeres en situación social desfavorable, espaciar los embarazos y disminuir las tasas de interrupción voluntaria del embarazo. **Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo. Citamos a 90 mujeres embarazadas en riesgo de exclusión social para revisión posparto al mes y medio de la fecha probable de parto, con recuerdo SMS 48 horas antes de la cita y localización telefónica en caso de incomparecencia. Procuramos aplicar métodos de larga duración el mismo día de la consulta.

**Resultados:** El 92% acudió a la revisión posparto. La tasa total de anticoncepción fue del 86%, el 68% fueron métodos de larga duración: fundamentalmente DIU e implantes.

**Conclusión:** La consulta de posparto en mujeres de grupos sociales desfavorecidos puede ser muy útil para que accedan a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de larga duración. Flexibilidad y agilidad en la aplicación de los métodos son fundamentales.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Postpartum contraception in women at risk of social exclusion

### Abstract

**Objective:** Improve birth control rates in women from vulnerable populations, space time out between pregnancies and reduce the rate of abortions.

**Material and methods:** We gave 90 pregnant women at risk of social exclusion an appointment for a postpartum check-up a month and a half after their expected due date, with a SMS reminder 48 hours before the appointment and a phone number in case they failed to make the appointment. We strive to implement long-term methods on the day of appointment.

**Results:** 92% attended the postnatal visit. The overall rate of contraception was 86%, 68% were long-term methods: subdermal implants and IUDs.

<sup>☆</sup> Facilitar la revisión posparto y el acceso a los métodos anticonceptivos a mujeres en situación social desfavorable permite conseguir unas buenas tasas de anticoncepción a largo plazo.

<sup>\*</sup> Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristinamorales@telecable.es](mailto:cristinamorales@telecable.es) (C. Morales Martínez).

**Conclusion:** Consultation with postpartum women from disadvantaged social groups can be very useful to facilitate contraceptive methods which are safe, effective and long-lasting. Flexibility and agility in the implementation of the methods are essential.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Las tasas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) aumentan año tras año, siendo la del año 2008 en España de 11,78 (tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años)<sup>1</sup>.

En el año 2009, el 36% de los jóvenes españoles reconocían haberse expuesto a embarazo no deseado, según la encuesta Daphne sobre métodos anticonceptivos para jóvenes entre 15 y 24 años<sup>2</sup>. En España, durante el año 2008, el 52% de las mujeres que realizó una IVE tenía al menos un hijo vivo<sup>1</sup>.

No existen datos sobre la cifra de mujeres que acuden a la revisión posparto en nuestro país para acceder a método anticonceptivo.

En general, las gestaciones que se producen antes del año del parto anterior tienen peores resultados obstétricos y con cierta frecuencia son embarazos no deseados<sup>3</sup>.

En nuestro Hospital, sólo el 35% de las mujeres en situación social desfavorable acudía a la revisión posparto, y el nivel de anticoncepción era del 21%. Habíamos detectado en este grupo un alto grado de absentismo a las consultas programadas, poca adherencia a los métodos anticonceptivos dependientes de la usuaria y uso muy irregular del preservativo. Con cierta frecuencia se producían embarazos no deseados a los pocos meses del parto, que a veces acababan en IVE.

No hemos encontrado estudios de anticoncepción posparto para grupos de exclusión social en nuestro país, aunque sí es un tema muy trabajado en los países en vías de desarrollo<sup>4,5</sup>.

Nuestro objetivo es facilitar método anticonceptivo en el período posparto a las mujeres en riesgo de exclusión social y así evitar embarazos no deseados, disminuir la tasa de IVE en estos grupos y espaciar las gestaciones.

## Método

Nuestro Hospital atiende un área de la ciudad de Gijón, donde se controlan aproximadamente 450 embarazos de bajo riesgo al año. Cerca de un 10% de esta población está en riesgo de exclusión social. Los partos están centralizados en el Hospital de referencia de la ciudad, adonde se remiten las embarazadas a las 36 semanas de gestación.

La revisión posparto se solicita por teléfono. La asistencia y tasa de anticoncepción en el grupo de mujeres en situación social desfavorable era muy baja (35% y 21% respectivamente).

Nos propusimos intentar mejorar esta situación, facilitando el acceso a la consulta y a los métodos anticonceptivos de la siguiente manera:

- Cuando se deriva a la gestante al otro hospital en la semana 36, se le entrega ya la cita impresa para la revisión posparto, aproximadamente al mes y medio de la fecha probable de parto.

- Se envía un recuerdo de la cita vía SMS 48 horas antes.
- Si la mujer no acude a la consulta, se contacta telefónicamente con ella, para concertar un día de su conveniencia.
- Procuramos aplicar el método, si se trata de dispositivo intrauterino (DIU) o implante de gestágeno, ese mismo día (según la disponibilidad) o en los días inmediatos.

El programa comenzó en enero de 2007. Hasta marzo de 2009 reclutamos a 90 mujeres.

Los criterios de inclusión en el programa son múltiples, ya que la situación de riesgo de exclusión social abarca muchos factores. El factor económico puede ser suficiente para encontrarse en este estado de vulnerabilidad. Sin embargo muchas veces es la suma de varias situaciones adversas: educación insuficiente, falta de apoyo familiar, falta de acceso a una vivienda, desempleo de larga duración, violencia familiar, adolescencia, enfermedades psiquiátricas, drogadicción, pertenencia a etnias minoritarias, inmigrantes... En estos grupos con frecuencia ya se había producido con anterioridad alguna IVE (tabla 1).

En la última visita del embarazo se realiza el asesoramiento anticonceptivo que se orienta a métodos de larga duración, de cumplimiento independiente de la usuaria y que precisan poco seguimiento médico, fundamentalmente DIU e implantes subcutáneos de gestágenos<sup>6</sup>. Los métodos hormonales los indicamos si son estos los que ellas eligen.

Los DIU se colocan casi todos gratuitamente, financiados por el Hospital. Los dispositivos colocados son de alta carga de cobre (380 mm<sup>2</sup>). Dos mujeres, que presentaban hipermenorrea previa al parto y que tenían trabajo remunerado (estaban en el programa por otros factores adversos), prefirieron el DIU de levonorgestrel que ellas adquirieron.

Dispusimos de una pequeña cantidad de implantes gratuitos, pero la mayoría son adquiridos por la propia mujer (implante de dos varillas de levonorgestrel).

Si el momento es propicio, descartando embarazo<sup>7,8</sup>, tras la firma del consentimiento informado, colocamos el mismo día de la revisión posparto el DIU o el implante, independientemente de la menstruación<sup>9</sup>. Si la mujer tiene que adquirir el implante, o no podemos asegurar que no esté embarazada, esperamos a la regla siguiente para aplicar el método, llamando ellas personalmente para citarse.

**Tabla 1** Algunas características del grupo seleccionado.

	n.º	%
Sin trabajo remunerado	56	62%
Situación adversa con IVE previo	27	30%
≥ 2 IVE previos	8	9%
Edad ≤ 19 años	24	26%
Etnia gitana	19	21%
Inmigrantes	12	13%
Adicción a drogas	4	4%

Analizamos la tasa de anticoncepción al cabo de un año del programa y los embarazos que se habían producido.

## Resultados

Acudieron a la consulta de posparto 83 mujeres (92%), 26 de ellas tras concertar nueva cita telefónica por incomparecencia (fig. 1).

La tasa total de anticoncepción fue del 86%, siendo el 68% métodos de larga duración (DIU, implantes y ligadura de trompas) (tabla 2).

Al cabo de un año, de las 78 mujeres con método anticonceptivo, tenemos confirmado que 43 (55%) continúan. Este dato lo sabemos porque han acudido en algún momento a la consulta a partir del año de la aplicación del método. De las otras 35 no tenemos seguimiento, son mujeres con mucha movilidad geográfica, cambios de domicilio y teléfono que hace difícil su localización. Entre estas 35, había 13 mujeres con DIU y 8 con implantes, que no acudieron a retirar a nuestro hospital, es probable que continúen con estos métodos.

En el primer año se produjeron 4 embarazos que tengamos documentados. Dos de ellos acabaron en IVE (fig. 2).

De las 78 mujeres con método anticonceptivo, 26 (33%) no acudieron a la revisión pautada del método.

La tasa de expulsión de los DIU entre las 32 mujeres que acudieron a realizar la ecografía de control o hicieron alguna revisión posterior fue del 15,5% (5 expulsiones).

**Tabla 2** Métodos anticonceptivos elegidos.

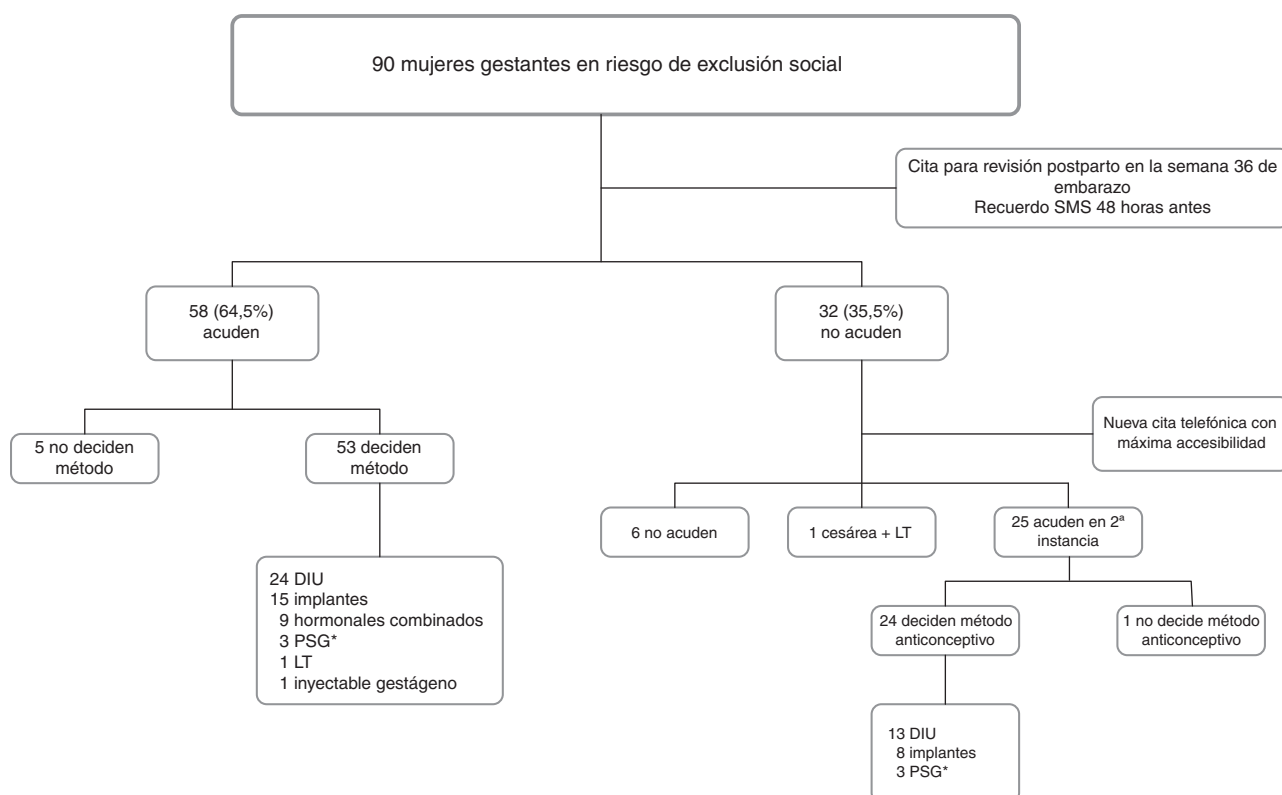
Método	n.º	%
DIU	37	41%
Implante	23	25%
Método hormonal combinado	9	10%
Píldora sólo gestágeno	6	7%
Ligadura de trompas	2	2%
Injectable de gestágeno	1	1%
No decidieron método	6	6%

Hemos comparado nuestros resultados actuales con un grupo control de 48 mujeres de características similares, que habían controlado el embarazo en nuestras consultas durante 2005 y 2006 (fig. 3).

## Discusión

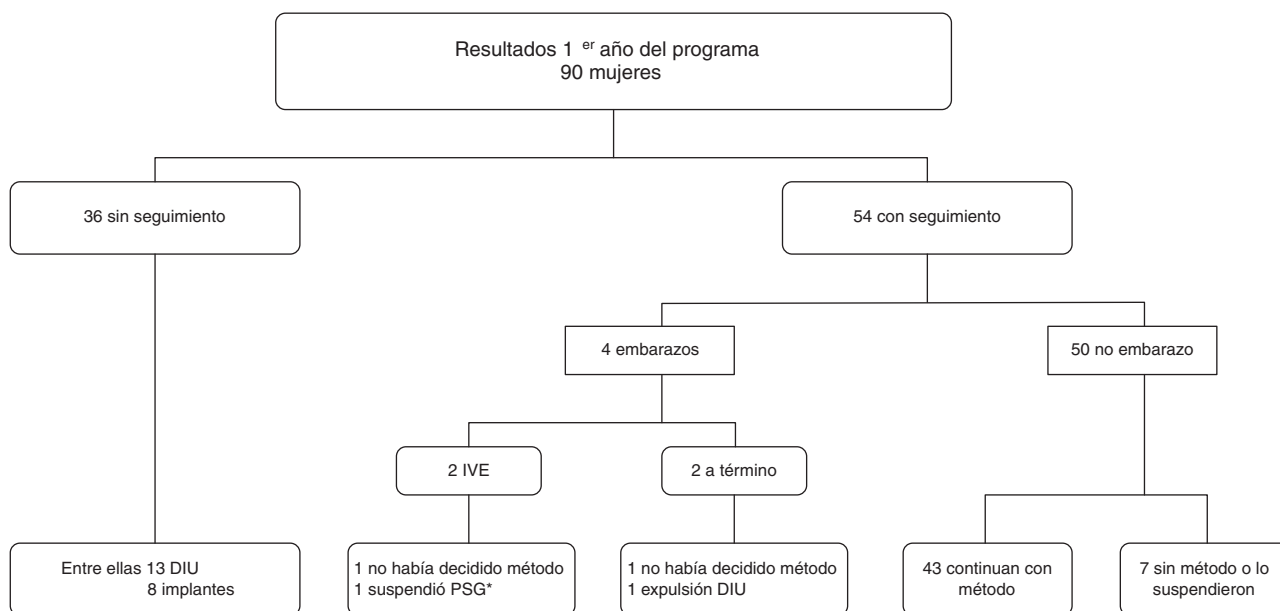
Los resultados obtenidos reflejan una tasa de anticoncepción buena para este grupo (86%), mucho mejor que nuestras cifras previas.

Hemos flexibilizado al máximo las citaciones, no sólo permitiendo el acceso sin cita, sino dando nosotros el primer paso, haciendo una búsqueda activa de las mujeres que fallaron. Logramos recuperar el 81% de ellas, más del 90% accedieron a un método, la mayoría de larga duración.



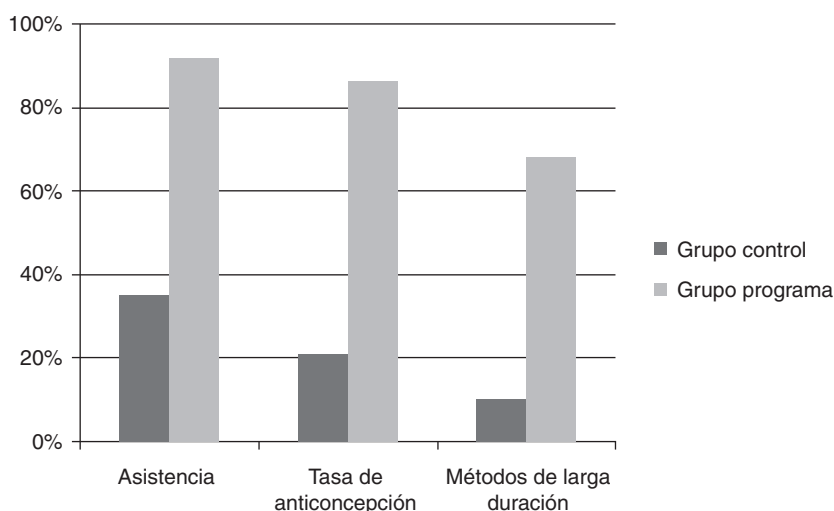
\*Píldora de sólo gestágenos.

**Figura 1** Asistencia y desarrollo del programa.



PSG píldora sólo gestágeno

**Figura 2** Resultados del primer año del programa.



**Figura 3** Resultados del grupo programa y el grupo control.

Este grupo tiene una alta tasa de absentismo a las consultas programadas, intentamos aprovechar el día que acudían para aplicar el método, quizás era la última oportunidad de verla. Nos pareció que el DIU era el método ideal, dura muchos años, es reversible y no necesita seguimiento médico.

Poder disponer de DIU de forma gratuita es fundamental para conseguir estos resultados. Aplicar el método el mismo día de la consulta nos resulta muy útil. Perdimos a alguna mujer cuando tuvimos que demorar el procedimiento.

La tasa de expulsión de DIU fue alta, del 15,5%<sup>10</sup>. Nuestra tasa de expulsión general de DIU es aproximadamente del 5% fuera del período posnatal. De las cinco expulsiones, cuatro se recambiaron sin problemas. Tres ocurrieron en los primeros 8 DIU insertados del programa. Los otros dos fueron bastante posteriores. Posiblemente adquirimos más habilidad en la

inserción con la práctica en úteros que no están totalmente involucionados. A pesar de todo pensamos que merece la pena, el 84% de los DIU quedó bien colocado a la primera.

Muchas de estas mujeres ya estaban en riesgo de embarazo el día que acudían a la consulta, pues habían mantenido relaciones sexuales sin protección sin estar lactando sus hijos. Sin embargo, no tuvimos que anular ningún procedimiento porque la mujer estuviera gestante.

Hemos utilizados los métodos de una manera muy ágil, pero siguiendo siempre de manera rigurosa las recomendaciones de la OMS en criterios de elegibilidad<sup>11</sup>. No hemos tenido constancia de ninguna complicación.

La Planificación Familiar es una actividad poco "vistosa" y no atrae mucho a los ginecólogos en general, siendo vista en la mayoría de los casos como una actividad menor. Sin embargo,

pocas actividades de prevención tienen los beneficios que se pueden conseguir con el control de la natalidad<sup>12</sup>.

Dentro del primer mundo en que vivimos, todos reconocemos bolsas de pobreza y exclusión social: adolescentes sin terminar los estudios primarios, problemas de drogadicción, hijos previos con la custodia retirada, malos tratos familiares, agresiones, familias desestructuradas con la ausencia del progenitor, inmigrantes, etnias minoritarias... Estos grupos, a pesar de tener los mismos derechos sanitarios que los demás ciudadanos, no acceden a ellos de la misma forma ni se benefician de la misma manera.

Espaciar los embarazos mejora indudablemente la salud de la propia mujer, de los hijos que ya tiene y de su entorno familiar más cercano<sup>12</sup>.

La diana de nuestro programa fue este grupo de mujeres. Aprovechando la rutina establecida de unas consultas programadas de embarazo, a las que solían acudir, al conocimiento del personal sanitario y a la facilidad que se les prestaba para la atención ya fuera vía telefónica o de manera presencial, conseguimos una alta tasa de asistencia a la consulta de posparto. En este momento las mujeres tienen un alto grado de motivación, acaban de tener un hijo, son conscientes de su fertilidad y no desean quedarse embarazadas inmediatamente.

La parte fundamental del programa recae en el personal de enfermería, prácticamente siempre la misma persona, a la que ya conocen del control del embarazo y que se mantiene en la consulta de posparto. La cercanía y la capacidad de empatía son fundamentales. El resto somos ginecólogos del hospital con nuestra actividad asistencial habitual, que no dedicamos a la planificación más de media jornada a la semana.

Las bases del programa son: facilitar la accesibilidad a la consulta, hacer una búsqueda activa de las mujeres que no acuden a la revisión posparto, y tener agilidad para aplicar los métodos anticonceptivos. Conseguir métodos anticonceptivos gratuitos para estos grupos es fundamental.

Hemos comprobado que la consulta de posparto, generalmente infravalorada, tiene grandes posibilidades para que las mujeres de estos grupos sociales puedan acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Inmaculada Pardo López, por su implicación y colaboración en el programa.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Principales Datos IVE 2008. [acceso 18 marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE\\_2008.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE_2008.pdf)
2. Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española. [acceso 8 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.equipodaphne.es/html/documents/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>
3. Marston C, Cleland J. The effects of contraception on obstetric outcome. Geneva: World Health Organization. 2004. p. 7–15.
4. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García Barrios C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto. Salud Pública Mex. 2003;45(supl 1):S92–102.
5. Hiller JE, Giffith E, Jenner F. Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD001863. DOI: 10.1002/14651858.CD001863.
6. Avecilla A. Aspectos sociales de la anticoncepción, editors In: Pérez Campos E, Lete I, editors. Métodos Anticonceptivos.. España: Imprimeix S.L; 2008; p. 167–80.
7. Speroff L, Mishell Jr DR. The postpartum visit: its time for a change in order to optimally initiate contraception. Contraception. 2008;78:90–8.
8. Stanback J, Diabate F, Dieng T, de Morales TD, Cummings S, Traoré M. Ruling out pregnancy among family planning clients: the impact of a checklist in three countries. Stud Plann Fam. 2005;36:311–5.
9. Rinehart W. OMS actualiza los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. INFO Report, No 1. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Agosto 2005.
10. Grimes D, Schulz K, van Vliet H, Stanwood N. Inserción inmediata postparto de dispositivos intrauterinos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th ed. Who Library Cataloguing-in-Publication. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf).
12. OMS. Beneficios de la Planificación Familiar para la salud. 1995. WHO/FHE/FPP95. 11.