

Artículo original

La anticoncepción durante la cuarentena: situación actual y colectivos más vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo

The contraception during the quarantine: current situation and groups more vulnerable to unplanned pregnancies during this period

Azahara Reyes-Lacalle¹, Laura Montero-Pons², Josep Maria Manresa-Domínguez³, Rosa Cabedo-Ferreiro⁴, Glòria Seguranyes⁵, Gemma Falguera-Puig⁶

¹Matrona. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). Institut Català de la Salut (ICS). Sabadell (Barcelona). ²Matrona. ASSIR. ICS. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). ³Estadístico y enfermero. Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Barcelona. Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). ⁴Matrona. ASSIR. ICS. Granollers (Barcelona). ⁵Matrona. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Barcelona. ⁶Matrona. ASSIR. ICS. Metropolitana Nord. Barcelona

RESUMEN

Objetivos: Conocer la prevalencia de reinicio de relaciones sexuales coitales (RSC) en mujeres puérperas, antes de las 6 semanas posparto, cuántas tienen cobertura anticonceptiva inadecuada y sus características.

Sujetos, material y método: Estudio transversal de datos recogidos en mujeres participantes en el grupo control del estudio MAYA, llevado a cabo en 20 centros de Cataluña con el fin de analizar la efectividad a largo plazo de un programa de asesoramiento anticonceptivo posparto de refuerzo (grupo intervención, 10 centros) con respecto a la práctica clínica habitual (grupo control, 10 centros). Los datos analizados provienen de la información recogida a las 30 semanas de embarazo y a las 6 semanas posparto. No usar métodos anticonceptivos y el coito interrumpido se consideraron «cobertura anticonceptiva inadecuada».

Resultados: Se analizaron 428 mujeres de $32 \pm 5,1$ años. El 32,9% (n= 141) había reiniciado las RSC antes de las 6 semanas posparto, y el 20% (n= 28) tenía una cobertura anticonceptiva inadecuada. Las mujeres <30 años o usuarias de lactancia artificial frente a mixta/materna reiniciaron las RSC durante la cuarentena con más frecuencia. Las extranjeras frente a las españolas, con un menor nivel educativo o que daban lactancia mixta frente a artificial/materna presentaron más

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of resumption of sexual intercourse (SI) among puerperal women before 6 weeks postpartum, how many do not use adequate contraception and their characteristics.

Subjects, material and method: Cross-sectional study of data collected from women in the control group of the MAYA study that was conducted at 20 centres in Catalonia (Spain) in order to analyze the long-term effectiveness of an additional postpartum contraceptive counselling program (intervention group, 10 centres) vs. standard clinical practice (control group, 10 centres). The data was collected by midwives at week 30 of pregnancy and at week 6 postpartum. Not using any contraception or using the withdrawal method was considered «inadequate contraception».

Results: 428 women aged 32 ± 5.1 years were analyzed. 32.9% (n= 141) had resumed SI before 6 weeks postpartum, with 20% (n= 28) using inadequate contraception. Women aged <30 years and those who formula fed vs. those who mixed- or breastfed were most likely to resume SI during the 6-week postpartum period. Compared to Spanish women, foreigners, those with lower education levels or who mixed fed instead of formula feeding or breastfeeding were more likely to use in-

Fecha de recepción: 13/02/18. Fecha de aceptación: 28/05/18.

Correspondencia: A. Reyes-Lacalle. Matrona. ASSIR. Centro de Atención Primaria Sant Fèlix, 1.ª planta. Ctra. de Barcelona, 473. 08204 Sabadell (Barcelona). Correo electrónico: areyes.ics@gencat.cat

El presente estudio ha sido financiado por Bayer Hispania, que también ha financiado el servicio de redacción y edición médica, sin que ello haya tenido influencia sobre su contenido. Las opiniones expresadas en él corresponden únicamente a las de los autores.

Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G. La anticoncepción durante la cuarentena: situación actual y colectivos más vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo. *Matronas Prof.* 2018; 19(3): 96-103

frecuentemente una cobertura anticonceptiva inadecuada. Las que no eran laboralmente activas o no habían planificado la gestación presentaban ambos comportamientos.

Conclusiones: Una de cada 3 mujeres inicia las relaciones sexuales antes de las 6 semanas, y de éstas, 1 de cada 5 no tiene una cobertura anticonceptiva adecuada. Este estudio ha identificado las características de mujeres que podrían ser especialmente vulnerables a embarazos no planificados.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Embarazo, anticoncepción, posparto, relaciones sexuales.

adequate contraception. Women who were unemployed or who had not planned pregnancy expressed both behaviours.

Conclusions: One woman in three resumes sexual intercourse before the end of the 6-week postpartum period and of these, one in five uses inadequate contraception. This study identifies the characteristics of women who may be especially vulnerable to unintended pregnancy.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Pregnancy, contraception, postpartum, sexual intercourse.

INTRODUCCIÓN

La anticoncepción durante el posparto tiene como objetivo evitar embarazos no planificados o poco espaciados (durante los 12 meses siguientes al parto), dado el impacto negativo de éstos sobre la salud de la madre y del recién nacido¹⁻³. El asesoramiento anticonceptivo se considera así un componente esencial de la atención sanitaria durante el periodo prenatal, inmediatamente después del parto y durante el primer año posparto¹. Aunque la anticoncepción es un aspecto importante de la salud de la mujer durante toda su etapa fértil, el posparto supone una oportunidad para proporcionar asesoramiento anticonceptivo, dado que durante este periodo las mujeres están motivadas para impedir un nuevo embarazo y mantienen un contacto regular con obstetras y matronas^{2,4}. En nuestro país, la «Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio» de 2014, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), establece la necesidad de dar asesoramiento sobre anticoncepción ya desde el alta hospitalaria, para continuar durante las visitas posparto (24-48 h tras el alta y a las 6 semanas o final de la cuarentena)⁵.

Tras el parto, las mujeres se enfrentan a una nueva y compleja situación que conlleva importantes reajustes fisiológicos y cambios físicos y emocionales. El momento del reinicio de las relaciones sexuales coitales (RSC) varía en función de varios factores físicos y/o psicológicos. Aunque el asesoramiento anticonceptivo se contempla desde el alta hospitalaria, en este momento la mujer probablemente no esté suficientemente abierta al mismo. Esto es importante, ya que si no realiza lactancia materna exclusiva, la mujer puede ser fértil desde los 21 días posparto⁵. Teniendo en cuenta que la siguiente visita será a las 6 semanas y que algunas mujeres pueden haber reiniciado las RSC durante este tiempo, puede que en algunos casos sea demasiado tarde. Conocer cuántas mujeres reinician las RSC antes de las

6 semanas posparto en nuestro país y sus prácticas anticonceptivas es fundamental para establecer la base sobre la que articular el asesoramiento anticonceptivo posparto.

La información acerca de estos aspectos en nuestro país es escasa. En un estudio realizado en 2009 en Cataluña, con el objetivo de valorar una intervención telemática en la atención posparto, el 44,5% de las mujeres había reiniciado las relaciones sexuales durante este periodo⁶. Se desconoce cuántas de ellas utilizaban algún método anticonceptivo.

En 2015 se puso en marcha en Cataluña el estudio experimental multicéntrico aleatorizado por *clusters* «Efectividad del asesoramiento anticonceptivo en el posparto» (MAYA), en mujeres que recibieron asistencia durante el embarazo en 20 centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) de atención primaria de Cataluña. El objetivo de este estudio fue establecer la efectividad a largo plazo de un programa de asesoramiento anticonceptivo de refuerzo durante el posparto con respecto a la práctica clínica habitual. Aunque los resultados definitivos estarán listos a mediados de 2018, se dispone ya de datos correspondientes a la visita de seguimiento al final de la cuarentena. Diez de los ASSIR participantes ofrecieron asesoramiento anticonceptivo de acuerdo con la práctica clínica habitual (grupo control). Los datos recogidos en estos centros pueden aportar información acerca de la vulnerabilidad de las mujeres a embarazos no planificados durante la cuarentena. Esta información será de gran utilidad para evaluar la necesidad de adaptar el asesoramiento anticonceptivo a la situación de las mujeres en nuestro país, y si habría que reforzarlo en colectivos específicos. Con este propósito, se han analizado los resultados del grupo control para conocer la prevalencia de reinicio de RSC antes de las 6 semanas posparto en mujeres puerperas, cuántas tienen una cobertura anticonceptiva inadecuada y cuáles son sus características.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

Emplazamiento

En los 10 ASSIR participantes en el grupo control del estudio MAYA, las matronas ofrecieron asesoramiento anti-conceptivo posparto durante las visitas posparto habituales: a las 24-48 horas, a los 7 días, a los 15-21 días y a las 6 semanas. Se reclutaron consecutivamente mujeres que acudieron a consulta para su seguimiento gestacional y posterior seguimiento posparto entre el 1 de octubre de 2015 y el 31 de marzo de 2016. La recogida de datos y el seguimiento se extendieron hasta el 31 de marzo de 2017.

Diseño

Estudio transversal de los datos recogidos en la visita de captación a las 30 semanas de embarazo y en la visita de la cuarentena a las 6 semanas posparto.

Sujetos

Los criterios de inclusión del estudio MAYA fueron ser mujer gestante ≥ 18 años, disponer de un teléfono móvil o de conexión a internet con el fin de establecer las comunicaciones necesarias, y haber firmado un documento de consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron ser analfabeta, presentar alguna barrera idiomática –si no se disponía de mediadores en el centro– o no desear ningún método anticonceptivo por motivos religiosos, orientación sexual o sospecha de esterilidad.

Variables

En la visita de captación, a las 30 semanas de embarazo, se recogió información sobre variables sociodemográficas (edad, lugar de origen, pareja actual, nivel de estudios, estado laboral), paridad, número de abortos (si fueron espontáneos o se produjo una interrupción voluntaria del embarazo [IVE]) y si el embarazo fue planificado. En la visita realizada a las 6 semanas posparto se recogió información sobre variables obstétricas (fecha del parto, tipo de parto, presencia y tipo de lesión perineal), sexuales (reinicio de las RSC) y anticonceptivas (uso de métodos anticonceptivos, tipo de método), y tipo de lactancia (materna exclusiva, mixta o artificial).

Las variables principales del estudio fueron el porcentaje de mujeres que iniciaron las RSC antes de las 6 semanas posparto, cuántas usaban una cobertura anticonceptiva adecuada y las características diferenciales de éstas frente a las que no habían reiniciado las RSC y usaban una cobertura anticonceptiva inadecuada, respectivamente.

Recogida de datos

Los datos fueron recogidos por las matronas mediante una entrevista presencial con las mujeres aprovechando las visitas de control del embarazo y del puerperio.

Los datos se recogieron en formularios impresos generados mediante el programa TeleForm para su posterior lectura digital mediante un escáner e incorporación automatizada de la información a una base de datos en Access. Se realizó un control de calidad de los datos previo al análisis estadístico con el fin de asegurar la correcta recogida de datos.

En la realización del estudio se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki y se adoptaron las precauciones necesarias para reducir al mínimo las repercusiones posibles en las gestantes y púerperas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Antes de su inclusión en el estudio, todas las mujeres firmaron un documento de consentimiento informado.

Análisis de datos

La cobertura anticonceptiva se clasificó como «inadecuada» cuando ésta no se consideraba propicia para la prevención de embarazos no planificados durante la cuarentena (ningún uso de métodos anticonceptivos o uso del «coito interrumpido») o «adecuada» para el resto de los métodos, incluido el método anticonceptivo de la lactancia y amenorrea (MELA). En función de la paridad, las mujeres se clasificaron como primigestas

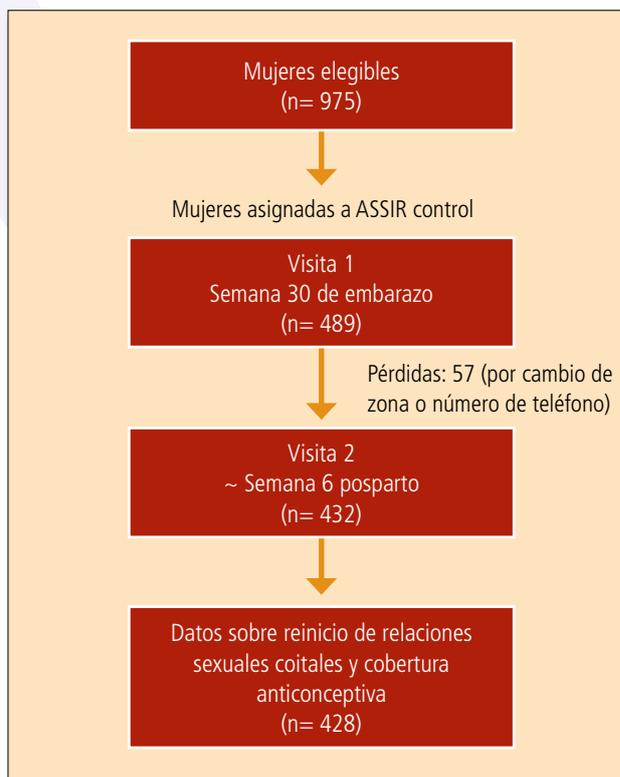


Figura 1. Flujo de mujeres. ASSIR: centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

Tabla 1. Características sociodemográficas, paridad, número de IVE y planificación del embarazo actual de la población global de mujeres (n= 428) y en función de si han reiniciado RSC y la cobertura anticonceptiva a las 6 semanas posparto

	Población analizada (n= 428)	Han reiniciado RSC antes de las 6 semanas posparto			Cobertura anticonceptiva adecuada* si han iniciado RSC (n= 141)		
		Sí n= 141 (32,9%)	No n= 287 (67,1%)	p	Sí n= 113 (80,1%)	No n= 28 (19,9%)	p
Edad (años), media ± DE	32 ± 5	31,1 ± 5,5	32,4 ± 4,7	0,009	31,5 ± 5,3	29,3 ± 5,9	
<30, n (%)	122 (28,5)	50 (41)	72 (59)	0,025	36 (72)	14 (28)	0,052
>30, n (%)	306 (71,5)	91 (29,7)	215 (70,3)		77 (84,6)	14 (15,4)	0,072
Origen, n (%)^a							
España	329 (79,1)	106 (32,2)	223 (67,8)	0,610	94 (88,7)	12 (11,7)	<0,001
Resto de Europa	14 (3,4)	5 (35,7)	9 (64,3)		2 (40)	3 (60)	
Marruecos	17 (4,1)	8 (47,1)	9 (52,9)		4 (50)	4 (50)	
Sudamérica	56 (13,5)	17 (30,4)	39 (69,6)		11 (64,7)	6 (35,3)	
Pareja actual, n (%)^b							
Sí	401 (99,3)	134 (33,4)	267 (66,6)	0,998	107 (79,9)	27 (20,1)	0,207
No	3 (0,7)	1 (33,4)	2 (66,6)		0 (0)	1 (100)	
Estudios, n (%)^c							
Sin estudios	1 (0,2)	1 (100)	0 (0)	1,000	0 (0)	1 (100)	0,024
Primarios	61 (14,4)	25 (41)	36 (59)		16 (64,1)	9 (36)	
Secundarios	176 (41,5)	58 (33)	118 (67)		48 (82,8)	10 (17,2)	
Universitarios	186 (43,9)	56 (30,1)	130 (69,9)		48 (85,7)	8 (14,3)	
Situación laboral, n (%)^b							
Empleada (empresaria o asalariada)	314 (77,7)	91 (29)	223 (71)	0,001	79 (86,8)	12 (13,2)	0,003
Desempleada (en paro o ama de casa)	90 (22,3)	43 (47,8)	47 (52,2)		28 (65,1)	15 (34,9)	
Primigesta, n (%)							
Sí	164 (38,3)	61 (37,2)	103 (62,8)	0,140	49 (80,3)	12 (19,7)	0,961
No	264 (61,7)	80 (30,3)	184 (69,7)		64 (80)	16 (20)	
IVE anterior, n (%)^c							
Sí	71 (16,7)	24 (33,8)	47 (66,2)	0,878	20 (83,3)	4 (16,7)	0,654
No	353 (83,3)	116 (32,9)	237 (67,1)		92 (79,3)	24 (20,7)	
Embarazo planificado, n (%)^d							
Sí	365 (85,7)	113 (31)	252 (69)	0,041	95 (84,1)	18 (15,9)	0,014
No	61 (14,3)	27 (44,3)	34 (55,7)		17 (63)	10 (37)	

DE: desviación estándar; IVE: interrupción voluntaria del embarazo; RSC: relaciones sexuales coitales.

* Cobertura anticonceptiva adecuada: cualquier método anticonceptivo incluido MELA (método anticonceptivo de la lactancia y la amenorrea). No incluye el coito interrumpido.

Valores perdidos: ^an= 12, ^bn= 24, ^cn= 4, ^dn= 2.

Todos los contrastes entre variables cualitativas se realizaron mediante la prueba de la χ^2 de Pearson, excepto la relación entre el reinicio de las RSC y el nivel de estudios, que se analizó mediante la prueba de la χ^2 para tendencia lineal.

(embarazadas por primera vez, sin ningún aborto previo) o no primigestas (resto).

Las variables cualitativas se expresan en frecuencia absoluta y relativa, y las cuantitativas como media y desviación estándar. En los contrastes de variables cualitativas se utilizaron las pruebas de la χ^2 de Pearson o la de tendencia lineal y la exacta de Fisher, en función de las condiciones de aplicación. En la comparación de medias se utilizó la prueba de la t de Student para datos

independientes. El nivel de significación utilizado en todos los contrastes fue de $p \leq 0,05$. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 23.0

RESULTADOS

Población de estudio

En el estudio MAYA se reclutaron 975 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron

Tabla 2. Características obstétricas y tipo de lactancia de la población global de mujeres (n= 428) y en función de si han reiniciado RSC y la cobertura anticonceptiva a las 6 semanas posparto

	Población analizada (n= 428)	Han reiniciado RSC		p	Cobertura anticonceptiva adecuada* si han iniciado RSC (n= 141)		p
		Sí n= 141 (32,9%)	No n= 287 (67,1%)		Sí n= 113 (80,1%)	No n= 28 (19,9%)	
Tipo de parto, n (%)^a							
Eutócico	290 (68,9)	98 (33,8)	192 (66,2)	0,342	77 (78,6)	21 (21,4)	0,564
Instrumentado	49 (11,6)	12 (24,5)	37 (75,5)		11(91,7)	1 (8,3)	
Cesárea	82 (19,5)	30 (36,6)	52 (63,4)		24 (80)	6 (20)	
Lesión perineal, n (%)^b							
No	147 (38,4)	53 (36,1)	94 (63,9)	0,260	43 (81,1)	10 (18,9)	0,749
Sí	227 (61,6)	72 (30,5)	164 (69,5)		60 (83,3)	12 (16,7)	
Lactancia, n (%)^c							
Materna	283 (74,1)	84 (29,7)	199 (70,3)	0,030	72 (85,7)	12 (14,3)	0,006
Mixta	39 (10,2)	12 (30,8)	27 (69,2)		6 (50)	6 (50)	
Artificial	60 (15,7)	27 (45)	33 (55)		24 (88,9)	3 (11,1)	

RSC: relaciones sexuales coitales.

*Cobertura anticonceptiva adecuada: cualquier método anticonceptivo incluido MELA (método anticonceptivo de la lactancia y la amenorrea). No incluye el coito interrumpido.

Valores perdidos: ^an= 7, ^bn= 45, ^cn= 46.Todos los contrastes entre variables cualitativas se realizaron mediante la prueba de la χ^2 de Pearson, excepto la relación entre el reinicio de las RSC y el tipo de lactancia, que se analizó mediante la prueba de la χ^2 para tendencia lineal.**Tabla 3.** Tipos de anticonceptivos usados (n= 141)

	n (%)
• Cobertura anticonceptiva inadecuada	
– Ningún método	18 (12,8)
– Coito interrumpido	10 (7,1)
• Cobertura anticonceptiva adecuada	
– Preservativo masculino	88 (62,4)
– AO gestágenos	19 (13,5)
– AO combinados	2 (1,4)
– MELA	2 (1,4)
– Vasectomía	1 (0,7)
– Anillo vaginal	1 (0,7)

AO: anticonceptivos orales; MELA: método anticonceptivo de la lactancia y amenorrea.

ningún criterio de exclusión. De éstas, 489 pertenecían a los 10 centros ASSIR del grupo control. Se dispone de información acerca del reinicio de RSC y de cobertura anticonceptiva en 428 mujeres, que conformaron la muestra analizada en el presente estudio (figura 1).

Características sociodemográficas

La media de edad de estas mujeres era de $32 \pm 5,1$ años, y el 71,5% (n= 306) tenía más de 30 años. Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 1.

Paridad, IVE previas y planificación del embarazo

Del total de 428 mujeres, 164 (38,3%) eran primigestas y 353 (83,3%) no habían tenido ninguna IVE previa. El embarazo fue planificado en 365 mujeres (85,7%) (tabla 1).

Características obstétricas y tipo de lactancia

En 290 mujeres (68,9%) el parto fue eutócico. El parto vaginal originó lesiones perineales en 227 mujeres (61,6%), de las que 9 (4% de éstas) fueron desgarras de tipo 3 o 4. La lactancia materna exclusiva fue el tipo de alimentación usado por 283 mujeres (74,1%) (tabla 2).

REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Al final de la cuarentena 141 mujeres (32,9%) habían reiniciado las RSC. El porcentaje de éstas fue superior entre las mujeres de menos de 30 años (el 41 frente al 29,7% en >30 años; $p= 0,025$) y las laboralmente inactivas (el 47,8 frente al 29% en laboralmente activas; $p= 0,001$) (tabla 1). También fue superior entre las mujeres que daban lactancia artificial (el 45 frente al 30,8% con lactancia mixta o frente al 29,7% con lactancia materna exclusiva; $p= 0,030$) (tabla 2) y en las que no habían planificado el embarazo (el 44,3 frente al 31% respecto a las que sí lo planificaron; $p= 0,041$) (tabla 1).

Cobertura anticonceptiva durante la cuarentena

De las 141 mujeres que habían iniciado las RSC durante la cuarentena, 113 (80,1%) usaban algún método anticonceptivo diferente al coito interrumpido. Los diferentes métodos utilizados se muestran en la tabla 3. Entre ellos, el preservativo masculino fue el empleado con más frecuencia (62,4%).

El uso de una cobertura anticonceptiva adecuada fue significativamente superior en las mujeres españolas respecto a las de otros países de origen (el 88,7% frente al 40-64%; $p < 0,001$), en las que tenían un mayor nivel de estudios (el 64,1% en primarios o sin estudios, el 82,8% en secundarios y el 85,7% en universitarios; $p = 0,024$), en las laboralmente activas (el 86,8% frente al 65,1%; $p = 0,003$) y en las que habían planificado el embarazo actual (el 84,1% frente al 63% en las que no lo planificaron; $p = 0,014$) (tabla 1); también fue significativamente inferior en las mujeres que optaron por la lactancia mixta. Sólo una mujer no tenía pareja en el momento del estudio, lo que impidió analizar las posibles diferencias.

DISCUSIÓN

El presente estudio revela aspectos de la cuarentena que son fundamentales a la hora de ofrecer asesoramiento anticonceptivo en el posparto. Cabe destacar que 1 de cada 3 mujeres reinicia las relaciones sexuales antes de finalizar la cuarentena, y que el 20% de éstas presenta una cobertura anticonceptiva inadecuada, lo que las hace especialmente vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo. La edad < 30 años o la lactancia artificial se asocia a una mayor frecuencia de reinicio de RSC durante la cuarentena; tener un bajo nivel educativo o dar lactancia mixta se asocia a una peor cobertura anticonceptiva, y no ser laboralmente activa o no haber planificado el embarazo actual se asocia a ambos comportamientos.

Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, entre las cuales la principal es el reducido número de mujeres analizadas (141 mujeres que habían reiniciado las RSC durante la cuarentena y de las que se disponía de información sobre la cobertura anticonceptiva), dado que se trata de un subanálisis de una población más amplia dimensionada para analizar el objetivo del estudio MAYA. Por otro lado, las mujeres participantes fueron las que asistieron a 10 ASSIR, por lo que puede que no sean representativas de la realidad nacional. Pese a ello, nuestro estudio ha revelado aspectos novedosos de interés.

El porcentaje de mujeres que reinició las RSC en nuestro estudio (32,9%) fue ligeramente inferior al de

un estudio similar llevado a cabo en Cataluña en 2009 con el objetivo de valorar una intervención telemática en la atención posparto (44,5%)⁶. Aunque en ambos estudios las poblaciones son similares en cuanto a variables sociodemográficas —que en nuestro estudio se relacionan con una mayor probabilidad de reinicio de las relaciones sexuales (edad, etnia, situación laboral)—, difieren en cuanto al porcentaje de mujeres usuarias de lactancia materna exclusiva (el 74,1 frente al 80,8% en dicho estudio). Es probable que, además de esta diferencia, influyan otros factores que deben tenerse en cuenta en estudios de este tipo. Por ejemplo, se ha observado que las mujeres que reinician las RSC más tarde (> 8 semanas posparto) expresan tener falta de información, así como miedo al dolor y a un nuevo embarazo⁷.

La «Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio» de 2014 del MSSSI establece que la provisión de asesoramiento sobre sexualidad y anticoncepción antes de finalizar la cuarentena debe comenzar en el alta hospitalaria y continuar en la primera visita posparto (24-48 h tras el alta). Por ello, es probable que el relativamente alto porcentaje de cobertura anticonceptiva adecuada observado (80%) se deba a que un 62% de las mujeres no eran primigestas. Considerando que un alto porcentaje de éstas haya llevado el embarazo a término, puede ser que cuenten con la experiencia anterior. Sin embargo, sorprende que el porcentaje de mujeres primigestas con una cobertura anticonceptiva adecuada sea similar al de mujeres no primigestas cuando, en principio, sólo habrían recibido el asesoramiento anticonceptivo en las visitas posparto comentadas. No puede excluirse que las mujeres primigestas hayan podido recibir algún tipo de asesoramiento anticonceptivo durante el embarazo y paralelamente durante el puerperio de una variedad de fuentes, entre ellas internet o sus relaciones sociales.

Las mujeres sin ocupación laboral (22%) no sólo reiniciaron con más frecuencia las RSC durante este periodo, sino que también fueron más propensas a usar una cobertura anticonceptiva inadecuada. Las mujeres extranjeras (inmigrantes) o sin estudios o con estudios básicos, aunque no reiniciaron las RSC con más frecuencia, presentaron en mayor proporción una cobertura anticonceptiva inadecuada, lo que las convierte en especialmente vulnerables.

El 74% de las mujeres seguía con la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas. Sin embargo, sólo el 1,4% de las mujeres expresó usar la MELA como método anticonceptivo. Tanto la lactancia materna exclusiva como la mixta se asociaron a una menor frecuencia de reinicio de RSC con respecto a la lactancia artificial. La rela-

ción entre la lactancia materna y la sexualidad es controvertida⁸⁻¹². Algunos estudios llevados a cabo en nuestro país han observado una peor respuesta sexual entre mujeres lactantes⁷, mientras que otros no¹³. Un estudio realizado en nuestro entorno en 130 mujeres ha revelado que la lactancia en el posparto se asocia a una menor apetencia por las relaciones sexuales ($p=0,019$) e interés por el sexo ($p=0,04$)¹⁴. En este estudio sólo la lactancia mixta se asoció a una peor cobertura anticonceptiva. Estos datos podrían ser indicativos de un desconocimiento de la protección anticonceptiva de la MELA, así como de falta de efectividad anticonceptiva cuando la lactancia es mixta una vez transcurridos 21 días tras el parto⁵. Las mujeres jóvenes (<30 años) reiniciaron las RSC con más frecuencia que las mujeres de más edad, pero presentaron una cobertura anticonceptiva similar, lo que no las pone en una situación de vulnerabilidad superior respecto a éstas.

Pese a que el asesoramiento anticonceptivo posparto es especialmente importante en las mujeres con un riesgo elevado de embarazos no planificados¹⁵, haber tenido una o varias IVE –lo que ocurrió en el 17% de las mujeres– no se asoció a una mayor frecuencia de reinicio de las RSC ni de cobertura anticonceptiva inadecuada. No haber planificado el embarazo actual (una consecuencia directa de la vulnerabilidad observada en el 14% de las mujeres) sí se asoció a ambos factores, lo que sugiere que probablemente sea un mejor indicador de la vulnerabilidad que la IVE.

En contra de lo esperado, ni el tipo de parto ni la presencia o tipo de lesión perineal tuvieron relación con la frecuencia de reinicio de las RSC^{16,17} ni con el uso de una cobertura anticonceptiva adecuada.

El método anticonceptivo más usado (>60%) fue el preservativo masculino. Este método, utilizado por el 28,4% de las mujeres fértiles en nuestro país¹⁸, se considera poco efectivo, dada la dependencia que tiene de la usuaria para un uso correcto¹⁹. Sin embargo, la efectividad de los métodos no tiene tanto peso durante el periodo posparto, ya que algunos de ellos, como los hormonales combinados, están contraindicados si la mujer está lactando^{20,21} (un 85% de las mujeres en nuestro estudio). Cabe esperar que al final de la cuarentena la mujer adopte el método que debe usar hasta el siguiente embarazo o definitivamente; de ahí la importancia del asesoramiento anticonceptivo en este momento, así como durante el primer año posparto¹. Otros métodos, como los dispositivos intrauterinos con levonorgestrel, aunque son compatibles con la lactancia a partir de las 4 semanas posparto, no son frecuentes durante este periodo, dado que es necesario concertar una cita para su inserción, retrasando así su uso.

CONCLUSIONES

En conclusión, este estudio muestra que 1 de cada 3 mujeres púérperas reinicia las RSC durante la cuarentena, lo que es fundamental de cara a establecer el momento más adecuado para ofrecer el asesoramiento anticonceptivo tras el parto. Hasta un 20% de las mujeres que reiniciaron las RSC no tenía una cobertura anticonceptiva adecuada, lo que sugiere la necesidad de ofrecer un asesoramiento anticonceptivo en fases tempranas de la cuarentena que establezca métodos provisionales durante ésta, para abordar el uso de métodos más efectivos y a largo plazo una vez finalizada. Las características de las mujeres asociadas a una peor cobertura anticonceptiva han de servir para identificar a colectivos especialmente vulnerables a embarazos no planificados que se beneficiarían de un asesoramiento más intensivo. Estas características han de confirmarse en estudios realizados en una amplia muestra de mujeres.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de las matronas participantes en el estudio MAYA, sin las cuales éste no hubiera sido posible. Agradecen también la asistencia de Beatriz Viejo, PhD en la redacción y edición de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programming strategies for Postpartum Family Planning. Ginebra: World Health Organization, 2014 [consultado el 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93680/1/9789241506496_eng.pdf?ua=1
2. Best practice in postpartum family planning. Best Practice Paper N.º 1. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015 [consultado el 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-1---postpartum-family-planning.pdf>
3. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*. 2006; 295(15): 1.809-23.
4. Randel A. CDC updates recommendations for contraceptive use in the postpartum period, 2011 [consultado el 15 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2011/1215/p1422.pdf>
5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 [consultado el 8 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
6. Seguranyes-Ginot G. Eficacia de una intervención telemática en la atención al posparto en relación a la atención habitual, respecto a la opinión, consultas y morbilidad en las mujeres atendidas en los centros del PASSIR de Atención Primaria en Cataluña. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2013 [consultado el 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/21987/>
7. Alonso A, Dueñas C. Sexualidad y embarazo, 1.ª ed. Madrid: Cauce, 1996.
8. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract*. 1998; 47(4): 305-8.
9. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 45(3): 227-37.

10. Yee LM, Kaimal AJ, Nakagawa S, Houston K, Kuppermann M. Predictors of postpartum sexual activity and function in a diverse population of women. *J Midwifery Womens Health*. 2013; 58(6): 654-61.
11. Navarro-Gil C, Gómez-Mariñelarena C. Autoestima y autoimagen de las mujeres en el postparto. *Medicina Naturalista*. 2016; 10: 28-33.
12. Rejane-Salim N, Matos-Araújo N, Rosa-Gualda DM. Cuerpo y sexualidad: experiencias de púerperas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(4): 1-8.
13. Espinaco MJ, Román J, Santos M. La sexualidad en la lactancia. *Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas*. 1999; 2: 15.
14. Ortiz-González M, García-Mani S, Colldeforns-Vidal M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Prof*. 2010; 11(2): 45-52.
15. Yee L, Simon M. Urban minority women's perceptions of and preferences for postpartum contraceptive counseling. *J Midwifery Womens Health*. 2011; 56(1): 54-60.
16. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs*. 2010; 66(12): 2.640-9.
17. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(5): 881-8 [discussion 8-90].
18. Encuesta de anticoncepción en España. Madrid: Sociedad Española de Contracepción, 2016 [consultado el 8 de octubre de 2017]. Disponible en: http://sec.es/descargas/OBS_EncuestaAnticoncepcion2016.pdf
19. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011; 83(5): 397-404.
20. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 5.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2015 [consultado el 20 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/
21. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, 3.ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2018 [consultado el 11 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/