



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción (Revisión)

Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M

Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M.
Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception
(Inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011913.
DOI: [10.1002/14651858.CD011913.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011913.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción

Jen Sothornwit¹, Yuthapong Werawatakul¹, Srinaree Kaewrudee¹, Pisake Lumbiganon², Malinee Laopaiboon³

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. ³Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Dirección de contacto: Jen Sothornwit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. jeneration_x021@hotmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Regulación de la Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 4, 2017.

Referencia: Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception (Inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011913. DOI: [10.1002/14651858.CD011913.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011913.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El espaciamiento de los embarazos tiene una repercusión positiva sobre la salud materna y neonatal. El implante anticonceptivo de progestina, que es un método de anticoncepción reversible de acción prolongada, tiene una tasa de fracaso baja bien establecida que es compatible con la esterilización tubárica. La provisión estándar de métodos anticonceptivos en la primera visita posparto puede hacer que algunas mujeres estén en riesgo de un embarazo no intencional, ya sea debido a la pérdida durante el seguimiento o a que tienen relaciones sexuales antes de recibir anticoncepción. Por lo tanto, la administración inmediata de anticoncepción con una eficacia alta antes del egreso hospitalario puede mejorar la prevalencia anticonceptiva y prevenir el embarazo no intencional.

Objetivos

Comparar la tasa de iniciación, la efectividad y los efectos secundarios de la inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas de estudios elegibles hasta el 28 octubre 2016 en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL), MEDLINE, Embase y en POPLINE. Se examinaron artículos de revisión y se contactó con los investigadores. Para encontrar estudios potencialmente relevantes, también se verificaron los registros de ensayos clínicos en curso, las listas de referencias de los estudios incluidos, libros de texto clave, literatura gris y las revisiones sistemáticas anteriores.

Criterios de selección

Se buscaron los ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon la inserción posparto inmediata versus diferida del implante anticonceptivo para la anticoncepción.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión (JS, YW) seleccionaron de forma independiente títulos y resúmenes de los resultados de la búsqueda y evaluaron los artículos de texto completo de estudios potencialmente relevantes para su inclusión. Extrajeron los datos de los estudios incluidos, evaluaron el riesgo de sesgo, compararon los resultados y resolvieron los desacuerdos consultando a un tercer autor de la revisión (PL o SK). Cuando fue posible, se estableció contacto con los investigadores para solicitar datos adicionales. Se calculó el cociente de riesgos

(CR) de Mantel-Haenszel con el intervalo de confianza (IC) del 95% para los resultados binarios y la diferencia de medias (DM) con el IC del 95% para las variables continuas.

Resultados principales

Tres estudios que incluyeron a 410 participantes cumplieron los criterios de inclusión de esta revisión. No se identificó ningún ensayo en curso. Dos estudios incluidos tuvieron bajo riesgo de sesgos de selección, desgaste e informe, pero tuvieron alto riesgo de sesgos de realización y detección debido a la imposibilidad de cegar a las participantes a la intervención. Un estudio incluido tuvo alto riesgo de sesgo de desgaste. La calidad general de la evidencia de cada comparación varió de muy baja a moderada; las limitaciones principales fueron el riesgo de sesgo y la imprecisión.

La tasa de iniciación de los implantes anticonceptivos en la primera visita de chequeo posparto fue significativamente mayor en el grupo de inserción inmediata que en el grupo de inserción diferida (CR 1,41; IC del 95%: 1,28 a 1,55; tres estudios, 410 participantes; *evidencia de calidad moderada*).

Pareció haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en la tasa de continuación del implante anticonceptivo utilizado a los seis meses después de la inserción (CR 1,02; IC del 95%: 0,93 a 1,11; dos estudios, 125 participantes; *evidencia de baja calidad*) o a los 12 meses después de la inserción (CR 1,04; IC del 95%: 0,81 a 1,34; un ensayo, 64 participantes, *evidencia de calidad muy baja*).

Las pacientes que recibieron una inserción posparto inmediata del implante anticonceptivo tuvieron un número medio mayor de días de hemorragia vaginal anormal en el transcurso de las seis semanas posparto (DM 5,80 días; IC del 95%: 3,79 a 7,81; un estudio, 215 participantes; *evidencia de baja calidad*) y una tasa mayor de otros efectos secundarios en las seis primeras semanas después del parto (CR 2,06; IC del 95%: 1,38 a 3,06; un estudio, 215 participantes; *evidencia de baja calidad*) que las que recibieron una inserción posparto diferida. Pareció haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en la hemorragia vaginal irregular profusa o los dolores tipo cólicos graves asociados en el transcurso de 12 meses (CR 1,01; IC del 95%: 0,72 a 1,44; un estudio, 64 participantes; *evidencia de muy baja calidad*).

No estuvo claro si hubo alguna diferencia entre los grupos en las puntuaciones de satisfacción de la participante en una escala de 0 a 10 (DM -0,40; IC del 95%: -1,26 a 0,46; *evidencia de baja calidad*), o en las tasas de embarazo no intencional (CR 1,82; IC del 95%: 0,38 a 8,71; un ECA, 64 pacientes, *evidencia de muy baja calidad*) a los 12 meses, o en la tasa de lactancia materna a los seis meses (CR 2,01; IC del 95%: 0,72 a 5,63; un ECA, 64 pacientes, *evidencia de muy baja calidad*); la tasa no difirió de forma significativa entre los grupos.

Conclusiones de los autores

La evidencia de esta revisión indica que la tasa de iniciación del implante anticonceptivo en la primera visita de chequeo posparto fue mayor con la inserción posparto inmediata que con la inserción diferida. Pareció haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en la tasa de continuación del uso del implante anticonceptivo a los seis meses. No estuvo claro si hubo una diferencia entre los grupos en la continuación del uso de anticonceptivos a los 12 meses o en la tasa de embarazo no intencional a los 12 meses.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Inserción de un implante anticonceptivo poco después del parto

Pregunta de la revisión

Los autores Cochrane compararon la tasa de iniciación, la efectividad y los efectos secundarios de la inserción de un implante anticonceptivo (implante para la regulación de la natalidad) poco después del parto versus la inserción diferida hasta la visita posparto.

Antecedentes

El espaciamiento de los embarazos tiene una repercusión positiva sobre la salud de las embarazadas y de los recién nacidos. El implante anticonceptivo es un método de regulación de la natalidad muy efectivo que sólo utiliza progestina. Habitualmente se proporciona un implante anticonceptivo en la primera visita posparto (por lo general a las seis semanas). Sin embargo, algunas mujeres no acuden o tienen relaciones sexuales antes de esta visita de chequeo. La inserción de un implante anticonceptivo después del parto pero antes del alta hospitalaria es digna de consideración; es conveniente en cuanto al momento y el lugar y puede aumentar el número de mujeres que utilizan este método.

Características de los estudios

Se realizaron búsquedas de estudios aleatorios hasta el 28 de octubre de 2016. Se analizó si la inserción del implante anticonceptivo poco después del parto o cuando las pacientes acuden para el primer chequeo posparto afectó el uso de este método de anticoncepción. Se incluyeron tres estudios con un total de 410 mujeres.

Resultados clave

El uso de un implante anticonceptivo fue mayor cuando se aplicó justo después del parto que cuando se aplicó a las cuatro a seis semanas después. Pareció haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en la tasa de continuación del uso del implante anticonceptivo a los

seis meses. No estuvo claro si hubo una diferencia entre los grupos en la continuación del uso de anticonceptivos a los 12 meses o en la tasa de embarazo no intencional a los 12 meses.

Aunque la hemorragia vaginal y otros efectos adversos en las primeras seis semanas después del parto que incluyen náuseas, alopecia, hirsutismo, cefalea y acné parecen ser mayores en las pacientes que reciben este método unos pocos días después del parto en lugar de a las cuatro a seis semanas después, este hallazgo, sin embargo, no se puede establecer definitivamente de manera concluyente ya que todas las participantes conocían la naturaleza de la intervención que recibieron (no se cegaron) y los informes de estos efectos adversos no se evaluaron de forma objetiva. No estuvo claro si hubo diferencia entre los grupos a los 12 meses en la hemorragia vaginal irregular profusa o los dolores tipo cólicos graves asociados, las tasas de embarazo no intencional, o en medidas de satisfacción de las participantes. Tampoco estuvo claro si hubo alguna diferencia en las tasas de lactancia materna a los seis meses. Los estudios incluidos se realizaron en los EE.UU. y la generalización de estos hallazgos a otra población o contextos se debe aplicar con cuidado.

Calidad de la evidencia

La calidad general de la evidencia se consideró moderada a muy baja. Las limitaciones principales fueron la imprecisión y el riesgo de sesgo (relacionado con la falta de cegamiento y el desgaste). Ensayos controlados aleatorios adicionales de buena calidad y bien diseñados proporcionarán información adicional.