

ANTICONCEPCION PARA LA MUJER QUE AMAMANTA

Dra. Soledad Díaz

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y parto y del esfuerzo que requiere la atención de niños y niñas. La duración de la lactancia materna y del intervalo entre los embarazos son determinantes para la calidad de vida de los y las recién nacidos/as, especialmente en los países en vías de desarrollo. La anticoncepción post-parto contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos.

Las mujeres y las parejas, adecuadamente informadas, pueden decidir acerca de la lactancia y anticoncepción en la forma más conveniente para su situación y sus necesidades. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo remunerado, sus condiciones de salud y las presiones familiares, sociales o económicas influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuando iniciar un método anticonceptivo.

Hay consideraciones adicionales para el uso de los métodos anticonceptivos cuando la mujer está amamantando ya que no estos no deben interferir con la lactancia ni el crecimiento de los/as niños/as. Además, para el uso de cualquier anticonceptivo en forma efectiva y segura, en cualquier etapa de la vida de una mujer, deben seguirse los Criterios de Elegibilidad y las Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud.

Métodos no hormonales

Los métodos no hormonales se consideran la mejor opción para la mujer que amamanta, ya que no interfieren con la lactancia ni el crecimiento de los/las lactantes y tampoco implican la transferencia de esteroides a través de la leche.

Amenorrea de lactancia

La amenorrea de lactancia ofrece una protección anticonceptiva muy alta a las mujeres que están en lactancia exclusiva, con tasas de embarazo menores de 1% en los primeros seis meses post-parto. Los y las profesionales de salud deben saber que:

- La eficacia anticonceptiva disminuye rápidamente después del primer sangrado post-parto, con la introducción de alimentación suplementaria y cuando se cumplen seis meses post-parto. Cuando ocurre cualquiera de estas condiciones, es necesario comenzar a usar otro método anticonceptivo.
- La lactancia se debe apoyar con una elevada frecuencia de succión para que sea exitosa, para mantener la amenorrea y para evitar que se requiera alimentación suplementaria del o la lactante.
- Además de la protección anticonceptiva, la amenorrea de lactancia proporciona un período de tiempo de varios meses, durante los cuales la mujer puede comenzar otro método anticonceptivo sin temor de que esté embarazada (por ejemplo: se puede insertar un DIU sin esperar el primer sangrado). La seguridad de que la mujer no se va a embarazar en los primeros meses post-parto, si está en amenorrea, también permite postergar el inicio de la anticoncepción hormonal. Así se evita el paso de esteroides al lactante, si esta es la anticoncepción elegida.

Dispositivos Intrauterinos (DIU):

Los DIU con cobre, como la T Cobre 380 A, son uno de los métodos reversibles de mayor eficacia anticonceptiva con tasas de embarazo menores de 1% al final del año, lo que representa una gran ventaja en este período en que un embarazo puede perjudicar tanto la salud de la madre como la de su hijo o hija.

- La inserción es segura después de las cuatro semanas post-parto, teniendo precauciones especiales por la condición del útero en esta etapa de involución. También pueden insertarse durante la amenorrea de lactancia, no siendo necesario esperar la primera menstruación, o en los primeros días del primer ciclo menstrual post-parto o de cualquier ciclo subsiguiente. La inserción en el post-parto inmediato, apenas se ha expulsado la placenta, es un procedimiento seguro si lo practica personal debidamente entrenado.
- El DIU no debe insertarse entre las 48 horas y las 4 semanas post-parto.
- Es importante recordar que se necesita entrenamiento adecuado y tomar precauciones especiales con relación al tamaño y posición del útero para realizar la inserción en este período, con el fin de evitar perforaciones.
- Las inserciones en mujeres que amamantan son menos dolorosas y las mujeres tienen menos problemas con los sangrados y menos molestias durante el uso, en comparación con las inserciones realizadas en mujeres que no amamantan. La eficacia anticonceptiva y las tasas de continuación son muy buenas.

Esterilización quirúrgica:

La esterilización quirúrgica de la mujer no tiene consecuencias negativas para la lactancia, si se evita la separación prolongada de la madre y el/la lactante. El post-parto es también un período adecuado para la vasectomía ya que, si la mujer está en amenorrea de lactancia, la pareja no necesita protección adicional durante los tres meses después del procedimiento.

Métodos de barrera:

Su eficacia anticonceptiva puede ser más alta durante la lactancia, ya que hay una reducción parcial de la fertilidad en los primeros ciclos post-parto. El uso del condón protege de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA y algunas mujeres pueden estar en mayor riesgo de contagio en este período. El diafragma puede ser usado después de 6 semanas, cuando la anatomía de la mujer ha recuperado la normalidad, efectuando la medición para determinar el tamaño adecuado.

Abstinencia periódica:

El reconocimiento de los signos y síntomas de la fertilidad, como en el método de la ovulación, se puede aprender durante la amenorrea de lactancia para aplicarlo cuando se reinician los ciclos menstruales. La interpretación de la temperatura basal y de los cambios en el moco cervical puede ser más difícil durante la lactancia. Algunos estudios han encontrado tasas de embarazo algo más elevadas en los ciclos después de la amenorrea de lactancia, en comparación con las tasas observadas en mujeres que no amamantan.

Métodos hormonales***Métodos de progestágeno solo:***

Se puede iniciar su uso después de las primeras 6 semanas post-parto y pueden ser administrados como píldoras en mini-dosis, inyecciones e implantes.

- Estos métodos no tienen efectos negativos sobre la lactancia, ni sobre el crecimiento y el desarrollo temprano de los lactantes. Por lo tanto, son una buena elección cuando los métodos no hormonales

representan un riesgo para la salud de la madre o no son aceptables para ella.

- Tienen una elevada eficacia anticonceptiva, con tasas de embarazo menores de 1% al final del año de uso, tienen muy pocos efectos adversos y son bien tolerados.
- Cuando se inician durante la lactancia, prolongan el período de amenorrea y las mujeres presentan ciclos más largos y escasos días de sangrado cuando se reanudan los ciclos menstruales, lo que tiene un efecto positivo sobre los niveles de hemoglobina.
- Cuando se usan estos métodos, una pequeña cantidad de hormona pasa a la leche, la que va desde 10 mcg de acetato de medroxiprogesterona en el caso de este inyectable, hasta menos de 100 ng del progestágeno en el caso de pastillas e implantes. Estas hormonas son activas por vía oral, y no se conoce el efecto que puedan tener a largo plazo sobre el desarrollo de los/as niño/as. Por eso se recomienda comenzar su uso después de las seis semanas post-parto para evitar la ingestión de la hormona en un/a lactante en la etapa en que los sistemas metabólicos y la barrera hematoencefálica son más inmaduros.

Anillos Vaginales de Progesterona:

La progesterona es la hormona natural producida por el ovario en la fase lútea del ciclo menstrual y durante el embarazo y no es activa por la vía oral. La progesterona se administra a través de anillos vaginales, iniciando su uso a las seis semanas post-parto. Se ha demostrado que son muy efectivos como anticonceptivos, sin alterar la lactancia ni el crecimiento de las/os lactantes. La progesterona prolonga el período de anovulación y amenorrea post-parto, por lo que actuaría reforzando los mecanismos naturales de la infertilidad asociada a la lactancia.

Anticonceptivos hormonales combinados:

Las píldoras combinadas tienen un efecto negativo sobre la cantidad y calidad de la leche, acortan la duración de la lactancia y afectan el crecimiento de las/los lactantes. Por estas razones, no se recomienda su uso en los primeros seis meses post-parto cuando las mujeres están amamantando, salvo que sea la única opción disponible. Si este es el caso, se deben iniciar lo más tarde posible, postergándolos hasta después del primer sangrado post-parto o hasta la introducción de alimentación suplementaria al/la lactante. La misma recomendación se aplica a los anticonceptivos inyectables que contienen estrógenos, ya que esta hormona es la responsable de los efectos negativos sobre la lactancia.

Orientación a las usuarias

En los servicios de salud ofrecidos a las mujeres durante el embarazo y el post-parto, debe considerarse la orientación integral, que incluya la lactancia, la infertilidad asociada a la amenorrea post-parto, los anticonceptivos disponibles y sus efectos sobre la lactancia. Cuando la duración de la amenorrea de lactancia es breve, como ocurre en las ciudades chilenas, el personal de los servicios de salud se debe esforzar por hacer educación en regulación de la fertilidad durante el embarazo y el post-parto temprano para que las mujeres puedan tomar una decisión en los primeros meses post-parto. La orientación durante el embarazo es particularmente importante cuando se considera la AQV femenina o la inserción de un DIU en el post-parto temprano.

Se debe considerar cual es el momento más adecuado para iniciar el método según los Criterios Médicos de la OMS que se resumen en la Tabla 1 y la posibilidad de la mujer de volver al servicio de salud. La anticoncepción no se debe postergar más allá de la aparición del primer sangrado post-parto, de la introducción de alimentación suplementaria al /la lactante o del sexto mes post-parto.

Tabla 1.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA

Amenorrea de lactancia (1)	SI
Condón	SI
DIU (2)	SI
Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (3)	SI
Diafragma (4)	+ 6 semanas
Abstinencia periódica (5)	Con ciclos menstruales
Progestágeno solo (6)	
Oral	+ 6 semanas
Inyectable	+ 6 semanas
Implante	+ 6 semanas
AV Progesterona	+ 6 semanas
Combinados de estrógeno y progestágeno (7)	
Oral	+ 6 meses
Inyectable	+ 6 meses

(1) Método de la amenorrea de la lactancia (MELA): La tasa de embarazos es 1 a 2% si la mujer no ha menstruado, si aún no han transcurrido 6 meses desde el parto y si la lactancia es exclusiva.

(2) Dispositivos intrauterinos (DIU): Son métodos seguros y efectivos en el período post-parto. La inserción se puede hacer en los siguientes momentos:

a) Inserción inmediata después de la expulsión de la placenta (dentro de 10 minutos).

b) Inserción en las primeras 48 horas del puerperio.

c) Inserción después de las 4 semanas post-parto, ya sea con el primer sangrado o en los primeros 6 meses de amenorrea.

(3) AQV: La AQV solo se puede en el parto si se ha obtenido el consentimiento informado previamente.

(4) Diafragma: Se puede usar después de las 6 semanas, determinando en ese momento la medida adecuada.

(4) Los métodos de abstinencia periódica son más difíciles de usar en el post-parto inmediato, por la irregularidad de los ciclos menstruales y la dificultad de reconocer los signos que acompañan a la ovulación.

(5) Métodos hormonales de progestágeno solo: La mujer que está amamantando deben iniciar después de las 6 semanas post-parto. No causan disminución de la leche materna.

(6) Métodos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno: Pueden producir trastornos de coagulación por lo que no se deben usar antes de la tercera semana post-parto. No se deben usar antes del sexto mes post-parto si la mujer está amamantando porque disminuyen la producción de leche y la duración de la lactancia.

Bibliografía

- Amatayakul K, Wongsawasdi L, Munglapruks A, y cols. Successful sustained lactation following postpartum tubal ligation. *Adv Contracept* 7:363-370, 1991.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Postpartum tubal sterilization. *Int J Gynecol Obstet* 39:244, 1992.
- Croxatto HB, Díaz S, Peralta O y cols. Fertility regulation in nursing women IV. Long term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception* 27:13, 1983.
- Chi I-Ch, Wilkens LR, Champion CB, Machermer RE, Rivera R: Insertional pain and other IUD insertion-related rare events for breastfeeding and non-breastfeeding women - A decade's experience in developing countries. *Adv Contracept* 5:101-19, 1989.
- Chi I-Ch, Potts M, Wilkens LR, Champion ChB: Performance of the Copper T-380. A intrauterine device in breastfeeding women. *Contraception* 39:603-18, 1989.
- Díaz S, Peralta O, Juez G, Herreros C, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, Durán E, Croxatto HB: Fertility regulation in nursing women. III. Short-term influence of a low-dose combined oral contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception* 27:1-11, 1983.
- Díaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol* 5:815-22, 1993.
- Díaz S, Zepeda A, Maturana, X y col. Fertility Regulation in Nursing Women: IX. Contraceptive performance, duration of lactation,

infant growth and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, NORPLANT[®] implants and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 56:223-32, 1997.

- Díaz S. Breast-feeding and concurrent use of contraceptive implants. *Contraception* 65:39-44, 2002.
- Dunson TR, McLaurin VL, Grubb GS, Rosman AW: A multicenter trial of a progestin-only oral contraceptive in lactating women. *Contraception* 47:23-35, 1993.
- Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Anticoncepción postparto. En: *Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el Entrenamiento del Personal de los Servicios de Salud*. (ed) S. Díaz. Santiago de Chile, 1997.
- Jiménez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P: Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxy-progesterone acetate. *Contraception* 30:523-33, 1984.
- Labbok MH, Stallings RY, Shah F, Pérez A, Klaus H, Jacobson M, Muruthi T: Ovulation method use during breastfeeding: Is there increased risk of unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 165:2031-6, 1991.
- Massai R, Díaz S, Jackanicz T, Croxatto HB. Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroid* 65:703-7, 2000.
- Sivin I, Díaz S, Croxatto HB y cols. Contraceptives for lactating women: A comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception* 55:225-32, 1997.
- World Health Organization: Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Stud Fam Plann* 6:361-9, 1988.
- World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. *Contraception* 50:35-55, 1994.
- World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health: Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. *Contraception* 50:55-68, 1994.
- Zinaman M, Stevenson W: Efficacy of the symptothermal method of natural family planning in lactating women after the return of menses. *Am J Obstet Gynecol* 165:2037-9, 1991.
- Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2002 (Traducción hecha por OPS de la 2da. edición de este documento).
- World Health Organization, Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva, 2004. www.who.int/reproductive-health
- World Health Organization, Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. 3rd edition. Geneva, 2005. www.who.int/reproductive-health