

capítulo 5

ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA

GENERALES

Infertilidad postparto

Infertilidad y lactancia

MÉTODO DE LA AMENOR-
REA

DE LA LACTANCIA

Definición

Efectividad

Ventajas

Desventajas

CUÁNDO INICIAR LOS

ANTICONCEPTIVOS

MÉTODOS NO HOR-
MONALES

Métodos de barrera

Coito interrumpido

Métodos naturales

Dispositivo intrauterino

Esterilización quirúrgica

MÉTODOS HORMONALES

Mujeres que no dan lactancia

- Anticonceptivos orales

- Progestágenos de acción prolongada

Mujeres que dan lactancia

- Anticonceptivos orales

- Progestágenos de acción
prolongada

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

El puerperio y la lactancia constituyen una etapa de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales para la mujer, en el que la maternidad ocupa la mayor parte de su atención y, además, constituye el momento menos indicado para un nuevo embarazo. A pesar de que durante este período ocurre una serie de cambios hormonales que disminuyen la fertilidad, el puerperio y la lactancia no confieren una garantía contra otro embarazo.

Infertilidad postparto

Durante el embarazo, se suspende la producción hormonal cíclica de los ovarios debido a la elevación de los estrógenos y la progesterona producidos, primero, por el cuerpo lúteo y, luego, por la placenta. Estos esteroides producen una alteración en la secreción pulsátil de las hormonas liberadoras de gonadotropinas hipofisarias (GNRH) que lleva a una disminución de los niveles

séricos de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH) (Hodgen and Itskovitz, 1995).

Una vez que se produce el alumbramiento, se pierde el efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona placentarias, se inicia de nuevo la secreción pulsátil de GNRH, y la FSH y LH retornan a sus niveles normales (Gray et al, 1987). En la mujer que no da lactancia, estas hormonas retornan a su concentración normal entre la tercera y quinta semana postparto, momento en el que reaparece la menstruación en la mayoría de las mujeres. A pesar de que la ovulación puede ocurrir a los 45 días del puerperio, aproximadamente dos tercios de las mujeres ovulan antes de la primera menstruación por lo que es recomendable realizar la primera visita postparto a las tres semanas del puerperio para iniciar la anticoncepción y evitar un nuevo embarazo no deseado (Campbel and Gray, 1993).

Existe una relación importante entre los niveles de prolactina sérica y el inicio del proceso ovulatorio. Durante el embarazo, se elevan los niveles de prolactina de 10 a 25 µg/ml al comienzo, a 200 a 400 µg/ml al final. Esta hiperprolactinemia puerperal se mantiene hasta la tercera-quinta semana en la mujer que no da lactancia y constituye uno de los factores más importantes de la inhibición de la ovulación. Por lo que las mujeres que reciben agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina, para inhibir la lactancia ovulan y tienen la menstruación antes que las mujeres que no los reciben (Hartsen et al, 1992).

Infertilidad y lactancia

La lactancia extiende el período de amenorrea e inactividad ovárica, aumentando los niveles séricos de prolactina en respuesta al estímulo de succión en cada amamantada. Estos picos de hiperprolactinemia hacen que a la tercera semana del puerperio se encuentren niveles de FSH semejantes a los encontrados durante la fase folicular; mientras que los niveles de LH permanecen por debajo de lo normal. Esto ocurre al inhibirse la secreción pulsátil de GNRH por supresión de la función de las células del núcleo arcuato, en un mecanismo que se cree es mediado por la dopamina y los opioides endógenos.

Estudios experimentales sugieren que, además de su acción central, la hiperprolactinemia actúa en el ovario inhibiendo la producción de progesterona por las células de la granulosa. Además, se altera la relación testosterona-dihidrotestosterona, al disminuir el substrato disponible para la aro-matización de andrógenos en estrógenos, lo cual lleva a un aumento del ambiente antiestrogénico local. Esta acción impide el desarrollo folicular normal y disminuye la producción de estrógenos, lo que trae como consecuencia la sequedad vaginal y la dispareunia señalada por las mujeres que dan lactancia. En estos casos, se debe recomendar el uso de jaleas lubricantes hasta que la función ovárica y la producción de estrógenos vuelvan a la normalidad (Tay et al, 1992).

La duración de la amenorrea y la anovulación es más larga, mientras mayor sea el período de lactancia y menor el uso de suplementos de leche; sin embargo, la probabilidad de ovulación sin menstruación aumenta en la medida en que aumenta el tiempo y pasa de 33% a 45% durante los primeros tres meses, entre 64% y 71% durante los meses 4 y 12, y entre 87% y 100% después de los 12 meses. Cerca de la mitad de las ovulaciones que ocurren durante los primeros

meses del puerperio presentan fases lúteas inadecuadas y, por tanto, defectos de implantación (Campbel and Gray, 1993; Lewis et al, 1991).

MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA

Durante años, los científicos han recomendado usar la amenorrea de la lactancia como método de regulación de la fertilidad (Kennedy et al, 1989). Sin embargo, las bases científicas para el uso de la lactancia materna como método anticonceptivo viable sólo se establecieron, firmemente, cuando se analizaron los cambios hormonales descritos anteriormente.

Definición

El método de amenorrea de la lactancia (MELA), es un método anticonceptivo temporal en el que se usa exclusivamente la lactancia para evitar la ovulación. Para usar correctamente el MELA, la mujer debe mantenerse en amenorrea desde el parto, amamantar completa o casi completamente y no deben transcurrir más de seis meses después del parto. Cuando cambia alguno de estos criterios, la pareja debe comenzar a usar otro método anticonceptivo si desea prevenir el embarazo. Lactancia casi completa significa que, aproximadamente, 90% de la alimentación del bebé proviene de la lactancia materna y los intervalos entre una lactancia y otra no son superiores a 4-6 horas.

Efectividad

Investigaciones recientes confirman que el MELA tiene una eficacia superior al 98% durante los primeros 6 meses después del parto. En 1995, un grupo de expertos analizó los resultados de estudios separados realizados por la Organización Mundial de la Salud, la Family Health International y el Institute for Reproductive Health de la Universidad de Georgetown y publicaron una declaración en consenso que decía: "...se ha establecido firmemente la eficacia del MELA en estudios prospectivos y los programas deben considerar el MELA como un método adicional que aumenta las opciones de planificación familiar para las mujeres en el postparto." (Kennedy et al, 1996). En un estudio en mujeres que llenaron los criterios del MELA, no se observó ningún embarazo en los 6 meses que estuvieron en el estudio (France, 1996). Aunque en la literatura se señala una frecuencia variable entre 2% y 10% (Wang and Freser, 1994).

Ventajas

Las ventajas que se han señalado con el uso del MELA se enumeran a continuación (FHI, 1994).

1. Disponible universalmente.
2. Muy eficaz, por lo menos en el 98% de los casos en que se utiliza correctamente.
3. Comienza inmediatamente después del parto.
4. Beneficia la salud de la madre y del lactante.
5. No se requieren productos ni suministros.
6. Sirve de transición para otros anticonceptivos.
7. Se basa en prácticas culturales y religiosas establecidas.
8. Mejora los patrones de lactancia materna y destete.
9. Permite posponer el uso de anticonceptivos hormonales hasta que el lactante esté más desarrollado.

Desventajas

Las desventajas del MELA se enumeran a continuación (FHI, 1994).

1. Puede ser difícil mantener el patrón de lactancia materna.
2. No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
3. Su duración es limitada.
4. Sólo es útil para las mujeres que están amamantando en el postparto.

CUÁNDO INICIAR LOS ANTICONCEPTIVOS

Debido a que la infertilidad postparto es muy breve y el MELA es sólo para mujeres que dan exclusivamente lactancia, se debe establecer cuál va a ser el método anticonceptivo a usar durante el puerperio y la lactancia. Por otro lado, la ovulación puede ocurrir durante la tercera semana del puerperio en la mujer que no da lactancia, incluso antes de la menstruación, por lo que es importante insistir en que la primera visita postnatal se haga en la tercera semana y no al mes o a los 40 días, como es lo usual. En este momento, la pareja está muy motivada a usar anticonceptivos debido al embarazo reciente y a la presencia del recién nacido. Durante esta consulta también se puede evaluar si la lactancia se está llevando a cabo correctamente para evitar la ovulación y/o recomendar el uso de otro método anticonceptivo suplementario o de más larga duración.

MÉTODOS NO HORMONALES

Métodos de barrera

Estos métodos no causan ningún impacto sobre la lactancia y representan una excelente alternativa para las parejas motivadas. Los condones lubricados, cuando son utilizados con los espermaticidas, son especialmente útiles para evitar la dispareunia debido a la sequedad vaginal que puede ocurrir durante la lactancia. También sirven de protección contra enfermedades de transmisión sexual que hayan sido adquiridas al final del embarazo, período cuando es más común la infidelidad de la pareja (Masters and Johnson, 1966). No se deben usar esponjas, capuchones cervicales o diafragmas hasta las 6 semanas del puerperio porque no ha ocurrido la involución de los órganos pélvicos; además, mientras exista sangrado puede aumentar la posibilidad de infección (ver capítulo 2).

Coito interrumpido

Es una alternativa en aquellas parejas que no han podido planificar otro método anticonceptivo; sin embargo, debido a la baja efectividad en las parejas que no están acostumbradas a su uso, no es recomendable durante este período (ver capítulo 3).

Métodos naturales

Las mujeres previamente entrenadas pueden ser capaces de detectar el moco ovulatorio, incluso antes de que ocurra la primera menstruación (Gross, 1987); sin embargo, este método tiene muchos falsos positivos y negativos como para ser usado con seguridad, por lo que es mejor esperar a que las

menstruaciones se hagan regulares. No es recomendable el método del calendario porque la paciente puede ovular antes de la primera menstruación, lo que hace que este método no sea confiable. Además, en los primeros ciclos puede haber cierto grado de irregularidad menstrual por ovulaciones inconstantes y de mala calidad, por lo que es difícil establecer una fecha precisa de ovulación con base en los ciclos previos (ver capítulo 4).

Dispositivo intrauterino (DIU)

La tasa de expulsión de los antiguos DIU inertes, era elevada cuando se insertaban antes de las 8 semanas del puerperio; sin embargo, estudios hechos con DIU medicados con cobre, cuando son insertados entre la cuarta y la octava semana del postparto, señalan que no aumenta la posibilidad de embarazo, de expulsión, de perforación uterina o de remoción por sangrado y/o dolor (Mishell and Roy, 1982, Kennedy, 1996).

La inserción también se puede realizar inmediatamente después del parto sin aumentar el riesgo de infección, perforación uterina, sangrado postparto o subinvolución uterina, aunque con discreto aumento en la tasa de expulsión cuando se compara con la inserción hecha entre las 4 y 8 semanas (Zhuang et al, 1987). El DIU también se puede insertar durante la cesárea, colocándolo directamente en el fondo uterino cuando el útero está abierto, en estos casos la tasa de expulsión es menor que cuando se coloca por vía vaginal inmediatamente después del parto (Álvarez-Pelallo y Borbolla-Salas, 1994).

En la mujer que da lactancia, la inserción del DIU es relativamente fácil, también puede ser insertado inmediatamente después de un aborto del primer trimestre, pero en casos de abortos del segundo trimestre, se recomienda que la inserción se haga después que el útero halla involucionado (Querido et al, 1985). Aunque al igual que con el parto y la cesárea, la inserción se puede realizar al final del curetaje (ver capítulo 8).

Esterilización quirúrgica

Es un excelente método para las mujeres que no desean tener más hijos y se puede realizar inmediatamente después del parto. Para ello se utiliza anestesia regional o local, con una pequeña incisión cerca del ombligo aprovechando la subinvolución uterina o mediante incisión transversal suprapúbica tipo Pfannenstiel. En casos de cesárea, la esterilización quirúrgica es todavía más fácil porque se realiza en el mismo acto operatorio (ver capítulo 11).

MÉTODOS HORMONALES

Mujeres que no dan lactancia

- Anticonceptivos orales.

En la mujer que decide no dar lactancia, la anticoncepción hormonal puede comenzar inmediatamente después del parto cuando se usan los anticonceptivos orales (AO) de sólo progestágenos (minipíldoras) o a las dos semanas del puerperio cuando se usan los AO combinados de estrógeno-pro-gestágeno, por el aumento del riesgo de tromboembolismo, debido al estado de hipercoagulabilidad que se produce inmediatamente después del parto (Speroff and Darney, 1996).

- Progestágenos de acción prolongada.

Tanto los implantes dérmicos como los progestágenos de depósito se pueden usar con gran seguridad durante el postparto inmediato en la mujer que no da lactancia. Los efectos secundarios de estos métodos son los mismos señalados en la mujer que no está en el puerperio (ver capítulo 6).

Mujeres que dan lactancia

- Anticonceptivos orales.

El uso de los AO en la mujer que da lactancia es motivo de discusión por muchos expertos en el ámbito mundial, porque todos los esteroides pasan a la leche materna y, por tanto, al recién nacido, aunque no parecen producir ningún efecto secundario (Tankeyoon et al, 1984). Los estrógenos disminuyen la cantidad y calidad de la leche, mientras que los progestágenos no tienen ningún efecto adverso sobre la lactancia (Johansson and Odlin, 1987). Debido a que la minipíldora no tiene ningún efecto sobre el crecimiento y desarrollo del niño, son de fácil uso y tienen una alta efectividad representan el método anticonceptivo hormonal de elección para la mujer que da lactancia (Pardthaisong et al, 1992).

La combinación de la lactancia materna con la minipíldora ha mostrado una eficacia anticonceptiva cercana a 100%, sobre todo cuando la lactancia es completa o casi completa. En contraste con los AO combinados, la minipíldora produce un discreto aumento en la producción de leche, por lo que la lactancia se mantiene por más tiempo sin necesidad de suplementos lácteos (Tankeyoon et al, 1984). Debido a este efecto beneficioso se puede iniciar la minipíldora inmediatamente después del parto e incluso días antes del mismo. Otra posible ventaja es que protege contra la descalcificación asociada a la lactancia (Caird et al, 1994).

- Progestágenos de acción prolongada.

El acetato de medroxiprogesterona de depósito es una alternativa excelente durante el postparto y, a pesar de que pasa a través de la leche materna, no se han señalado efectos adversos ni en el crecimiento ni en el desarrollo de estos niños; además, tiene los beneficios del uso de los progestágenos sobre la producción láctea. Este medicamento se puede utilizar inmediatamente después del parto pero no debe ser administrado después de la tercera semana del puerperio, sobre todo en las mujeres con lactancia materna combinada con suplementos lácteos, por la posibilidad de un nuevo embarazo (Shaaban, 1991).

Los implantes dérmicos se pueden insertar en el postparto inmediato y esto es importante en los países con deficientes servicios de salud donde las madres no asisten a control postparto. Tiene la ventaja sobre los AO combinados que no afecta la lactancia (Kennedy, 1996).

CONCLUSIONES

En la mujer que da lactancia el uso del MELA le confiere una gran seguridad anticonceptiva. En caso de que no se cumpla la lactancia completa, la asociación con anticonceptivos de sólo progestágenos mantiene una eficacia cercana a 100%. Este representa el método hormonal de elección por el efecto beneficioso sobre la lactancia. Los métodos anticonceptivos hormonales usados durante el puerperio, en la mujer que no da lactancia, son semejantes a los usados por el resto de las mujeres. Aunque se debe tener siempre la precaución de usar los anticonceptivos orales combinados después de la segunda semana, para así evitar accidentes tromboembólicos y antes de la tercera o cuarta semana para evitar la ovulación.

El dispositivo intrauterino constituye una alternativa excelente y se puede insertar durante la cesárea, inmediatamente después del parto o en el primer control postnatal. Tiene la ventaja de que no interfiere con la lactancia y la inserción no es dolorosa, aunque existe un discreto aumento de la incidencia de expulsiones.

Al igual que en la mujer que no da lactancia, los métodos de barrera se pueden usar sin aumentar el riesgo de complicaciones ni disminuir su eficacia, aunque las barreras femeninas tienen limitaciones por las variaciones anatómicas producidas por el embarazo y el parto. Los métodos naturales no son recomendables porque la mujer puede iniciar la ovulación antes de la primera menstruación y los primeros ciclos son irregulares producto de una ovulación inconstante o de mala calidad.

R E F E R E N C I A S

- Álvarez-Pelallo J, Borbolla-Salas ME. DIU trascesárea y sus complicaciones más frecuentes. *Ginecol Obstet Mex* 1994; 62:330-5.
- Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ, Gow S, Glasier AF. Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clin Endocrinol* 1994; 41(6):739-45.
- Campbel OM, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(1): 55-60.
- Chi IC, Farr G. Postpartum IUD contraception. A review of an international experience. *Adv Contracept* 1989; 5(3):127-46.
- Farr G, Rivera R. Interaction between intrauterine contraceptive device use and breast-feeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: Analysis of TCU-380A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(1):144-5.
- FHI. Family Health International. Serie de actualización de anticonceptivos: método de amenorrea de la lactancia (MELA). Research Triangle Park: FHI, 1994.
- France MM. A study of the lactational amenorrhea method of family planning in New Zealand women. *NZ Med J* 1996; 109(1022):189-91.

- Gray RH, Campbell OM, Zacur HA, Labbok MH, McRae SL. Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 64(4):645-50.
- Gross BA. Natural family planning indicators of ovulation. *Clin Reprod Fertil* 1987; 5(3):91-117.
- Haartsen JE, Heineman MJ, Elings M, Evers JLH, Lancranjan I. Resumption of pituitary and ovarian activity post-partum: endocrine and ultrasonic observations in bromocriptine-treated women. *Hum Reprod* 1992; 7(6):746-50.
- Hodgen GD, Itskovitz J. Recognition and maintenance of pregnancy. In: Knobil E, Neill JD, Ewinn LL, Grenwald GS, Markert GS, Pfaff DW, editors. *The physiology of reproduction*. New York: Raven Press, 1995.
- Johansson E, Odland V. The passage of exogenous hormones into breast milk-possible effects. *Int J Gynaecol Obstet* 1987; 25 Suppl:111-4.
- Kenedy KI, Labbok MH, Vanlook PFA. Consensus statement: lactational amenorrhea method for family planning. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):55-7.
- Kennedy KI, Rivera R, McNeilly A. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989; 39 (5):477-96.
- Kennedy KI. Post-partum contraception. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996; 10(1): 25-41
- Lewis PR, Brown JB, Renfree MB, Short RB. The resumption of ovulation and menstruation in a well-nourished population of women breastfeeding for an extended period of time. *Fertil Steril* 1991; 55(3):259-66.
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Co., 1966.
- Mishell DR Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post-partum. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143(1):29-35.
- Pardthaisong T, Yencht T, Gray R. The long term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception* 1992; 45(4):313-24.
- Querido L, Ketting E, Haspels AA. IUD insertion following induced abortion. *Contraception* 1985; 31(6):603-10.
- Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1991; 40(4-6):705-10.
- Speroff L, Darney P. *A clinical guide for contraception*. 2ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
- Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984; 30(6):505-22.
- Tay CCK, Glaiser A, McNaelly AS. Twenty-four hour secretory profiles of gonadotropins and prolactin in breastfeeding women. *Hum Reprod* 1992; 7:951-59.
- Wang IY, Fraser IS. Reproductive function and contraception in the postpartum period. *Obstet Gynecol Surv* 1994; 49(1): 56-63.
- Zhuang L, Wang H, Yang P. Observations of the clinical efficacies and side effects of six different timings of IUD insertions. *Clin J Obstet Gynecol* 1987; 22:350-62.