



Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales

RESUMEN

El riesgo de embarazo durante la lactancia no debiera inquietar a las mujeres. La lactancia es un método de anticoncepción natural con 98% de efectividad si se cumplen sus requisitos, cuando no, debe recurrirse a otros métodos, entre ellos los hormonales. Con base en los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS los métodos hormonales combinados están contraindicados durante la lactancia; los hormonales con progestágeno solo (Grupo 3) están indicados para el postparto inmediato y los del Grupo 1 para después de seis semanas de posparto. El CDC de Atlanta, Estados Unidos y el organismo similar del Reino Unido emitieron algunas modificaciones para la indicación temprana durante la lactancia de estos hormonales.

Palabras clave: anticoncepción, lactancia, posparto inmediato.

Rafael Buitrón García-Figueroa¹
Luz María Malanco-Hernández²
Roger Lara-Ricalde³
Alejandra García-Hernández⁴

¹ Unidad de Ginecología y Obstetricia, servicio de Planificación Familiar, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

² Unidad de Ginecología y Obstetricia, servicio de Endocrinología Ginecológica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

³ Servicio de Planificación Familiar, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

⁴ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Tacuba, ISSSTE.

Contraception and breastfeeding. Spacing of pregnancies. Present concepts

ABSTRACT

The risk of pregnancy in breastfeeding should be a concern of women. Family planning programs in the post natal period contraceptive choices offer high efficiency. Breastfeeding is a natural contraception method (LAM) as a contraceptive shield has 98 % efficiency. Women should consider using an alternate contraceptive method when feeding requirements for this method to be effective are not met. Some of contraceptive alternatives in lactation include hormonal methods. According to the Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use WHO combined hormonal methods are contraindicated during breastfeeding, hormonal progestogen only methods are considered only in Group 3 and Group 1 immediate postpartum after 6 weeks postpartum . There are modifications to these criteria by the CDC and the UK for the use of these hormones in early in lactation-

Key words: Contraception, breastfeeding

Recibido: marzo 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia: Dr. Rafael Buitrón García Figueroa
bugr03@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como

Buitrón García-Figueroa R, Malanco-Hernández LM, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex 2014;82:547-551.

ANTECEDENTES

El ideal del periodo intergenésico es de 18 a 23 meses, lapso en que disminuye el riesgo fetal y materno de la siguiente gestación. Cuando ocurre un nuevo embarazo en los primeros seis meses de lactancia deben considerarse los antecedentes personales y de atención obstétrica y las complicaciones que ocasiona un periodo intergenésico corto. Cuando han transcurrido más de seis meses después del parto la mujer debe considerar utilizar un método anticonceptivo alternativo (incluso si cumple los otros criterios de eficacia), sobre todo si ya no puede amamantar a su hijo durante el día o se han reanudado las menstruaciones.^{1,2} El riesgo de embarazo durante la lactancia debe ser una inquietud de las mujeres y de los médicos una responsabilidad de ofrecerles alternativas anticonceptivas eficaces.

La lactancia es un método de anticoncepción natural que la OMS denomina: método de amenorrea de la lactancia (MELA).³ Su eficacia anticonceptiva es de 98%; es decir, menor que la de los anticonceptivos orales (0.1%). Se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación y es una alternativa ante la decisión de la mujer de no tomar anticonceptivos hormonales durante este proceso. Después de los primeros meses, algunas mujeres que lactan no ovulan de forma regular, en consecuencia tienen menor probabilidad de concepción que las que sí lo hacen. La mayoría de las mujeres que no lactan a los cuatro meses de posparto recupera los ciclos menstruales; después de las primeras menstruaciones la lactancia pierde efectividad como método anticonceptivo. El Consenso de Bellagio provee las bases científicas (Guías MELA) que definen las condiciones en que la lactancia materna puede considerarse segura y efectiva para espaciar los nacimientos. Esas guías incluyen los siguientes criterios que deben cumplirse para asegurar la adecuada protección en contra de un embarazo no planeado:

- Lactancia hasta los seis meses postparto.
 - Lactancia de tiempo completo o casi completo (sin reemplazar la leche humana con otros alimentos).
 - Intervalos cortos entre tomas diurnas y nocturnas (al menos cada cuatro horas durante el día y cada seis horas por la noche).
- No tener menstruaciones después del nacimiento de su hijo (amenorrea).^{2,3}

Cuando la mujer amamanta a su hijo debe considerar utilizar un método anticonceptivo alternativo si:

- Han transcurrido más de seis meses después del parto (aun cumpliendo los otros criterios de eficacia).
- Si la madre no puede amamantar a su hijo durante el día.
- Si tiene menstruación.

Cuando se requiere el uso de un método anticonceptivo durante la lactancia deben indicarse los que no tienen repercusión importante en la leche. Las alternativas anticonceptivas durante la lactancia incluyen: dispositivos intrauterinos (DIU), métodos de barrera (preservativos), métodos químicos (espermicidas en forma de cremas, geles y óvulos) y métodos hormonales.⁴

Los anticonceptivos hormonales combinados (estrógeno y progesterona) son una alternativa por su efectividad, pero no están indicados durante la lactancia (Criterios de elegibilidad de la OMS). En cambio sí lo están los de progesterona sola, en cantidades menores a 3 a 5 veces de las píldoras tradicionales. Los anticonceptivos con solo progesterona permiten amamantar sin inconvenientes, y mantener una anticoncepción segura. Hay diferentes formas de presentación: píldoras de solo progestágeno, inyectables, implantes y endoceptivos. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación y, en



forma secundaria, cambios en el moco cervical. Este grupo de hormonales tiene como principal efecto colateral la modificación de los patrones de sangrado.⁵

Crterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Si bien la mayoría de las mujeres puede recurrir con seguridad a cualquier método de anticoncepción, algunos tienen limitaciones. En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició un proceso para desarrollar criterios de elegibilidad médica adecuados para indicar métodos anticonceptivos. Este proceso consistió en comparar los criterios de elegibilidad de diferentes organismos, los resúmenes de artículos con investigaciones al respecto y epidemiología relevante y desarrollar un proyecto de clasificación, con el propósito de servir como una fuente de orientación y considerar la mayor parte de las circunstancias clínicas de las personas que buscan los servicios de planificación familiar.

En 1996 se publicó la primera edición de los “Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos” como una mejora al acceso a una planificación familiar de calidad. La edición vigente de esos criterios es la cuarta (200) y contiene recomendaciones para 16 métodos anticonceptivos y más de 60 condiciones médicas.^{3,4,5} Los criterios consideran cuatro categorías según el grupo de usuarias, tipo de anticonceptivo, riesgo y un sistema de categorización simplificado en dos categorías. Cuadro 1

En el capítulo de uso de métodos anticonceptivos y lactancia los hormonales de sólo progestágeno se consideran en la categoría 3 durante las primeras seis semanas de postparto y categoría 1 después de ese tiempo.⁴ (Cuadro 2) De acuerdo con este grupo, los anticonceptivos de solo

Cuadro 1. Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de métodos anticonceptivos. Categorías con decisión clínica y con decisión clínica limitada

| Categoría de la OMS | Con decisión clínica | Con decisión clínica limitada |
|---------------------|---|-------------------------------|
| 1 | Se puede usar el método en cualquier circunstancia | Se puede usar el método |
| 2 | Generalmente se puede usar el método | Se puede usar el método |
| 3 | Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables | No se debe usar el método |
| 4 | No se debe usar el método | No se debe usar el método |

Cuadro 2. OMS CME. Anticonceptivos hormonales de solo progestágeno y lactancia

| | Menos de 6 semanas | 6 semanas a 6 meses | 6 meses o más |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Anticonceptivos orales combinados | 4 | 3 | 2 |
| Píldoras solo progestágeno | 3 | 1 | 1 |
| DMPA/NET-EN | 3 | 1 | 1 |
| Implantes | 3 | 1 | 1 |
| Condomes espermicidas | 1 | 1 | 1 |
| MELA | 1 | 1 | |

Criterios médicos de elegibilidad de la OMS para iniciar el uso de métodos anticonceptivos y lactancia. Todos los períodos se relacionan con el parto. Se acepta la esterilización femenina en cualquier periodo. La OMS no indica la condición para los DIU T cu-308A. No se afecta la elegibilidad.

progestágeno están indicados, sin riesgo, seis semanas después del parto.

La OMS siempre ha promovido que estos Criterios de índole mundial pueden adoptarlos todos los países. El Reino Unido efectuó un proceso de adaptación para crear la versión nacional de la Guía y, en 2006, publicó los primeros Criterios Médicos de Elegibilidad del Reino Unido

(UKMED: United Kingdom Medical Eligibility Criteria) y su segunda edición en el 2009.

El CDC adoptó, recientemente, los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS dirigidos a profesionales de la salud de Estados Unidos (Center for Disease Control and Prevention, U S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010. Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th ed). El CDC tomó la decisión de aceptar la mayor parte de la orientación de la OMS, y solo algunas de sus recomendaciones se adaptaron para Estados Unidos y se formularon recomendaciones para varias condiciones médicas adicionales.⁶ Los Criterios del Reino Unido y los del CDC mantienen el mismo nivel de categorías que los Criterios de la OMS e incluyen cambios para las mujeres en el parto, incluidas las que están en periodo de lactancia.^{6,7} El Reino Unido considera en categoría 1 a los anticonceptivos de solo progestágeno (píldoras, implantes e inyecciones) durante la lactancia en el postparto inmediato. El CDC considera categoría 2 a los anticonceptivos hormonales de solo progestágeno durante la lactancia en los 21 días del postparto y categoría 1 después de este tiempo.^{6,7} Estas modificaciones permiten la indicación de anticonceptivos hormonales de solo progestágeno en el postparto inmediato con base en estudios que demuestran que su prescripción no modifica el tiempo de lactancia, la constitución de la leche y carecen de efecto en el recién nacido y tienen como finalidad disminuir la tasa de embarazos durante el periodo de amenorrea postparto, que es de 1-11%.^{8,9}

Comentario

La mujer que amamanta a su recién nacido y desea espaciar el intervalo intergenésico en 18 a 23 meses, que es el de menor riesgo para un nuevo embarazo, puede solicitar y usar con seguridad prácticamente cualquier método anticonceptivo,

excepto los hormonales combinados. Es frecuente que al término del embarazo muchas mujeres salgan de los centros hospitalarios sin haber recibido un método anticonceptivo, lo que incrementa la posibilidad de un nuevo embarazo y condiciona un periodo intergenésico corto, con alto riesgo de complicaciones materno-fetales. La elección de un método anticonceptivo en el hospital, posterior al parto, y antes de que la paciente sea dada de alta es imperativo. El médico y el resto del personal de salud deben poner especial interés en aconsejar a las mujeres, sobre todo a las adolescentes, acerca de la importancia de estos dos temas: periodo intergenésico y anticoncepción, para obtener su participación más consciente y decidida porque, según la información existente, son las que con mayor frecuencia, comparadas con las adultas, resultan nuevamente embarazadas en el primer año después del parto. Para lograr mayor apego a la anticoncepción y continuidad de uso, se recomiendan los métodos de larga duración, como el dispositivo intrauterino y el implante subdérmico.⁴ El CDC (U S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use) y El Reino Unido (United Kingdom Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use) proponen la anticoncepción hormonal de solo progestágeno durante la etapa temprana de la lactancia.^{6,7} Existen reportes recientes que apoyan estas recomendaciones, como la de Shawn y su grupo, que evaluaron el efecto del implante de etonogestrel durante la lactogénesis en mujeres sanas en el posparto. Para fines de estudio las dividieron en dos grupos: a las que se colocó el implante en los primeros tres días del posparto y a las que se les insertó a las 4 a 8 semanas. Estos investigadores no encontraron diferencias en los componentes de la leche materna ni en el uso de fórmula en un periodo de seis semanas.⁸ Brito y sus colaboradores analizaron el uso del implante de etonogestrel en mujeres lactantes entre las 4 y 8 semanas postparto y tampoco reportaron cambios en el volumen o composición de la leche humana y sin efectos adversos en el infante.⁹



REFERENCIAS

1. Buitrón G R, Lara RR. Lactancia y anticoncepción. En: Reyes VH, Martínez GA. Lactancia Humana. 1ª ed. México: Interamericana; 276-279.
2. Kennedy KI, Trusell J. Postpartum contraception and lactation. En: Hatcher RA, Trusell J, Nelson AL. Contraceptive technology. 20th ed revised. Washington: Ardent Media, 2011;483-511.
3. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Método de amenorrea de lactancia. 3ª ed, 2005;1.
4. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Anticonceptivos inyectables, parche y anillo vaginal combinados. 3ª ed. 2005;3.
5. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Anticonceptivos de progestina sola. 3ª ed. 2005;2.
6. Curtis KM. US Medical eligibility criteria. In: Hatcher RA, Trusell J, Nelson A L. Contraceptive technology. 20th ed revised. Ardent Media 2011;75-99.
7. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Progestogen-only methods. 2009;47-62.
8. Shwan E. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant. *Obstetrics & Gynecology* 2011;117:1114-1121.
9. Brito MB, Alberto FR, Quintana SM, Holanda DM, Silva SM, Sales VC. Safety of etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception* 2009;80:519-526.