



**Lactancia Materna
y Anticoncepción**



Rambla de Guipuzcoa, 62, 2º 1º
08020 Barcelona
Telf.: 616 466 844

alba@grupslactancia.org
www.albalactanciamaterna.org

Lactancia Materna y Anticoncepción

✓ Fertilidad durante la lactancia

Desde la antigüedad es conocido que la lactancia retrasa la menstruación y produce efectos anticonceptivos, siendo en la actualidad el método de anticoncepción mundialmente más utilizado en el posparto. La lactancia es un método de anticoncepción peculiar, ya que es un método fisiológico que protege a la mujer de un nuevo embarazo mientras aún se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido.

El efecto anticonceptivo de la lactancia natural se basa en la supresión de la ovulación por los cambios hormonales provocados por la succión del pezón. Por ello cuando mayor es la frecuencia de la succión, mayor es la eficacia del efecto anticonceptivo(1,2).

En base a los datos de la OMS casi todas las mujeres que no están lactando a los cuatro meses del parto ya han iniciado el ciclo menstrual, hayan o no lactado con anterioridad, y en aquellas mujeres que continúan lactando la menstruación se inicia mucho más lentamente, pudiendo persistir la amenorrea durante un periodo superior a los dos años (3).

✓ Patrones de ovulación

La primera menstruación tras la amenorrea posparto puede o no ser precedida de ovulación. La ovulación previa a la primera menstruación se produce con más frecuencia en mujeres que no han lactado, con poca frecuencia en aquellas otras que lo han hecho de forma continuada y con una frecuencia intermedia en las que han lactado durante algún tiempo. Sin embargo, también es cierto que cuanto más se ha prolongado la lactancia desde el momento del parto, mayor es la probabilidad de que la primera menstruación vaya precedida de ovulación.

Solo del 1 al 11% de las mujeres embarazadas conciben durante el periodo de amenorrea posparto. Incluso, después de los primeros meses, algunas mujeres que lactan no ovulan de

forma regular, con lo que la probabilidad de concepción es menor que en aquellas otras mujeres que no lactan. Sin embargo, pasadas las primeras menstruaciones, la lactancia no puede considerarse como un método de anticoncepción.

Factores que afectan la influencia inhibitoria de la lactancia sobre la fertilidad

La mujer que lacta se encuentra protegida frente al embarazo hasta que reaparece la ovulación. En la mayoría de las mujeres, la primera menstruación determina el reinicio de la fertilidad. Existen ciertos indicadores que pueden ser utilizados para valorar el riesgo de embarazo durante la lactancia en mujeres que no utilicen ningún otro método anticonceptivo (4,5):

- Duración de la lactancia
- Frecuencia y duración de la succión
- Introducción de alimentación complementaria
- Tiempo transcurrido desde el parto
- Fisiología de la madre en lactancias anteriores
- Abstinencia sexual
- Otros factores diversos (geográficos, culturales, ...) (6)

Eficacia anticonceptiva de la lactancia materna

Lactancia Materna Exclusiva: Cuando el bebé no ingiere ninguna sustancia (agua, tisana, suplementos,) salvo leche materna.

Lactancia Materna casi Exclusiva: Cuando el bebé ingiere únicamente leche materna pero ocasionalmente se le ha facilitado algún medicamento disuelto en una pequeña cantidad de líquido.

El MELA (Método de la Lactancia y la Amenorrea) (7) es un método anticonceptivo que ha demostrado una eficacia real superior al 98% siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos (8):

1. Que el periodo de amenorrea sea inferior a 6 meses después del parto
2. Que se realice alimentación exclusiva o casi exclusiva al niño con lactancia natural, sin alimentación suplementaria ninguna y con lactancia a demanda tanto diurna como nocturna.
3. El bebé nunca haga pausas entre tomas superiores a 6 horas.

Debe procurarse racionalizar el empleo de los métodos anticonceptivos con la inhibición de la ovulación inducida por la lactancia. Más que ningún otro factor, la duración de la amenorrea de la lactancia determinará que tipo de anticoncepción deberá emplearse. Así, si se prevé una larga lactancia materna, el empleo precoz de anticonceptivos orales, por ejemplo, puede constituir una doble protección innecesaria; sin embargo, cuando no se usa método anticonceptivo ninguno, y la lactancia se ha reducido en su ritmo o ha cesado, el riesgo de embarazo es muy grande y obligará a reconsiderar el uso de algún método fiable.

El momento en que se debe recomendar la utilización de un método anticonceptivo en una madre lactante es una decisión controvertida que debe adaptarse a cada circunstancia personal e incluso de la comunidad.

▼ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA

Para la elección del método anticonceptivo más idóneo para el periodo de lactancia de la mujer hay que prestar atención a los riesgos y beneficios que cada uno de los métodos pueda tener tanto para la madre como para el niño.

▼ Métodos de barrera

Los métodos de barrera son, por su facilidad de utilización e inocuidad, de los que más suelen recomendarse durante el periodo puerperal y de lactancia. No tienen ningún efecto

sobre a composición de la leche, ni afectan de manera adversa a la salud del niño o de la madre. Sin embargo su uso durante el periodo puerperal debe hacerse teniendo en cuenta algunas peculiaridades.

DIAFRAGMA

Tanto durante el periodo de lactancia como en condiciones de normalidad, siempre debe de usarse asociado a cremas espermicidas. Su uso después del parto tiene alguna peculiaridades:

- La vagina durante el posparto sufre cambios atróficos variables para cada mujer.
- Los cambios locales puerperales pueden causar dispareunia y dificultad para la introducción del diafragma.
- Las dimensiones de la vagina pueden variar por lo que se necesitará revisar la talla más apropiada.

El índice de Pearl oscila entre el 5 y el 30% según se use asociado o no a espermicidas. La mayoría de fracasos se deben a errores en el uso del método, sobretodo inserción incorrecta, desplazamientos por el coito, ajuste inadecuado por talla inadecuada, roturas y olvidos al aplicar la crema espermicida o de la extracción. En periodo de lactancia se debe recomendar:

- Posponer su utilización hasta unas seis semanas después del parto, y tras una revisión puerperal, cuando la vagina ya ha involucionado.
- Utilizar un diafragma adecuado, del tamaño conveniente a las nuevas condiciones.

CAPUCHÓN CERVICAL

El capuchón cervical se aplica directamente sobre el cuello uterino y generalmente se utiliza junto a un espermicida. Durante la lactancia está contraindicado por los cambios que sufre el cervix durante la involución uterina.

✓ PRESERVATIVO MASCULINO

Es el método de barrera más adecuado para el posparto y la lactancia. Siempre deben usarse preservativos que traigan asociados algún espermicida. Su efectividad real reflejada en el índice de Pearl es de un 7% de fallos, la mayor parte debidos al mal uso del método. Para garantizar su uso más correcto deben seguirse las siguiente precauciones:

- Usarlo desde el inicio de la relación sexual y no solamente cuando se vaya a eyacular.
- Usar un preservativo para cada eyaculación
- Retirar el pene de la vagina antes de que disminuya el tamaño del pene al disminuir la erección.

No tiene otras peculiaridades de uso distintas a las habituales por el hecho de utilizarse en periodo de lactancia.

✓ ESPERMICIDAS

Se deben utilizar siempre como método complementario del resto de métodos de barrera y no como método único ya que su índice de Pearl usado como método aislado es del 10-25% de fallos; sin embargo usado conjuntamente aumentan significativamente la efectividad.

Aunque se ha comprobado la absorción de espermicidas químicos a través de la vagina, no se han descritos efectos adversos en su uso tanto para la madre como para el niño en su posible paso a través de la leche.

✓ Anticonceptivos orales combinados: la píldora anticonceptiva

Es uno de los métodos anticonceptivos de uso más extendido en el mundo, con una gran eficacia anticonceptiva. En su composición se combinan estrógenos sintéticos y gestágenos, ejerciendo su efecto anticonceptivo mediante la inhibición del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y también por su efecto local a nivel uterino.

Su uso durante el periodo puerperal y de la lactancia no es recomendable por varios motivos (9):

- Su paso al niño a través de la leche materna: Se han descrito diversos efectos adversos en el lactante como ginecomastias e incluso alteraciones hematológicas y esqueléticas
- Para la madre el periodo puerperal es un periodo de hipercoagulabilidad relativa que puede incrementarse con el efecto de los esteroides sintéticos de los anticonceptivos orales.

Aunque por estos motivos los anticonceptivos orales no son recomendables en el periodo de lactancia, hoy en día con la aparición de preparados que contienen dosis muy reducidas de estrógenos y gestágenos de nueva generación (10), su uso podría compatibilizarse con la lactancia, aunque para los anticonceptivos de bajas dosis debe tenerse en cuenta otros posibles efectos:

- Aunque no se ha demostrado que los anticonceptivos orales interfieran el inicio de la producción de leche, la duración de la lactancia se acorta de forma dosis-dependiente relacionado con el contenido estrogénico.
- Puede reducir el volumen de producción de leche hasta cerca de la mitad, entre las tercera y sexta semana.
- Existen opiniones dispares sobre posibles alteraciones de la composición de la leche de mujer asociada al uso de los anticonceptivos orales combinados.

Idealmente, incluso los anticonceptivos orales combinados de dosis baja deberían posponerse en sus uso hasta un año después del parto y preferiblemente hasta que el niño sea destetado.

Anticoncepción hormonal con gestágenos

La anticoncepción hormonal con gestágenos, en sus distintas formas de utilización producen el efecto anticonceptivo por su efecto tanto central, a nivel de la inhibición del eje

hipotálamo-hipofisario-ovárico, como a nivel periférico. Tiene una alta eficacia anticonceptiva con un índice de Pearl que oscila entre el 1 y el 3%.

Las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento han demostrado que estos gestágenos no tienen efectos negativos sobre la lactancia (11).

Puede administrarse en tres formas:

- MINIPILDORA ORAL
- INYECTABLE
- IMPLANTES SUBDERMICOS

La administración continuada de gestágenos producirá una amenorrea mantenida que debe ser advertida y a veces pequeñas metrorragias irregulares sin ninguna significación patológica.

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los DIU medicados, tanto los de carga de Cobre como los de gestágenos son un método anticonceptivo de muy alta eficacia, cuyo efecto anticonceptivo se produce por su acción local sobre el endometrio, donde produce una reacción inflamatoria aséptica y un efecto espermicida, por lo que no tiene ninguna repercusión general y, por tanto, lo hacen un método anticonceptivo perfectamente utilizable durante el periodo de lactancia.

La utilización de los DIU como anticonceptivo en el periodo puerperal tiene los mismos efectos secundarios que cuando se utilizan en condiciones habituales, pero, sin embargo, debe tenerse precaución en dos problemas: la mayor tasa de expulsiones y mayor riesgo de perforaciones uterinas al insertarlos.

Los DIU pueden insertarse en el post-alumbramiento (12), en el posparto inmediato y en el puerperio (13) pero posiblemente el momento ideal sea después del puerperio, a partir de la sexta semana posparto, puesto que las complicaciones son las mismas que en una mujer fuera de ese periodo. El antecedente de cesárea no contraindica la inserción del DIU aunque en ese caso siempre será necesario esperar como mínimo hasta la sexta semana posparto (14).

Resumen basado en las siguientes fuentes:

Dr. Juan Mellado Jiménez: Lactancia materna y anticoncepción. En: Lactancia Materna. Josefa Aguado Maldonado (Ed.). Universidad de Sevilla. 2001

Ruth A. Lawrence: La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica. Cuarta edición. Mosby 1996.

BIBLIOGRAFIA

1. Mastroianni, L.; Coutifaris, C. Fisiología reproductiva. En: Manual sobre reproducción humana Vol. 1. F.I.G.O. 1990
2. Bajo Arenas, J.M.; Martínez Pérez, O. Métodos de anticoncepción en el postparto. En: manual de asistencia al parto y puerperio normal. De. E. Fabre González. 1995
3. World Health Organization. Contemporary Patterns of Breastfeeding: Report on the WHO collaborative study on breastfeeding. 1981. geneva. World Health Organization.
4. McCan, M.F. et al. Breastfeeding, fertility and family planning. 1981. Pop Reports M-8:289-348.
5. Fathalla, M.; Rosenfield, A.; Indriso, C. Planificación familiar. En: Manual sobre reproducción humana. Vol. II. F.I.G.O. 1990
6. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Manual de planificación familiar para médicos. De. IPPF. Londres. 1989.
7. Lobbok, M.H., et al. Multicenter study of the lactational Amenorrhea Method (LAM): Y. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application. Contraception. 1997. 55. 327-336.
8. Declaración de Consenso de Bellagio. La lactancia como método de Planificación Familiar. Lancet 1988; 2: 1204-1205.
9. Populations Reports. Series J. 24 Nov.-Dic. 1981

10. Bajo, J.M.; Vilar, E. et al. Métodos de anticoncepción en el postparto. En: *Contracepción. Regulación de la fertilidad*. De. Interamericana-McGraw-Hill. 1991
11. Fathalla, M. et al. *Salud Reproductiva. Aspectos globales*. En: *Manual sobre reproducción humana*. Vol. III. F.I.G.O. 1990
12. O'Hanley, K.; Huber, D.H. Postpartum IUDs: Keys for success. *Contraception*. 1992. 45:351.
13. Lopes, P., et al. La contraception par dispositif intra-uterin posé un mois après l'accouchement. *J Gynecol Obstet bio Reprod*. 1984; 13:701.
14. Van Fets, H.; Thiery, M. Van der Pass, H. IUD insertion during cesarean section. *Adv Contracep* 1985; 1:337.