

## Protocolo clínico de la ABM n.º 13: Anticoncepción durante la lactancia, revisado en 2015

Pamela Berens,<sup>1</sup> Miriam Labbok,<sup>2</sup> y la Academia de Medicina de Lactancia Materna

*Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es la elaboración de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que podrían afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven tan solo como pautas para la atención de madres que amamantan y de los bebés, y no delinear un curso de tratamiento exclusivo ni ofician de estándares de atención médica. Tal vez sean adecuadas algunas variaciones en el tratamiento según las necesidades de cada paciente en particular.*

### Propósito

**EL PROPÓSITO DE ESTE PROTOCOLO** es explicar las cosas a tener en cuenta al ayudar a las familias en proceso de lactancia a lograr un tiempo óptimo entre embarazos mediante la selección de un anticonceptivo que sea eficaz, con remotas posibilidades de interrumpir la producción de leche y que resulte satisfactorio tanto para la madre como para su pareja. El protocolo abarca el uso de métodos anticonceptivos durante la lactancia y ofrece orientación sobre el Método de Amenorrea por Lactancia (MAL).

Este protocolo asume que el profesional tiene un buen conocimiento de los riesgos y beneficios de los distintos tipos de anticoncepción, incluyendo todos los métodos farmacéuticos, permanentes, de abstinencia periódica y de planificación familiar natural.

### Problemas del asesoramiento y la selección de anticonceptivos durante la lactancia

#### 1. Consideraciones para el asesoramiento médico y el uso de un método

La anticoncepción posparto, al igual que la lactancia, es un tema que se debe conversar con las mujeres durante sus consultas obstétricas prenatales y posparto, y durante las consultas pediátricas de rutina del bebé. La opción anticonceptiva de una mujer depende de muchos factores, como por ejemplo la experiencia previa con anticonceptivos, los planes para tener más hijos en el futuro, la actitud del marido o pareja, el nivel de atención necesario para el uso, las consideraciones médicas, el retorno de la menstruación y la situación de lactancia de la mujer. Si una mujer no se siente cómoda con un método, es probable que no lo use eficazmente.

#### 2. Ventajas y desventajas de las opciones disponibles

El asesoramiento sobre anticoncepción durante la lactancia va más allá de los temas de la eficacia, porque el método seleccionado debe ser adecuado para las expectativas de lactancia de una mujer.

La Tabla 1 proporciona información útil para asesorar a la madre lactante. Las consideraciones incluyen el potencial de que los métodos hormonales interrumpen la síntesis de la leche o expongan al bebé a hormonas sintéticas. Como es necesaria una reducción del nivel de progesterona después del parto para que comience la producción de leche, es particularmente preocupante el inicio del uso de anticoncepción hormonal antes de la implementación de la lactancia. La evidencia publicada no es suficiente para excluir estos riesgos. Al mismo tiempo, los métodos hormonales reversibles de acción prolongada tienen una alta eficacia anticonceptiva. Los profesionales sanitarios deben hablar sobre las limitaciones de los datos disponibles dentro del contexto del deseo de la madre de amamantar, su riesgo de tener una baja producción de leche y su riesgo de un embarazo no planeado para que pueda tomar una decisión independiente e informada.

### El MAL como anticoncepción al principio del período posparto y para la introducción de otros métodos

#### A. Antecedentes

Datos publicados en la década de los setenta establecieron que las mujeres que amamantaban tenían menos probabilidades de ovular a principios del período posparto y que si la lactancia fuera más intensiva tendrían menos probabilidades que las mujeres que amamantaban parcialmente o que no amamantaban de experimentar una ovulación normal antes de la primera hemorragia menstrual<sup>1</sup>. En 1988, en una conferencia de Bellagio, un grupo de científicos expertos propuso tres criterios como suficientes para predecir el retorno de la fertilidad. Posteriormente, se sometió a prueba este abordaje de tres criterios<sup>2,3</sup>, descrito más detalladamente a continuación como el “método de amenorrea por lactancia”. Los estudios sobre la aceptabilidad y la eficacia anticonceptiva del uso activo del MAL siguen confirmando las conclusiones originales, que demuestran que el MAL es aceptable, accesible, se puede aprender y es tan eficaz como muchas otras alternativas<sup>4-9</sup>. (II-2) (La calidad de la

<sup>1</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, University of Texas, Houston, Texas.

<sup>2</sup> Carolina Global Breastfeeding Institute, Departamento de Salud Materno-Infantil, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, Carolina del Norte

TABLA 1. PRINCIPIOS GENERALES PARA ORIENTAR A MUJERES LACTANTES ACERCA DE LA SELECCIÓN ANTICONCEPTIVA Y EL TIEMPO ENTRE EMBARAZOS

<i>Problemas</i>	<i>Consideraciones</i>
1. Patrones, estado y planes de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenga en cuenta la intención de amamantar tanto a corto como a largo plazo, así como también el tiempo que planea que transcurra entre embarazos. Existe el potencial de que los métodos hormonales causen un impacto, dependiendo de cuándo se comiencen a tomar.</li> <li>• Las madres podrían planificar alimentar a su hijo exclusivamente mediante lactancia; algunas tal vez lo hagan para usar el MAL, otras podrían usar el MAL porque ya están amamantando completamente. Es preciso aconsejar a las usuarias del MAL que tengan otro método a mano para cuando regrese su menstruación o cambien los patrones de la lactancia. La eficacia del MAL en madres que únicamente se ordeñan con bomba su propia leche tal vez no sea equivalente a la de los casos de lactancia directa.</li> <li>• Muchas mujeres que pretenden alimentar a sus bebés exclusivamente mediante lactancia no logran sus objetivos.</li> </ul>
2. Edad del niño/tiempo de posparto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchos métodos no deben introducirse hasta que la lactancia esté bien implementada (es decir, hasta pasadas de 4 a 6 semanas), ya que existe la posibilidad de que los métodos hormonales afecten directamente la lactogénesis o al bebé.</li> </ul>
3. Edad de la madre y planes de embarazos futuros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las opciones dependen del tiempo que deseen que transcurra entre embarazos o del deseo de limitar el tamaño de la familia. Los intervalos entre embarazos recomendados globalmente son de al menos 18 meses a 2 o más años a efectos de la salud materna, dependiendo del entorno, y de entre 3 y 5 años a efectos de los resultados de salud del niño.</li> </ul>
4. Experiencia anticonceptiva previa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es fundamental hablar sobre la experiencia anticonceptiva previa, incluyendo el cumplimiento, la satisfacción, los efectos secundarios y los problemas sociales. Estos problemas pueden influir en el cumplimiento y la satisfacción, en particular en lo relacionado con experiencias de lactancia previas.</li> </ul>
5. Parejas/interacciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las experiencias y opiniones de la pareja pueden afectar el cumplimiento, en particular en lo que respecta a los métodos de barrera, el MAL y la planificación familiar natural.</li> <li>• Se deben explorar las consideraciones sociales y conductuales de la mujer, como por ejemplo la cantidad de parejas y su nivel de actividad sexual. También deben revisarse y comentarse los antecedentes de embarazos no planificados y de intervalo breve entre embarazos de una mujer.</li> </ul>
6. Experiencia previa de lactancia/afecciones médicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro de leche insuficiente o crecimiento no adecuado del bebé previos.</li> <li>• La experiencia de lactancia anterior NO alcanzó las metas (ya sea de exclusividad o de duración) Y el suministro fue un motivo posible.</li> <li>• El examen físico sugiere que hay tejido glandular insuficiente.</li> <li>• Cirugía mamaria anterior.</li> <li>• Afecciones médicas que tienen el potencial de afectar negativamente el suministro (síndrome de ovario poliquístico, esterilidad, obesidad).</li> <li>• Embarazo múltiple.</li> <li>• Bebé(s) prematuro(s).</li> </ul>

MAL: método de amenorrea por lactancia.

evidencia [niveles de evidencia I, II-1, II-2, II-3 y III] se basa en el Anexo A de las Calificaciones de los grupos de trabajo del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.<sup>10</sup> y se menciona en todo este protocolo entre paréntesis.)

### B. Método: ¿qué es el MAL?

El MAL se presenta como un algoritmo (Fig. 1) e incluye tres criterios para definir el período de más bajo riesgo de embarazo. Si no se cumpliera con uno de estos criterios, las mujeres deben iniciar inmediatamente otro método. Clínicamente, se le hacen las siguientes tres preguntas a la madre:

- “¿Está usted amenorreica?”, lo que significa que no ha menstruado ni ha tenido ningún sangrado de más de 2 días de duración (descontando el sangrado durante los primeros dos meses).
- “¿Está amamantando completamente o casi completamente?”. Esto incluye no dar a su bebé ningún alimento ni líquido complementario además de la leche materna (más de una o dos veces por semana).
- “¿Su bebé tiene menos de 6 meses de edad?”.

Si responde “sí” a las tres preguntas, reúne los requisitos para el MAL. Si *cualquiera* de las tres preguntas anteriores se responde con un “no”, entonces aumentan sus probabilidades de quedar embarazada y es preciso aconsejarle comenzar con otra

forma de anticoncepción para evitar un embarazo. Si la madre está interesada y califica para el MAL, deberá repasar estas tres preguntas periódicamente. Los médicos deben asegurarse de que haya escogido su siguiente método de anticoncepción y que lo tenga a mano o sepa cómo obtenerlo si fuera un implante o un dispositivo intrauterino (DIU).

### C. Definiciones para uso del MAL

Para usar correctamente el MAL, es importante que la paciente entienda cada uno de los tres criterios, que se pueden recordar usando las letras “MAL” para indicar la cantidad de Meses, Amenorrea y Lactancia.

1. **Lactancia.** La lactancia completa o casi completa incluye la exclusiva, la casi exclusiva y algunos complementos proporcionados de manera irregular, siempre y cuando no interrumpan la frecuencia de instancias de alimentación<sup>11</sup>.
2. **Amenorrea.** A efectos del uso del MAL, el retorno de la menstruación se define como cualquier sangrado que ocurra después de transcurridos 56 días desde el parto que la paciente perciba como menstruación o cualquier sangrado que dure dos días consecutivos.
3. **Meses.** El criterio de los “6 meses” se añade principalmente porque este es el momento en que debe comenzar la alimentación complementaria. Si la

**El método de amenorrea por lactancia -- MAL**  
**Formule a la madre, o recomiéndele formularse, estas tres preguntas:**

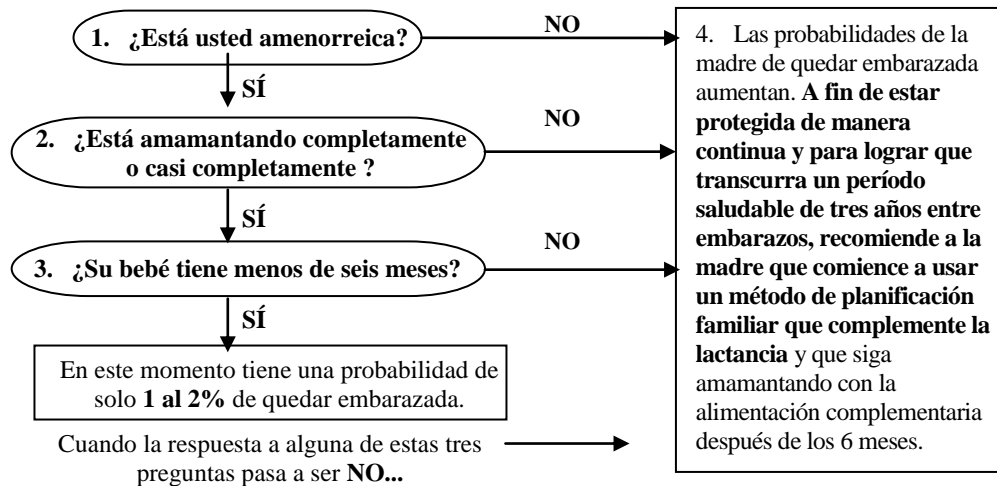


FIG. 1. El método de amenorrea por lactancia.

lactancia continúa con la misma frecuencia y se ofrecen alimentos complementarios después de la misma, aparentemente la eficacia se mantiene mientras la amenorrea continúe. En Ruanda se usó el método durante hasta 9 meses manteniendo la frecuencia de la lactancia experimentada durante el mes 6<sup>12</sup>. Esto se logró amamantando a los bebés antes de cada instancia de alimentación complementaria. Otro estudio en Pakistán descubrió una eficacia continuada alta bajo estas condiciones durante hasta 12 meses<sup>13</sup>. (II-2)

**D. Eficacia**

Una revisión de la bibliografía de Cochrane<sup>14</sup> (evaluada hasta su actualización más reciente en 2008) llegó a la conclusión de que los índices de fertilidad son bajos entre mujeres amenorreicas dedicadas a una lactancia completa. En estudios controlados del MAL, los índices de embarazo durante 6 meses variaron entre 0.45% y 2.45%. En seis estudios no controlados de usuarias del MAL, los índices de embarazo variaron entre 0% y 7.5%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un ensayo prospectivo sobre la amenorrea durante la lactancia y el retorno de la fertilidad; si bien este no fue un estudio de mujeres que elegían y empleaban el MAL, las conclusiones confirmaron el potencial fisiológico de eficacia alta tal como se observó en los ensayos del MAL<sup>4,5</sup>. Posteriormente, los estudios sobre el uso del método descubrieron sistemáticamente un índice de embarazo a 6 meses que promediaba el 2%<sup>15</sup>. (I, II-2)

**E. Problemas de manejo del MAL**

Las conductas sugeridas que contribuyeron al éxito y la duración del método incluyeron:

1. Cantidad de instancias de alimentación. Un estudio controlado concluyó que las mujeres que usaban el MAL y se dedicaban a la lactancia exclusiva tienen más probabilidades de seguir amenorreicas a los 6 meses que las mujeres de control dedicadas a la lactancia exclusiva (84% contra 69.7%, respectivamente)<sup>16</sup>. Las mujeres que usaban el MAL tenían una mayor frecuencia de instancias de alimentación y un intervalo más breve entre instancias que otras mujeres dedicadas a la lactancia exclusiva.
2. El MAL se puede emplear más allá del sexto mes. Los dos estudios mencionados anteriormente en Ruanda<sup>12</sup> y

Pakistán<sup>13</sup> indicaron que la eficacia del MAL se puede mantener durante el período de los 6 a los 12 meses, siempre y cuando la madre siga amamantando antes de administrar los alimentos complementarios a intervalos de menos de 4 horas durante el día y de menos de 6 horas durante la noche y se mantenga amenorreica. (II-2)

3. La eficacia del MAL aún no se ha probado adecuadamente como para ofrecer el método con confianza a las mujeres que administran alimentos complementarios a diario o que se ordeñan la leche a mano o con bomba en vez de amamantar<sup>17</sup>. (II-2) Será necesario aconsejar a las mujeres que se ordeñan la leche más de algunas veces por semanas que inicien un método anticonceptivo adicional. (III)

**F. Transición a otros métodos**

El MAL también se puede usar como método introductorio para informar a la usuaria cuando sea el momento de comenzar a usar otro método. Cabe notar que las mujeres dedicadas a la lactancia completa tienen muy pocas probabilidades de concebir durante los 56 días posteriores al parto, por lo que los métodos secundarios se pueden retrasar al menos hasta las 8 semanas posteriores al parto. Cuando los criterios para el MAL ya no se aplican, o cuando una mujer que amamanta desee usar un método alternativo de planificación familiar, deberá contar con un método alternativo de fácil obtención. Los métodos alternativos se explican en términos de ventajas y desventajas y cuestiones especiales relacionadas con la lactancia.

**Comentarios adicionales sobre métodos individuales**

La Tabla 2 proporciona información adicional específica sobre varios métodos individuales, incluyendo las ventajas, las desventajas y los problemas potenciales relacionados con la lactancia en cada caso.

**Planificación familiar natural**

Los cuatro métodos de planificación familiar natural mediante “conciencia de fertilidad” incluyen el método de ovulación (MO) de Billings, el sistema del modelo Creighton, el método de termosintomatología y el método de Marquette. Cada uno de estos métodos se puede emplear incluso cuando la mujer aún no ha comenzado a menstruar nuevamente debido a la lactancia. Estos métodos confían en la observación de varias combinaciones de

TABLA 2. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA: VENTAJAS, DESVENTAJAS E IMPACTO SOBRE LA LACTANCIA

<i>Método</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>	<i>Efectos relacionados con la lactancia</i>
Método de amenorrea por lactancia			
Planificación familiar natural			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovulación de Billings</li> <li>• Modelo de Creighton</li> <li>• Marquette</li> <li>• Termo-sintomatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin efectos secundarios</li> <li>• Índices de eficacia comparables con otros métodos anticonceptivos dirigidos por el usuario (es decir píldoras o de barrera)</li> <li>• Bajo costo en la mayoría de los métodos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su uso durante la lactancia requiere de instrucción especial</li> <li>• Marquette conlleva el gasto del monitor de fertilidad ClearBlue</li> <li>• Podría requerir de períodos de abstinencia más prolongados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>
Métodos de barrera			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diafragma/tapón</li> <li>• Espermicida</li> <li>• Preservativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocos efectos secundarios</li> <li>• Eficaz si se realiza un uso diligente y adecuado</li> <li>• Fácilmente accesible como “respaldo”</li> <li>• Bajo costo</li> <li>• También ofrece protección contra infecciones de transmisión sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial de errores por parte de la usuaria</li> <li>• Posible alergia</li> <li>• Podría ser poco práctico y limitar la espontaneidad</li> <li>• El tapón cervical y el diafragma requieren de adaptaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• El uso de lubricante podría ser beneficioso si se usan preservativos en el contexto de una atrofia vaginal</li> </ul>
Otras opciones anticonceptivas			
DIU			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIU de cobre (ParaGard T380A), 10 años</li> <li>• DIU de levonorgestrel (Mirena), 5 años</li> <li>• DIU de levonorgestrel (Skyla), 3 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumamente eficaz</li> <li>• Reversible</li> <li>• Anticonceptivos a largo plazo</li> <li>• Se requiere poca atención de parte de la usuaria (el uso típico y el uso perfecto son similares)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pequeño riesgo de infección, perforación, expulsión</li> <li>• Requiere de una introducción y extracción por parte de un profesional</li> <li>• El cobre está contraindicado en casos de enfermedad de Wilson y alergia al cobre</li> <li>• El uso a corto plazo es costoso; el uso a largo plazo es económico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIU de cobre: sin impacto conocido sobre la lactancia</li> <li>• Posible riesgo de perforación durante la inserción que necesite extracción quirúrgica, lo que podría requerir una breve interrupción de la lactancia</li> <li>• El DIU de levonorgestrel (Mirena) colocado inmediatamente después del parto podría estar asociado con una menor duración de la lactancia. No se reportaron efectos adversos sobre la lactancia al colocarse 6 semanas o más después del parto.</li> </ul>
Esterilización			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculina (vasectomía)</li> <li>• Femenina: posparto, laparoscópica, histeroscópica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumamente eficaz</li> <li>• La vasectomía masculina y la oclusión histeroscópica femenina se pueden realizar de manera ambulatoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanente; hay riesgo de arrepentirse</li> <li>• Riesgos de los procedimientos quirúrgicos</li> <li>• Costos relacionados con la cirugía</li> <li>• Se necesita un cirujano</li> <li>• Riesgo de embarazo ectópico en procedimientos femeninos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esterilización masculina: ninguno</li> <li>• Esterilización femenina: el procedimiento posparto separa la madre del bebé y podría requerir del uso de narcóticos en la madre (lo ideal es evitar los procedimientos durante las primeras 1 a 2 horas para permitir el contacto piel con piel, la lactancia inicial, etc.).</li> </ul>

(continúa)

TABLA 2. (CONTINUACIÓN)

<i>Método</i>	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>	<i>Efectos relacionados con la lactancia</i>
<p>Opciones hormonales solo con progestina<sup>c</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inyectable (ADMP) cada 3 meses</li> <li>• Píldoras orales diarias (noretindrona)</li> <li>• DIU liberador de progestina (ver lo que antecede): DIU de LNG (Mirena), 5 años; DIU de LNG (Skyla), 3 años</li> <li>• Anillos vaginales de progestina</li> <li>• Implantes: etonogestrel (Implanon/Nexplanon), 3 años (Jadelle), 5 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opciones altamente confiables a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El efecto secundario común de sangrados irregulares podría ser menos problemático en madres que amamantan</li> <li>• Potencial de fallos de la usuaria con las píldoras diarias</li> <li>• Otros efectos secundarios de la progestina: dolor de cabeza, acné, aumento de peso, hinchazón, estado de ánimo deprimido</li> <li>• El ADMP podría retrasar el retorno de la fertilidad</li> <li>• Los implantes y los DIU requieren de una introducción y extracción por parte de un profesional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial teórico de afectar negativamente al suministro de leche si se inicia en el período inmediatamente posterior al parto, antes de que se reafirme el suministro de leche. Datos insuficientes para determinar el riesgo en este momento.</li> <li>• Si el suministro de leche disminuye con el ADMP, no se puede discontinuar ni retirar</li> <li>• El DIU de LNG (Mirena) colocado inmediatamente después del parto podría estar asociado con una menor duración de la lactancia (estudio único). No se reportaron efectos adversos sobre la lactancia al colocarse 6 semanas o más después del parto.</li> </ul>
<p>Opciones hormonales combinadas con contenido de estrógeno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Píldoras de AOC, diarias</li> <li>• Anillo vaginal con contenido de estrógeno (NuvaRing), mensual</li> <li>• Parche transdérmico con contenido de estrógeno (Ortho-Evra), semanal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las opciones pueden autoadministrarse</li> <li>• Ciclos menstruales regulares (las opciones de ciclo extendido tienen más sangrado al principio)</li> <li>• Beneficios no anticonceptivos: reducción del sangrado, menos anemia, mejora del acné, mejora de la dismenorrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial de fallos de la usuaria (en especial con los AOC)</li> <li>• Mayor riesgo de formación de coágulos</li> <li>• Potencial de interacción de fármacos</li> <li>• Contraindicaciones médicas múltiples</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo ideal es evitarlo hasta que la lactancia y el suministro de leche estén bien implementados</li> <li>• Potencial de efectos adversos sobre el suministro de leche. El riesgo parece más pronunciado con niveles de estrógeno más altos de los usados en los productos contemporáneos.</li> <li>• Si los utilizara una madre que amamanta, se debe comenzar con la dosis más baja posible durante el mayor tiempo posible hasta que esté bien implementada la lactancia</li> </ul>
<p>Anticonceptivos de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Píldoras combinadas de estrógeno y progestina (Preven, método Yuzpe)</li> <li>• Píldoras solo de progestina - LNF (Plan B)</li> <li>• Mifepristona</li> <li>• Ulipristal</li> <li>• DIU de cobre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máxima eficacia 72 horas después de la exposición</li> <li>• Las opciones con LNG parecen ser más eficaces que los AOC y tener menos efectos secundarios</li> <li>• El DIU de cobre es el más eficaz y ofrece una anticoncepción continuada</li> <li>• La eficacia de la mifepristona es similar o superior a la del LNG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las opciones con contenido de estrógeno causan náuseas y vómitos y por lo general es preciso usar antieméticos</li> <li>• Actualmente no hay datos disponibles sobre el ulipristal en la lactancia</li> <li>• Los datos sobre mifepristona en la lactancia son limitados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se prefieren las opciones con LNG antes de las que contienen estrógeno para madres que amamantan, debido a las preocupaciones previamente descritas con relación al estrógeno y al suministro de leche</li> </ul>

<sup>c</sup> La investigación concluyente acerca de las consecuencias clínicas de la administración de anticonceptivos con progestina en el período inmediatamente posterior al parto es contradictoria e insuficiente. AOC: anticonceptivo oral combinado, ADMP: acetato de depomedroxiprogesterona; DIU: dispositivo intrauterino; LNG: levonorgestrel.

moco cervical, temperatura y/o monitoreo hormonal, y luego las parejas se abstienen durante los períodos fértiles. Todos estos métodos tienen protocolos específicos para que las mujeres usen durante el posparto, para que puedan planificar en consecuencia si quisieran retrasar otro embarazo. El modelo de Marquette cuenta con un estudio reciente, revisado por colegas, para demostrar la eficacia de su protocolo posparto<sup>18</sup>.

Estos métodos podrían requerir de períodos de abstinencia significativos. La investigación sobre el uso del MO de Billings durante el posparto concluyó que quienes usaban el MO y estaban amamantando tenían un índice de embarazos inferior al de quienes usaban el MO pero no estaban amamantando. El índice de embarazos no planificados fue de menos del 1% durante los primeros 6 meses de amenorrea por lactancia. No obstante, los índices de embarazo asociados con el MO fueron altos entre madres que amamantaban después del retorno de la menstruación (36% contra 13% para mujeres que no amamantaban) y cuando comenzó la alimentación complementaria del bebé. Este aumento de los embarazos no planificados no pudo atribuirse directamente al incumplimiento del MO. Es preciso hacer más énfasis tanto en la necesidad de un mayor apoyo de la lactancia para retrasar el retorno de la menstruación como en el mayor potencial de falla del método en usuarias nuevas durante este período de tiempo en los programas de capacitación y apoyo del MO<sup>19</sup>.

#### *Método anticonceptivo hormonal: comentarios generales*

Hay controversias en la bibliografía respecto a los efectos de los anticonceptivos orales sobre el suministro de leche. Si bien Koetsawang<sup>20</sup> reportó un aumento, Tankeyoon et al.<sup>21</sup> notó una reducción del 12% en el suministro de leche con anticonceptivos de progestina únicamente en comparación con el placebo. Otros estudios no encontraron efectos. Un estudio reciente cuantificó el efecto de la anticoncepción hormonal sobre la ingesta de leche de un bebé entre los días 42 y 63 usando deuterio como marcador<sup>22</sup>. Cuarenta mujeres que anteriormente amamantaban comenzaron a usar anticonceptivos 42 días después del parto: una píldora con contenido de estrógeno (150 µg de levonorgestrel [LNG] y 30 µg de etinilestradiol), el DIU de LNG (Mirena®; Bayer Pharmaceuticals, Leverkusen, Alemania), el implante de etonogestrel (Implanon®; Merck & Co., Whitehouse Station, NJ) o el DIU de cobre (ParaGard®; Teva Women's Health, Inc., North Wales, PA). No se notó ninguna diferencia en la ingesta de leche de los bebés entre los grupos de este estudio. Una revisión de Cochrane indicó que la evidencia de los ensayos controlados y aleatorizados sobre el efecto de los anticonceptivos orales durante la lactancia es limitada y de mala calidad: "La evidencia no es adecuada para hacer recomendaciones basadas en ella respecto al uso de anticoncepción hormonal por parte de las mujeres que amamantan"<sup>23</sup>. Hasta que haya una mejor evidencia, es prudente hacer saber a las mujeres que los métodos anticonceptivos hormonales podrían disminuir el suministro de leche, en especial durante el período inmediatamente posterior al parto. Los métodos hormonales deben desalentarse en ciertas circunstancias (III):

1. actual suministro de leche bajo o antecedentes de fracaso de la lactancia
2. antecedentes de cirugía mamaria
3. partos múltiples (mellizos, trillizos)
4. parto prematuro
5. salud comprometida de la madre y/o del bebé

#### *Métodos anticonceptivos hormonales: opciones solo con progestina*

Hay una preocupación teórica relacionada con el suministro de leche cuando las opciones con progesterona se inician en las primeras 48 horas después del parto<sup>24</sup>, ya que la caída de los niveles de progesterona posparto es necesaria para que tenga lugar la diferenciación secretoria/lactogénesis II. Los anticonceptivos que contienen progestina incluyen la píldora solo de progestágeno

("minipíldora") y también los implantes anticonceptivos como Nexplanon® (Merck & Co.), Depo-Provera® (acetato de depomedroxiprogesterona [ADMP]; Pfizer, New York, NY) y el sistema intrauterino Mirena. Una revisión sistemática de 2010 sobre los efectos de las opciones anticonceptivas exclusivamente de progestina al comenzarse *después* del período inicial posparto descubrió cinco ensayos controlados aleatorizados y 38 ensayos de observación que abordaban el tema<sup>25</sup>. No se notaron efectos adversos sobre la lactancia hasta los 12 meses de edad, en las inmunoglobulinas del bebé ni en las hormonas sexuales del bebé. La investigación acerca de las consecuencias clínicas de la administración de anticonceptivos con progestina en el período inmediatamente posterior al parto es contradictoria.

El efecto del ADMP es particularmente controversial en la práctica clínica. Los estudios anteriores de ADMP no tuvieron en cuenta el peso del bebé, el suministro de leche ni la cantidad de complemento utilizado. Una revisión sistemática de estudios prospectivos sobre los efectos del uso de ADMP inmediatamente después del parto en madres que amamantaban, realizada por Brownell et al.<sup>26</sup>, descubrió que todos los estudios eran de baja calidad con control inadecuado de los factores de confusión. Otros estudios de nuevas madres de bajos ingresos descubrió que del 31.3% que recibieron ADMP, el 62.6% lo recibió antes del alta hospitalaria<sup>27</sup>, indicando que el uso temprano durante el posparto es común en algunos entornos. Este equipo de estudio cuantificó la asociación entre el ADMP posparto y la cesación precoz de la lactancia entre 183 mujeres y concluyó que si existía un efecto causal del ADMP sobre la duración de la lactancia, es mínimo. Un estudio de control de casos prospectivo de 150 mujeres que recibieron ADMP luego de iniciar la lactancia pero antes del alta hospitalaria (días 2 a 10) comparadas con 100 mujeres que no recibieron anticoncepción hormonal, a las que se les hizo un seguimiento durante 6 meses, no encontró diferencias en la satisfacción con su experiencia de lactancia ni en el crecimiento de los bebés, si bien no está claro cómo se compararon los patrones de lactancia<sup>28</sup>.

Un estudio realizado por Brito et al.<sup>29</sup> comparó la inserción de un implante liberador de etonogestrel 1 o 2 días después del parto o la administración de ADMP 6 semanas después del parto. Luego se hizo un seguimiento a 40 mujeres durante 12 semanas después del parto. Los recién nacidos de las mujeres en el grupo del implante mostraron una tendencia a un mayor aumento de peso durante las primeras 6 semanas, pero la duración general de la lactancia exclusiva no tuvo diferencias estadísticas. Gurtcheff et al.<sup>30</sup> estudiaron de manera similar la inserción temprana (1 - 3 días) contra la inserción tardía (4 a 8 semanas) del implante anticonceptivo. Este estudio de no inferioridad no encontró ninguna diferencia en los índices de fracaso de la lactancia con el grupo temprano en comparación con el grupo tardío.

#### *Opciones hormonales combinadas con contenido de estrógeno*

Las opciones con contenido de estrógeno incluyen píldoras anticonceptivas orales combinadas (AOC, tomadas a diario utilizando opciones cíclicas mensuales, cíclicas extendidas o continuas), el parche transdérmico (semanal) o los anillos anticonceptivos vaginales combinados (mensuales). Las opciones con contenido de estrógeno no son ideales para usar inmediatamente después del parto por parte de madres que amamantan debido al potencial impacto adverso sobre el suministro de leche. El potencial de que el estrógeno provoque la detención de la producción de leche queda ejemplificado por el uso histórico de grandes dosis de estrógeno inmediatamente después del parto para la supresión de la lactancia antes de que entendiéramos el alto riesgo trombogénico existente durante dicho período de tiempo. Una revisión de Cochrane sobre métodos de supresión de lactancia observó siete ensayos que usaban cuatro preparaciones de estrógeno diferentes y encontró una reducción significativa en la lactancia 7 días después del parto; cabe destacar

que las dosis y preparaciones de estrógeno usadas difieren de las que se usan actualmente en los anticonceptivos hormonales<sup>31</sup>.

Una revisión sistemática de 2010 de los AOC y la lactancia encontró solo tres ensayos controlados aleatorizados y cuatro estudios de observación; los tres ensayos controlados aleatorizados descubrieron una duración media reducida de la lactancia en usuarias de AOC y un aumento del uso de complementos<sup>32</sup>. No se observaron otros efectos adversos documentados sobre la salud de los bebés.

Si se elige un anticonceptivo con contenido de estrógeno, es prudente comenzar con las opciones que contengan la menor cantidad de estrógeno, lo más tarde posible, y después de que se hayan implementado bien el suministro de leche y la lactancia (III). Además, no se deben iniciar las opciones con contenido de estrógeno durante las primeras semanas después del parto debido al alto riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. Las contraindicaciones absolutas y relativas son, por lo demás, las mismas para las mujeres que amamantan y las que no.

Los AOC contemporáneos tienen dosis de estrógeno que varían entre los 10 y los 35 µg diarios. No se encontró una diferencia relevante en la eficacia anticonceptiva en una revisión de Cochrane de AOC que contenían < 20 µg de estrógeno en comparación con los que contenían > 20 µg.<sup>33</sup> Esta información debe aportar tranquilidad respecto a la eficacia anticipada al elegir opciones con dosis de estrógeno más bajas en una madre que amamanta a fin de minimizar los efectos adversos potenciales.

#### *Comparación directa de las píldoras exclusivamente de progestina y los AOC*

Un estudio realizado por un grupo de trabajo de la OMS en la década de los ochenta descubrió un aumento del 41.9% en el suministro de leche en mujeres que usaban AOC dentro de las 6 semanas posteriores al inicio<sup>21</sup>. No obstante, un ensayo controlado aleatorizado reciente comparó a 63 mujeres que usaban una píldora exclusivamente con 35 µg de progestina (POP, por sus siglas en inglés) con 64 mujeres que usaban un AOC que contenía 35 µg de etinilestradiol desde la semana 2 hasta la semana 8 después del parto; los autores no encontraron ninguna diferencia en la lactancia continuada a las 8 semanas (63.5% de POP contra 64.1% de AOC)<sup>34</sup>. El 44% de las mujeres en el grupo de POP suspendió la lactancia debido a la percepción de un suministro de leche insuficiente en comparación con el 55% en el grupo de AOC. El 23% de las mujeres en el grupo de POP y el 21% de las del grupo de AOC que dejaron de tomar sus píldoras reportaron que lo hicieron porque percibieron un impacto negativo sobre el suministro de leche.

#### *Anticonceptivos de emergencia*

Los anticonceptivos de emergencia tienen una eficacia máxima cuando se inician dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual sin protección, aunque son útiles de todos modos hasta transcurridas 120 horas. Son opciones potencialmente disponibles la colocación del DIU de cobre, la mifepristona, los AOC y las opciones con progesterona (LNG) después del coito. Es poco probable que la colocación del DIU de cobre después del coito afecte la lactancia (ver la sección sobre los DIU) y tiene la ventaja de ofrecer anticoncepción continuada. Las opciones con LNG son levemente más eficaces que los AOC y es menos probable que causen náuseas y vómitos significativos<sup>35</sup>. Además, en teoría, es menos probable que las opciones con LNG afecten la lactancia. Un estudio farmacológico de 12 madres que amamantaban descubrió que la exposición estimada del bebé al tratamiento materno con 1.5 mg de LNG fue de 1.6 µg el día de la terapia<sup>36</sup>. Un estudio único de observación que comparó las opciones con solo progestina con las opciones con solo estrógeno descubrió que el efecto adverso sobre la lactancia era poco común y similar en ambos grupos<sup>37</sup>. Sobre la base de una eficacia similar, menos

tendencia a las náuseas y la ausencia de exposición al estrógeno, parece que el uso de LNG es probablemente la opción preferida ante un AOC en una madre que amamanta. Hay datos limitados sobre mifepristona y ulipristal en la lactancia. El uso de mifepristona después del coito (una antiprogesterona) tiene una eficacia similar o superior al LNG, dependiendo de la dosis. De acuerdo con un estudio pequeño, la mifepristona se transfiere a través de la leche en bajos niveles (dosis relativas para bebés ≤1.5%) y no se prevé que tenga efectos adversos para el bebé lactante<sup>38</sup>. El ulipristal es un modulador selectivo de los receptores de la progesterona. Actualmente no hay datos disponibles sobre su uso en madres que amamantan.

También se ha evaluado la anticoncepción poscoito como respaldo de la amenorrea por lactancia. Si bien puede que esta no sea una opción práctica, un estudio descubrió un índice de embarazos más bajo en el grupo que recibió un anticonceptivo poscoito durante la orientación sobre amenorrea por lactancia en la consulta posparto<sup>39</sup>.

#### *Métodos de barrera*

No se conoce ningún efecto adverso sobre la lactancia por el uso de métodos anticonceptivos de barrera. Es preciso asesorar a las pacientes acerca de la eficacia reducida de estos métodos en comparación con otras opciones hormonales, intrauterinas o permanentes.

#### *DIU*

El DIU es uno de los anticonceptivos más frecuentemente utilizados en el mundo. Los índices de preponderancia varían entre un 6% en Estados Unidos hasta el 80% de usuarias de anticonceptivos en otros países<sup>40,41</sup>. Los DIU hormonales y no hormonales están disponibles y tienen distintos perfiles de efectos secundarios.

Los DIU liberadores de progestina están asociados con una reducción del flujo menstrual, si bien en torno al momento de la inserción las mujeres suelen experimentar un sangrado irregular. Este efecto secundario es más pronunciado durante los primeros 6 meses y típicamente mejora con el tiempo. También es posible que haya otros efectos secundarios relacionados con la progestina. El DIU de cobre está asociado con un aumento de dismenorreas y menorragias.

En un estudio que comparó los resultados de lactancia en mujeres asignadas aleatoriamente para recibir un DIU de cobre o con progestina entre las 6 y las 8 semanas después del parto, los autores no encontraron ninguna diferencia en la duración total de la lactancia, el crecimiento de los bebés ni el desarrollo hasta 1 año después del parto<sup>42</sup>. No obstante, en un análisis secundario de un ensayo controlado aleatorizado que comparaba mujeres que se colocaron un DIU de LNG inmediatamente después del parto con otras que se lo colocaron de 6 a 8 semanas después del parto, la colocación temprana del DIU de LNG se asoció con índices de lactancia inferiores<sup>43</sup>; en el grupo de colocación tardía, cuatro mujeres recibieron ADMP antes de su consulta a las 6 semanas. Los estudios del DIU de cobre no descubrieron ningún cambio en la leche ni en los niveles de cobre en suero<sup>44</sup>.

Las complicaciones relacionadas con el dispositivo en sí incluyen perforación uterina, fallo (embarazo), imposibilidad de visualizar los hilos en el cuello del útero, secreción vaginal, infección, dolor, que la pareja sienta los hilos, mala ubicación (que podría requerir de un procedimiento quirúrgico para retirar el DIU) y expulsión (de 2 a 10% dentro del primer año). Los datos sugieren que existe un mayor riesgo de perforación cuando se coloca cualquiera de los DIU a mujeres que amamantan<sup>45</sup>. Una revisión sistemática reciente sugirió que los DIU siguen siendo una opción anticonceptiva a largo plazo reversible para mujeres que amamantan y que tuvieron a sus bebés por cesárea<sup>46</sup>.

TABLA 3. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD

<i>Categoría de la OMS</i>	<i>Con criterio clínico</i>	<i>Con criterio clínico limitado</i>
1	Usar el método en cualquier circunstancia	Usar el método
2	Usar el método en general	Usar el método
3	No se suele recomendar usar el método salvo que no haya otros métodos más adecuados disponibles o aceptables	No usar el método
4	No se debe usar el método	No usar el método

Cuando no hay un médico o una enfermera disponibles para aplicar un criterio clínico, se pueden simplificar las cuatro categorías en un sistema de dos categorías (tercera columna) combinando la Categoría 1 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la Categoría 2 y la Categoría 3 con la Categoría 4.

### *Opciones irreversibles (esterilización)*

Hay varios métodos de esterilización quirúrgica disponibles, incluyendo la vasectomía masculina, la ligadura de trompas después del parto, la ligadura de trompas laparoscópica y la oclusión de trompas histeroscópica. Estos procedimientos implican distintas tecnologías, técnicas quirúrgicas, anestesia y entornos aptos para los procedimientos.

Los puntos importantes a tener en cuenta para parejas de madre e hijo lactantes incluyen el potencial de afectar la interacción materno-infantil temprana. Lo ideal es que los procedimientos no se realicen durante las primeras horas posparto, para permitir el contacto piel con piel entre la madre y el bebé y el inicio de la lactancia. No obstante, el contacto materno-infantil temprano no debe impedir que las madres que amamantan se sometan a una ligadura de trompas después del parto. Para minimizar la interrupción, el bebé debe permanecer en contacto piel con piel con la madre en el área preoperatoria y reunirse con ella ni bien esté despierta y alerta en la sala de recuperación. Esta interrupción debe manejarse de manera que fomente la lactancia, y el profesional sanitario debe mantenerse consciente de las implicancias de la anestesia y la analgesia en la madre y en el bebé lactantes<sup>47</sup>.

Lamentablemente, las mujeres que no se someten al procedimiento de esterilización por ligadura de trompas después del parto, durante su estadía en la maternidad, corren el riesgo de no realizarse el procedimiento finalmente y de quedar embarazadas posteriormente<sup>48-50</sup>. Este riesgo debe

tenerse en cuenta. Dichas consideraciones podrían justificar la separación materno-infantil temprana a fin de completar el procedimiento antes del alta.

### **Los criterios médicos de elegibilidad**

Los criterios médicos de elegibilidad ofrecen orientación sobre el nivel de seguridad de la anticoncepción con relación a las afecciones médicas específicas y otras variables demográficas. Los riesgos se dividen en cuatro categorías, según se detalla en la Tabla 3, si bien las categorías a veces se dividen en dos: usar en general y no usar en general. Las recomendaciones actuales de la OMS y de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) difieren. La Tabla 4 muestra las categorías para el uso de varios métodos durante la lactancia presentados por la OMS y revisados por los CDC. Los CDC revisaron recientemente las recomendaciones para incluir la reducción del período posparto de 6 a 4 semanas y ya no está contraindicado el uso inmediato en el posparto de anticonceptivos con contenido de progesterona únicamente.

Hay datos limitados provenientes de estudios científicos correctamente realizados que tomen en cuenta de forma adecuada el efecto sobre el bebé o sobre la lactancia exclusiva, en especial en el período inmediatamente posterior al parto, cuando son fundamentales la implementación de la lactancia y una producción de leche adecuada. (III)

TABLA 4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CATEGORÍAS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

	<i>OMC</i>		<i>CDC</i>	
	<i>Duración de posparto</i>	<i>Nivel de CME</i>	<i>Duración de posparto</i>	<i>Nivel de CME</i>
Anticonceptivo oral combinado	0 - 6 semanas	4	< 1 mes	3
	6 semanas - 6 meses	3	≥ 1 mes	2
	> 6 meses	2		
Anticonceptivo solo con progestina (oral e implantes)	0 - 6 semanas	3	< 1 mes	2
	6 semanas - 6 meses	1	≥ 1 mes	1
DIU de LNG	> 6 meses	1		
	< 48 horas	3	< 10 minutos	2
	48 horas - 4 semanas	3	10 minutos a < 4 semanas	2
	> 4 semanas	1	≥ 4 semanas	1
	< 48 horas	1	< 10 minutos	1
	48 horas - 4 semanas	3	10 minutos a < 4 semanas	2
	> 4 semanas	1	≥ 4 semanas	1

Adaptado de los criterios médicos de elegibilidad (CME) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Tabla de resumen de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en EE. UU., actualizado en junio de 2012 ([www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USMEC.htm)). Ver las categorías de CME en la Tabla 3.

DIU: dispositivo intrauterino; LNG: levonorgestrel.



Además, las mujeres dedicadas a la lactancia exclusiva tienen muy pocas probabilidades de quedar embarazadas durante las primeras 6 semanas después del parto, tal como se describió anteriormente. En este entorno, la anticoncepción hormonal tiene beneficios mínimos, y su inicio precoz podría desbaratar las intenciones de lactancia exclusiva de una mujer. Salvo que el riesgo de embarazo no planificado o de pérdida durante el seguimiento fuera alto, el inicio precoz de la anticoncepción hormonal en mujeres que amamantan no se recomienda.

### Investigación futura

Es necesaria una investigación prospectiva más detallada acerca del impacto de todos los anticonceptivos hormonales sobre la lactancia y sobre el potencial impacto a largo plazo para el niño debido a la exposición a las hormonas exógenas. Dicha información permitirá a las mujeres tomar decisiones informadas acerca del riesgo de un embarazo no planificado en comparación con los riesgos de interrupción de la lactancia. La investigación anterior con frecuencia no tuvo en cuenta los objetivos de lactancia materna, la importancia de la exclusividad de la lactancia y la cantidad de complemento utilizada. Hasta que la investigación haya abordado estas preocupaciones y se haya concentrado en las intenciones de las mujeres de amamantar en forma exclusiva, no es posible excluir los efectos adversos potenciales sobre el suministro de leche o sobre el bebé, en especial si alguno de ellos fuera una ocurrencia excepcional. Esto es particularmente cierto al iniciar la anticoncepción hormonal en el período inicial posparto. Se necesita investigación para evaluar el impacto de las opciones anticonceptivas contemporáneas, que incluyen dosis de estrógeno más bajas y agentes con solo progestina, tanto sobre la lactancia a corto plazo como sobre el bebé a largo plazo. También se necesitan más investigaciones sobre la eficacia del MAL, dada la disponibilidad generalizada de las bombas para ordeñar y el creciente número de madres que eligen ordeñarse exclusivamente y alimentar a sus bebés con la leche materna ordeñada. En suma, los resultados adversos raros o a largo plazo no suelen detectarse y la eficacia del método no ha sido evaluada bajo una variedad amplia de condiciones. Ambos asuntos requieren de un estudio de larga duración en grandes poblaciones. Para la familia lactante individual, esta falta de datos suficientes sobre el impacto de la anticoncepción hormonal podría tener consecuencias significativamente negativas.

### Conclusiones

Toda mujer debe recibir información completa y apoyo respecto a las opciones de anticoncepción para poder tomar la mejor decisión para su situación particular. Los médicos y demás profesionales sanitarios no deben “decidir previamente” cuál es el método más adecuado; en cambio, conversando con la paciente, los médicos deben explicar los riesgos, beneficios, disponibilidad y costos de todos los métodos. Esta conversación debe abordar la eficacia anticonceptiva y el posible impacto sobre la lactancia dentro del contexto del deseo de cada mujer de amamantar, el riesgo de dificultades con la lactancia y el riesgo de un embarazo no planeado.

### Agradecimientos

Este trabajo contó con la financiación parcial de un subsidio de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y de los recursos del Carolina Global Breastfeeding Institute.

### Referencias

1. Perez A, Vela P, Masnick GS, et al. First ovulation after childbirth: The effect of breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol* 1972;114:1041–1047.
2. Perez A, Labbok M, Queenan J. A clinical study of the lactational amenorrhea method for family planning. *Lancet* 1992;339:968–970.
3. Labbok M, Perez A, Valdes V, et al. The lactational amenorrhea method: A new postpartum introductory family planning method with program and policy implications. *Adv Contraception* 1994;10:93–109.
4. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. IV. Postpartum bleeding and lochia in breast-feeding women. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72:441–447.
5. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72:431–440.
6. Labbok M, Hight-Laukaran V, Peterson A, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55:327–336.
7. Peterson AE, Perez-Escamilla R, Labbok MH, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: Effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception* 2000;62:221–230.
8. Hight-Laukaran V, Labbok M, Peterson A, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception* 1997;55:337–346.
9. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207–216.
10. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430) (accessed December 19, 2014).
11. Labbok M, Krasovec K. Towards consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann* 1990;21:226–230.
12. Cooney KA, Nyirabukeye T, Labbok MH, et al. An assessment of the nine-month lactational amenorrhea method (MAMA-9) in Rwanda. *Stud Fam Plann* 1996; 27:102–171.
13. Kazi A, Kennedy KI, Visness CM, et al. Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. *Fertil Steril* 1995;64:717–723.
14. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD001329.
15. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. *Contraceptive Technology*, 17th ed. Contraceptive Technology Communications, Inc., Ardent Media, Inc., New York, 2011.
16. Labbok MH, Starling A. Definitions of breastfeeding: Call for the development and use of consistent definitions in research and peer-reviewed literature. *Breastfeed Med* 2012; 7:397–402.
17. Valde´s V, Labbok MH, Pugin E, et al. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception* 2000;62:217–219.
18. Bouchard T, Fehring RJ, Schneider M. Efficacy of a new postpartum transition protocol for avoiding pregnancy. *J Am Board Fam Med* 2013;26:35–44.
19. Labbok MH, Stallings RY, Shah F, et al. Ovulation method use during breastfeeding: Is there increased risk of unplanned

- pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:2031–2036.
20. Koetsawang S. The effects of contraceptive methods on the quality and quantity of breast milk. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25(Suppl):115–127.
  21. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volumes and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984;30:505–522.
  22. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril* 2013;100: 445–450.
  23. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2): CD003988.
  24. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55:347–350.
  25. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:17–37.
  26. Brownell EA, Fernandez ID, Howard CR, et al. A systematic review of early postpartum medroxyprogesterone receipt and early breastfeeding cessation: Evaluating the methodological rigor of the evidence. *Breastfeed Med* 2012;7:10–18. Erratum in *Breastfeed Med* 2012;7:129.
  27. Dozier AM, Nelson A, Brownell EA, et al. Patterns of postpartum depot medroxyprogesterone administration among low-income mothers. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:224–230.
  28. Singhal S, Sarda N, Gupta S, et al. Impact of injectable progestogen contraception in early puerperium on lactation and infant health. *J Clin Diagn Res* 2014;8:69–72.
  29. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, et al. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: A pilot study. *Contraception* 2009;80:519–526.
  30. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, et al. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;117: 1114–1121.
  31. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD005937.
  32. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: A systematic review. *Contraception* 2010;82:10–16.
  33. Gallo MF, Grimes DA, Lopez LM, et al. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD004568.
  34. Espy E, Ogburn T, Leeman L, et al. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;119:5–13.
  35. Cheng L, Che Y, Gulmezoglu AM. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001324.
  36. Gainer E, Massai R, Lillo S, et al. Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod* 2001;22:1578–1584.
  37. Polakow-Farkash S, Gilad O, Merlob P, et al. Levonorgestrel used for emergency contraception during lactation—A prospective observational cohort study on maternal and infant safety. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;26:219–221.
  38. Saay I, Fiala C, Hamalainen JM, et al. Medical abortion in lactating women—Low levels of mifepristone in breast milk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:618–622.
  39. Shaaban OM, Hassen SG, Nour SA, et al. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception: A randomized controlled trial. *Contraception* 2013;87:363–369.
  40. Jones J, Mosher WD, Daniels K. Current contraceptive use in the United States, 2006–2010, and changes in patterns of use since 1995. *Natl Health Stat Rep* 2012;(60):1–25. Available at [www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr060.pdf) (accessed March 20, 2013).
  41. The ESHRE Capri Workshop Group. Intrauterine devices and intrauterine systems. *Hum Reprod Update* 2008;14:197–208.
  42. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: Breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 2005;72:346–351.
  43. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, et al. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception* 2011;84:499–504.
  44. Rodrigues da Cunha AC1, Dorea JG, Cantuaria AA. Intrauterine device and maternal copper metabolism during lactation. *Contraception* 2001;63:37–39.
  45. Heinemann K, Westhoff CL, Grimes DA, et al. Intrauterine devices and the risk of uterine perforations: Final results from the EURAS-IUD Study. *Obstet Gynecol* 2014;123(Suppl 1):3S.
  46. Goldstuck ND, Steyn PS. Intrauterine contraception after cesarean section and during lactation: A systematic review. *Int J Womens Health* 2013;5:811–818.
  47. Montgomery A, Hale T; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
  48. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 530: Access to postpartum sterilization. *Obstet Gynecol* 2012;120:212–215.
  49. Zite N, Wuellner S, Gilliam M. Failure to obtain desired postpartum sterilization: Risk and predictors. *Obstet Gynecol* 2005;105:794–799.
  50. Thurman AR, Janecek T. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol* 2010;116:1071–1077.

Los protocolos de ABM vencen 5 años después de su fecha de publicación. Dentro de ese lapso de 5 años se realizan revisiones basadas en evidencia, o tal vez antes si hubiera algún cambio importante en la evidencia.

Comité de Protocolos de la  
Academia de Medicina de Lactancia Materna  
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Presidenta  
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-presidenta  
Larry Noble MD, FABM, Responsable de Traducciones  
Nancy Brent, MD  
Amy E. Grawey, MD  
Ruth A. Lawrence, MD, FABM  
Sarah Reece-Stremtan, MD  
Tomoko Seo, MD, FABM Michal Young, MD

Para enviar correspondencia: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)