

# Boletín Médico de IPPF

## Contenidos

- Declaración del IMAP sobre la anticoncepción posparto y la lactancia materna 1
- Actualización sobre los condones y el diafragma como métodos anticonceptivos y de protección contra las ITS 5
- Sara Newmann, Nancy Padian

## Declaración del IMAP sobre la anticoncepción posparto y la lactancia materna

### Introducción

La anticoncepción posparto es de vital importancia desde la perspectiva de la salud pública. Existe evidencia de que en 27 países poco desarrollados, dos tercios de las mujeres carecen de la anticoncepción necesaria durante el año siguiente a su último parto. Además, casi un 40 por ciento planea utilizar un método pero no tienen acceso a él. Se estima que si se previnieran los embarazos no planeados y no deseados podrían evitarse entre un 25 y un 40 por ciento de las defunciones maternas y eliminando los intervalos entre nacimientos inferiores a los dos años se conseguiría una reducción del 10 por ciento de las muertes infantiles (se evitarían un millón de muertes entre niños menores de cinco años anualmente).

La alimentación del bebé mediante la leche materna forma una parte importante del proceso reproductivo humano y debe ser considerada desde la perspectiva del niño, de la mujer y de su familia. La familia, el sistema de atención de salud y la sociedad deben compartir la responsabilidad de proporcionar el apoyo y los recursos necesarios que permitan que la mujer amamante mientras cumple otros roles en la sociedad. Una lactancia materna llevada a cabo con éxito conlleva tanto un componente nutricional (elaboración de las reservas de nutrientes en preparación para la lactancia) como un componente psicológico, que requiere del deseo o la disposición para amamantar y de un ambiente de apoyo que se verá fortalecido por la cooperación por parte de la pareja de la mujer, de su familia y de la comunidad. Las reservas de proteínas y lípidos acumuladas durante el embarazo son de especial importancia ya que constituyen una condición indispensable para la óptima producción de leche materna. Para proteger la salud materna deben cumplirse con las demandas nutricionales adicionales de calorías, proteínas y calcio. Las decisiones sobre el momento oportuno y el método a utilizar para la anticoncepción posparto necesitan considerar la lactancia materna como un factor crítico.

### Anticoncepción posparto

Los servicios de anticoncepción posparto representan una valiosa oportunidad para contactar con un gran número de mujeres y proporcionarles información y servicios relevantes. Durante las visitas prenatales, de posparto y de atención infantil, las mujeres se muestran particularmente receptivas a mensajes que describan las opciones disponibles para la anticoncepción. Los programas de planificación familiar deben colaborar con los servicios de maternidad para proporcionar educación y asesoramiento dirigido a mujeres con necesidades de anticoncepción durante la fase posparto, proporcionar servicios de remisión, producir recursos educativos y participar en el entrenamiento del personal de salud. También es importante incluir la anticoncepción posparto en el entrenamiento de los asistentes de parto tradicionales.

El momento oportuno para la introducción de la anticoncepción dependerá de la lactancia materna, de las circunstancias personales, del tipo de método anticonceptivo y de otros aspectos logísticos tales como la posibilidad de realizar visitas de seguimiento y en qué momento.

### Mujeres que no amamantan

Las mujeres que deciden no amamantar ovulan, como media, en un periodo de hasta seis semanas tras el parto, sin embargo algunas llegan a ovular tan temprano como a las tres semanas posparto, lo cual puede suceder antes de que se produzca su primera menstruación. Las mujeres que deseen una máxima protección para que no se produzca otro embarazo deberán comenzar a utilizar un anticonceptivo posparto antes de que transcurran tres semanas después del parto. Algunos métodos requieren consideraciones especiales, por ejemplo, aunque el riesgo de tromboembolismo por utilizar anticonceptivos hormonales combinados sea muy bajo, la OMS recomienda a las mujeres no utilizarlos antes de las tres semanas posparto (una vez que la trombofilia que se produce durante el embarazo se haya reducido).

### Mujeres que amamantan

Para una madre en periodo de lactancia, el método elegido debe proporcionar una anticoncepción efectiva sin que afecte negativamente a una lactancia adecuada o a la salud del niño. Las mujeres que deciden amamantar exclusivamente ovulan, como media, entre los seis y los siete meses después del parto.

Los anticonceptivos no hormonales tales como los dispositivos intrauterinos de cobre (DIU), los métodos de barrera y la esterilización, pueden ser las primeras alternativas a considerar por la mujer en periodo de lactancia si son aceptables para la usuaria y se recomiendan por el proveedor. Dado su carácter permanente, es crítico que la elección de la esterilización sea una decisión bien informada y considerada cuidadosamente. La mayor incidencia de arrepentimiento se observa entre mujeres que deciden la esterilización en el momento del parto (esterilización inmediata posparto). Los métodos hormonales que contienen progestágeno solo (conocidos como anticonceptivos de progestágeno solo o POC, por sus siglas en inglés), constituyen una de las opciones secundarias. Están disponibles en varios sistemas de administración: píldoras, anillos, implantes, inyectables y DIU. El DIU de levonorgestrel puede comenzar a utilizarse inmediatamente después del parto ya que su bajo nivel de hormona en circulación no afecta a la lactancia. Otros métodos de progestágeno tales como las píldoras de progestágeno solo, los implantes o las inyecciones, deben comenzarse idealmente entre las seis y las diez semanas en mujeres que decidan amamantar exclusivamente, sin embargo, pueden comenzarse hasta dos días después del parto sin que esto tenga un efecto sobre la lactancia o el desarrollo del bebé. Los últimos datos muestran que algunas mujeres que abandonan el hospital antes de dos días, no disponen de otra oportunidad para utilizar una anticoncepción efectiva.

En circunstancias normales y en mujeres que planeen amamantar exclusivamente, no deberán utilizarse píldoras hormonales combinadas o inyectables combinados antes de los seis meses tras el parto. El método convencional de abstinencia periódica durante el periodo posparto no es adecuado para una mujer que este amamantando pero que no este menstruando u ovulando.

### Método de amenorrea de la lactancia (MELA) y transición a métodos modernos de anticoncepción

El método de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fertilidad es conocido como el método de amenorrea de la lactancia (MELA). Para que sea fiable requiere que se cumplan tres condiciones:

1. Que no haya vuelto el sangrado mensual en la mujer
2. Que la mujer este amamantando exclusivamente o casi exclusivamente y que lo haga frecuentemente y con lactancia a demanda tanto durante el día como durante la noche
3. Que el bebé sea menor de seis meses

La transición del MELA a otros métodos de anticoncepción deberá discutirse con la mujer durante el periodo posparto temprano. La efectividad del MELA cuando es utilizado típicamente es de un 98

por ciento de protección (dos embarazos por cada 100 mujeres utilizando el MELA en los primeros 6 meses después del parto) y de un 99,5 por ciento cuando se utiliza perfectamente. (Ver <http://www.linkagesproject.org/LAMCD/FAQ.htm> y Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. *Planificación Familiar, un Manual Mundial para proveedores*. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.)

## Asegurar la elección de una combinación de métodos

Las mujeres en periodo posparto necesitan métodos anticonceptivos tanto para espaciar como para delimitar los periodos entre embarazos. Los métodos a considerar cuando se lleva a cabo la transición desde el MELA incluyen la anticoncepción de emergencia, los DIU, la ligadura de trompas posparto, la vasectomía, los métodos de progestágeno solo y, transcurridos seis meses después del parto, los anticonceptivos orales combinados.

### Dispositivos intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos (de cobre) son altamente efectivos y no tienen una influencia negativa sobre la lactancia o el crecimiento del bebé. Esto hace que sean especialmente convenientes durante el periodo de lactancia materna. Además, las madres lactantes experimentan una colocación del DIU más fácil, con menos problemas de sangrado y menos dolor durante su uso que las mujeres que no lactan.

Los DIU no hormonales y los métodos de progestágeno solo o bien no afectan o tienen un efecto ligeramente positivo sobre la duración de la lactancia. Existe cierta resistencia a utilizar el DIU de levonorgestrel (LNG) debido al temor infundado de que pueda afectar a la lactancia. Sin embargo, el LNG puede ser colocado hasta 48 horas tras el parto (o a las 4 semanas después del parto en mujeres que estén amamantando) sin efectos negativos sobre la cantidad o la calidad de la leche materna.

La inserción puede realizarse inmediatamente después de la expulsión de la placenta tras el parto vaginal o tras el parto por cesárea, y hasta 48 horas después del parto vaginal. Los proveedores y los clientes necesitan ser informados de que durante este periodo se producen unas tasas de expulsión mayores tras su colocación, especialmente si el DIU no es colocado en la parte alta del fondo del útero. Si es colocado en los primeros 10 minutos después de la expulsión de la placenta, las tasas de expulsión son similares a las inserciones de intervalo. El seguimiento de los clientes es importante para asegurar que el DIU se mantiene colocado correctamente. La colocación del DIU no deberá realizarse entre las 48 horas y las cuatro semanas después del parto debido a que la involución uterina podría no ser completa todavía. Esto puede causar un ablandamiento de las paredes del útero y por lo tanto un aumento del riesgo de perforación o de expulsión durante su colocación. Los proveedores deberán siempre evaluar la posición del útero en el momento de colocación del DIU.

Los proveedores que distribuyan los DIU posparto necesitarán formación específica.

### Métodos de barrera (condones masculinos y femeninos)

Cuando son utilizados correctamente, los métodos de barrera son anticonceptivos fiables y se espera que su tasa de fracaso sea más baja durante la lactancia materna, cuando la fertilidad disminuye debido a la inhibición de la ovulación y la involución uterina. Los diafragmas y los capuchones cervicales no deben utilizarse durante las primeras seis semanas después del parto.

### Esterilización femenina (ligadura de trompas)

La esterilización posparto no tiene un impacto negativo para la lactancia materna, siempre y cuando el procedimiento no retrase la iniciación del amamantamiento o introduzca largos intervalos entre las tomas. La esterilización en el periodo inmediatamente después del parto puede ser conveniente y económicamente efectiva para algunas mujeres que hayan realizado el parto en el hospital y que por razones de trabajo o de responsabilidad familiar podrían tener dificultades en volver al hospital para someterse a una cirugía. La esterilización posparto es más simple y menos probable que falle que la esterilización de intervalo, sin embargo, la mujer deberá tomar la decisión siempre antes del comienzo del parto y únicamente tras un cuidadoso asesoramiento.

### Esterilización masculina (vasectomía)

La esterilización masculina es un método seguro y efectivo de anticoncepción posparto. Si una pareja decide optar por la vasectomía, el hombre debería someterse a la operación lo antes posible tras el parto.

La vasectomía no llega a ser efectiva inmediatamente y puede tardar unos meses. Mientras tanto, la mujer necesitará utilizar otro método anticonceptivo. Si la mujer no está amamantando exclusivamente, la pareja deberá utilizar condones u otro método anticonceptivo hasta que el diagnóstico del laboratorio (si estuviera disponible) confirme que no hay espermatozoides presentes en el semen (normalmente después de tres meses tras el procedimiento).

### Anticonceptivos de progestágeno solo

Estos anticonceptivos incluyen píldoras, inyectables e implantes que contienen progestágeno solo y no afectan a la cantidad o calidad de la leche materna ni a la duración del periodo de lactancia. Estos métodos de anticoncepción son excelentes para mujeres que amamantan y que no pueden o prefieren no utilizar métodos no hormonales debido a que no tienen efectos sobre la coagulación o la lactancia materna.

El comienzo de la lactancia después del nacimiento requiere de una disminución de la progesterona después de la expulsión de la placenta. Esta asociación podría suponer, en teoría, una causa de preocupación por los efectos de los progestágenos en la iniciación de la lactancia materna. Las madres que amamantan exclusivamente pueden utilizar el MELA, o ya que no ovularán hasta aproximadamente los tres meses posparto, pueden esperar (como la OMS recomienda) hasta que transcurran seis semanas posparto (o inmediatamente antes del destete) antes de comenzar un método de progestágeno solo.

Sin embargo, para aquellas pacientes que puedan tener dificultades para volver a la visita posparto a recibir asesoramiento y servicios en anticoncepción, o que no puedan adherirse a los requerimientos que supone la lactancia exclusiva o completa, se considera seguro administrar cualquier método de progestágeno solo antes de dar el alta en el hospital después del parto debido a que los anticonceptivos de progestágenos no afectarán a la producción de leche.

Para minimizar el efecto que el progestágeno exógeno en teoría pudiera tener sobre el establecimiento del amamantamiento, recomendamos esperar al menos 48 horas después del parto antes de comenzar con este método.

Comparados con otros métodos que utilizan dosis más altas (como el acetato de depomedroxiprogesterona o DMPA, por sus siglas en inglés), los métodos en los que se liberan dosis de progestágeno más bajas (por ejemplo, las píldoras de progestágeno solo) probablemente presentan el menor efecto sobre la lactancia y pueden comenzarse antes.

### Anticonceptivos hormonales combinados (AOC)

Entre los anticonceptivos hormonales combinados que contienen estrógeno y progestágeno se incluyen anticonceptivos orales, inyectables mensuales, parches transdérmicos y anillos vaginales. Se ha observado que los anticonceptivos orales combinados afectan negativamente a la cantidad y a la calidad de la leche materna y reducen la duración de la lactancia, especialmente si son iniciados en los primeros meses tras el parto. Sin embargo, los estudios no observan un efecto sobre el crecimiento del bebé. En relación con esto, no existen datos disponibles sobre los inyectables combinados, sin embargo se asume que tendrían el mismo efecto.

Los anticonceptivos hormonales combinados pueden comenzarse en cuanto se llegue a una de estas situaciones seis meses después del parto o cuando destete el bebé. Cuando sean la única forma de anticoncepción disponible o aceptable, las madres que amamantan pueden comenzar los AOCs con dosis bajas o un inyectable mensual después de los tres meses posparto, sin embargo, si la mujer está utilizando el MELA no será necesario ningún método substitutivo durante los primeros seis meses. Para aquellas mujeres que no estén amamantando, los métodos combinados deberán comenzarse a las tres semanas.

### Anticoncepción de emergencia (AE)

Cualquier mujer puede utilizar la AE de progestágeno solo sin restricción. Sin embargo, para mujeres que estén amamantando se recomienda tomar la AE de progestágeno solo después de alimentar al bebé. Si la AE es indicada y la mujer ha pasado las cuatro semanas posparto, se puede considerar también el DIU de cobre, especialmente si la mujer desea utilizarlo como método anticonceptivo de continuación. El coito sexual desprotegido o el fallo del condón antes del día 21 posparto no son una indicación para la utilización de la AE (independientemente del método de alimentación) ya que las probabilidades de concepción durante este periodo son casi nulas. Una vez se haya iniciado la anticoncepción hormonal, las mujeres que estén amamantando y que tengan posible fallos de anticoncepción, deben ser tratadas de la misma manera que aquellas que no estén amamantando. No existe evidencia que indique que la pequeña cantidad de hormona liberada en la leche materna debido al uso de la AE sea perjudicial para el bebé.

## Abstinencia periódica

Los signos y síntomas asociados con la ovulación plantean problemas durante la lactancia materna. La vuelta de los periodos menstruales es impredecible y los primeros ciclos posparto son irregulares, por lo tanto para una adecuada protección, las mujeres que estén amamantando deberán utilizar métodos alternativos después de tres meses. Los métodos basados en la abstinencia no son útiles mientras se practica el MELA.

## Alternativas para la anticoncepción posparto

Hay que tener en cuenta que las mujeres que no amamantan pueden comenzar a ovular tan temprano como a las tres semanas después del parto y las mujeres que amamantan exclusivamente a las 10 semanas posparto. El cuadro proporciona información sobre las posibles alternativas de anticoncepción posparto y el momento apropiado para el comienzo de métodos anticonceptivos específicos.

## Relación entre lactancia materna y fertilidad

La lactancia materna retrasa el retorno de la ovulación después del nacimiento, siendo la amenorrea un indicador de dicha supresión de la ovulación. Por lo tanto, después de las primeras menstruaciones posparto existe un aumento en el riesgo de embarazo. La amenorrea puede durar meses e incluso años en mujeres que amamantan. Sin embargo, en mujeres que no amamantan las menstruaciones pueden ocurrir tan temprano como de 35 a 40 días después del nacimiento.

El retorno de la actividad ovárica y de la fertilidad depende del tiempo

transcurrido desde el parto, de los patrones de amamantamiento y de factores nutricionales, geográficos, sociales y culturales. Aunque existe una gran variación entre diferentes poblaciones e individuos, debe recordarse que cuanto más tiempo la mujer continúe amamantando, mayor será la probabilidad de que la ovulación y el sangrado menstrual comiencen de nuevo durante la lactancia.

La inhibición de la actividad ovárica depende enormemente de la frecuencia y de la distribución de los episodios de lactancia durante el día y la noche y de la cantidad de tiempo que el bebe pasa lactando. La amenorrea tiene una duración mayor en mujeres que amamantan más frecuentemente por la noche y por el día y durante más tiempo.

La provisión de suplementos en forma de leche o de alimentos para el bebe reduce considerablemente la influencia inhibitoria de la lactancia materna sobre la función ovárica y la fertilidad y está asociada con un mayor riesgo de embarazo. La amenorrea tiene una mayor duración cuando la alimentación suplementaria se comienza más tarde y es introducida gradualmente. La duración, el tipo y la cantidad de suplementos de lactancia materna varían ampliamente entre diferentes comunidades. Esto podría, en parte, explicar las variaciones encontradas en cuanto a la duración de la amenorrea de la lactancia en diferentes poblaciones.

Existe controversia sobre el efecto de la nutrición sobre la disminución de la fertilidad observada durante la lactancia. Mujeres con deficiencias de nutrición podrían experimentar una amenorrea de mayor duración asociada con la lactancia materna, que podría estar causada por una malnutrición en sí misma o debida a un patrón de succión más intenso debido a una producción de leche deficiente.

Aunque sigan los mismos patrones de lactancia materna, la

**Cuadro. Alternativas para la anticoncepción posparto**

Método de planificación familiar	Momento de introducción (ver nota abajo)	
	<sup>1</sup> Lactancia materna exclusiva, completa o casi completa	<sup>2</sup> Lactancia materna parcial
<b>Anticonceptivos orales combinados</b>	Después del destete o 6 meses tras el parto. Método con dosis baja a los 3 meses si no se dispone de un método alternativo	6 semanas después del parto
<b>Píldoras de progestágeno solo</b>	6 semanas después del parto	6 semanas después del parto
<b>Inyectables de progestágeno solo</b>	Iniciado idealmente a las 6 semanas después del parto. Sin embargo, si la paciente no puede o es improbable que retorne para la anticoncepción, es aceptable en cualquier momento después de las 48 horas del nacimiento	Iniciado idealmente a las 6 semanas después del parto. Sin embargo, si la paciente no puede o es improbable que retorne para la anticoncepción, es aceptable en cualquier momento después de las 48 horas del nacimiento
<b>Inyectables mensuales, parches combinados, anillos vaginales</b>	Después del destete o 6 meses después del parto. Método con dosis baja a los 3 meses si no se dispone de un método alternativo	Después del destete o 6 semanas después del parto
<b>Implantes</b>	6 semanas después del parto	6 semanas después del parto
<b>DIU de Levonorgestrel</b>	Hasta 48 horas después del parto o 4 semanas después	Hasta 48 horas después del parto o 4 semanas después
<b>DIU de cobre</b>	Hasta 48 horas después del parto o 4 semanas después	Hasta 48 horas después del parto o 4 semanas después
<b>Esterilización femenina</b>	Hasta 7 días después del parto, si no 6 semanas después	Hasta 7 días después del parto, si no 6 semanas después
<b>Condomes (masculino o femenino)</b>	Inmediatamente	Inmediatamente
<b>Espermicidas</b>	Inmediatamente	Inmediatamente
<b>Diafragma/capuchón cervical</b>	6 semanas después del parto	Cuando la involución uterina es completa
<b>Métodos de concienciación de la fertilidad</b>	Comenzar cuando retornen las secreciones normales (para métodos basados en síntomas) o cuando la mujer haya tenido 3 ciclos menstruales regulares (para métodos basados en el calendario). Esto será mas tarde para mujeres que amamanten que para aquellas que no amamanten.	Comenzar cuando retornen las secreciones normales (para métodos basados en síntomas) o cuando la mujer haya tenido 3 ciclos menstruales regulares (para métodos basados en el calendario). Esto será mas tarde para mujeres que amamanten que para aquellas que no amamanten.
<b>Método de amenorrea de la lactancia</b>	Inmediatamente	No aplicable

**1. Lactancia materna exclusiva:** alimentar al bebe con leche materna exclusivamente y sin ningún tipo de suplementos (incluida el agua) excepto vitaminas, minerales o medicación.

**Lactancia materna completa:** alimentar al bebe únicamente con leche materna pero además agua, zumos, vitaminas u otros nutrientes ocasionalmente.

**Lactancia materna casi completa:** alimentar al bebe con algún liquido o comida además de la leche materna (la cual representará más de tres cuartas partes de la alimentación del bebe).

**2. Lactancia materna parcial:** cualquier tipo de lactancia materna que sea menor que la lactancia materna casi completa y en la que se proporcione al bebe más suplementos en forma de otros líquidos u otros alimentos. Menos de tres cuartas parte de los alimentos ingeridos son por lactancia materna.

**3.** Si al hombre se le realiza la vasectomía durante los primeros 6 meses de embarazo de su pareja, será efectiva en el momento de nacimiento del bebe. Si se lleva a cabo la vasectomía durante los últimos 3 meses de embarazo, deberá utilizarse otro método hasta que la vasectomía sea efectiva (3 meses después de la operación).

**Nota.** Para mujeres que no amamanten, los métodos de PF pueden comenzarse inmediatamente, excepto los AOC, AIC, POC, los parches y anillos (21 días después) y los DIU (antes de 48 horas o después de 4 semanas). Para el diafragma y el capuchón, esperar hasta que la involución uterina sea completa. Los métodos de concienciación de la fertilidad deben retrasarse hasta que los ciclos menstruales retornen a la normalidad.

proporción de mujeres que ovulan y se quedan embarazadas varía entre comunidades. Esto sugiere que existen otros factores que afectan a la influencia inhibitoria de la lactancia materna sobre la fertilidad. Más investigación sería útil.

## Lactancia materna en mujeres VIH positivas

La transmisión del VIH de madre a hijo (MTCT, por sus siglas en inglés) puede ocurrir durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, durante el parto o en cualquier momento durante la lactancia materna. El riesgo de MTCT a través de la lactancia materna es acumulativo, cuanto más tiempo una madre amamanta mayor será el riesgo adicional de transmisión. El momento y riesgo estimado de MTCT en ausencia de intervenciones es de entre un 5 y un 10 por ciento durante el embarazo, entre un 5 y un 20 por ciento durante la lactancia materna, entre un 15 y un 25 por ciento en total sin lactancia materna, entre un 20 y un 35 por ciento en total con lactancia materna hasta los seis meses, y entre un 30 y un 45 por ciento en total con lactancia materna hasta los 18 y 24 meses.

Las mujeres con VIH deben considerar las opciones de alimentación para sus bebés. Deben buscar un balance entre los beneficios nutricionales y otros beneficios que supone la lactancia materna y el riesgo de transmitir el VIH a sus bebés, y elegir entre amamantar exclusivamente o utilizar una alimentación de reemplazo (como las fórmulas lácteas comerciales o la leche animal modificada en casa) u otras opciones a la leche materna tales como la leche materna sometida a tratamiento térmico. Cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, posible, económica, sostenible y segura, las mujeres VIH positivas deben evitar la lactancia materna completamente. Cuando no se cumplan estas condiciones, se recomienda a las mujeres que decidan optar por la lactancia materna que lo hagan exclusivamente durante seis meses y después desteten al bebé entre los dos días y las dos semanas en vez de cesar bruscamente el amamantamiento (lactancia materna exclusiva con cese temprano) siempre que se cumplan las condiciones necesarias para la provisión de una alimentación de reemplazo u otras opciones de lactancia. La lactancia materna puede ser aconsejable para mujeres cuyos bebés son VIH positivos.

La alimentación mixta con leche materna y con otros tipos de alimentación ha sido asociada con un mayor riesgo de infección por VIH para el bebé que el amamantamiento exclusivo y debe evitarse en cualquier caso ya que conlleva un riesgo de infección por VIH y otras enfermedades infecciosas y riesgo de diarrea. Todas las madres VIH positivas deben recibir asesoramiento que incluya información general sobre los riesgos y beneficios de varias opciones y una guía específica para seleccionar la opción que mejor se adapte a sus necesidades. Deberán tener acceso a un seguimiento en atención y apoyo, incluyendo planificación familiar y nutrición. La elección de la mujer siempre debe respetarse y apoyarse.

Existe poca información sobre la seguridad del bebé alimentado por lactancia materna cuando la madre o el bebé están siendo tratados con fármacos antirretrovirales. Los estudios que actualmente están llevándose a cabo o que ya han sido planeados ayudarán a determinar si existen opciones para reducir substancialmente el riesgo de transmisión por VIH a través de la lactancia materna durante los primeros meses de vida en bebés nacidos de madres VIH positivas y para los que abstenerse de la lactancia materna no es una opción posible, económica, aceptable o sostenible.

## Beneficios de la lactancia materna

Las múltiples ventajas de la lactancia materna para el bebé (nutricionales, inmunológicas y psicológicas) y para la madre que amamanta (fisiológicas, psicológicas y emocionales) hacen que la lactancia materna sea una experiencia gratificante tanto para la madre como para el bebé. Existe evidencia de que los bebés que han sido amamantados experimentan casos de infecciones respiratorias y de oído, así como de diarrea, más leves que los bebés que no han sido amamantados. El contenido más bajo de proteína (caseína) hace que la leche materna sea más digestible y menos severa para los riñones del bebé. Los patrones de aumento de peso más bajos observados durante el primer año de vida en bebés lactantes con una actividad física y un desarrollo normales podrían ayudar a disminuir el riesgo de aumentos de peso excesivos y obesidad durante la infancia y en edad adulta.

La mujer lactante también se beneficia de la lactancia materna. Existen beneficios fisiológicos: el aumento de los niveles de la hormona oxitocina facilita la expulsión de la placenta, minimiza la pérdida de sangre posparto y facilita que se produzca una involución uterina más rápida después del nacimiento. También pueden manifestarse beneficios psicológicos como el aumento de la autoestima y el fortalecimiento de la relación entre la madre y el bebé. Si es posible, debe aconsejarse la lactancia materna a la mujer, ya que además de estos beneficios, es probable que también reduzca el riesgo de cáncer de mama.

## Necesidades nutricionales de la madre lactante

La madre lactante necesita en primer lugar concentrarse en cumplir sus requisitos nutricionales, así como las demandas fisiológicas adicionales. Se estima que la energía necesaria para producir un litro de leche es de aproximadamente unas 700 Kcal. Se recomienda aumentar la ingesta de nutrientes por encima de los requerimientos pre embarazo en unas 500 Kcal por día e incluir los siguientes grupos de alimentos básicos: granos y cereales, frutas, vegetales, productos lácteos y alimentos ricos en proteínas. También es crítico asegurar un adecuado estado de hidratación en forma de bebidas sanas para optimizar la producción de leche.

## Qué pueden aportar las Asociaciones Miembros?

### Aconsejamiento

- Si fuera práctico, las mujeres deberían ser aconsejadas y animadas a amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses después del parto. Muchas mujeres necesitan asesoramiento y educación en lactancia materna. Se debe hacer un esfuerzo para ayudarlas a adquirir los conocimientos y las prácticas necesarias para que puedan amamantar satisfactoriamente. Los cursos de entrenamiento dirigidos a los trabajadores de la salud deben incluir información sobre planificación familiar enfocada hacia los métodos más adecuados para la mujer lactante.
- No existe apoyo científico para la creencia mantenida por algunas sociedades de que el coito sexual durante la lactancia materna sea perjudicial para la mujer o para el bebé. La reanudación del coito sexual no debe ser una razón para suspender la lactancia materna.
- El aconsejamiento dirigido a la mujer lactante acerca de su posible fertilidad durante el periodo de lactancia debe basarse en la información local referente a las prácticas de lactancia materna y al riesgo de embarazo asociado.
- Las mujeres deben ser avisadas de que no es necesario suspender la lactancia materna al comenzar la anticoncepción o posponer el inicio de la anticoncepción porque se esté amamantando.
- Las mujeres deben ser informadas de la dificultad de predecir con precisión la duración de la disminución de su fertilidad mientras se amamanta exclusivamente. También deben ser informadas de que:
  1. La amenorrea de la lactancia está asociada con un alto grado de protección contra el embarazo durante los primeros seis meses posparto si la mujer está amamantando exclusivamente
  2. La lactancia materna a demanda, con una alta frecuencia de episodios de lactancia durante el día y la noche, puede retrasar el comienzo de las menstruaciones y la fertilidad
  3. Durante los primeros seis meses después del parto no se recomiendan los suplementos y especialmente la alimentación mediante el biberón, a menos que haya una indicación anterior de crecimiento inadecuado del bebé

### Información, educación y comunicación

La mujer debe conocer las ventajas de la lactancia materna, las demandas que ésta impondrá sobre ella, las alternativas disponibles y las implicaciones para la salud del bebé para poder tomar una decisión libre e informada. Para muchas mujeres, la lactancia materna forma parte de la satisfacción de ser madres. Sin embargo, para otras mujeres, los cambios en el estilo de vida, la vida en la ciudad y la necesidad de trabajar o de estudiar podrían afectar su decisión de amamantar o podrían interferir con sus prácticas de lactancia materna. Si una mujer decide no amamantar, su decisión debe ser respetada y apoyada totalmente.

### Participación de la comunidad

La pareja de la mujer, su familia, el sistema de salud y la sociedad deben compartir la responsabilidad de proporcionarle el apoyo y recursos necesarios y un ambiente que le permita amamantar. Las condiciones sociales, incluidas las prácticas en el lugar de trabajo, deben hacer posible la lactancia materna para la mujer a la vez que cumple otros roles en la sociedad. Una lactancia materna con éxito conlleva tanto un factor nutricional, con el fin de acumular reservas de nutrientes en preparación para la lactancia, y un componente psicológico, que precisa del deseo y de una disposición hacia el amamantamiento. Las proteínas y reservas de lípidos acumuladas durante el embarazo son de especial importancia ya que constituyen una condición indispensable para la óptima producción de la leche materna. Las demandas nutricionales adicionales de calorías, proteínas y calcio deben cumplirse para proteger la salud materna.

## Acceso a los servicios

Para proteger y promover los intereses de la mujer y de su bebe, debe promoverse tanto la planificación familiar como la lactancia materna. Debe proporcionarse a la mujer que amamanta una guía sobre cuando debe comenzar la anticoncepción. Se debe asegurar el acceso a anticonceptivos seguros y efectivos que sean compatibles con la lactancia materna. La anticoncepción debe utilizarse tan pronto como retorne la fertilidad, para asegurar un espaciamiento adecuado entre embarazos, mantener la salud de la madre y ayudar a hacer que la anticoncepción sea una parte normal de la vida familiar.

Las Asociaciones miembros de la IPPF deben proponer y proporcionar la combinación de métodos más amplia posible y comenzar con la anticoncepción lo antes posible tras el parto, respetando los criterios de la OMS.

## Asociación con las organizaciones locales

Las Asociaciones miembros deberán trabajar junto con el sistema de salud y la sociedad civil en la búsqueda de refuerzo para el código de la OMS sobre la publicidad referida a los sustitutos de la leche materna. Este código tiene la finalidad de restringir la promoción de estos productos, particularmente en países en vías de desarrollo donde las condiciones económicas y ambientales hacen que el uso de sustitutos de la leche materna sea perjudicial para el bebe.

*Declaración del Grupo internacional para el asesoramiento médico en Noviembre de 1989, revisada en Febrero de 1996 y en Abril del 2008. La IPPF se reserva el derecho a modificar esta declaración a la vista de futuros desarrollos en el campo de la anticoncepción posparto.*

### Federación Internacional de Planificación Familiar

4 Newham's Row, London, SE1 3UZ, UK

Teléfono: +44 (0)20 7939 8200

Fax: +44 (0)20 7939 8300

Correo electrónico: info@ippf.org

Página Web: www.ippf.org

# Actualización sobre los condones y el diafragma como métodos anticonceptivos y de protección contra las ITS

Sara Newmann, Nancy Padian

El condón masculino es el mejor método conocido para prevenir el embarazo y la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Sin embargo, dada la persistencia de la epidemia del VIH adquirida por vía heterosexual y el aumento en el riesgo de transmisión de todas las ITS de hombre a mujer, los métodos controlados por la mujer y que proporcionen una protección tanto contra las ITS como contra el embarazo son de vital importancia. Ya que actualmente ninguna barrera química (como por ejemplo los microbicidas) protege contra ambos, esta revisión se centra exclusivamente en la evidencia reciente sobre los métodos de barrera físicos: los condones masculino y femenino, el diafragma y en su eficacia como protección doble.

## Condón masculino

Los condones son el único método anticonceptivo que ha demostrado reducir el riesgo de todas las ITS, incluido el VIH. Los condones pueden proporcionar una protección doble contra el embarazo y las ITS.<sup>1</sup>

Mediante el uso perfecto del condón masculino, la tasa de incidencia de embarazo durante el primer año es de aproximadamente un 2 por ciento y con un uso típico (una combinación de uso perfecto e imperfecto) de aproximadamente un 15 por ciento.<sup>2</sup> El aumento en la tasa de embarazo durante su uso típico se debe principalmente al uso inconsistente e incorrecto del condón y no a su fallo. El fallo por ruptura del condón o deslizamiento durante el coito no es común.<sup>1</sup>

En 2001, un panel de expertos convocado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos revisó la evidencia existente sobre la eficacia de los condones masculinos de látex para prevenir la transmisión de ITS durante el coito vaginal. Concluyeron que los condones eran efectivos para proteger contra la transmisión del VIH tanto para la mujer como para el hombre y para reducir el riesgo de infección por gonorrea en los hombres.<sup>3</sup> Un meta análisis de todos los estudios prospectivos subsiguientes concluyó que el uso del condón está significativamente asociado con una reducción de la transmisión del VIH y la gonorrea masculina y con una protección contra las infecciones por clamidia, HSV-2, gonorrea y sífilis tanto en hombres como en mujeres. Además, se informaba de que el uso del condón estaba asociado con la prevención de la tricomoniasis en mujeres, la remisión de la neoplasia cervical intraepitelial y la desaparición de la

infección por el VPH en mujeres y con una disminución en las lesiones de pene asociadas con el VPH en hombres.<sup>4</sup>

A pesar de la alta eficacia de los condones masculinos en la prevención del embarazo y las ITS, las desigualdades de poder de género en las relaciones sexuales requieren métodos de prevención del embarazo y de las ITS que las mujeres puedan utilizar sin necesidad de negociar con su pareja. A continuación se describen dos métodos de anticoncepción de barrera controlados por la mujer y su eficacia para la prevención del embarazo y de las ITS.

## Condón femenino

La tasa de incidencia de embarazo durante el primer año con un uso perfecto del condón femenino es de aproximadamente un 5 por ciento y con un uso típico de un 23 por ciento.<sup>2</sup> Como con el condón masculino, el aumento en la tasa de embarazo con su uso típico se debe al uso incorrecto e inconsistente del condón y no a su ruptura.

Para evaluar la efectividad del condón femenino en la prevención de las ITS se diseñaron tres ensayos aleatorizados controlados y un estudio prospectivo. Las poblaciones representadas en el estudio abarcaron desde pacientes de las clínicas de ITS en los EEUU<sup>5,6</sup> y trabajadoras sexuales en Tailandia<sup>7</sup> hasta mujeres provenientes de comunidades de plantaciones de Kenia.<sup>8</sup> Los análisis realizados en este estudio también fueron variados, abarcando desde la reinfección por tricomonas a la transmisión/adquisición de clamidia, gonorrea, tricomonas y sífilis. Los resultados indicaron que la disponibilidad y uso del condón femenino ofrece una protección contra las ITS equivalente, si no mayor, que la utilización exclusiva de condones masculinos (ver cuadro 1).

Aunque el VIH no fue considerado en el análisis de estos estudios, existe evidencia proveniente del laboratorio que indica que el condón femenino de poliuretano es impermeable para el VIH.<sup>10</sup>

A pesar de su relativamente alta eficacia para prevenir tanto el embarazo como la transmisión de ITS, el condón femenino no es ampliamente utilizado y su aceptabilidad varía entre un 37 y un 96 por ciento dependiendo del contexto y de la población.<sup>11</sup> A pesar de todo, la mayoría de estudios que examinaron el uso del condón femenino durante más de seis meses muestran un aumento general del sexo protegido tras de la promoción y provisión del condón femenino, lo cual algunas veces se podría explicar simplemente porque se dispone de varios métodos.<sup>12</sup>

En el contexto adecuado y con la provisión y promoción adecuada, se ha demostrado que el condón femenino es un método de barrera controlado por la mujer efectivo para la prevención del embarazo y de las ITS. Los nuevos diseños, más fáciles de usar y menos incómodos parecen prometedores.

## Diafragma

Con un uso perfecto del diafragma junto con un gel espermicida, la tasa de incidencia de embarazo durante el primer año es de aproximadamente un 6 por ciento y con un uso típico de un 16 por ciento.<sup>2</sup> El diafragma cubre el cérvix y se lleva puesto internamente, por lo tanto y a diferencia del condón masculino y femenino, la mujer puede utilizarlo sin el conocimiento o cooperación por parte de su pareja.<sup>13</sup> Biológicamente, es posible que el diafragma proporcione protección contra patógenos transmitidos sexualmente ya que ciertas ITS como la gonorrea, la clamidia y el virus del papiloma humano, tienden a infectar preferentemente el cérvix,<sup>14</sup> y además, la zona de transformación cervical contiene la concentración más alta de células con receptores susceptibles al VIH en el tracto reproductivo de la mujer.<sup>15</sup> Además, el epitelio columnar cervical es más delgado que el epitelio vaginal, haciéndolo más frágil y susceptible a una ruptura. Por lo tanto, las barreras que protegen al cérvix son consideradas como firmes candidatos para la prevención de las ITS.

Los estudios observacionales contienen evidencia que demuestra que el diafragma protege contra los patógenos de las ITS y los estados de enfermedad causados por las ITS tales como la gonorrea, la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la infertilidad tubárica y la displasia cervical (ver cuadro 2).

La credibilidad biológica junto con datos observacionales convincentes, sugiere que el diafragma protege contra patógenos de ITS y contra el VIH. Sin embargo, los resultados provenientes de un ensayo aleatorizado controlado reciente que evaluaba el diafragma y el gel lubricante para la prevención de la adquisición del VIH, no demostró un efecto protector añadido al proporcionar el diafragma y el gel lubricante como adición a los condones y a un paquete de prevención global del VIH que incluía el diagnóstico y tratamiento de otras ITS además de pruebas y asesoramiento voluntario intensivos. En este ensayo abierto aleatorizado y controlado que incluía 5,039 mujeres VIH negativas sexualmente activas en Sudáfrica, Padian y colaboradores no encontraron una diferencia significativa en la incidencia total del VIH (por 100 años/mujer) entre los grupos de intervención y control (4,1 contra 3,9 por ciento respectivamente).<sup>26</sup> Las mujeres pertenecientes al grupo de intervención informaron de un menor uso del condón durante el ensayo que las mujeres en el grupo

**Cuadro 1. Evidencias epidemiológicas de la eficacia de los condones femeninos en la prevención de ITS<sup>9</sup>**

Autor	Año	Población de estudio	Muestra	Diseño del estudio	Análisis	Resultados principales
Soper y cols. <sup>6</sup>	1993	Pacientes de clínica ginecológica con tricomoniasis (Estados Unidos)	104	Cohortes prospectivo	Tricomoniasis	Ninguna de las usuarias que cumplieron las normas para el uso del condón femenino fueron reinfectadas en comparación con un 14% de mujeres a las que no se les proporcionaron condones femeninos y con un 14,7% de usuarias que no siguieron las normas de uso (p = 0,08)
Fontanet y cols. <sup>7</sup>	1998	Trabajadoras sexuales en establecimientos que comercian con sexo (Tailandia)	548	Ensayo aleatorizado controlado	Clamidia, gonorrea, tricomoniasis, úlcera genital	Cualquier ITS: RR = 0,76 (IC del 95% : 0,50-1,16) Reducción de las ITS en uno de los 4 centros: RR = 0,47 (IC del 95%: 0,25-0,91)
Feldblum y cols. <sup>8</sup>	2001	Mujeres de seis parejas de comunidades similares (Kenia)	1752	Ensayo de comunidad aleatorizado y controlado	Clamidia gonorrea tricomoniasis	Cualquier ITS: OR= 1.1 (IC del 95%: 0,8-1,6)
French y cols. <sup>5</sup>	2003	Mujeres atendidas en una clínica de ITS (Estados Unidos)	1442	Ensayo aleatorizado controlado	Clamidia gonorrea tricomoniasis sífilis	Cualquier ITS, comparando los condones masculino y femenino con el condón masculino solo: RR = 0,79 (IC del 95%: 0,59-1,06)

control (RR = 0,62; IC del 95%: 0,61-0,64). Debido a que la incidencia del VIH fue similar en ambos grupos pero el uso del condón fue menor en el grupo de intervención, existe la posibilidad de que la protección de los diafragmas sea comparable a la protección que proporcionan los condones masculinos contra el VIH. El análisis de los efectos directos de los resultados estimó las tasas de infección por VIH si el uso del condón hubiese sido constante utilizando niveles preestablecidos. Aunque hallaron que incluso si ningún participante hubiera usado condones los diafragmas todavía serían protectivos, estos resultados basados en simulaciones no fueron estadísticamente significativos<sup>27</sup>.

Actualmente no existe evidencia experimental de que el diafragma sea tan bueno como el condón (o mejor que nada) para prevenir las ITS. Sin embargo, el diafragma junto con un gel espermicida se recomienda para prevenir el embarazo junto con los condones masculinos o femeninos para prevenir las ITS.

#### Sara Newmann, MD, MPH

Profesor Clínico Asistente  
Obstetricia, Ginecología y Ciencias reproductivas  
Hospital General de San Francisco  
Universidad de California, San Francisco

#### Nancy Padian, PhD, MPH

Distinguida miembro y Directora ejecutiva de la Women's Global Health Imperative, Research Triangle Institute, International; Profesora asociada del School of Public Health, Universidad de California, Berkeley

#### Referencias

Para una lista de referencias completa ver la publicación en la Web del Boletín Médico de IPPF de Septiembre del 2008. <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical>

**Cuadro 2. Evidencias epidemiológicas de la efectividad del diafragma en la prevención de ITS<sup>9</sup>**

Autores	Año	Población de estudio	Muestra	Diseño del estudio	Análisis	Resultados principales
Magder y cols. <sup>16</sup>	1988	Clínica de ITS	1031	Transversal	Clamidia	0†
Rosenberg y cols. <sup>17</sup>	1992	Clínica de ITS	4162	Transversal	Clamidia‡ Gonorrea	0,25 (0,05-1,36) 0,32 (0,16-0,65)
Austin y cols. <sup>18</sup>	1984	Clínica de ITS	1781	Caso control	Gonorrea	0,45 (0,15-0,3)
Bradbeer y cols. <sup>19</sup>	1987	Trabajadoras sexuales	100	Transversal	Gonorrea	0,36 (p<0,05)
Kelaghan y cols. <sup>20</sup>	1982	Hospital	1481	Caso control	EPI	0,4 (0,2 a 0,7)
Wolner-Hanssen y cols. <sup>21</sup>	1990	Clínicas de Salud	880	Caso control	EPI	0,3 (p = 0,005)
Cramer y cols. <sup>22</sup>	1987	Hospital	4116	Caso control	Infertilidad tubárica	0,5 (0,3 a 0,7)
Becker y cols. <sup>23</sup>	1994	Clínicas de salud de la mujer	538	Caso control	Neoplasia cervical	0,3 (0,2 a 0,6)§
Hildesheim y cols. <sup>24</sup>	1990	Hospital y controles de la comunidad	1267	Caso control	Cáncer cervical	<5 años de uso: OR = 0,9 (0,6; 1,3); 5+ años de uso: OR = 0,8 (0,4; 1,6)
Wright et al <sup>25</sup>	1978	Clínicas de planificación familiar	17032	Estudio de cohortes prospectivo	Neoplasia cervical	0,12; p 0,01
			191	Caso control		0,23; p 0,05

† 0/77 usuarias de diafragma infectadas en comparación con un 20 por ciento de no usuarias de anticoncepción.

‡ Clamidia fue analizada únicamente en 35 de las 227 usuarias de diafragma.

§ Razón de desigualdad (OR) para el uso del diafragma. Estimación para el uso actual no significativa: OR = 0,5; IC del 95%: 0,2-1,9